

Acogida con clasificación del riesgo en hospitales de enseñanza: evaluación de la estructura, procesos y resultados

Dagmar Willamowius Vituri¹
Kelly Cristina Inoue²
José Aparecido Bellucci Júnior³
Carlos Aparecido de Oliveira⁴
Robson Marcelo Rossi⁵
Laura Misue Matsuda⁶

Objetivo: evaluar la estructura, procesos y resultados de Servicios de Emergencias Hospitalarios de que adoptaron la directriz "Acogida con Clasificación del Riesgo" desde la perspectiva de los trabajadores de dos hospitales de enseñanza en el estado de Paraná. Método: estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y prospectivo con muestreo aleatorio estratificado por categoría profesional constituido por 216 profesionales de la salud. Resultados: los participantes manifestaron puntos de acuerdo en relación a los siguientes ítems: promoción de ambiente acogedor y humano; privacidad y seguridad; acogida de acompañantes; acogida y clasificación de todos los pacientes. Los entrevistados manifestaron desacuerdo en relación a los siguientes aspectos: ambiente confortable; sistema de referencia y contrarreferencia; priorización de la atención de pacientes en estado grave consiguiente a la clasificación; comunicación entre los profesionales del equipo multidisciplinario; reevaluación de la directriz Acogida con Clasificación del Riesgo. Conclusión: los trabajadores entrevistados evaluaron como precaria la implantación de la directriz Acogida con Clasificación del Riesgo, especialmente debido a falta de estructura física adecuada y deficiencias en el proceso de atención.

Descriptor: Acogimiento; Humanización de la Atención; Atención Hospitalaria; Triage.

¹ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Enfermera, Hospital Universitário de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Profesor Asistente, Faculdade Ingá, Maringá, PR, Brasil.

³ MSc, Profesor Asistente, Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, PR, Brasil.

⁴ MSc, Enfermero, Hospital Universitário de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Correspondencia:

Dagmar Willamowius Vituri
Hospital Universitário. Diretoria de Enfermagem
Av. Robert Koch, 60
Vila Operária
CEP: 86038-350, Londrina, PR, Brasil
E-mail: dagmar@uel.br

Introducción

En Brasil, los Servicios Hospitalarios de Emergencia (SHE) se caracterizan por largas filas de espera, demanda excesiva, e intensa presión en relación a nuevas consultas⁽¹⁻³⁾. Los usuarios de estos servicios, así como sus acompañantes (incluyendo también los trabajadores que laboran en estos centros) abogan por la humanización de la atención por medio de una comunicación eficaz, la adecuación del número y calidad de los profesionales de la salud y la mejoría de las estructuras físicas⁽⁴⁾.

Con el fin de mejorar la calidad de la atención en el Sistema Único de Salud (SUS), el Ministerio de Salud (MS) de Brasil instauró la Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del SUS (HumanizaSUS). Ésta incluye la denominada Acogida con Clasificación del Riesgo (ACCR), que consiste en una directriz e instrumento de injerencia en las gestiones laborales de los SHE⁽⁵⁾. En este sentido, la componente de acogida implica la escucha empática y el balance entre las necesidades de los usuarios y la capacidad de cada servicio de responder a la demanda correspondiente, objetivando una mejor calidad de la atención y asunción de la responsabilidad por la ejecución de transferencias seguras a otros servicios. El componente de clasificación de riesgo implica la agilización de la atención mediante la aplicación de un protocolo diseñado para determinar el grado de necesidad del usuario según la complejidad del caso, en vez de determinar la secuencia de la atención meramente según el orden de llegada⁽⁶⁾.

Varios protocolos de aplicación de la directriz ACCR han sido diseñados, validados e implementados a nivel internacional^(1,7-8). Dichos protocolos definen los niveles de clasificación de la gravedad de los casos – escala de priorización⁽¹⁾, los cuales son representados por colores predefinidos. De acuerdo con la propuesta de HumanizaSUS, durante la Consulta de Enfermería, el enfermero clasifica los casos según el esquema predefinido de colores, a saber: rojo – emergencia, amarillo – urgencia, verde – menor urgencia y azul – no urgencia⁽⁶⁾.

Tomando en cuenta la posible ocurrencia de sesgo de aplicabilidad en el caso de protocolos e instrumentos internacionales y/o desarrollados en contextos diferentes⁽⁸⁾, así como el elevado costo de su adquisición, es recomendable que cada institución elabore sus propios protocolos con la contribución colectiva de los sujetos que participan en el proceso de trabajo, de que se satisfagan las necesidades locales⁽⁵⁾.

Aunque varios protocolos de aplicación de la directriz ACCR en los SHE brasileños han sido elaborados, faltan estudios que evalúen tanto su implantación como su

impacto⁽⁹⁾. De hecho, evaluar la ACCR es imperativo cuando se busca mejorar la calidad y seguridad de la atención al usuario y las condiciones laborales de los equipos que se desempeñan en los SHE⁽¹⁰⁾. El motivo de ello es que la aplicación de métodos evaluativos es imprescindible para el perfeccionamiento de las acciones emprendidas, pues viabilizan el análisis de las potencialidades y puntos débiles de los aspectos relacionados con la estructura, procesos y resultados.

Aunque en Brasil el MS recomienda aplicar la directriz ACCR en los SHE desde 2004⁽⁶⁾, por falta de estructura física adecuada y déficit cuantitativo y cualitativo de recursos humanos, entre otras dificultades, muchas instituciones aun utilizan el modelo tradicional, o sea, según la orden de llegada⁽¹⁾.

Ésta aparente falta de apego de los SHE a la directriz recomendada por el MS podría ser uno de los motivos que explican la escasez de publicaciones referentes a la implantación y/o evaluación de la directriz ACCR. También se percibe una falta de instrumentos debidamente validados para este fin, lo que limita aun más el campo de acción de los investigadores interesados en esta temática.

Considerando la inexistencia de publicaciones sobre instrumentos de evaluación de la ACCR en las principales bases de datos y bibliotecas virtuales disponibles en línea (Biblioteca Virtual en Salud – “BVS”; Biblioteca Digital *Scientific Electronic Library Online* – “SciELO”; Base de Datos de Enfermería – “BDENF”; Bases de Datos de la Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud – “LILACS”), en 2011 Belluci Jr. desarrollo un cuestionario basado en las dimensiones de evaluación en salud de Donabedian (estructura, procesos y resultados). En un segundo momento, se propuso validar el contenido y apariencia del cuestionario, constatando concordancia satisfactoria entre los evaluadores e índice de fiabilidad mayor que 0,8 (80%) en las tres dimensiones mencionadas⁽⁹⁾.

Considerando las lagunas existentes en el conocimiento actualmente disponible sobre la evaluación de la ACCR, este estudio se encuentra plenamente justificado, pues sus resultados podrán ser utilizados como base de acciones futuras tanto en el ámbito general del Servicio de Salud como en el específico de enfermería, objetivando la (re)planificación y monitoreo del proceso de atención en los SHE. Igualmente, contribuirán al perfeccionamiento del ambiente y del proceso de trabajo en los espacios investigados.

La cuestión que orientó el estudio fue el determinar cómo los trabajadores que se desempeñan en los SHE de dos hospitales de enseñanza evalúan la ejecución de la ACCR. Para responder a ella, se estableció el siguiente

objetivo: evaluar desde la perspectiva de los trabajadores la estructura, procesos y resultados de dos SHE pertenecientes a hospitales de enseñanza que adoptaron la directriz ACCR.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y prospectivo realizado en dos hospitales públicos de enseñanza del estado de Paraná, identificados como Hospital A y Hospital B. Los datos fueron recolectados entre agosto y noviembre de 2011, después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – COPEP) de la Universidad Estadual de Maringá, nº 325/2011 y del Comité de Ética en Investigación (Comitê de Ética em Pesquisa – CEP) de la Universidad Estadual de Londrina, n. o 11550/2011. Todos los sujetos firmaron el formulario de consentimiento informado.

El Hospital A es el centro de referencia para la atención de pacientes de alta complejidad en el Estado de Paraná, habiendo implantado la ACCR en julio de 2007. Como hospital tipo III, se integra al Sistema de Atención de Urgencias y Emergencias del Estado de Paraná, y está abierto las 24 horas del día. El SHE de esta institución (SHE-A) posee 48 camas de internación breve, sin embargo, su flujo promedio es de 96 pacientes por día, correspondiendo a una media de 46.000/año⁽¹¹⁾.

El Hospital B es el centro de referencia para casos de trauma de alta complejidad y también está abierto las 24 horas del día. Su SHE (SHE-B) posee 30 camas de internación breve, con un flujo promedio de 90 pacientes/día y 47.000 pacientes/año. Este SHE implantó la ACCR en diciembre de 2010⁽¹²⁾.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado de distribución proporcional, de modo que los profesionales de ambos SHE fueron estratificados de acuerdo a su categoría profesional. Los sujetos fueron sorteados a partir de una lista numerada que incluía los nombres de todos los empleados según su categoría profesional y en orden alfabético. En el caso de los sujetos que no pudieron ser localizados después de tres intentos o que se negaron a participar, fue seleccionado el nombre inmediatamente siguiente en la lista y así sucesivamente hasta llegar al final de la lista o alcanzar el 60% de los profesionales en cada categoría. Este porcentaje fue calculado previo a la recolección de los datos considerando un margen del 40% de pérdidas por negativa a participar (20%) y ausentismo previsto e imprevisto (20%) en ambos SHE.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: profesionales que se desempeñaban directamente en los

SHE (enfermería, medicina, recepción, seguridad, higiene hospitalaria y asistencia social) y tres o más meses de antigüedad en el SHE. Con base en el tipo de muestreo y los criterios descritos, la muestra fue compuesta por 216 profesionales, siendo 122 (56,5%) del SHE-A y 94 (43,5%) del SHE-B.

En la recolección de los datos fue utilizado el cuestionario "*Instrumento para Evaluación de la ACCR*", que contiene dos partes: la Parte I aborda datos sociodemográficos de los sujetos y la Parte II se subdivide en las tres dimensiones de la tríada de *Donabedian* para evaluaciones en salud, donde los ítems del 01 al 07 corresponden a la dimensión *estructura*, los ítems 08 al 14 a la dimensión *procesos* y los ítems 15 al 21 a la dimensión *resultados*. Los ítems fueron respondidos en escalas tipo Likert de cinco puntos: *estoy totalmente en desacuerdo, estoy en desacuerdo, no estoy en desacuerdo ni de acuerdo, estoy de acuerdo, estoy totalmente de acuerdo*⁽⁹⁾. El puntaje mínimo de cada dimensión es 7 y el máximo 35, con una amplitud total de 28 puntos.

Los datos fueron clasificados utilizando la Tabla de Categorías y Puntajes propuesta en el documento "Instrumento de Evaluación para Centros y Puestos de Salud"⁽¹³⁾, descrita en la Figura 1, abajo.

| Puntaje | Porcentaje | Clasificación |
|-------------|------------|---------------|
| 07 a 17,4 | 00 a 49,9 | Insuficiente |
| 17,5 a 26,1 | 50 a 74,9 | Precaria |
| 26,2 a 31,4 | 75 a 89,9 | Satisfactoria |
| 31,5 a 35 | 90 a 100 | Excelente |

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud (BR)⁽¹³⁾

Figura 1 - Puntajes de Clasificación de la ACCR según las dimensiones de Donabedian, Maringá, PR, Brasil, 2012

Los datos fueron tabulados en planillas electrónicas del programa *Microsoft® Excel for Windows 7.0* y analizados utilizando estadística simple (frecuencias y porcentajes) y descriptiva (variación mínima, máxima, media, mediana y desviación estándar-DE) mediante el programa *EpiInfo 3.5.3*.

Resultados

La distribución demográfica de los sujetos fue la siguiente: *Hospital A* - edad promedio de 41,4 años (DE 10,7; mediana 40,0; mínima 22,0; máxima 67,0); 78 (63,9%) participantes eran del sexo femenino; 79 (64,7%) casados o en uniones estables; 24 (19,7%) solteros; 16 (13,1%) separados y tres (2,5 %) viudos. En lo referente al nivel de escolaridad, 71 (58,2%) habían

completado la enseñanza secundaria y el promedio del tiempo de trabajo en el SHE institucional fue de 8,6 años (DE 8,9; mediana 4,5; mínima 0,25; máxima 35). *Hospital B* – edad promedio de 40,5 años (DE 10,9; mediana 41,0; mínima 23,0; máxima 67,0), 60 (63,8%) participantes eran del sexo femenino; 55 (59,8%)

casados o en uniones estables; 21 (22,8%) solteros; 15 (16,3%) separados; uno (1,1 %) viudo, siendo que dos no respondieron esta ítem. La mayoría había completado cursos de posgrado *Lato Sensu* y el promedio del tiempo de trabajo en el SHE institucional fue de 8,6 años (DE 7,6; mediana 5,0; mínima 0,25; máxima 25).

Tabla 1 - Distribución de los sujetos según la variable categoría profesional/función. Maringá, PR, Brasil, 2012

| Categoría profesional/ Función* | Hospital A | | Hospital B | | Total | |
|------------------------------------|------------|------|------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Agente Administrativo | 10 | 8,2 | 06 | 6,4 | 16 | 7,4 |
| Agente Operacional | 11 | 9,0 | 15 | 16,0 | 26 | 12,0 |
| Agente de Seguridad | 02 | 1,6 | 06 | 6,4 | 08 | 3,7 |
| Asistente Social | 01 | 0,8 | 02 | 2,1 | 03 | 1,4 |
| Auxiliar/Técnico Enfermería | 75 | 61,5 | 26 | 27,7 | 101 | 46,7 |
| Enfermero | 09 | 7,4 | 10 | 10,6 | 19 | 8,8 |
| Médico | 14 | 11,5 | 29 | 30,8 | 43 | 20,0 |
| Total | 122 | 100 | 94 | 100 | 216 | 100 |

*Categoría Profesional/Función: Agente Administrativo = Auxiliares y Técnicos Administrativos, Recepcionistas y Telefonistas; Agente Operacional = Celadores y Choferes; Agente de Seguridad = Vigilantes y Porteros; Médico = Docentes y Residentes

Con base en el puntaje promedio en el cuestionario, todas las dimensiones de evaluación de la ACCR fueron clasificadas como *precarias* (17,5 a 26,1 puntos), como muestra la Figura 2.

Tabla 2 - Puntaje promedio de cada dimensión de Donabedian por servicio. Maringá, PR, Brasil, 2012

| | Media | DE | Mediana | Mínima | Máxima |
|------------|-------|-----|---------|--------|--------|
| Estructura | | | | | |
| SHE-A | 21,9 | 4,6 | 22,0 | 10,0 | 35,0 |
| SHE-B | 19,3 | 4,2 | 19,0 | 9,0 | 28,0 |
| Procesos | | | | | |
| SHE-A | 21,8 | 4,3 | 21,5 | 13,0 | 35,0 |
| SHE-B | 21,0 | 3,4 | 21,0 | 13,0 | 30,0 |
| Resultados | | | | | |
| SHE-A | 23,7 | 4,4 | 24,0 | 13,0 | 34,0 |
| SHE-B | 23,1 | 3,9 | 23,0 | 9,0 | 31,0 |

La Tabla 3 describe el número absoluto y porcentual de sujetos que asignaron los diversos niveles de clasificación de los SHE según las tres dimensiones de Donabedian.

En el tratamiento de los datos referentes a la opinión emitida por los sujetos acerca de la ACCR según las dimensiones de Donabedian, las respuestas *estoy totalmente en desacuerdo* y *estoy en desacuerdo* fueron analizadas conjuntamente con las respuestas *desacuerdo* y las respuestas *estoy de acuerdo* y *estoy totalmente de acuerdo*, como *acuerdo*. Las respuestas *no estoy ni en desacuerdo ni de acuerdo* no fueron incluidas ni en el análisis ni en la discusión porque no representaron el mayor porcentaje en ninguno de los ítems de evaluación.

Tabla 3 - Número y porcentaje de clasificación por dimensión de Donabedian y servicio. Maringá, PR, Brasil, 2012

| | n | Insuficiente | | Precaria | | Satisfactoria | | Excelente | |
|-------------|-----|--------------|------|----------|------|---------------|-----|-----------|-----|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Estructura | | | | | | | | | |
| Institución | | | | | | | | | |
| SHE-A | 122 | 20 | 16,4 | 87 | 71,3 | 10 | 8,2 | 05 | 4,1 |
| SHE-B | 94 | 30 | 31,9 | 60 | 63,8 | 04 | 4,3 | - | - |
| Total | 216 | 50 | 23,1 | 147 | 68,1 | 14 | 6,5 | 05 | 2,3 |

(continúa...)

Tabla 2 - continuación

| | n | Insuficiente | | Precaria | | Satisfactoria | | Excelente | | |
|-------------|-----|--------------|------|----------|------|---------------|------|-----------|-----|--|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Procesos | | | | | | | | | | |
| Institución | | | | | | | | | | |
| SHE-A | 122 | 14 | 11,5 | 92 | 75,4 | 11 | 9,0 | 05 | 4,1 | |
| SHE-B | 94 | 12 | 12,8 | 74 | 78,7 | 08 | 8,5 | - | - | |
| Total | 216 | 26 | 12,0 | 166 | 76,9 | 19 | 8,8 | 05 | 2,3 | |
| Resultados | | | | | | | | | | |
| Institución | | | | | | | | | | |
| SHE-A | 122 | 07 | 5,7 | 86 | 70,5 | 21 | 17,2 | 08 | 6,6 | |
| SHE-B | 94 | 08 | 8,5 | 67 | 71,3 | 19 | 20,2 | - | - | |
| Total | 216 | 15 | 7,0 | 153 | 70,8 | 40 | 18,5 | 08 | 3,7 | |

Discusión

En lo referente al tamaño de la muestra, entre los empleados técnicos administrativos del plantel del SHE-A (n=122) participaron en el estudio el 77% de los agentes de seguridad, operacionales y administrativos; el 100% de los asistentes sociales, el 79% de los auxiliares/técnicos de enfermería y el 64% de los enfermeros y el 52% de los médicos. En relación al SHE-B (n=94), participaron en el estudio el 34% de los agentes de seguridad, operacionales y administrativos, el 100% de los asistentes sociales, el 65% de los auxiliares/técnicos de enfermería, el 37% de los enfermeros y el 23% de los médicos. Los motivos por los cuales algunas categorías no alcanzaron el porcentaje mínimo del 60% fueron negativa a participar (>20%) y ausencia (vacaciones o licencia) después de tres intentos.

A partir del análisis de los datos sociodemográficos de todos los participantes se observa que la mayoría (68,9%) de los trabajadores del SHE-A pertenecía a alguna de las categorías de profesionales de enfermería, mientras que este grupo representaba el 38,3% de los trabajadores del SHE-B. La edad promedio de la muestra fue de 40 a 41 años, siendo similar en ambas instituciones (SHE-A-41,4; SHE-B-40,5). Fue evidenciado el predominio del sexo femenino (SHE-A - 63,9%; SHE-B - 63,8%), así como de participantes casados o en uniones estables (SHE-A - 64,7%; SHE-B - 59,8%). Aunque estos resultados coinciden con los reportados por estudios sobre el perfil de la profesión⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, llama la atención el hecho de que los médicos constituyesen la mayoría de los profesionales en el Hospital B, correspondiendo a 29 (30,8%) individuos.

De hecho, merece ser destacada la diferencia cuantitativa entre las categorías profesionales de los dos SHE estudiados, pues el número de médicos, incluyendo docentes, médicos de guardia y residentes fue mayor en el SHE-B (126) que en el SHE-A (27), el cual es

considerablemente mayor en términos de estructura - aunque comparable en cuanto a su productividad. Lo mismo aplica en el caso de los enfermeros, ya que 14 pertenecen al SHE-A y 27 al SHE B. Posiblemente esa mayor participación de médicos en SHE-B (30,8%) refleja el mayor número de médicos en dicha institución y de este modo, puede haber influenciado los puntajes correspondientes (Tabla 1).

En relación al nivel de escolaridad, 71 (58,2%) participantes del SHE-A habían completado la escuela preparatoria (media superior), mientras que 40 (42,6%) participantes del SHE-B habían realizado cursos de posgrado. Este hallazgo puede deberse a que la mayoría de los entrevistados del SHE-B estaba compuesta por médicos (29-30,8%) y enfermeros (10-10,6%). En función de las demandas crecientemente exigentes del mercado de trabajo, es bastante común encontrar en la práctica cotidiana profesionales de nivel superior con especialización/capacitación adicional.

El análisis de la antigüedad de trabajo en el SHE indicó que el perfil de profesionales que participaron en la implantación de la ACCR en el SHE respectivo se caracterizaba por tener una experiencia significativa en esta área (8,6 años en promedio en ambos SHE). Este hallazgo es importante, porque la corresponsabilidad, valoración de los sujetos, protagonismo y la participación colectiva son algunos de los valores que guían al HumaniSUS⁽⁵⁻⁶⁾.

Los puntajes de las varias dimensiones evaluadas de la ACCR (Tabla 2 y Tabla 3) correspondieron al nivel *Precario* en ambos SHE. Sin embargo, algunas respuestas que expresaron tanto acuerdo como desacuerdo merecen ser comentadas en función del número absoluto y porcentual de respondientes en ambos SHE.

Dentro de los aspectos concordantes de la dimensión Estructura, los entrevistados del SHE A indicaron los ítems: ambiente acogedor y humano (60=49%), privacidad del

usuario (58=47%) y acogida del acompañante (67=55%). Estos mismos ítems y en la misma secuencia fueron también indicados por 53 (57%), 42 (45%) y 67 (71%) profesionales del SHE-B, respectivamente.

En relación con la dimensión Procesos, los entrevistados del SHE-A manifestaron acuerdo con los siguientes ítems: promoción de la seguridad y confort del usuario (65=53%), acogida y clasificación de todos los pacientes (98=80%), conocimiento del protocolo ACCR por parte de los empleados (56=46%) y capacitación en asistencia acogedora y resolutive (53=43%).

Finalmente, en relación a la dimensión Resultados, los entrevistados del SHE-A manifestaron acuerdo en lo referente a la atención primaria – clasificación de riesgo realizadas por los enfermeros según la gravedad del caso (88=73%) y consciencia del acompañante en cuanto al tiempo de espera (93=75%). Los entrevistados del SHE-B manifestaron acuerdo en relación a los ítems: gravedad (74=79%), tiempo de espera (53=56%) y humanización en todas las fases de la ACCR (43=46%).

Los porcentajes correspondientes a las expresiones de acuerdo permitieron inferir que en los dos SHE estudiados, la implantación de la ACCR resultó en la readecuación de la estructura física y del proceso de trabajo, promoviendo mayor humanización, capacitación de los equipos de trabajo y acceso a toda demanda tal como es requerido por las directrices incluidas en la propuesta de HumanizaSUS^(1,5-6). Sin embargo, con base en el modelo referencial utilizado en este estudio, los porcentajes hallados en ambos SHE corresponden al nivel *Precario* (50 a 74,9%) y por consiguiente, indican la necesidad de mayor inversión en estos aspectos. A pesar de las constataciones favorables, no es posible determinar si la ampliación del acceso indujo mejorías en la calidad de la asistencia sin imponer una sobrecarga a los equipos de trabajo, lo que constituye un tópico que merece ser estudiado.

En cuanto a los ítems discordantes que contribuyeron a la clasificación del SHE como *Precario*, en relación con la *Estructura*, el SHE-A obtuvo el mayor número de desacuerdos en cuanto a la realización periódica de reuniones y sesiones de capacitación (50=41%) y comunicación entre los miembros del equipo multidisciplinario profesional (74=61%). Entre los entrevistados del SHE-B se destacaron los ítems estructura física confortable (53=56%) y señales para orientación del usuario (40=42%). Es de destacar que, aunque anteriormente los resultados para el SHE-B habían indicado la presencia de un ambiente acogedor y humano que garantizaba la privacidad del usuario, esta estructura no se consideró cómoda o suficientemente adecuada

para asegurar la movilidad del usuario entre diferentes entornos de una forma segura.

En relación a la dimensión Procesos, los entrevistados del SHE-A expresaron desacuerdo en cuanto al espacio de discusión cedido por la dirección (56=46%) y a la reevaluación del diagrama de flujo de la ACCR por el equipo de trabajo (55=45%). Éstos mismos ítems fueron indicados en el SHE-B por 44 (47%) y 48 (51%) de los entrevistados, respectivamente.

De este modo, puede inferirse que la estructura física debe ser readecuada, especialmente en el SHE-B. Sin embargo, llama la atención la existencia de problemas relacionados con la comunicación entre los miembros de los equipos de trabajo en ambos SHE, manifestados como falta de espacios democráticos de discusión, reflexión y problematización, que limitan las probabilidades de éxito de la ACCR⁽⁵⁻⁶⁾.

La mayoría de los hospitales brasileños aplica el modelo funcional como sistema de gestión, caracterizado por estructuras verticales y formales, mientras que en la actualidad son necesarias formas más flexibles de gestión capaces de promover autonomía gerencial con descentralización organizacional, de modo que todos los trabajadores puedan participar en la toma de decisiones que afecten su trabajo⁽¹⁶⁾. Este abordaje resulta en mayor compromiso, participación y responsabilidad, los cuales son requisitos imprescindibles para el éxito de la directriz ACCR.

Finalmente, respecto de la dimensión Resultados, los entrevistados del SHE-A manifestaron desacuerdo con la priorización de la atención de pacientes en estado grave después de la clasificación del riesgo (75-61%). Este ítem también fue acentuado por los participantes del SHE-B (66=77%), que también manifestaron desacuerdo con la derivación de los casos de baja complejidad a la red básica (51=54%) y con la receptividad de la dirección a dudas relacionadas con la ACCR (31-33%).

En cuanto a la priorización de los pacientes en estado grave, en contextos caracterizados por exceso de demanda y hacinamiento, donde pacientes hemodinámicamente inestables en condiciones de urgencia y emergencia se mezclan con casos de baja complejidad^(3,8,17-18) es difícil visualizar y priorizar la asistencia⁽¹⁹⁾. Para este fin, la directriz ACCR presupone la aplicación de un protocolo que determine la necesidad de atención y el potencial de agravamiento de cada caso⁽⁶⁾.

En relación al tratamiento de usuarios con problemas de salud no urgentes, pero que consultan servicios de emergencia, la red básica de salud debería estar sistemáticamente preparada para atender esta demanda⁽¹⁾ a fin de cumplir totalmente los objetivos de la directriz ACCR.

Para minimizar los problemas identificados, las políticas públicas deben dar apoyo adecuado a la práctica de referencia y contrarreferencia, pues el establecimiento de articulaciones sistematizadas entre los diversos servicios será capaz de garantizar la eficacia de las derivaciones, lo que es condición imperativa para el éxito de la ACCR^(6,20).

En este sentido, debe tomarse en cuenta que las deficiencias del sistema de referencia y contrarreferencia no sólo sobrecargan los SHE, sino que también pueden resultar en una atención superficial y poco resolutive de los pacientes clasificados como menos graves⁽¹⁷⁾, lo que sin duda implica riesgos para la población. Dentro de este mismo contexto, una antigua tradición considera a los SHE como alternativa frente a la faltas del servicio en las unidades de atención básica, que se caracteriza por demora en la obtención de turnos y falta de especialistas^(17,19). Con la certeza de que serán atendidos, los usuarios prefieren esperar largas horas, sobrecargando de este modo los SHE⁽³⁾.

En ambientes como el recién descrito, abarrotados, con sobrecarga de trabajo y estrés, las relaciones interpersonales se ven afectadas⁽³⁾ y el proceso de trabajo se vuelve arduo, inseguro y poco resolutivo. Sin embargo, este tipo de situaciones representan tal vez la necesidad urgente de adoptar la filosofía de la ACCR, que implica el compromiso y participación en todas las esferas del proceso de atención de la salud.

Debe ser observado que en algunos ítems, las opiniones de los entrevistados no fueron homogéneas, a saber: reevaluación del usuario en espera de atención por parte del personal de enfermería del SHE-A (acuerdo: 51=42%; desacuerdo: 48=39%), integración multidisciplinaria en el SHE-B (acuerdo: 35=37%; desacuerdo: 33=36%) y humanización en todas las fases de la ACCR en el SHE-A (acuerdo: 47=39%; desacuerdo: 48=39%).

En relación a la reevaluación del usuario en espera de atención por parte del personal de enfermería del SHE-A, exceptuando el asistente social, algunos miembros de todas las demás profesiones de salud que participaron en el estudio manifestaron desacuerdo con este ítem. Esta situación es preocupante porque indica la necesidad de estudios futuros sobre el desempeño del enfermero dentro del contexto de la ACCR. De hecho, la reevaluación de los usuarios posterior a la acogida y clasificación es un elemento fundamental de la calidad y seguridad de la asistencia, pues el estado general del paciente puede deteriorarse después de la evaluación inicial^(8,21) o bien los síntomas y signos imperceptibles durante la etapa de Clasificación del Riesgo pueden presentar exacerbación ulterior⁽²¹⁾.

A su vez, la integración multidisciplinaria de profesionales es reconocida como imprescindible para el éxito de la ACCR⁽¹⁹⁾. Por este motivo, el MS recomienda la realización de talleres multidisciplinarios dedicados a la discusión y construcción de acciones y protocolos⁽⁶⁾. Siendo así, el personal de administración del SHE-B debe intervenir a fin de resolver este problema.

Las reuniones de los miembros del equipo profesional multidisciplinario para la discusión y reformulación del ambiente y los procesos de trabajo, de modo a construir colectivamente sugerencias destinadas a optimizar la organización, representan en la actualidad un modelo democrático de gestión imprescindible⁽¹⁶⁾.

La humanización de todas las fases de la ACCR es considerada como la esencia genuina de esta propuesta. Sin embargo, su implantación efectiva exige un esfuerzo significativo, pues puede ser favorecida por una escucha empática^(8,22-23), además del suministro de informaciones claras, incluyendo el tiempo de espera, priorización de los pacientes en estado grave, apoyo emocional y seguridad de usuarios y acompañantes⁽¹⁾.

La ACCR fue idealizada como una herramienta efectiva y eficaz para mejorar la calidad de la atención en los SHE. Siendo los enfermeros una parte indispensable del equipo de salud y los ejecutores del protocolo de clasificación, puede inferirse que esta categoría profesional es la principal responsable por el buen funcionamiento del proceso⁽²³⁾. De este modo y tomando en cuenta la formulación de acciones de valorización profesional que despierten en el trabajador un sentimiento de corresponsabilidad referente a los resultados de la atención prestada⁽¹⁷⁾, el personal de enfermería que se desempeña en los SHE debe ser continuamente capacitado y valorizado.

Para que la ACCR sea exitosa como propuesta de cambio en los modelos de atención y gestión de las prácticas de salud⁽⁶⁾ urge una reflexión por parte de los protagonistas en este proceso (administradores, profesionales y usuarios). Es importante que se analice si en la práctica, esta directriz realmente viene cumpliendo un papel promotor de transformaciones en los procesos de trabajo y en la relación entre trabajadores y usuarios^(3,17,22,24) o si meramente se ha limitado a viabilizar la atención de la totalidad de la demanda espontánea, más bien como un servicio de atención inmediata⁽³⁾ centrado en síntomas y dolencias, sin asegurar una mejoría de la calidad, pero sí mayor productividad^(22,24).

Aunque con particularidades específicas, los SHE analizados en el presente estudio convergen en cuanto a la necesidad de realizar mejorías referentes a la práctica de la directriz ACCR. De este modo, los resultados aquí descritos pueden servir como base en la elaboración de

estrategias por parte de la administración hospitalaria y otras categorías profesionales implicadas en hacer efectiva la directriz ACCR dentro del marco en el que ha sido propuesta.

Conclusión

En los SHE analizados, las dimensiones de Estructura, Procesos y Resultados formuladas por Donabedian fueron clasificadas como *precarias*. El SHE-A implantó la ACCR hace cinco años, y el SHE-B hace dos; debido a que esta implantación es muy reciente en ambos servicios, esta aun no ha sido sujeta a (re)evaluación y readecuaciones.

Algunos resultados favorables fueron constatados en los SHE estudiados, como: ambiente acogedor y humano, privacidad, seguridad y confort del usuario, acogida del acompañante y acogida y clasificación de todos los pacientes. Sin embargo, también fueron identificados diversos problemas, especialmente en relación con el sistema de referencia y contratransferencia, priorización de la atención de pacientes en estado grave posterior a la Clasificación del Riesgo, comunicación entre los miembros del equipo profesional multidisciplinario y reevaluación de la propuesta en sentido global por parte del equipo de trabajo.

Como limitaciones de este estudio puede mencionarse el tamaño reducido de la muestra correspondiente a ciertas categorías profesionales debido a negativa a participar o imposibilidad de localizar a los sujetos después de tres intentos, especialmente en el caso de los médicos y de profesionales que no se perciben a sí mismos como miembros del equipo asignado a la ACCR, como por ejemplo, los vigilantes y porteros.

Sería recomendable que nuevos estudios fueren realizados con muestras más grandes y destinados a investigar la opinión de profesionales y usuarios de otros SHE brasileños que han implantado la ACCR.

Como conclusión, con base en el marco de referencia seleccionado, los trabajadores de los SHE estudiados clasificaron la ACCR como *Precaria*. Esto se debe a que a pesar de las iniciativas de ambos SHE para invertir en mejorías de su estructura y proceso de trabajo/atención, es mucho lo que aun debe ser realizado para mejorar las condiciones de confort, comunicación interpersonal, capacitación continua, reevaluación continua del protocolo y, no menos importante, la estructuración e integración de los hospitales con la red de atención primaria de la salud.

Agradecimientos

A las alumnas del curso de graduación en enfermería de la Universidad Estadual de Londrina – Andréa Moreira

da Silva, Anna Lúcia Darcin Rigo, Anne Caroline Correia S. de Oliveira, Barbara Duarte Neris, Bianca Carolina Zanardi Porto, Carine Gasparoto de Lima, Elizabete Rosane Palharini, Franciele Dinis Ribeiro, Francieli Sayuri, Márcia Aparecida dos Santos Silva, Thaiara Maestro Calderon e Vanessa Monique Luis Costa – que participaron en la fase de recolección de datos como practicantes en la Asesoría de Control de Calidad de la Asistencia de Enfermería del Hospital Universitario de la Universidad Estadual de Londrina, PR, Brasil.

Referencias

1. Albino RM, Grosseman S, Riggembach V. Classificação de Risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *ACM: Arq Catarinenses Med.* 2007; 36(4):70-5.
2. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. [Revisão]. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(7):1439-54.
3. Zanelatto DM, Pai DD. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde.* 2010; 9(2):358-65.
4. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enferm.* [Internet]. 2009 [acesso 20 out 2012];11(1):151-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
6. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma estético no fazer saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Casares NG, Lores FJM, Guzmán CU, Juanes SA. Protocolo de triage o recepción, acogida y clasificación (RAC) de enfermería en urgencias del Hospital Do Salnés. *Enferurg. com* [Internet]. 2005 [acesso 17 mar 2012]. Disponível em: <http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm>
8. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(1):26-33.
9. Bellucci JA Jr, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2012; [acesso 8 maio 2013];65(5):751-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500006&script=sci_arttext

10. Luz PL. Research and teaching: essential components of a university hospital. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2007 [acceso 5 mar 2012];88(3):371-2. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=en
11. Universidade Estadual de Londrina. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (BR). Seção de Estatística. Movimento de pacientes no ano de 2011: comparativo 2002 - 2011. Londrina; 2012. 40 p. Relatório Anual.
12. Hospital Universitário de Maringá (BR). História do hospital. [internet]. 2012 [acceso 26 julio 2012]. Disponible em: <http://www.hum.uem.br/?pg=ohospital>
13. Ministério da Saúde (BR). Instrumento de avaliação para centros e postos de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1985.
14. Carvalho G, Lopes S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. *Arq Ciênc Saúde.* 2006;13(4):215-9.
15. Li J, Lambert VA. Job satisfaction among intensive care nurses from the People's Republic of China. *Int Nurs Rev.* 2008;55(2):34-9.
16. Bernardes A, Cummings G, Evora YDM, Gabriel S. Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(6):1142-51.
17. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncetto KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2011;9(1):84-8.
18. Bellucci JA Jr, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e Avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto Contexto - Enferm.* 2012;21(1):217-25.
19. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *REME.* 2008;12(4):581-6.
20. Fraccolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enfem USP.* 2004;38(2):143-51.
21. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med.* [Internet].1999 [acceso 17 julio 2012];16(3):179-81. Disponible em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343329/pdf/jaccidem00030-0017.pdf>
22. Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Sales-Peres A, Bastos JRM, Sales-Peres SHC. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. [Revisão]. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2008 [acceso 25 ago 2012];15(2):93-5. Disponible em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf
23. Bellucci JÁ Jr, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. [Revisão]. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):797-806.
24. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2):331-40.

Recibido: 8.11.2012

Aceptado: 15.7.2013

Como citar este artículo:

Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Jr JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Acogida con clasificación del riesgo en hospitales de enseñanza: evaluación de la estructura, procesos y resultados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sept.-oct. 2013 [acceso: / /]; 21(5): [09 pantallas]. Disponible en: _____

día | mes abreviado con punto | año

URL