

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO RESULTADO NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES

Gelena Luncineia Gomes da Silva Versa*
 Dagmar Willamowius Vituri**
 José Aparecido Bellucci Junior***
 Amanda Cristina Pires Zampieri****
 Sidnei Roberto Alves*****
 Laura Misue Matsuda*****

RESUMO

Estudo transversal, quantitativo, realizado entre agosto e novembro de 2011, com objetivo de avaliar a dimensão Resultado do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Serviços Hospitalares de Emergência (SHE). Participaram profissionais de enfermagem; médicos; assistentes sociais; agentes operacionais; administrativos e de segurança, de quatro hospitais, que responderam ao questionário Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva. Dentre os 314 sujeitos, a maioria (217 – 69,1%) avaliou a dimensão resultado do ACCR como Precário devido, principalmente, às dificuldades como: humanização no atendimento; encaminhamentos de casos de baixa complexidade à rede básica de saúde e; acolhimento das lideranças perante as inseguranças para executar as diretrizes do ACCR. Concluiu-se que nos locais investigados, além da estruturação da rede de atendimento, há a necessidade de se investir na sensibilização e na qualificação dos profissionais.

Palavras-chave: Classificação. Acolhimento. Enfermagem em Emergência. Avaliação de Resultados.

INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em muitos países do mundo, os Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) têm como características a sobrecarga de trabalho, a superlotação, a acomodação inadequada dos usuários e demora no atendimento⁽¹⁾.

A superlotação dos SHE ocorre principalmente, devido ao prolongado tempo de permanência do usuário nesse local, à falta de leitos de internação e ao atraso no diagnóstico e tratamento. Outro agravante é a cultura da população que, em vez de procurar atendimento nos serviços de atenção primária, dirigem-se diretamente ao SHE⁽¹⁾. Nesse contexto, além de dificultar o atendimento, o excesso de demanda causa tensão e estresse na equipe e nos usuários, podendo prejudicar a qualidade do cuidado⁽¹⁻²⁾.

Para a melhoria da atenção nos SHE, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria 2048/GM, de 05 de novembro de 2002⁽³⁾, lançou

como diretriz do HumanizaSUS o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), cuja finalidade consiste em organizar e resolver as dificuldades dos SHE.

O Acolhimento é considerado como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde⁽³⁾. Nessa perspectiva, o acolher que significa “estar com” “próximo de”, representa no Acolhimento, mudança na relação profissional/usuário e na sua rede social, por reconhecer o usuário como sujeito ativo do processo de produção da saúde, constituindo-se em ação a ser incidida em todos os locais e momentos dos serviços⁽³⁾.

A Avaliação com Classificação de Risco, por sua vez, implica na agilização do atendimento a partir da avaliação da gravidade, do potencial de risco, dos agravos à saúde e do grau de sofrimento do paciente/usuário, subsidiada por protocolo pré-estabelecido, visando à atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada⁽³⁻⁴⁾.

* Enfermeira. Mestre, Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Cascavel - PR, Brasil. E-mail: gelenaenfermagem@yahoo.com.br

** Enfermeira. Doutora, Hospital Universitário de Londrina (HUL). Londrina - PR, Brasil. E-mail: dagvituri@gmail.com

*** Enfermeiro. Doutorando, Universidade Estadual do Norte do Paraná (UNOPAR). Bandeirantes - PR, Brasil. E-mail: bellucci@uenp.edu.br

**** Enfermeira. Especialista, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo - SP, Brasil. E-mail: amanda_pzamp@hotmail.com

***** Enfermeiro. Mestre, Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) e Secretária de Estado da Educação (SEED). Cascavel - PR, Brasil. E-mail: sidneiunioeste@yahoo.com.br

***** Enfermeira. Doutora, Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá - PR, Brasil. E-mail: lauramisuem@gmail.com

A Classificação de Risco é um processo dinâmico, no qual o profissional de saúde, por exemplo, o enfermeiro, classifica o grau de risco do usuário a partir de cores, que determinam o tempo máximo de espera do usuário pelo atendimento, quais sejam: Vermelho (emergência) atendimento até em 15 minutos, para casos de risco de morte; Amarelo (urgência) atendimento em no máximo 30 minutos, para casos de pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semi-críticos); Verde (menor urgência) para casos que não apresentam risco de morte, mas que devem ser atendidos em no máximo uma hora e; a cor Azul (não urgência) que representa casos sem risco de morte e que devem ser atendidos por ordem de chegada ou encaminhados ao serviço básico de saúde⁽⁵⁾.

O ACCR tende a tornar o processo de trabalho mais ágil por possibilitar a ampliação da resolubilidade que, ao considerar toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença e priorizar o atendimento no tempo adequado, reduz o número de mortes evitáveis, sequelas e internações⁽⁵⁾. Ademais, o referido dispositivo busca garantir a humanização da assistência e a acessibilidade, com atendimento mais acolhedor e de qualidade⁽⁵⁾ podendo tornar-se o guia orientador da atenção e da gestão nos SHE⁽⁴⁾.

Ao abordar o conceito Qualidade, é inevitável não relacioná-lo com os processos avaliativos, visto que ambos contemplam a atribuição de juízos de valor sobre determinadas produtos e processos, possibilitando ações de melhorias. Nessa perspectiva, e em sua essência, a Qualidade se atrela diretamente com a ideia de avaliação, por ser considerada estratégia para o alcance da qualidade e detectar se há distância ou proximidade dos serviços, em relação aos padrões propostos⁽⁶⁾.

No enfoque da avaliação em saúde, o modelo da Tríade Donabedian é referendado por muitos estudiosos da qualidade, como suporte básico para a melhoria do serviço/atendimento⁽⁶⁾. Nessa abordagem, os três componentes ou dimensões; Estrutura, Processo e Resultado, têm em comum o inter-relacionamento e a finalidade de facilitar, organizar e direcionar os processos avaliativos⁽⁶⁾.

Dentre as dimensões mencionadas, a avaliação do resultado do atendimento é a mais difícil de ser operacionalizada em função da

complexidade em se estabelecer a exata relação entre a atenção recebida e as mudanças no estado de saúde do indivíduo⁽⁷⁾, resultando na carência de estudos nesse meio⁽⁸⁾. Acresce-se a isso o fato de que a avaliação do resultado pode incluir outros elementos como: conhecimento sobre a enfermidade; mudanças de conduta que promovem bem-estar; melhoria dos indicadores de nível de saúde de determinada população e satisfação do paciente⁽⁶⁾, que não são fáceis de serem avaliados.

Com base no exposto, este estudo intenta avaliar o ACCR em SHE por trabalhadores desse Serviço e, deste modo, reveste-se de importância por buscar dados sobre o resultado da sua implantação, tida como estratégia que visa à qualificação da atenção em saúde.

Considerando o valor de se aglutinar informações que possibilitam a realização de investigações futuras, o presente estudo se justifica porque produções científicas acerca da avaliação da dimensão Resultado do ACCR, principalmente sob a ótica dos trabalhadores, pode contribuir para o estabelecimento de estratégias voltadas à organização dos serviços, dos processos de trabalho e; na melhoria da qualidade dos serviços ofertados nos SHE.

A questão direcionadora desta investigação consiste em saber: Como a dimensão resultado do ACCR se apresenta na perspectiva dos seus trabalhadores? Desse modo, o objetivo consiste em avaliar a dimensão resultado do atendimento de um SHE pautado no ACCR.

METODOLOGIA

Estudo avaliativo, transversal, quantitativo, realizado no período de agosto a novembro de 2011, em quatro SHE (SHE I; SHE II; SHE III e SHE IV).

Os SHE I e II compõem a estrutura de Hospitais Estaduais Públicos de Ensino do estado do Paraná. O SHE I possui 31 leitos, atende em média 47.000 pacientes/ano, 90 pacientes/dia e tem porta aberta durante as 24hs. Nesse serviço, o início do atendimento com o ACCR se deu em dezembro de 2010.

O SHE II dispõe de 45 leitos, atende em média 40.000 pacientes/ano, é referência no Estado para o atendimento à pacientes de alta complexidade, integra o Sistema Estadual de Atendimento de Urgência e Emergência como

Hospital tipo III, tem porta aberta nas 24 horas e implantou o sistema ACCR no ano de 2007.

O SHE III pertence a um hospital filantrópico, localizado no interior paulista, atende cerca de 100.000 pacientes por ano, é referência para 27 cidades da região; tem porta aberta durante as 24 horas e implantou o sistema ACCR no ano de 2007.

Por fim, o SHE IV faz parte de um hospital municipal público, também situado no interior paranaense, possui 20 leitos e atende em média 5.400 usuários/ano. Tem porta aberta nas 24 horas, é referência para as UBS do município e adota o ACCR desde 2008.

Nos quatro SHE deste estudo, o ACCR foi implantado após a capacitação das equipes *in loco*. Nos SHE I, III e IV, o acolhimento e a avaliação inicial dos pacientes eram realizados por enfermeiros, mas no SHE II, era iniciado por técnicos em enfermagem. Atualmente, o ACCR nesta instituição é realizado também por enfermeiros, incorporados ao quadro de pessoal do SHE, especificamente para esta atividade. O modelo de ACCR utilizado nas quatro instituições é o modelo proposto pelo Ministério da Saúde⁽³⁾, adaptado a cada instituição.

A amostragem foi do tipo aleatória e estratificada, com erro amostral de 5%, ou seja, com margem de confiança de 95%. Para a seleção da amostra, a população foi estratificada por categoria profissional, sorteados 60% de cada grupo, a partir de uma lista numerada, com os nomes de todos os servidores do SHE em ordem alfabética e por categoria profissional. Mediante recusa em participar do estudo ou se o sujeito não fosse localizado em três tentativas, o nome subsequente na listagem era selecionado e, assim sucessivamente, até que se chegasse ao fim da lista, no sentido de garantir que a amostra fosse composta por pelo menos 60% dos servidores de cada categoria profissional.

Como critérios de inclusão, consideraram-se: profissionais com atuação direta no SHE (Enfermagem, Medicina, Recepção, Segurança, Higiene Hospitalar e Assistência Social); tempo de atuação no SHE igual ou superior a três meses, de modo que o profissional já tivesse passado por um período de adaptação no setor e quiçá, apresentasse condições de responder acerca da sua rotina de trabalho.

Antes de coletar os dados, o pesquisador forneceu aos sujeitos, as informações pertinentes

à pesquisa e entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura. Após, foi entregue o Questionário *Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco*, desenvolvido e validado por Bellucci Júnior (2010)⁽⁹⁾.

O referido Questionário é formado por duas Partes: A Primeira contém itens para a coleta de dados sociodemográficos; e a Segunda consiste numa escala do tipo *Likert*, com 21 itens, estruturada segundo as dimensões donabedianas de avaliação em saúde – Estrutura, Processo e Resultado, cujas respostas contemplam cinco níveis: (1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 - Não concordo e nem discordo, 4 - Concordo e; 5 - Concordo totalmente). Ressalta-se que, para fins deste estudo, a análise se limitou às questões pertinentes à avaliação da dimensão Resultado, contidas no instrumento para avaliação do ACCR.

Todos os requisitos contidos na Resolução 466/2012⁽¹⁰⁾ foram cumpridos e esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – UEM – sob o Parecer nº 325/2011.

No processo de tratamento e análise dos dados, foi empregada estatística descritiva, com cálculo da moda e média ponderada. Na classificação das respostas, foi utilizada a Tabela de Categorias e Escores, do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde⁽¹¹⁾ a qual determina pontuação mínima de 07 e máxima de 35 pontos (Quadro 1), para avaliar a dimensão Resultado.

Quadro 1. Escores para a classificação das dimensões do instrumento que avalia o Acolhimento com Classificação de Risco. Maringá – PR, 2011.

Pontuação média	Amplitude do Intervalo de classe	Percentual (escores)	Avaliação da Dimensão
31,5 a 35	3,5	90 a 100%	Ótimo
26,2 a 31,4	5,4	75 a 89,9%	Satisfatório
17,5 a 26,1	8,6	50 a 74,9%	Precário
07 a 17,4	10,4	00 a 49,9%	Insuficiente

Fonte: Brasil, 1985⁽¹¹⁾.

Na avaliação do nível de Concordância entre os respondentes, para as sete afirmativas do instrumento, calculou-se a Moda e a sua porcentagem de frequência, para cada item.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 314 (98%) profissionais dos SHE, assim distribuídos: 66 (21%) do SHE I; 94 (30%) do SHE II; 122 (39%) do SHE III e; 32 (10%) do SHE IV. Desses, 05 (1,6%) eram Assistentes Sociais; 26 (8,2%) Enfermeiros; 61 (19,4%) Médicos; 150 (47,7%) Técnicos de Enfermagem; 31 (9,9%) Agentes Operacionais (Zeladores e Motoristas); 30 (9,6%) Agentes Administrativos e; 11 (03,5%) Agentes de Segurança.

Conforme consta na Tabela 1 a seguir, no que refere ao nível de escolaridade, 67 (21%) eram graduados e 70 (23%) tinham cursado Pós-Graduação. Considerando que, dentre os sujeitos da pesquisa, as categorias profissionais de nível superior (assistente social, enfermeiro, médico) somaram 92 (29%) respondentes, chama atenção o fato de 63 (20%) serem graduados e atuar em funções que exigem apenas nível médio. Essa condição pode ocorrer devido ao que se chama desvio de função, provocado pela competitividade e/ou por falta de mercado de trabalho para as profissões referidas. Pode ainda, tratar-se de estímulo à capacitação já que o SHE I e II pertence a hospitais de ensino públicos, com Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).

No tocante à experiência profissional em emergência, a média de tempo de atuação nos quatro SHE avaliados foi 7,10 anos variando entre 2,90 (SHE IV) e 8,60 anos (SHE II). O tempo de atuação no setor de emergência é uma variável importante a ser considerada quando se pretende obter a opinião do sujeito sobre o resultado da implantação do ACCR, pois a experiência profissional e o domínio sobre a forma como se dão os processos internos de trabalho são fatores que influenciam na formação de opinião do mesmo⁽¹²⁾.

É importante considerar que o trabalhador que se encontrava no Serviço há mais de oito anos, poderia comparar como o Serviço era antes e como ficou após a implantação do ACCR. Por sua vez, aquele que se fazia presente há apenas dois anos, iniciara a sua atuação durante a implantação do dispositivo ACCR. Com isso, estas pessoas, certamente, apresentaram opiniões diferenciadas, enriquecendo as discussões sobre o processo de implantação e de execução desse dispositivo.

Os dados acerca da avaliação do ACCR estão exibidos no Quadro 2, por questão que compõe a dimensão Resultado, considerando a Moda (opção de maior frequência de escolha entre os respondentes) e respectiva porcentagem de constância.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos trabalhadores atuantes em SHE, segundo a instituição. Maringá-PR, Londrina-PR, Ourinhos-SP, 2013.

Variáveis	Geral		SHE I		SHE II		SHE III		SHE IV	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo										
Feminino	200	64	40	61	60	64	78	64	22	69
Masculino	114	36	26	39	34	36	44	36	10	31
Idade (anos)										
< 40 anos	150	48	24	36	42	45	55	45	28	88
≥ 40 anos	164	52	42	64	51	55	67	55	04	12
Estado civil										
Solteiro	084	26	17	26	24	26	27	22	16	50
Casado	186	60	37	56	55	58	79	65	15	47
Divorciado	044	14	12	18	15	16	16	13	01	03
Escolaridade										
Fundamental	015	05	-	-	04	04	08	07	03	09
Médio	162	52	43	65	27	29	71	58	21	66
Superior	067	21	14	21	17	18	29	24	07	22
Pós-graduação	070	23	09	14	46	48	14	11	01	03
Tempo de atuação no SHE (anos)										
Média	7,10		4,40		8,60		8,50		2,90	

Quadro 2. Avaliação da dimensão Resultado do ACCR em SHE. Maringá-PR, Londrina-PR, Ourinhos-SP, 2013.

Questões da dimensão Resultado	Nível de concordância Moda	%
Pacientes graves são priorizados	Concordo totalmente	36
Informação sobre o tempo de espera	04 - Concordo	47
Atendimento inicial de acordo com a gravidade	04 - Concordo	41
Assistência integrada às necessidades	04 - Concordo	40
Baixa complexidade é encaminhada à rede básica	04 - Concordo	28
Os profissionais são acolhidos pelos líderes nas dúvidas e dificuldades sobre o ACCR	02 - Discordo	30
Humanização em todas as fases do atendimento.	02 - Discordo	29

Com relação aos dados do Quadro 2, é possível observar que os quesitos mais bem pontuados foram: Priorização dos pacientes graves; Informação sobre o tempo de espera; Atendimento de acordo com a gravidade e; Assistência integrada às necessidades dos usuários. Em contrapartida, as questões relacionadas à Humanização do atendimento; Acolhimento dos profissionais por parte dos seus líderes e; Encaminhamento de baixa complexidade foi as que tiveram piores avaliações.

A questão *Priorização dos pacientes graves* se apresentou como o item melhor pontuado pelos trabalhadores. Esse resultado pode ser considerado como animador porque, 36% dos respondentes concordaram que o quesito tem sido totalmente atendido com a implantação do ACCR, apontando para o fato de que há melhoria da qualidade da atenção, principalmente relacionada à segurança dos pacientes que é o principal foco do ACCR e parte da proposta do HumanizaSUS⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O item *Proporcionar informação ao usuário sobre o tempo de espera* apresentou o segundo melhor escore de avaliação, obtendo 47% de concordância. Pondera-se que esse componente é fundamental, por indicar que os usuários são atendidos de acordo com a proposta da diretriz ACCR⁽¹¹⁾, que prevê a comunicação a todos os usuários, sobre o tempo previsto de espera. Nesse aspecto, há quem aponte esse quesito como meio importante para que o usuário se sinta mais seguro e confiante para com o sistema de saúde⁽¹³⁾.

Destoando da afirmativa anterior, 30% discordaram que são *acolhidos pelos líderes nas dúvidas e dificuldades sobre o ACCR*. Esse dado indica que existe problema no fluxo e na qualidade da comunicação e das informações entre líderes e liderados dos SHE investigados e/ou também uma cultura de trabalho que inibe a comunicação, por meio da centralização das informações. Situações desse tipo dificultam a

coesão e o crescimento da equipe, principalmente no processo de atendimento proposto pelo ACCR, em que o trabalho conjunto da equipe multiprofissional é importante e necessário⁽¹²⁾. Ademais, o compromisso das lideranças com a qualidade do serviço deve ser um ponto em comum⁽¹⁵⁾, de modo a influenciar a equipe de forma positiva.

Considerando que cabe aos gestores, desenvolver competências ao aprimoramento da postura e dos hábitos da sua equipe⁽¹²⁾, sugere-se às lideranças dos SHE investigados a promoção de ações de melhorias nas relações interpessoais e na comunicação da equipe, de maneira que todos os profissionais se sintam corresponsáveis pelo processo de atendimento e assim, os objetivos da diretriz ACCR sejam alcançados.

No concernente à questão *Atendimento primário de acordo com a gravidade*, esta foi a terceira dentre as melhores avaliadas, apresentando 41% de concordância. Esse dado indica que nos serviços estudados, grande parte dos pacientes é primariamente selecionada conforme os protocolos estipulados pelas instituições e pelo MS.

No aspecto *priorização de acordo com a gravidade da queixa do usuário*, os dados comprovam a importância do enfermeiro em SHE, em especial naqueles que têm o ACCR implantado, visto que a realização da Consulta de Enfermagem, realizada por esse profissional, logo no momento da chegada do usuário no Serviço, possibilita a identificação assertiva sobre os casos de maior urgência para o atendimento⁽³⁾.

Os dados antes apresentados corroboram, portanto, com a diretriz ACCR, a qual visa acolher, classificar o risco e direcionar o usuário ao atendimento médico, de acordo com a gravidade do caso. Além disso, são consoantes com os resultados de investigações que destacam o ACCR

na priorização dos casos graves e na organização dos Serviços⁽⁹⁾.

Com relação à atuação do enfermeiro no ACCR, considera-se que é indispensável a promoção da qualidade no atendimento SHE porque, além da avaliação primária dos usuários e priorização dos casos graves, ele – o enfermeiro – também organiza a continuidade do atendimento focado na resolubilidade do agravo⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Por fim, no tocante à quarta questão melhor avaliada, a *Assistência integrada às necessidades dos usuários*, salienta-se que esta, obteve 40% de concordância. Esse resultado, apesar de refletir positividade de menos da metade dos sujeitos, sinaliza que existe iniciativa dos trabalhadores, em prestar atendimento holístico e humanizado, no sentido de minimizar a fragmentação do processo de atenção da equipe^(14,16), por meio da responsabilização do profissional em dar respostas adequadas às necessidades do paciente⁽¹⁷⁾.

Vale ressaltar que, apesar de haver concordância com a questão relacionada à *Assistência integrada às necessidades dos usuários*, contraditoriamente, o item *Existe humanização em todas as fases do atendimento* foi a questão que obteve a segunda pior avaliação entre os trabalhadores. Esse dado, além de outros que constam no mesmo Quadro, pode estar relacionado à grande demanda de pacientes considerada de baixa complexidade e que, ao procurar diretamente os SHE, geram circunstâncias que desumanizam o usuário e os trabalhadores⁽¹⁶⁾.

A dificuldade em humanizar o atendimento em SHE corrobora com outras pesquisas sobre o tema, as quais apontam problemas como: subdimensionamento de recursos humanos; elevada carga de trabalho; insatisfação ocupacional; dificuldade no relacionamento entre a equipe multiprofissional e; precariedade do ambiente laboral⁽¹⁶⁾. Contextos laborais assim podem afetar a dimensão psicológica e emocional dos trabalhadores e com isso, tornar difícil a implementação de ações humanizadoras.

Em relação à grande demanda de casos de não urgência atendidos em SHE, a falta de acesso à

Tabela 2. Avaliação da Dimensão Resultado do ACCR em SHE por instituição. Maringá-PR, Londrina-PR, Ourinhos-SP, 2011.

Instituição	N	Insuficiente		Precário		Satisfatório		Ótimo	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SHE I	066	04	6,1	043	65,2	16	24,2	03	04,5
SHE II	094	08	8,5	067	71,3	19	20,2	-	-
SHE III	122	07	5,7	086	70,5	21	17,2	08	06,6
SHE IV	032	-	-	021	65,6	07	21,9	04	12,5
Geral	314	19	6,0	217	69,1	63	20,1	15	04,8

atenção ambulatorial especializada nas redes básicas de saúde é considerada um dos principais agravantes^(14,18). Esse fato é um contrassenso por restringir o atendimento nos grandes centros e promover o fluxo desordenado dos pacientes que muitas vezes não são contrarreferenciados e, por conta própria, procuram atendimento em locais que os mesmos consideram de maior resolubilidade, como é o caso dos SHE^(16, 18).

Visando diminuir o tempo de espera entre agendamentos nas diversas consultas até a chegada a um centro específico, a população acostumada com o modelo assistencial do século XX, que focava a cura, tende a procurar atendimento nos prontos socorros, cujos serviços são destinados aos casos de maior urgência^(18,19). Mediante a isso, para minimizar a alta demanda de usuários que não necessitam de atendimento imediato, o Ministério da Saúde sugere pactuação entre os SHE e a Rede Básica⁽⁹⁾ de Saúde para que esse tipo de atendimento seja garantido à população por meio de sistemas de referenciamento.

A questão *Encaminhamento de baixa complexidade à rede básica* obteve a pior avaliação (28% de concordância). Esse resultado incita novamente à problemática das redes de atenção dos serviços hospitalares e é um ponto controverso quando se fala em ACCR porque, a falta de pactuação ou o não cumprimento desta, entre os diversos níveis da atenção, resulta em aumento da demanda nos SHE e; em longos períodos de espera, de pacientes com agravos que poderiam ser resolvidos na rede básica⁽¹⁶⁾.

Os dados da Tabela 2 confirmam os pontos discutidos no Quadro 2, no qual os trabalhadores, por meio de suas respostas, aos itens da dimensão Resultado, classificaram-na como Precário, com percentual médio de 69,1%. Como se vê, o escore dessa dimensão se relacionou às muitas dificuldades especificadas no Quadro 2 como: falta de humanização no atendimento, falta de acolhimento dos profissionais por parte dos seus líderes e; dificuldades no encaminhamento de casos de baixa complexidade para às redes básicas de saúde.

O escore relativamente baixo de classificação do resultado do ACCR como Ótimo (4,8%) aponta à grande lacuna que existe entre o trabalho desempenhado e a proposta da implantação do ACCR em sua excelência. Destarte, faz-se imprescindível uma rede de pactuações para os Serviços de Urgência⁽¹⁹⁾ de modo que, uma vez estabelecido o fluxo de atendimento, conforme a proposta do ACCR, as filas de espera sejam reduzidas e o atendimento, mais rápido e resolutivo.

O ACCR conforma-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização de uma assistência humanizada e igualitária. Desse modo, o escore de avaliação Precário na dimensão resultado da implantação do ACCR remete à necessidade de investigações mais profícuas acerca dos fatores intervenientes desse processo para que, a partir disso se estabeleçam estratégias de melhorias e mudanças efetivas no processo de trabalho dos SHE investigados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que para a maioria (217 – 69,1%) dos profissionais atuantes nos SHE investigados a Dimensão Resultado do ACCR é considerada “Precária”, devido principalmente à falta de humanização no atendimento; poucos encaminhamentos dos casos de baixa complexidade à rede básica de saúde e falta de acolhimento dos profissionais pelas suas lideranças. Por outro lado, a minoria (15 – 4,8%) classificou como “Ótima” e isso remete à importância de as lideranças e gestores investirem

na sensibilização, qualificação e envolvimento de todos os profissionais do Serviço, no processo de implantação dessa diretriz.

Considera-se que os resultados deste estudo podem contribuir para novos processos avaliativos do ACCR, no sentido de desenvolver estratégias que promovam melhorias à atuação da equipe de saúde e, conseqüentemente, à qualidade do atendimento ao usuário.

Como limitação deste estudo, destaca-se o fato de o ACCR ter sido implantado há pouco tempo nos Serviços investigados (o tempo maior era de cerca de dois anos e meio no SHE IV) e com isso, conforme informações das lideranças locais, o dispositivo ainda se encontrava em fase de ajustes, o que pode ter causado algum viés nos resultados. Para sanar, ou minimizar esse *gap*, sugere-se a realização de novas investigações, como por exemplo, de abordagem qualitativa e longitudinal, para se obter informações mais aprofundadas e contextualizadas da aplicação do ACCR nos SHE brasileiros.

Cabe ressaltar que este estudo enfocou a dimensão Resultado do atendimento em SHE que tem ACCR implantado, segundo a ótica dos seus trabalhadores e com isso, há também necessidade de avaliar o resultado da atenção à saúde, antes e após a implantação do ACCR, seja na perspectiva da equipe de saúde e/ou dos usuários.

AGRADECIMENTO

Agradecimento especial aos profissionais e chefias dos SHE que participaram deste estudo.

USER EMBRACEMENT WITH RISK RATING: ASSESSMENT OF DIMENSION 'OUTCOME' IN THE PROFESSIONALS' PERSPECTIVE

ABSTRACT

A cross-sectional and quantitative study, conducted from August to November 2011, aiming to evaluate the dimension 'outcome' of User Embracement with Risk Rating (ACCR) in Emergency Hospital Services (EHS). Nurses, doctors, social workers, and operational, administrative and security agents from four hospitals participated answering the questionnaire called User Embracement with Risk Rating. Data were treated through descriptive statistics. Among the 314 subjects, most of them (217 – 69.1%) evaluated the dimension 'outcome' of the ACCR implementation as precarious, mainly due to the difficulty in humanizing the care, and difficulty in performing referrals of low complexity cases to primary health systems, and lack of support from leaders in case of difficulties and doubts about the ACCR guidelines. Conclusion: the investigated sites require service network structuring and investment in staff sensitization and qualification.

Keywords: Classification. User Embracement. Emergency Nursing. Outcome Assessment.

ACOGIMIENTO CON CALIFICACIÓN DE RIESGO: EVALUACIÓN DE LA DIMENSIÓN RESULTADO EN LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES

RESUMEN

Un estudio sectorial y cuantitativo, llevado a cabo entre agosto y noviembre del 2011, con el objetivo de evaluar el Resultado de la dimensión de la Acogida del Usuario con el Índice de Riesgo (ACCR) en los Servicios de Emergencia en Hospitales. Enfermeros; médicos; asistentes sociales; agentes operacionales, administrativos y de seguridad, de cuatro hospitales, participaron respondiendo un cuestionario llamado Acogida del Usuario con Índice de Riesgo. Los datos fueron tratados mediante estadísticas descriptivas. Entre las 314 personas, la mayoría (217 – 69,1%) evaluó el resultado de la dimensión de la implementación de ACCR como Precaria, principalmente por la dificultad en humanizar el cuidado, y la dificultad en realizar derivaciones de casos de baja complejidad a la salud primaria y; falta de acogida por parte de los profesionales por sus líderes, frente a dificultades y dudas con respecto a las instrucciones de ACCR. Se llegó a la conclusión que en los locales investigados, además de la estructura de la red de servicios, existe la necesidad de invertir en la sensibilización y calificación de los profesionales para el tratamiento guiado en el ACCR.

Palabras clave: Clasificación. Acogimiento. Enfermería de Urgencia. Evaluación de Resultado.

REFERÊNCIAS

1. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(7):1439-1454.
2. Bezerra FN, Silva TM, Ramos VP. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 Esp2:151-156.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília (DF): MS; 2004.
4. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): MS; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Ministério da Saúde(BR). Política nacional de atenção às urgências. Ministério da Saúde. [documento na internet] Brasília(DF): Ed do MS; 2006. [citado 2012 mar 02]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf.
6. Tronchin DMR, Meleiro MM, Takahashi TR. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P et al. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 71-83.
7. O'Dwyer G, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Programa QualiSUS. *Ciênc Saúd Colet*. 2009; 14(5):1881-1890.
8. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [online]. 2011 jan-fev. [citado 2015 out 10]; 19(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf.
9. Bellucci-Júnior JR. Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2011.
10. Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.
11. Ministério da Saúde (BR). Terminologia básica em saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Ministério da Saúde; 1985.
12. Bellucci JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúch Enferm*. 2011. Porto Alegre (RS); 32(4):797-806
13. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arqu Catarin Med*. 2007; 36(4):70-75.
14. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Bras Enferm*. [online]. 2013 fev [citado 2016 abr 05]; 66(1):31-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100005>.
15. Silva LA, Santos JN. Concepções e práticas do trabalho e da gestão de equipes multidisciplinares na saúde. *Rev Ciênc Adm*. 2012; 34(14):155-168.
16. Bellucci JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e Avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto Contexto Enferm*. 2012 jan-mar; 21(1):217-25.
17. Souza RS, Bastos MAS. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *REME, Rev Min Enferm*. 2008; 12(4):581-586.
18. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho-Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [online]. 2011 maio-jun; 19(3):[09 telas]. [citado 2015 out 10] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf.
19. Silva LG, Matsuda LM. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. *Ciênc Cuid Saude*. 2012; 11Supl:121-128.

Endereço para correspondência: Gelena Luncineia Gomes da Silva Versa. Rua Visconde do Rio Branco, 3511, CEP: 85810-180. Centro. Cascavel/PR. Brasil. E-mail: gelenafenfermagem@yahoo.com.br

Data de recebimento: 08/07/2014

Data de aprovação: 11/12/2015