



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JOSÉ APARECIDO BELLUCCI JÚNIOR**

**FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO**  
**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

MARINGÁ-PR

2016

JOSÉ APARECIDO BELLUCCI JÚNIOR

FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO  
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, para obtenção de título de Doutor em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda

MARINGÁ-PR

2016

Ficha catalográfica elaborada por Juliana Jacob de Andrade  
Bibliotecária da Universidade Estadual do Norte do Paraná  
Campus de Cornélio Procópio

Bellucci Júnior, José Aparecido.

B449f Fidedignidade de instrumento para avaliação da qualidade do  
acolhimento com classificação de risco. Maringá, 2016.  
133f.; il.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá.  
Programa de Pós Graduação em Enfermagem.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Misue Matsuda.

1. Enfermagem. 2. Serviço Hospitalar de Emergência. 3. Confiabilidade.  
4. Triagem. 5. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Matsuda, Laura Misue.  
II. Título.

CDD 610.73

JOSÉ APARECIDO BELLUCCI JÚNIOR

**FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO  
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Aprovada em: 19/12/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Silvia Gabriel

Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Lúcia Garanhani

Universidade Estadual de Londrina – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Universidade Estadual de Londrina – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Silva Marcon

Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda (Orientadora)

Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Enfermagem

## DEDICATÓRIA

*Ao Espírito Santo de Deus, por ter me guiado em todos os caminhos;*

*À mulher da minha vida, Eva Bellucci, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente naqueles em que a incerteza parecia ser a única opção;*

*Ao nosso amado filho Davi, que só nos dá alegria. Hoje você tem apenas 05 anos de idade, mas em tempos futuros entenderá a relevância dessa dedicatória;*

*Aos meus pais José e Ivone, que dignamente me apresentaram ao caminho da honestidade e da persistência;*

*À enfermeira Dra Eliska Sedlak, pela ajuda nos meus primeiros passos profissionais. Fui honrado por Deus em tê-la como minha primeira mentora.*

## *AGRADECIMENTOS*

*À Dra Laura Misue Matsuda, o meu reconhecimento pelo exemplo de sabedoria e respeito. Nesses anos todos, aprendi muito com a sua sensibilidade, humanização, dedicação e trabalho. Faço questão de registrar aqui (e que ecoe na eternidade), que a Sra “é”, e sempre “será”, A MINHA ORIENTADORA;*

*Aos meus filhos no MIREGRA, que estiveram comigo durante a defesa da tese. Sinto a amor de Deus na vida de vocês!*

*Aos amigos que me apoiaram nessa caminhada;*

*Ao meu amigo Marcelo W. Barros, pela caminhada de parceria;*

*Aos irmãos científicos, que sempre estiveram juntos no grupo de pesquisa;*

*À UENP que me liberou para cursar o Doutorado;*

*À Banca Examinadora pelas contribuições que foram fundamentais para a formatação final do trabalho.*

*Muitos homens devem a grandeza da sua  
vida aos obstáculos que tiveram que  
vencer.*

*C. H. Spurgeon*

BELLUCCI JÚNIOR, J. A. **Fidedignidade de instrumento para avaliação da qualidade do acolhimento com classificação de risco**. 2016. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, 2016.

## RESUMO

A avaliação da qualidade em Serviços Hospitalares de Emergência é necessária para o desenvolvimento e segurança do cuidado, pois por meio da atribuição de valores à prática, é possível pontuar as áreas dos sistemas internos que necessitam de intervenções administrativas. Neste aspecto, a avaliação por meio da utilização de instrumentos validados e fidedignos possibilita diagnosticar as falhas e orientar os processos de mudanças à qualidade do atendimento. O presente estudo teve como Objetivo Geral, Testar a Fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência (ACCR). Para contextualizar e subsidiar a discussão sobre o tema foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, pela qual se obteve dados referentes aos resultados da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços Hospitalares de Emergência no Brasil, em instituições que implantaram esse sistema, no período de 2004-2013. Foram realizadas buscas de publicações nas bases de dados LILACS, SciELO, BDNF, *MEDLINE* e ColecionaSUS, referentes ao período 2004-2013. Nos 13 artigos selecionados, categorizou-se os estudos de acordo com as dimensões donabedianas de avaliação em saúde, Estrutura, Processo e Resultado. Constatou-se que, os principais avanços do ACCR são atribuídos às melhorias na segurança e ambiência dos serviços (Estrutura); autonomia do enfermeiro na condução dos casos, fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários, fluxo do atendimento e organização dos serviços (Processo) e; redução da demanda ambulatorial, satisfação do usuário, humanização e priorização dos casos graves (Resultado). Em relação aos desafios, destacaram-se às falhas na implantação do ACCR e no espaço físico (Estrutura); classificação de risco realizada por técnicos e; pouca efetividade no referenciamento com a Rede Básica de Saúde (Processo). Na sequência, procedeu-se o aprimoramento do Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, anteriormente construído e validado pela Técnica de Validação de Conteúdo. O estudo, de caráter metodológico, de abordagem quantitativa, foi realizado por meio da aplicação de três Testes de Fidedignidade e Validação de Aparência. O instrumento foi aplicado em 497 trabalhadores das equipes de Enfermagem e Recepção, de cinco Serviços Hospitalares de Emergência. Para a análise de fidedignidade, calculou-se o coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, a correlação item/total e a análise fatorial. O primeiro teste de fidedignidade obteve Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach 0,56; o segundo 0,49 e o terceiro 0,76. Após o terceiro teste, os itens 07 e 09 do instrumento inicial foram removidos e; o Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach final resultou em 0,79. Os cálculos das

análises fatoriais resultaram na notória divisão dos dados em três fatores, com cargas fatoriais elevadas dos itens, confirmando as três dimensões de avaliação em saúde nas quais o instrumento foi construído: Estrutura, Processo e Resultado. O instrumento alcançou alto índice de fidedignidade e; a sua versão final se apresenta na forma de escala do tipo Likert, com 19 itens e cinco níveis de resposta. Concluiu-se que, o Instrumento testado apresenta estabilidade e consistência entre todos os seus componentes internos e isto, permite a sua utilização segura em processos que avaliam a qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco, implantado em qualquer Serviço Hospitalar de Emergência do Brasil.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Serviço Hospitalar de Emergência. Confiabilidade. Triage. Acolhimento. Qualidade da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

The evaluation of quality in Emergency Hospital Services is necessary for the development and safety of care, because by assigning values to practice, it is possible to punctuate the areas of internal systems that require administrative interventions. In this regard, the evaluation through the use of validated and reliable instruments is important for diagnosing the failures and guiding the processes of changes to the quality of care. The present study had as a General Objective, To Test the Trust of the Instrument of Evaluation of the Quality of the User Embrace with Risk Rating (UERR) in Emergency Hospital Services. In order to contextualize and subsidize the discussion on the subject, an Integrative Literature Review was carried out, through which data were obtained regarding the results of the implementation of the User Embrace with Risk Rating in Emergency Hospital Services in Brazil, in institutions that implemented this system in the period 2004-2013. We searched the LILACS, SciELO, BDNF, MEDLINE and ColectionaSUS databases for the period 2004-2013. In the 13 articles selected, the studies were categorized according to the Donabedian dimensions of health evaluation, Structure, Process and Outcome. It was found that the main advances of the UERR are attributed to the improvements in the security and environment of the services (Structure); Autonomy of the nurse in the handling of cases, strengthening of links between professionals and users, flow of care and organization of services (Process); Reduction of outpatient demand, user satisfaction, humanization and prioritization of severe cases (Outcome). Regarding the challenges, they highlighted the failures in the implementation of the UERR and in the physical space (Structure); Risk classification performed by technicians and; Little effectiveness in referencing with the Basic Health Network (Process). Subsequently, the Instrument for Evaluation User Embrace with Risk Rating in Hospital Emergency Services was developed, previously built and validated by the Content Validation Technique. The quantitative methodological study was carried out through the application of three Reliability Tests and Appearance Validation. The instrument was applied to 497 workers of the Nursing and Reception teams of five Emergency Hospital Services. For the reliability analysis, the coefficient Alpha ( $\alpha$ ) of Cronbach, the item / total correlation and the factorial analysis were calculated. The first reliability test obtained Alfa ( $\alpha$ ) from Cronbach 0.56; The second 0.49 and the third 0.76. After the third test, items 07 and 09 of the initial instrument were removed and; The final Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) resulted in 0.79. Factor analysis resulted in a notorious division of data into three factors, with high factor loads, confirming the three dimensions of health assessment in which the instrument was constructed: Structure, Process and Result. The instrument achieved a high degree of reliability and; The final version is presented as a Likert type scale, with 19 items and five response levels. It was concluded that the instrument tested shows stability and consistency among all its internal components and this allows its safe use in processes that evaluate the quality of User Embrace with Risk Rating, implanted in any Emergency Hospital Service in Brazil.

**Descriptors:** Nursing. Emergency Service, Hospital. Reliability. Triage. User embracement. Quality of Health Care.

## RESUMEN

Se requiere la evaluación de la calidad en Servicios de Urgencias Hospitalarias para el desarrollo y la seguridad de la atención, ya que mediante la asignación de valores a la práctica, se puede anotar las áreas de sistemas internos que requieren la intervención administrativa. En este sentido, la evaluación mediante el uso de instrumentos validados y confiables hace que sea importante para el diagnóstico de fallas y guiar el proceso de cambio y la calidad de la atención. Este estudio fue de uso general, Prueba de Confianza Inicio Instrumento de Evaluación de Calidad de Acogimiento con la Clasificación de Riesgo (ACCR) Servicios de Urgencias Hospitalarias. Para contextualizar y apoyar a la discusión sobre el tema se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura, en la que se obtienen los datos relativos a los resultados de la aplicación del Acogimiento con la Clasificación de Riesgo (ACCR) Servicios de Urgencias Hospitalarias en Brasil, instituciones que han implementado este sistema en el período a partir 2004-2013. Publicaciones búsquedas se realizaron en las bases de datos LILACS, SciELO, BDNF, MEDLINE y Colecciona SUS, para el período 2004-2013. En los 13 artículos seleccionados, los estudios categorizados de acuerdo a las dimensiones de donabedianas evaluación de la salud, estructura, proceso y resultado. Se encontró que los principales avances de la ACCR se atribuyen a mejoras en la seguridad y el ambiente de servicios (estructura); la autonomía de las enfermeras en la conducta de los casos, el fortalecimiento de los lazos entre los profesionales y los usuarios, flujo de servicio y organización de los servicios (proceso) y; la reducción de la demanda ambulatoria, la satisfacción del usuario, la humanización y la priorización de los casos graves (resultado). Al abordar los desafíos, se destacaron las deficiencias en la aplicación de ACCR y el espacio físico (estructura); clasificación de riesgo realizado por técnicos y; poca efectividad en referencia con la Red Básica de Salud (Proceso). A continuación se procedió a la mejora del instrumento de evaluación en el hogar con calificación de riesgo, previamente desarrollado y validado por la técnica de validación de contenido. El estudio, de carácter metodológico, un enfoque cuantitativo se llevó a cabo mediante la aplicación de tres pruebas de confianza y apariencia de validación. El instrumento se aplicó a 497 trabajadores de enfermería y personal de recepción, cinco-Servicios de Urgencias Hospitalarias. Para el análisis de fiabilidad, se calculó el coeficiente ( $\alpha$ ) de Cronbach, la correlación ítem / total y el análisis factorial. La primera prueba de fiabilidad obtenido ( $\alpha$ ) de Cronbach 0,56; la segunda y tercera 0,49 0,76. Después de la tercera prueba, los artículos 07a y 09a del instrumento original y se eliminan; El ( $\alpha$ ) del extremo Cronbach resultó en 0,79. Los cálculos de análisis de factores dieron lugar a la división notoria de datos en tres factores con cargas factoriales altas de los artículos, lo que confirma los tres aspectos de la evaluación de la salud en los que se construyó el instrumento: estructura, proceso y resultado. El instrumento ha alcanzado un alto índice de fiabilidad y; la versión final se presenta en forma de escala de Likert con 19 artículos y cinco niveles de respuesta. Se concluyó que el instrumento probado tiene una estabilidad y consistencia entre todos sus componentes internos y esto permite su uso seguro en los procesos que evalúan la calidad del ACCR, implementado en los Servicios de Emergencia del hospital de Brasil.

**Descriptorios:** Enfermería. Servicio de urgencia en hospital. Confiabilidad. Acogimiento. Triage. Calidad de la asistencia en materia de salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Redes temáticas prioritárias pactuadas na RAS, Maringá, PR, Brasil, 2016 .....	18
<b>Quadro 2</b>	Publicações científicas que se utilizaram do Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Maringá, PR, 2016.....	34
<b>Quadro 3</b>	Escore para avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco como um todo, adaptados a partir do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde. Maringá, PR, 2016.....	102
<b>Quadro 4</b>	Escore para avaliar a Estrutura e Resultado, adaptados a partir do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde. Maringá, PR, 2016 .....	103
<b>Quadro 5</b>	Escore para avaliar o Processo, adaptados a partir do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde. Maringá, PR, 2016.....	103
<b>Figura 1</b>	Testes de Fidedignidade do Instrumento. Maringá, PR, 2016 ....	51
 <b>Artigo 1</b>		
<b>Figura 1</b>	Processo de seleção dos artigos para a amostra, Maringá, PR, Brasil, 2016.....	66
<b>Quadro 1</b>	Síntese dos dados específicos dos artigos selecionados, Maringá, PR, Brasil, 2016.....	67
<b>Quadro 2</b>	Principais Avanços e Desafios resultantes da implantação do ACCR, às dimensões Estrutura, Processo e Resultado, Maringá, PR, Brasil, 2016.....	69
 <b>Artigo 2</b>		
<b>Quadro 1</b>	Instrumento de Avaliação da Qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco, Maringá, PR, Brasil, 2016 .....	93

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Exemplo para avaliação de um item do Instrumento de Avaliação do ACCR, Maringá, PR, Brasil, 2016.....	104
 <b>Artigo 2</b>		
<b>Tabela 1</b>	Resultados das análises dos Testes de Fidedignidade. Maringá, PR, Brasil, 2016.....	89
<b>Tabela 2</b>	Cargas Fatoriais na composição dos fatores dos itens do Instrumento. Maringá, PR, Brasil, 2016.....	91

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ACCR</b>	Acolhimento com Classificação de Risco
<b>ATS</b>	Australasian Triage Scale
<b>BDENF</b>	Banco de Dados de Enfermagem
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>CEI</b>	Cálculo do Escore do Instrumento
<b>CEDA</b>	Cálculo do Escore das Dimensões de Avaliação
<b>COPEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
<b>CR</b>	Classificação de Risco
<b>CTAS</b>	<i>Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale</i>
<b>CVI</b>	<i>Content Validity Index</i>
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciência da Saúde
<b>ESI</b>	<i>Emergency Severity Index</i>
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
<b>IRA</b>	<i>Interrater Agreement</i>
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTS</b>	Manchester Triage System
<b>PNHAH</b>	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
<b>PNAU</b>	Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergência
<b>PS</b>	Pronto-socorro
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RIL</b>	Revisão Integrativa da Literatura
<b>RUE</b>	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SCIELO</b>	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
<b>ST</b>	Sistemas de Triagem
<b>SHE</b>	Serviço Hospitalar de Emergência
<b>SHE I</b>	Serviço Hospitalar de Emergência I
<b>SHE II</b>	Serviço Hospitalar de Emergência II
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
	1.1 Atendimento de Urgência e Emergência.....	13
	1.2 Qualidade e Acolhimento com Classificação de Risco.....	19
	1.3 Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.....	27
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	29
<b>3</b>	<b>VALIDADE E CONFIABILIDADE DE INSTRUMENTO DE MEDIDA</b> .....	30
<b>4</b>	Considerações sobre a criação e validade de conteúdo e de aparência do instrumento de avaliação.....	34
	4.1 O Processo de Construção do Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.....	36
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	39
	5.1 Validade de Instrumentos de Medida.....	39
	5.2 Fidedignidade de Instrumentos de Medida.....	41
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	45
	6.1 Objetivo Geral.....	45
	6.2 Objetivos Específicos.....	45
<b>7</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	46
	7.1 Tipo de Estudo.....	46
	7.2 Locais e períodos de coleta de dados.....	46
	7.3 Amostragem e Amostra.....	47
	7.4 Procedimentos para coleta de dados.....	48
	7.5 Instrumento para coleta de dados.....	48
	7.6 Procedimentos para tratamento e análise dos dados .....	49
	<b>7.7 Testes de Fidedignidade</b> .....	50
	7.7.1 Teste de Fidedignidade I.....	51
	7.7.2 Teste de Fidedignidade II.....	54
	7.7.3 Teste de Fidedignidade III.....	54
	7.7.4 Teste de Confiabilidade IV.....	56
<b>8</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	56

<b>9</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	57
	9.1 Manuscrito 1.....	58
	9.2 Manuscrito 2.....	81
<b>10</b>	<b>TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO</b> .....	100
	10.1 Cálculo dos Escores.....	100
	10.1.1 Cálculo do Escore do Instrumento como um Todo (CEI) .....	101
	10.1.2 Cálculo do Escore das Dimensões de Avaliação (CEDA).....	102
<b>11</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	105
<b>12</b>	<b>IMPORTÂNCIA E IMPLICAÇÕES DESSE ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA EM ENFERMAGEM</b> .....	107
<b>13</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	109
	<b>APENDICES</b>	
	APENDICE A – Primeira versão do Instrumento de Avaliação.....	121
	APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122
	APENDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –Juizes.....	123
	<b>ANEXOS</b>	
	ANEXO A - Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética – BD.....	125
	ANEXO B - Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética – Emenda.....	127
	ANEXO C - Parecer Consubstanciado - Comitê de Ética.....	131

## 1 INTRODUÇÃO

Nos Serviços Hospitalares de Emergências (SHE), a maneira como se organiza o cuidado, o fluxo de atendimento e a administração dos procedimentos têm forte relação com a qualidade da assistência oferecida (BRASIL, 2009).

Na atualidade, os SHE têm sido foco de estudo entre pesquisadores, mas também de discussão entre a imprensa e usuários porque, nesses Serviços, dada às inconformidades existentes, como por exemplo, inadequações na área física, falta de capacitação de recursos humanos, sucateamento de equipamentos, demora no atendimento, desvalorização do usuário, dentre outros (SILVA et al., 2016; INOUE et al., 2015; BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015), as reclamações são constantes. Nesse contexto, o cuidado à população pode se resumir em uma atenção focada apenas no número de atendimentos e desprovida de preocupações com a hierarquização da gravidade e o potencial de agravamento dos casos.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde do Brasil, propôs a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, pela qual se apresenta o sistema Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como estratégia de transformação do trabalho na atenção e produção do cuidado, principalmente em SHE (BRASIL, 2004a). Desde então, estudos avaliativos referem que os serviços que implantaram o ACCR obtiveram maior resolutividade e qualidade nos atendimentos, com destaque à humanização no cuidado, agilidade no fluxo de atendimento, organização da priorização dos agravos e melhorias na estrutura física dos Serviços (OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2014).

Em se tratando de avaliação do ACCR, os principais estudos que apresentam resultados quantitativos utilizaram-se do Instrumento de Avaliação do ACCR para coleta de dados (BELLUCCI JÚNIOR e MATSUDA, 2012a). O Instrumento referido é um construto composto por 21 itens, dispostos em escala tipo Likert, que avalia aspectos da Estrutura, Processo e Resultado do ACCR nos SHE (BELLUCCI JÚNIOR, 2011). Apesar da sua utilização no campo da pesquisa, o Instrumento foi construído e validado somente por meio de Técnicas de Validação de Conteúdo e de Aparência, o que o tornou válido, entretanto, para que se torne preciso há necessidade de submetê-lo a testes de fidedignidade/confiabilidade.

A importância de se determinar a fidedignidade de um instrumento de medida na avaliação dos processos de atendimento na área da saúde reside no fato de que, somente uma escala devidamente calibrada (precisa) pode avaliar com maior exatidão a qualidade do serviço prestado. Por isso, é relevante determinar o quanto o conjunto de itens do Instrumento de medida utilizado representa com fidelidade o construto a ser medido.

## 1.1 Atendimento de Urgência e de Emergência

No contexto do Atendimento de Urgência e Emergência, o crescente aumento do número de usuários que procuram pelos Serviços Hospitalares de Emergência é considerado fenômeno mundial e tem sido motivo de preocupação entre gestores e trabalhadores (ANNEVELD et al., 2013) porque, a superlotação nesses serviços interfere no padrão do cuidado e; na qualidade do atendimento (CARTER; POUCH; LARSON, 2013; WEN et al., 2016).

Na Holanda, estudo recente aponta que o desequilíbrio entre elevada demanda de usuários e quantidade de recursos disponíveis para o atendimento de emergência, têm repercutido em aumento da permanência dos pacientes no interior dos serviços, na aglomeração de usuários nas portas de entrada e em baixa qualidade da Classificação de Risco realizada pelos enfermeiros (VAN DER LINDEN; BARBARA, 2016).

Na Austrália, o fluxo elevado de pacientes em uma Unidade de Emergência resultou em “sub-triagem” de vários usuários com infarto agudo do miocárdio, ou seja, foram classificados com risco inferior ao seu nível real de urgência (KIMBERLEY et al., 2016). Com relação aos dados epidemiológicos desse país, estima-se ainda que ocorra cerca de 1.500 mortes por ano, devido a problemas de acesso e superlotação nos SHE (ALDRIDGE et al., 2016).

Nos Estados Unidos da América (EUA), a demanda por atendimento nos SHE aumentou significativamente ao longo da última década (CARTER; POUCH; LARSON, 2013). No intuito de justificar esse dado, pensava-se que os pacientes que chegavam à emergência com queixa simples eram os principais responsáveis por

esse fenômeno. Em contradição, constatou-se que a superlotação nos SHE desse país ocorria principalmente, pela insuficiência dos leitos hospitalares para acolher a demanda de pacientes destinados à internação, o que resultava em internações dentro do próprio serviço (MOSKOP et al., 2009).

Para combater a problemática referida, algumas instituições americanas adotaram estratégias que visam diminuir o tempo de internação dos pacientes no leito hospitalar, como o fortalecimento dos planos de saúde. Isso porque, foi constatado que a qualidade do atendimento tinha forte relação com o número de horas que os pacientes são mantidos nos SHE (CARTER; POUCH; LARSON, 2013).

Estudo realizado no Canadá no ano de 2014 apontou que, durante as condições de superlotação em SHE, alguns pacientes de alto risco, que se apresentavam com dor pré-cordial e falta de ar, foram classificados pelos enfermeiros como “Não Emergenciais”, encaminhando-os para a área considerada de Menor Urgência (O’CONNOR et al., 2014). Esse fato, segundo os autores, resultou no agravamento dos casos e no atraso na administração de medicamentos importantes, devido à longa espera por atendimento médico.

Dada a associação entre superlotação e o potencial agravamento dos casos em espera, a crescente demanda para o atendimento em SHE no mundo é fator preocupante à segurança do paciente por se ligar a resultados negativos de indicadores importantes à qualidade do cuidado, tais como: aumento da mortalidade; ocorrência de eventos adversos; atrasos em intervenções emergências; diminuição da satisfação dos usuários, entre outros (O’CONNOR et al., 2014).

No Brasil, não diferente do contexto mundial, a superlotação em SHE é fator

alarmante à qualidade do atendimento e é considerado problema de difícil resolução, por requerer investimentos financeiros elevados, grande esforço da alta gestão para compreender as mudanças epidemiológicas da população e; principalmente, empenho dos usuários em compreender os processos que envolvem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2015; SANTOS; SANTO, 2014; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

Apesar do enfoque dado aos tipos de atendimentos que devem ser realizados nos SHE do Brasil, a realidade nesses serviços parece ter sido pouco modificada. Esse fato pode ser comprovado por meio de estudos atuais, os quais referem que os serviços hospitalares ainda são a principal porta de entrada de indivíduos em situações de urgência, no sistema de saúde (SANTOS et al., 2016; INOUE et al., 2015; CAMERRO et al., 2015). Nesse contexto, vale ressaltar que a elevação do número de ocorrências de causas externas, as deficiências na gestão dos processos de trabalho em saúde e o crescimento rápido e desordenado das cidades também contribuem à superlotação nesse setor (OLIVEIRA et al., 2015; AZEVEDO, 2010).

No sentido de promover melhorias na qualidade em saúde, o Ministério da Saúde (MS) ao longo dos anos, criou legislações específicas complementares e implementou políticas e programas de saúde, o que tem contribuído para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à melhoria no atendimento à população, nos diferentes níveis de atenção.

Considerando o setor de urgência e emergência como um importante componente à qualidade da assistência à saúde, que contribui com a organização do atendimento entre os diversos níveis de atenção, o MS aprovou a Portaria n.

2.048/GM, de 05 de novembro de 2002, o qual estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e; as normas e critérios de funcionamento, classificação, cadastramento e planejamentos de serviços (BRASIL, 2004b).

A Portaria n. 2.048/GM foi um marco importante à melhoria no atendimento de urgência e emergência porque, foi a partir da mesma que, em 29 de setembro de 2003, originou a Portaria n.1863/GM a qual instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergência (PNAU) (BRASIL, 2003a). A PNAU foi instituída para garantir a organização de sistemas regionalizados, a universalidade, equidade e integralidade nos serviços de atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e àquelas relacionadas às causas externas.

No mesmo ano, o MS criou a Portaria n.1.864/GM de 29 de setembro de 2003, a qual instituiu a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a organização das centrais de regulação e dos núcleos de educação em urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro, definindo também os parâmetros de estruturação desses Serviços (BRASIL, 2003b).

Em paralelo ao cenário referido, no ano de 2004 o MS propôs a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSus), que consiste numa política ministerial a qual propõe a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as Instâncias do SUS. O intuito principal do HumanizaSus foi de fortalecer o trabalho em equipe e o preparo dos profissionais de saúde para atuar com a realidade social que se faz presente na produção do cuidado do dia-a-dia (BRASIL, 2004a).

Entre os princípios norteadores do HumanizaSus, destacam-se: o estímulo ao compromisso e à responsabilização das ações em saúde; o fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional; o cuidado “em rede” com pactuação entre as diversas instâncias do atendimento em saúde; a construção da autonomia e o protagonismo dos sujeitos, por meio da comunicação e da educação permanente.

Ressalta-se que, para diminuir o número e a complexidade dos problemas enfrentados nas instâncias do atendimento em saúde no Brasil, o HumanizaSus atua na consolidação de quatro prioridades específicas: redução de filas e tempo de espera pelo atendimento, baseado em critérios de classificação de risco; informação ao usuário sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações, acompanhamento e dos direitos estabelecidos no Código dos Usuários do SUS e; gestão participativa e educação permanente aos trabalhadores das unidades de saúde (BRASIL, 2004a).

Tanto as Portarias ministeriais n. 2.048/GM e n. 1.864/GM como a PNAU e o HumanizaSus, se fundamentaram na luta por um SUS mais humano contudo, mantiveram como um dos focos principais, a atenção hospitalar porque, nesse local, a falta de humanização no cuidado para com o usuário era mais evidente (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Embora fossem inegáveis os avanços alcançados pelo SUS até o ano de 2010, a intensa fragmentação da atenção e da gestão dos serviços motivou o MS a publicar em dezembro de 2010 a Portaria n.4.279/GM, que instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento do SUS.

As RAS são organizações de conjuntos e serviços de saúde, que permitem ofertar atenção contínua e integral a uma dada população, por meio de mecanismos que promovem a cooperação e a interdependência entre os serviços possibilitando dessa forma, a interligação do cuidado e a participação mais efetiva entre todas as instâncias de atendimento em saúde (MENDES, 2009).

Após a publicação da Portaria n.4.279/GM que organiza no SUS as RAS, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões em que estão organizados o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Regiões de Saúde), conforme constam no quadro a seguir:

**Quadro 1** - Redes temáticas prioritárias pactuadas nas Redes de Atenção a Saúde. (BRASIL, 2015). Maringá, PR, 2016.

<b>Número Portaria</b>	<b>Data</b>	<b>Nome</b>
1.459	24 de junho de 2011	Rede Cegonha
1.600	7 de julho de 2011	Rede de Urgência e Emergência
3.088	23 de dez de 2011	Rede de Atenção Psicossocial
793	24 de abril de 2012	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências
483	1 de abril de 2014.	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Fonte: Ministério da Saúde

Entre as Portarias citadas, há que se destacar a Portaria n. 1.600/GM, publicada em 07 de julho de 2011, a qual reformulou a Política Nacional de Atenção

às Urgências, de 2003, e instituiu a Rede de Urgência e Emergência no SUS (RUE) (BRASIL, 2011).

O atendimento organizado a partir da RUE tem por finalidade promover a articulação entre todas as instâncias de atendimento de emergência ao usuário, por meio da integração de todos os componentes de saúde. Neste aspecto, a RUE objetiva ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários, considerando o Acolhimento com Classificação de Risco como um dos constituintes bases para a sua funcionalidade (BRASIL, 2011).

Na atualidade, o MS prioriza a implantação gradativa da RUE em todo o território nacional a partir de linhas de cuidado nas áreas cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos, considerando que o atendimento aos usuários em situações de urgência deve ser realizado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2015).

Com base na literatura consultada, percebe-se que, ao longo dos anos, houve evolução das ações em saúde para melhorar a qualidade em SHE, entretanto; a utilização de programas/diretrizes/sistemas para avaliar a implantação e o andamento dessas ações ainda é latente.

## **1.2 Qualidade e Acolhimento com Classificação de Risco**

De acordo com o dicionário da Língua Portuguesa, o termo qualidade é entendido como “uma propriedade, atributo ou condição das coisas ou pessoas, capaz de distingui-las uma das outras e de lhe determinar a natureza” (FERREIRA, 2010).

Em uma definição mais prática, Deming (1990) refere que qualidade é “tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente”. Em outras palavras, o produto deve estar nas condições que o cliente se sinta satisfeito com o seu uso.

Na área da saúde, o teórico Avedis Donabedian considera a qualidade como o produto de dois fatores: a tecnologia derivada da ciência e; a aplicação dessa tecnologia no cotidiano, ou seja, no cuidado (DONABEDIAN, 1980; 2003). Em nosso entender, definir qualidade em saúde não é uma tarefa fácil porque envolve diversos fatores que se expressam na percepção do cuidar e na relação usuário/trabalhador.

Na enfermagem, os primeiros movimentos pela qualidade ocorreram por meio da enfermeira Florence Nightingale durante a guerra da Criméia, em 1855 (OGUISSO, 1985). Considerada inovadora para seu tempo, Florence introduziu a visão da atuação da enfermagem não somente com o paciente, mas também no ambiente, ao se utilizar de indicadores de saúde para provar que por meio de melhorias nas condições de higiene e padronização do cuidado, houve queda acentuada da mortalidade de soldados feridos (FRELLO; CARRARO, 2013).

No Brasil, com a criação do SUS em 1988, o pensamento sobre qualidade em saúde ganhou novas perspectivas. Tendo como objetivo o re-ordenamento dos serviços e ações, o SUS proporcionou à população brasileira, acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde, utilizando-se de novos princípios organizativos de atendimento em todo território nacional (BRASIL, 1990).

Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários (BRASIL, 1988):

- UNIVERSALIDADE: Garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.
- EQUIDADE: Ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira.
- INTEGRALIDADE: Reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade e precisa ser atendido de maneira integral.

No percurso da construção do SUS, o padrão de acolhida aos usuários e trabalhadores, se configura como um dos principais desafios à promoção da equidade e integralidade da assistência/atendimento. Nesse sentido, o Acolhimento, como postura ética e prática no desenvolvimento do trabalho, tende a favorecer a inter-relação entre os diversos atores que compõe os processos de trabalhos porque, se mostra como diretriz operacional no cotidiano dos serviços, proporcionando mudanças que implicam em valorização e abertura para o encontro entre profissionais e usuários; promove o protagonismo dos sujeitos; a escuta qualificada e; mudanças estruturais na gestão dos serviços, dentre outros (BRASIL, 2010).

Em SHE, quando se fala em assistência equânime, universal e equitativa, o acolhimento orienta novas configurações no processo de trabalho porque, nesses serviços a qualidade do cuidado se relaciona intimamente com a qualidade do tempo de acesso do usuário ao tratamento (GARCIA; FUGULIN, 2010). Em outras palavras, nesse local, quando o usuário é atendido de maneira humana e eficaz, no menor intervalo de tempo, as chances de sobrevivência e de recuperação sem seqüelas são aumentadas.

Dentre os principais desafios à implantação de programas/sistemas que visam à melhoria da qualidade do atendimento em SHE, destacam-se as superlotações; o processo de trabalho fragmentado; os conflitos e assimetrias de poder; a exclusão dos usuários na porta de entrada, cujos fatores podem resultar na despersonalização do usuário no processo de atendimento e também, na atenção/atendimento desprovido de responsabilidade (BRASIL, 2009).

Na tentativa de superar os desafios referidos, diversas intervenções têm sido realizadas pelos gestores hospitalares como: expansão do número de leitos do SHE; implantação da unidade de pronto-atendimento; implantação da unidade de atendimento a pacientes em situação crítica; implantação da gerência de fluxo de pacientes do SHE para os leitos de internação; aumento da equipe de enfermagem; aumento do número de leitos da unidade; classificação de risco, dentre outras (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; BRASIL, 2004a).

Quanto à última intervenção citada – a Classificação de Risco – considera-se que este é um desafio para todos os enfermeiros que atuam em SHE, seja no Brasil ou em outros países porque, o desconhecimento e o potencial de agravamento dos casos, dificultam a avaliação clínica por esses profissionais (VATNOY et al., 2013).

No Brasil, além das dificuldades de avaliação clínica, os enfermeiros também se deparam com altas demandas, caracterizadas por longas filas de espera, ocupação de todos os leitos internos e grande pressão para novos atendimentos (BRASIL, 2009; BITTENCOURT; HORTALE, 2009), o que requer maior capacitação técnica e visão administrativa desses profissionais.

Sabe-se que diferentes sistemas de Classificação de Risco têm sido utilizados em SHE no mundo, mas nesses Serviços, as principais melhorias na qualidade do cuidado ainda são pouco conhecidas (CHONDE et al., 2013). Possivelmente, esse fato ocorre porque, existem poucas pesquisas avaliativas que abordam a relação entre o usuário e o trabalhador, no processo de Classificação de Risco em SHE.

Dentre os sistemas de Classificação de Risco mais usados no mundo para classificar o grau de prioridade do usuário para o atendimento constam: *Emergency Severity Index (ESI)*; *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)*; *Australasian Triage Scale (ATS)* e; *Manchester Triage System (MTS)* (BUSCHHORN et al., 2013; CHRIST et al., 2010; FARROHKNIA et al., 2011).

Os quatro sistemas de Classificação de Risco referidos permitem que o atendimento ao usuário ocorra de acordo com cinco níveis de complexidade relacionados desde *Non Urgent* (Nível 5) a *Ressuscitation* (Nível 1), entretanto, eles foram desenvolvidos em países cuja realidade epidemiológica, formação, disponibilidade e habilidade de recursos humanos são diferentes daquelas encontradas em países da América Latina (WARREN et al., 2008; MACKWAY-JONE; WINDLE, 2006; GILBOY; TANABE; TRAVERS, 2005; CONSIDINE; LWVASSEUR; CHARLES, 2002). Sendo assim, a utilização desses protocolos em países como o Brasil, pode implicar em um construto que não classifique com precisão o risco e o potencial de agravamento dos casos.

Em se tratando de implantação de sistemas de Classificação de Risco em SHE, um estudo realizado na Alemanha, refere que um protocolo de Classificação de Risco deve se adaptar à realidade de atendimento local, ou seja, representar às

principais necessidades de atendimento de uma determinada população (NICKEL et al., 2016).

No contexto da Classificação de Risco em SHE no Brasil, a heterogeneidade da população, a diversificação político-cultural e a magnitude geográfica dificultam a adoção de um sistema único em âmbito Nacional (MAGALHÃES-BARBOSA, 2016). Nesse sentido, os protocolos podem ser construídos a partir daqueles existentes em outros países, porém adaptados ao perfil de atendimento de cada serviço, considerando a sua inserção na rede de saúde local (BRASIL, 2009). Isso quer dizer que, um protocolo de Classificação de Risco eficaz é aquele que reproduz as condições de saúde de uma determinada população, por refletir às necessidades da realidade loco regional, vivenciada no dia-a-dia de cada unidade de saúde.

Apesar de os protocolos de Classificação de Risco se constituir em ferramentas úteis e necessárias, por si só não são suficientes para uma efetiva avaliação de risco e da vulnerabilidade da pessoa. Nesse aspecto, há que se destacar que existem aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais dos indivíduos cuja compreensão vai além da análise de dados sistematizados (BRASIL, 2009). Isso significa que, a utilização de protocolos para o atendimento não substitui a escuta qualificada, o diálogo, o respeito e o acolhimento da pessoa enquanto ser “humano” dentro do sistema de saúde.

Para a construção de um protocolo de Classificação de Risco que atenda à realidade local com maior assertividade, o Ministério da Saúde (2009) orienta a observação dos seguintes critérios:

- Capacidade instalada de acordo com o número de atendimentos diários a serem prestados;
- Horários de pico de atendimentos;
- Fluxos internos, movimentação dos usuários, locais de espera e os “caminhos” entre os mesmos;
- Análise da rede e do acesso aos diferentes níveis de complexidade;
- Tipo de demanda, necessidades dos usuários, perfil epidemiológico local;
- Pactuação interna e externa entre as equipes de saúde;
- Capacitação técnica dos profissionais

No Brasil, o Ministério da Saúde sugere que os protocolos de Classificação de Risco se atrelem às ações de Acolhimento e Humanização do atendimento e; é nessa ótica que surgiu o sistema Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), para atender ao usuário de acordo com a gravidade de cada caso e não pela ordem de chegada (BRASIL, 2014a).

O ACCR é o resultado da fusão de dois sistemas para o atendimento em saúde: o Acolhimento e a Classificação de Risco. O primeiro pode ser realizado por qualquer profissional da saúde treinado, corresponde às ações de “dar refúgio” ao usuário. Já o segundo, tem como objetivo, classificar os usuários para o atendimento de acordo com o grau de urgência e o potencial de agravamento de cada caso, deve ser realizado pelo enfermeiro por meio da Consulta de Enfermagem.

Após a Consulta de Enfermagem referida, o usuário será classificado conforme a gravidade do caso em, no mínimo quatro níveis ilustrados por cores, que

significam respectivamente: Vermelho = emergência; Amarelo = urgência; Verde = menor urgência; Azul = não urgência (BRASIL, 2009; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

No que se referem aos benefícios do ACCR, estudos avaliativos recentes referem que após a implantação desse dispositivo, nos SHE, o atendimento ao usuário se tornou mais acolhedor e humano, devido à redução das filas de espera, priorização dos casos mais graves, agilidade no fluxo de atendimento e; maior atenção dada ao usuário pela equipe de saúde (VERSA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b; COSTA; CAMBIRIBA, 2010). Nessa perspectiva, autores afirmam que o ACCR tende a ser uma das principais ferramentas de apoio ao avanço da qualidade no atendimento “de porta” dos serviços de emergências dos hospitais brasileiros (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2010).

Ainda no que se refere às melhorias na atenção à saúde, a avaliação da qualidade é um instrumento à tomada de decisões porque, por meio da atribuição de valores, a prática do cuidado pontua as áreas dos sistemas que necessitam de intervenções administrativas. Nesse contexto, a avaliação dos serviços, por meio da utilização de instrumentos validados e fidedignos faz-se importante por diagnosticar e orientar os processos de mudanças à qualidade do atendimento.

Tem-se então que, a avaliação da qualidade do ACCR em SHE pode fornecer subsídios à organização do processo de atendimento; reconhecimento de fragilidades do sistema; planejamento de estratégias *in loco* que visem maior eficiência e eficácia do ACCR; monitoramento e pontuação de eventos específicos que ocorrem no interior da estrutura, do processo e do resultado do ACCR; além de

ressaltar a importância do usuário no sistema de saúde (COSTA et al., 2015; VERSA et al., 2014; VITURI et al., 2013a; TURATO, 2005).

Embora a importância dos processos avaliativos em serviços de Saúde, seja reconhecida, vale ressaltar que a efetividade das suas aplicações se relaciona com a utilização de métodos/instrumentos confiáveis em relação à avaliação do objeto a que se propõe avaliar, ou seja, somente ferramentas testadas em relação a sua fidedignidade produzirão objetividade e precisão nos resultados alcançados.

### **1.3 Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco**

Em se tratando da avaliação do ACCR, apesar de haver referências de melhorias no atendimento a partir da sua implantação (ANDRADE; DONELLI, 2004; BITTENCOURT; HORTALE, 2009; BELLUCCI JÚNIOR, 2011; NASCIMENTO et al., 2011), uma revisão da literatura realizada em fevereiro de 2014, no site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO) e Base de Dados Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (COLECIONA SUS) encontrou apenas um instrumento quantitativo específico que avalia esse sistema (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a).

O Instrumento de Avaliação (IA) referido foi construído por Bellucci Jr., em 2011, é composto por 21 itens dispostos em escala pontuada de 1 a 5 (de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”) e se estrutura de acordo com as três dimensões

de avaliação em saúde – Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 1980).

No que se refere à validação do IA referido, foram utilizadas as técnicas de Validação de Conteúdo e Validação de Aparência, para a validação dos seus itens de medida (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a). Em termos gerais, esses dois tipos de validação determinam a relevância dos itens e também, se o conteúdo do instrumento de medida explora de maneira efetiva, os quesitos à mensuração do fenômeno a ser investigado. Apesar de a Validação de Conteúdo e de Aparência serem importantes à construção de um instrumento de medida, não são consideradas técnicas eficazes quando o objetivo é testar a fidedignidade do construto (PASQUALI, 2011; MARTINS, 2006).

Ao empregar metodologias de validação que não abordam todos os procedimentos necessários para que se produza um instrumento preciso e fidedigno e assim medir o que se propõe medir, corre-se o risco de produzir uma ferramenta que contenha viés em relação à aplicabilidade e adaptabilidade à realidade a ser investigada (VITURI, 2013b). Nesses casos, é importante aplicar testes estatísticos que comprovem a consistência interna dos itens e a confiabilidade do instrumento.

## 2 JUSTIFICATIVAS E QUESTÃO DE PESQUISA

Considerando a importância de se viabilizar um Instrumento que avalia com fidedignidade, o ACCR em SHE, surgiu o estímulo para dar continuidade ao processo de validação do IA referido e assim, atender às recomendações enunciadas no estudo de Bellucci Jr e Matsuda, no sentido de se realizar outros tipos de validação à melhoria da organização, do conteúdo e da fidedignidade dos dados obtidos por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação do ACCR.

Após a realização deste estudo, a coleta e a análise de dados por meio do Instrumento proposto permitirão monitorar de forma mais detalhada e fiel, às principais potencialidades e fragilidades existentes na Estrutura, Processo e Resultado do ACCR. Outro ponto importante é que o produto resultante será um instrumento que possuirá consistência interna, estabilidade, correlação e distribuição dimensionada entre os itens de avaliação o que, certamente, facilitará estudos voltados às pesquisas avaliativas.

Considerando a premissa de que um instrumento de avaliação devidamente calibrado é essencial para que se produza mensuração fiel da qualidade do atendimento prestado em SHE e que, a produção de evidências científicas por meio da utilização do referido instrumento, poderá embasar ações voltadas à melhoria da qualidade do atendimento, em especial, dos serviços de enfermagem, propõe-se a realização desse estudo que se pauta na seguinte questão: Após ser submetido a Teste de Fidedignidade, como se apresenta o Instrumento de Avaliação da Qualidade do ACCR, construído e validado por Bellucci Júnior (2011)?

### 3 VALIDADE E CONFIABILIDADE DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A observância rigorosa de critérios metodológicos que garantam a segurança na produção e avaliação dos itens de um Instrumento de Medida é importante para que se construam testes válidos e fidedignos à coleta de informações. Isso porque, toda medida deve reunir dois requisitos essenciais: Validade e Fidedignidade (MARTINS, 2006; SELBY-HARRINGTON et al., 1994).

A seguir, serão apresentados conceitos de diversos autores sobre Validade e Fidedignidade de Instrumentos de Medida. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, *Validade* está relacionada com algo que tem valor; valoroso e válido, ou seja, possui qualidades legítimas e; *Fidedignidade*, ao que é merecedor de crédito (confiança), autenticidade (FERREIRA, 2010).

De acordo com Sireci (1998), a Validade de um instrumento de medida é a capacidade desse instrumento em aferir um fenômeno com objetividade, o qual se propõe avaliar. Corroborando com essa afirmação, Roberts e Priest (2006) e Polit; Beck; Hungler (2004) descrevem que Validade se relaciona com a qualidade em que um determinado medidor representa o conceito que afirma medir. Na mesma vertente, Luiz Pasquali, um dos pesquisadores mais citados na área da Psicometria, refere que a Validade está relacionada com a capacidade que um instrumento tem em mensurar o objeto para o qual foi idealizado (PASQUALI, 2007).

Complementando a definição anterior, Cronbach e Meehl (1955) apresentam o modelo trinitariano para validação de instrumentos de medida, ou seja: Validade de Conteúdo, Validade de Critério e; Validade de Construto, os quais serão detalhados na seção “Referencial Metodológico” deste estudo.

Em síntese, a conceituação de Validade de Instrumentos de Medida é equivalente, entre os principais autores, pois se relaciona com a representatividade que ele – o instrumento - tem frente ao objeto/fenômeno a ser investigado. Isso quer dizer que, um Instrumento é válido quando se consegue avaliar realmente o construto que se propõe avaliar.

Em termos gerais, a Validação de um Instrumento determina a relevância dos itens e também, se o conteúdo do instrumento de medida explora de maneira efetiva, os quesitos à mensuração do fenômeno a ser investigado. Apesar de a Validação ser fundamental à construção de um instrumento de medida, não é considerada técnica eficaz quando o objetivo é obter um instrumento “calibrado” (MARTINS, 2006).

Ao empregar metodologias de validação que não realizam todos os procedimentos para que se produza um instrumento preciso e fidedigno, para medir o que se propõe medir com exatidão, corre-se o risco de produzir uma ferramenta que contem viés em relação à aplicabilidade e adaptabilidade à realidade a ser investigada (VITURI, 2013b). Para evitar não conformidades desse tipo, faz-se importante aplicar testes estatísticos que comprovam a consistência interna dos itens e a Fidedignidade do instrumento.

De acordo com Martins (1996) e Devon et al., (2007), a Fidedignidade de um instrumento de medida é a coerência estimada por meio da constância dos resultados, ou seja, quando o instrumento for utilizado em diversas aplicações, o produto será estável. Segundo McDowell (2006), a Fidedignidade é a aplicação de um conjunto de operações que se preocupa diretamente com o grau do erro de medição na aplicação de um instrumento de medida, ou seja, na sua consistência e

estabilidade. Neste contexto, considera-se que um instrumento de medida pode ser considerado Fidedigno, quando ele apresenta consistência entre os itens e constância entre os resultados.

No que se refere à pesquisa quantitativa, a fidedignidade se associa com a aplicação de testes estatísticos específicos, pelos quais determinam se o instrumento fornece a mesma informação, quando utilizado em momentos diferentes (ROBERTS et al., 2006).

Embora haja dezenas de índices para estimar o coeficiente de fidedignidade de um instrumento (GULLIKSEN, 1987; NUNNALLY, 1978), há basicamente duas técnicas para a sua estimação: a correlação simples e a análise da consistência interna.

O coeficiente de correlação simples expressa o nível e a correspondência entre dois eventos, isto é, norteia se as variações ocorridas em um item também ocasionam variações nos outros itens do instrumento (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2009). Por esse ângulo, entende-se que o coeficiente de correlação simples é a medida do grau de relação entre duas variáveis quantitativas.

Na análise da consistência interna, se verifica a extensão que os itens de um instrumento mensuram o mesmo construto, se utilizando das Técnicas Alfa ( $\alpha$ ) (TERWEE et al., 2007). Em outras palavras, por meio das Técnicas Alfa ( $\alpha$ ) busca-se aferir a homogeneidade entre as partes do instrumento para avaliar um objeto. Entre as Técnicas Alfa ( $\alpha$ ) mais conhecidas, destaca-se o Coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, o qual visa mensurar a consistência interna dos itens de um instrumento

de medida por meio do cálculo da média dos coeficientes de correlação entre os itens (CRONBACH, 1951; PESUDOVS et al., 2007).

Em síntese, a análise da Fidedignidade de um instrumento de medida envolve diferentes processos que visam avaliar a capacidade de o instrumento mensurar um atributo de maneira consistente, ou seja, sem variações quando aplicado sob diversas circunstâncias.

No tópico a seguir, o processo de construção do Instrumento de Avaliação do ACCR em questão, será apresentado desde o início.

#### 4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CRIAÇÃO E VALIDADE DE CONTEÚDO E DE APARÊNCIA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ACCR

O Instrumento de Avaliação do ACCR proposto por Bellucci Jr (2011) tem sido utilizado em Serviços Hospitalares de Emergência, pelo autor, enfermeiros e pesquisadores de diversas universidades brasileiras, desde a criação da sua primeira versão, que teve início em 2009 e término em 2011 (APENDICE A), conforme quadro a seguir:

**Quadro 02** - Publicações científicas que se utilizaram do Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Maringá, PR, 2016.

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>
Acolhimento com classificação de risco: avaliação da dimensão resultado na perspectiva de trabalhadores.	VERSA, G. L. S.; VITURI, D. W.; BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; ZAMPIERI, A. C. P.; ALVES, S. R.; MATSUDA, L. M.	<b>Ciência, Cuidado &amp; Saúde</b>  (v. 15, p. 85-92)	2016
Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento.	BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; VERSA, G. L. G. S.; FURUYA, P. S.; VIDOR, R. C.; MATSUDA, L. M.	<b>Revista Enfermagem UERJ</b>  (v. 23, p. 82-87)	2015
User embracement with risk rating: evaluation of the structure, process and result.	INOUE, K. C.; MURASSAKI, A.C.Y; BELLUCCI JÚNIOR, J.A; ROSSI, R.M.; MARTINEZ, Y. D. E.; MATSUDA, L.M.	<b>REME</b>  (v. 19, p. 13-20)	2015
Avaliação da Qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência.	INOUE, K. C.; PAPA, M.A.F.; VIDOR, R.C.; MATSUDA, L.M.	<b>Acta Paul. de Enfermagem</b>  (v. 28, p. 420-25)	2015
Admittance of Risk-Classified Cases: Assessment of Hospital Emergency Services.	COSTA, M.A.R.; VERSA, G.L.G.S.; BELLUCCI JUNIOR, J.A.; INOUE, K.C; SALES, C. A.; MATSUDA, L.M.	<b>Escola Anna Nery</b> (v. 19, p. 491-497)	2015
Avaliação do acolhimento com	VERSA, G. L. G. S.; VITURI, D. W.; BURIOLA,	<b>Rev. Gaúcha Enfermagem</b>	2014

classificação de risco em serviços de emergência hospitalar.	A. A.; OLIVEIRA, C. A. MATSUDA, L. M.	(v. 35, p. 21)	
Acolhimento com Classificação de Risco em Hospitais de Ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado	VITURI, D. W.; BELLUCCI JUNIOR, J. A.; OLIVEIRA, C. A.; INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.	<b>Revista Latino-Americana de Enfermagem</b> (v. 21, p. 1179-87)	2013
Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência: Avaliação da equipe de enfermagem.	BELLUCCI JÚNIOR, L. M.; MATSUDA, L. M.	<b>REME</b> (v. 16, p. 419-428)	2012
Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.	BELLUCCI JUNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M.	<b>REBEN</b> (V. 65, p. 751-70)	2012

Fonte: Periódicos

Para a construção preliminar do Instrumento de Avaliação (IA) foram utilizados os princípios de elaboração de escalas psicológicas propostos por Pasquali (1998), os quais orientam sobre procedimentos de construção e validação de instrumentos e técnicas de Análise Semântica.

Para nortear a construção e distribuição dos itens sobre o objeto de avaliação, foram utilizadas as dimensões de avaliação em saúde: Estrutura, Processo e Resultado, propostas por Donabedian (1980). De acordo com essa tríade, a Estrutura se refere aos atributos da instalação e recursos onde é prestado o atendimento; o Processo, às relações estabelecidas e as atividades realizadas para a prestação do atendimento e; o Resultado, aos efeitos na saúde e às mudanças de comportamento dos usuários e da população a partir do conhecimento adquirido.

Os itens de avaliação contidos no instrumento foram elaborados a partir da

experiência do autor com a temática e de leituras e discussões dos textos “Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde” e “Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco”, ambos publicados pelo Ministério da Saúde, respectivamente nos anos de 2004 e 2009, atinentes e ancorados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009). Além das obras referidas, outras que abordam sobre Trabalho em equipe e Gerenciamento em Saúde também foram utilizadas (CHIAVENATO, 2010; KURCGANT, 2010).

#### **4.1 O Processo de Construção do Instrumento de Avaliação ACCR**

A construção da primeira versão do IA aconteceu no período em que o autor cursava Mestrado em Enfermagem, e se desenvolveu por meio das seguintes etapas: 1- Elaboração Preliminar; 2 - Validação do IA pela aplicação da estratégia de Validação de Conteúdo, por meio da técnica Delphi e Validação de Aparência; 3 - Análise semântica dos itens e Padronização de escores para avaliação final do ACCR (BELLUCCI JR; MATSUDA, 2012a).

##### **Etapa 1 – Elaboração Preliminar**

Foram formulados inicialmente 25 itens dispostos em escala do tipo Likert, pontuada de 1 a 5 pontos, que representaram as três dimensões de avaliação em saúde – Estrutura, Processo e Resultado.

Para a constituição inicial do IA, por meio dos itens elencados, buscou-se representar a importância que o usuário ocupa no sistema de saúde e refletir a organização do processo de trabalho em SHE.

## **Etapa 2 - Validação de Conteúdo e Validação de Aparência**

Após a construção preliminar, o IA foi submetido à Validação de Conteúdo, por meio de avaliação criteriosa por um painel de juízes, formado por 10 enfermeiros, com titulação de especialistas, mestres e doutores que atuavam na docência em enfermagem e possuíam experiência superior a dois anos no ACCR. Para tanto, aplicou-se a técnica Delphi nas etapas de ordenação do pedido, coleta, tabulação e avaliação das informações obtidas de juízes.

Para a Validação de Aparência, o IA foi avaliado quanto à: apresentação, clareza das afirmações, facilidade na leitura, interpretação e representatividade dos itens nas dimensões locadas. Efetuada a análise das respostas dos juízes e as readequações necessárias, o IA foi submetido à análise semântica dos itens.

## **Etapa 3 - Análise Semântica dos Itens**

De acordo com Paquali (1998), a análise semântica dos itens tem duas finalidades: 1- verificar se os itens são inteligíveis para a população meta e; 2- verificar a Validade de Aparência do instrumento por meio da consulta ao extrato de maior habilidade (mais sofisticado) da população meta. Para atingir o objetivo da Validação de Aparência, foram utilizadas as informações contidas nos instrumentos avaliados pelo painel de juízes.

Com o intuito de verificar a inteligibilidade do IA, este foi aplicado na forma de dois Testes Pilotos a trabalhadores de enfermagem, que possuíam tempo de atuação superior a dois anos em SHE, que se utilizava do ACCR no atendimento ao usuário. Após isso, o instrumento resultante foi considerado válido à utilização nesses locais.

#### **Etapa 4 - Padronização de Escores para Classificação Final**

Após a Etapa 03, buscou-se padronizar a análise da pontuação do instrumento e para isso, o escalonamento dos resultados foi adaptado a partir da tabela de escores do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde (1985), representado na seguinte forma: Ótimo, Bom, Regular e Precário. Assim, ao término dessa etapa o Instrumento resultante é uma escala do tipo Likert, composta por 21 itens pontuados de 01 a 05, com variação na amplitude total de 21 a 105 pontos para a avaliação do ACCR como um todo e; 07 a 35 para a avaliação de cada dimensão (Estrutura, Processo, Resultado).

Partindo da premissa que esse instrumento é válido a que se destina medir, foram realizadas novas investigações ao derredor da temática abordada, no sentido de melhorar a fidedignidade e aperfeiçoar a organização, a aplicação e a análise dos dados do instrumento.

## 5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Desde a elaboração preliminar do Instrumento de Avaliação do ACCR, foram utilizados os princípios de elaboração de escalas psicológicas propostos por Luiz Pasquali (1998; 2007; 2011), com base nas três dimensões de avaliação em saúde, apresentadas por Avedis Donabedian (1980) e descritas na sessão “Considerações sobre o Instrumento de Pesquisa.” Desta forma, na presente sessão serão apresentados somente os conceitos metodológicos propostos por Luiz Pasquali em relação aos procedimentos utilizados à construção, validação e aplicação de testes de fidedignidade em instrumentos de medida.

### 5.1 Validade de Instrumentos de Medida

De acordo com Pasquali (2007), a validade de um instrumento de medida é determinada pela capacidade de mensurar um determinado fenômeno para o qual foi idealizado. Isso quer dizer que, um instrumento de medida é válido quando mede o que se propõe medir.

Historicamente, as principais técnicas para validação de um instrumento de medida podem ser representadas pelo modelo trinitariano de Cronbach e Meehl (1955), ou seja, Validação de Conteúdo, Validação de Critério e Validação de Construto. Esses modelos podem ser apresentados em três períodos distintos, onde em cada um deles aparece a predominância de um dos tipos de validação atualmente conhecido, conforme apresentado a seguir:

**Primeiro Período: 1900 até 1950** - Validação de Conteúdo = é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseado

no julgamento de especialistas em uma área específica (RUBIO et al., 2003). Tem por objetivo adequar a representação comportamental dos atributos, ou seja, determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado (PASQUALI, 2011).

**Segundo Período: 1950 até 1970** - Validação de Critério = é o grau de eficácia que um instrumento tem em predizer um desempenho específico de um sujeito. Isso significa que o desempenho do sujeito é o critério contra o qual a medida obtida pelo teste é avaliada (PASQUALI, 2011).

**Terceiro Período: 1970 até o presente momento** - Validação de Construto = é considerada a forma mais fundamental de validação de instrumentos de medida porque, se constitui na maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes do instrumento. É principalmente nesse tipo de validação que se lança mão das ferramentas estatísticas para realizar a análise da representação, por meio da mensuração de cargas fatoriais e da consistência interna dos itens. Considera-se que, além desse tipo de validação ser o mais utilizado e atual, também é o mais completo por englobar a validade de conteúdo e de critério, como movimentos fundamentais à sua constituição (PASQUALI, 2011).

## 5.2 Fidedignidade de instrumentos de medida

Quando se pensa em “calibragem” de um instrumento de medida é importante definir o conceito de Fidedignidade. A Literatura apresenta diversos nomes que representam Fidedignidade, os quais se relacionam as técnicas estatísticas utilizadas para determinar os seus coeficientes: Estabilidade, Constância, Equivalência, Precisão, Confiabilidade, Calibragem, entre outras (PASQUALI, 2011; 2010).

De acordo com Pasquali (2011), a Fidedignidade (precisão) de um instrumento diz respeito à característica que o mesmo possui para medir sem erros, os fenômenos nos quais os sujeitos são avaliados em ocasiões semelhantes ou diferentes e produzam resultados idênticos. Nesse aspecto, para a estimação do Coeficiente de Fidedignidade de instrumentos de medida é importante atender a critérios estatísticos, para garantir se o resultado medido reflete o resultado verdadeiro e; se todas as partes do instrumento mensuram o mesmo atributo (PASQUALI, 2011).

A diferença entre Teste de Validade e de Fidedignidade de instrumentos de medida é que, enquanto o primeiro responde se algo é verdadeiro ou falso, o segundo responde se algo está correto ou errado (PASQUALI, 2011). Isso quer dizer que um instrumento validado nem sempre é um instrumento fidedigno a que se propõe medir.

A construção de um instrumento válido e fidedigno, capaz de quantificar a qualidade do cuidado prestado é um grande desafio porque, além da complexidade em determinar o que vai medir, existe a dificuldade em definir quais medidas estatísticas são de qualidade (COLLIER, 2010; SELBY-HARRINGTON et al., 1994).

Nesse sentido, para se construir instrumentos válidos e precisos, é necessário utilizar-se de métodos complexos que compreendam três etapas: Procedimentos Teóricos, Experimentais e Analíticos (PASQUALI, 2011).

Os Procedimentos Teóricos explicitam a teoria sobre o objeto psicológico para o qual se quer desenvolver o instrumento de medida e; é nesta etapa que se apresentam os critérios para construção, julgamento dos itens e do instrumento, por especialistas.

Os Procedimentos Experimentais se referem à análise da dificuldade, da discriminação e da validade, por meio da aplicação do instrumento a uma amostra de sujeitos, representativa para a população para a qual ele está sendo construído.

Por fim, os Procedimentos Analíticos, constituem a etapa na qual o instrumento é calibrado por meio da execução de testes estatísticos. Nesta etapa se avaliam parâmetros de Estabilidade e Dimensionalidade do instrumento, por meio da análise fatorial e consistência interna dos itens, o qual constitui objeto principal deste estudo.

De acordo com Pasquali (2011), para a verificação da Fidedignidade de um instrumento de medida (Procedimentos Analíticos) existem três tipos de delineamentos que podem ser utilizados para a coleta das informações:

- 1- Uma amostra de sujeitos, um mesmo teste e uma única ocasião;
- 2- Uma amostra de sujeitos, dois testes e uma ocasião;
- 3- Uma amostra de sujeitos, um mesmo teste em duas ocasiões.

No estudo em questão, o delineamento aplicado foi o primeiro, “Uma amostra de sujeitos, um mesmo teste e uma única ocasião”, que consiste na aplicação do

teste a uma amostra aleatória de sujeitos em uma única ocasião e a seguir, se analisam os dados em termos da consistência interna dos itens. Nesse sentido, o modelo de análise estatística orientado para esse tipo de procedimento é o Coeficientes Alfa ( $\alpha$ ) (PASQUALI, 2011).

Entre os Coeficientes Alfa ( $\alpha$ ) mais utilizados para estimar a confiabilidade de instrumentos de medida, destaca-se o Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, utilizado pela primeira vez por Lee J. Cronbach, no ano de 1951, o qual é amplamente difundido no âmbito das pesquisas metodológicas.

O Coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach visa verificar a consistência interna do instrumento de medida, por meio da análise da consistência interna dos itens (PASQUALI, 2011). Isso quer dizer que esse coeficiente mede a correlação entre os itens de um instrumento por meio da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes.

Cabe salientar que, apesar da utilização do Coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach ser ampla e abrangente para estimar a consistência interna de instrumentos de medida, não há definição entre os pesquisadores sobre o valor mínimo para que seja aceito como “bom” (DA HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

De modo geral, o modelo para estimação alfa de Cronbach é válido para  $\{ \} \alpha \in \mathfrak{R} \mid -\infty < \alpha \leq 1 \wedge \alpha \neq 0$ , mas deve ser interpretado no intervalo entre 0 e 1. Um instrumento de medida é classificado como sendo de confiabilidade aceitável quando o Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach global atinge no mínimo 0,60 (MURPHY; DAVIDSHOFER, 1988).

É importante salientar que o Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach é um teste que apresenta a estimativa da fiabilidade dos dados obtidos com a aplicação de um dado instrumento, entretanto somente um instrumento aplicado repetidamente em diferentes amostras e situações semelhantes, pode ser purificado e gerar dados consistentes para promover maior segurança nas análises de fidedignidade (MAROCO; MARQUES, 2006; MARTINS, 2006).

“Após a purificação de uma escala, esta deve ser revalidada em uma nova aplicação e o processo de avaliação de confiabilidade pela consistência interna se reinicia e se repete até o ponto em que se estabilize ou se chegue à confiabilidade desejada” (DA HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Em síntese, a teoria e procedimentos para construção de escalas psicológicas abordadas por Pasquali (1998) vêm ao encontro da proposta deste estudo porque, através das definições apresentadas é possível perceber que além da significância conceitual, o autor traça delineamentos metodológicos indispensáveis para a realização de testes de fidedignidade em instrumentos de medida.

Para a realização do presente estudo considera-se que os Procedimentos Teóricos e Experimentais foram superados na construção da primeira versão do Instrumento de Avaliação da Qualidade do ACCR, restando para esta etapa, os Procedimentos Analíticos.

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo Geral**

- Testar a Fidedignidade de um instrumento de avaliação da qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência.

### **6.2 Objetivos específicos**

- Verificar a consistência interna do Instrumento de Avaliação da Qualidade do ACCR;
- Realizar Revisão Integrativa da Literatura para contextualização dos resultados do ACCR no Brasil;
- Propor uma nova versão do Instrumento de Avaliação da Qualidade do ACCR.

## **7 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **7.1 Tipo de Estudo**

Estudo metodológico, transversal e quantitativo. A Pesquisa Quantitativa é um tipo de pesquisa que tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, utilizando-se das regras da lógica para aferição dos atributos mensuráveis do cotidiano. É centrada na objetividade por analisar dados numéricos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Os Estudos Transversais são aqueles em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no exato intervalo de tempo analisado, ou seja, se utilizam de um corte instantâneo no tempo e, por meio de uma amostragem, mensuram a presença ou ausência da exposição e/ou efeito (HADDAD, 2004).

A pesquisa metodológica refere-se à sistematização de métodos complexos e rigorosos para obtenção, organização e análise dos dados. É o tipo de método utilizado em pesquisas cujos objetivos se concentram na elaboração de instrumentos confiáveis, precisos, utilizáveis e que podem ser aplicados por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011).

### **7.2 Locais e períodos de coleta de dados**

Os locais e os períodos de coleta de dados serão descritos de acordo com a ordem em que aconteceram os Testes de Fidedignidade, apresentados no item 7.7.

### 7.3 Amostragem e Amostra

A amostragem foi do tipo aleatório simples. Os participantes foram selecionados a partir de listas numeradas, contendo o nome de todos os trabalhadores da equipe de Enfermagem dos SHE, em ordem alfabética, das quais foram sorteados no mínimo 80% de cada grupo, totalizando 497 participantes. Vale ressaltar que para o Teste de Fidedignidade I, participaram também os profissionais da Recepção dos serviços (Banco de Dados do Projeto “Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência: Estudo Multicêntrico”) (ANEXO A).

Nos casos em que o profissional se encontrava ausente do local de trabalho, no dia da coleta dos dados, o mesmo foi substituído mediante novo sorteio.

A elegibilidade dos participantes se deu pela consonância aos seguintes critérios de inclusão: pertencer ao quadro da Enfermagem; ter tempo de atuação superior a seis meses no Serviço e não estar gozando de férias ou afastamento no momento da coleta de dados. Aos Juízes que participaram da Validação de Aparência do Instrumento, após as reformulações dos itens, considerou-se como critérios de elegibilidade ser docente universitário com experiência de no mínimo 06 meses como enfermeiro no ACCR. Para esses, aplicou-se também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE C).

#### **7.4 Procedimentos para coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação do ACCR em três Testes de Fidedignidade válidos. A abordagem aos profissionais foi realizada pelo pesquisador no horário de trabalho, em local reservado, de forma individual e auto aplicado, com no máximo duas tentativas de resposta de aceite dos participantes. O questionário foi entregue aos participantes e recolhido após duas horas ou ao término dos plantões.

No momento da aplicação e preenchimento do Instrumento de Avaliação, o pesquisador informou ao sujeito sobre os objetivos do estudo, a metodologia para coleta de dados e sobre os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos. Mediante o aceite verbal em participar, foi fornecido o TCLE, para que se procedesse à leitura e assinatura do mesmo, em duas vias. Destas, uma foi entregue ao entrevistado e a outra ficou de posse do pesquisador.

#### **7.5 Instrumento para coleta de dados**

Para a Coleta de Dados foi utilizado o próprio Instrumento de Avaliação da Qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco, objeto de investigação deste estudo. Trata-se de um questionário auto aplicável, composto por vinte e um itens, dispostos na forma de escala do tipo Likert, com valores que variam de Discordo Totalmente (valor 1) a Concordo Totalmente (valor 5); é constituído de três partes, nas quais os itens compreendidos entre 01 a 07 representam a dimensão *Estrutura*; 08 a 14, dimensão *Processo* e; entre 15 a 21, dimensão *Resultado*.

## 7.6 Procedimentos para tratamento e análise dos dados

O instrumento foi aplicado na forma de Testes de Fidedignidade, cujas respostas foram compiladas e tratadas em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft Excel*® 2010. Na análise estatística foi utilizado o programa computacional *SPSS*® 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Com base na escala tipo Likert de cinco pontos, para se estimar a Fidedignidade do instrumento, foram computados itens de verificação quanto à concordância ou discordância das questões avaliadas, nas quais os valores menores que 3 (“Discordo totalmente” e “Discordo”) foram considerados como discordantes e, maiores que 3 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”) como concordantes. Os valores iguais a 03 foram considerados “indiferentes” ou “sem opinião”, equivalente aos casos em que os respondentes deixassem às opções de respostas em branco, no instrumento.

Foi realizada Análise Semântica por meio da Validação de Aparência, até que se atingissem índices satisfatórios nos coeficientes globais do Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach. Para as Validações de Aparência, foram selecionados três juízes que analisaram a compreensão dos itens cuja redação foi reformulada, porém mantido o traço latente. Para que a redação do item fosse mantida, considerou-se o Índice de Fidedignidade (*reliability*) ou concordância interavaliadores (*interrater agreement* - IRA) com concordância de no mínimo 80% entre os Juízes (RUBIO et al., 2003; POLIT; BECK, 2006). Apesar das Validações de Aparência não ter relação com a validade objetiva do teste, é importante que aconteça porque, contribui na inteligibilidade do item, ou seja, na compreensão proposital (PASQUALI, 2010).

Além da análise da consistência interna, por meio da aplicação do Coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, os dados da última versão do instrumento foram submetidos à análise fatorial para confirmar a dimensionalidade final dos itens, o que permitiu a remoção daqueles que não foram representativos estatisticamente e/ou a realocação em fatores originais.

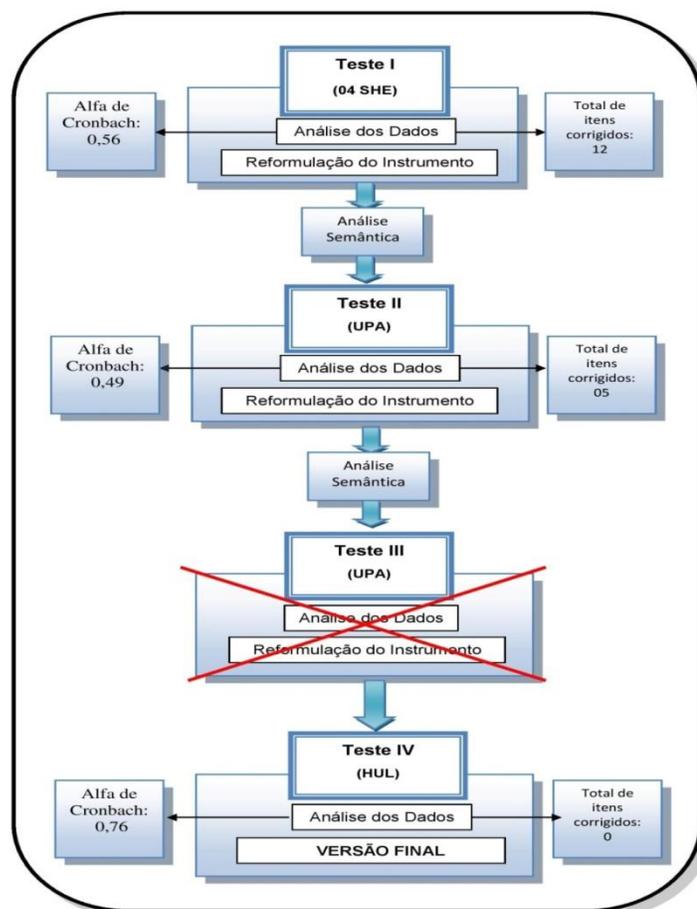
As cargas fatoriais consideradas significativas foram aquelas que excederam o valor absoluto de 0,30, carga mínima necessária para que a variável seja considerada como representante útil do fator (LAROS, 2005).

### **7.7 Testes de Fidedignidade**

A Fidedignidade de um instrumento de medida se relaciona com a constância dos seus resultados. Neste aspecto, a fidedignidade se associa a repetidas aplicações do instrumento ao mesmo objeto e a produção de resultados semelhantes (MARTINS, 2006; COZBY, 2003).

Na Figura 1 a seguir, são apresentadas as etapas de aplicação dos Testes de Fidedignidade do instrumento que avalia a Qualidade do ACCR (IA).

**Figura 1:** Testes de Fidedignidade do Instrumento. Maringá, PR, 2016.



Fonte: Próprio Autor.

### 7.7.1 Teste de Fidedignidade I

Para a realização do Teste de Confiabilidade I do IA foram utilizados os dados do Banco de Dados do Projeto “Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência: Estudo Multicêntrico”, CAAE n. 0232.0.093.000-11, finalizado no ano de 2013 (ANEXO A).

### **População e período para coleta de dados.**

A população do Banco de Dados referido era constituída por 314 profissionais e os dados foram coletados entre os meses de agosto a novembro de 2011.

### **Locais de Estudo**

O Instrumento de Avaliação do ACCR foi aplicado a 314 trabalhadores em quatro SHE denominados como SHE I; SHE II, SHE III e SHE IV.

#### **SHE I: Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá - PR (HURM).**

Integrante do complexo Hospitalar da Universidade Estadual de Maringá-PR, teve as suas atividades iniciadas em 20 de janeiro de 1989. No período de coleta de dados desse estudo, atendia cerca de 47.000 pacientes anualmente; possuía 31 leitos, mas acomodava em média 90 pacientes/dia, era referência ao atendimento a alta complexidade no trauma, oferecia atendimento médico presencial e de retaguarda nas principais especialidades (cardiologia, neurologia, cirurgia, ortopedia, entre outras) e tinha porta aberta nas 24hs do dia. O início do atendimento através do ACCR no PS do HURM ocorreu em dezembro de 2010.

#### **SHE II: Pronto Socorro do Hospital Universitário de Londrina PR (HUL)**

É parte do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, é o único hospital público de grande porte no Norte do Paraná e foi fundado no ano de 1971. Atendia em média 40.000 usuários/ano; possuía 50 leitos para o atendimento, era referência no Estado para o atendimento à pacientes de alta complexidade,

integrava o Sistema Estadual de Atendimento de Urgência e Emergência como Hospital tipo III e tinha porta aberta nas 24 horas do dia. Implantou o sistema ACCR no atendimento no ano de 2007.

### **SHE III: Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos - SP**

Localizado no interior paulista, teve suas atividades iniciadas desde a fundação da Santa Casa de Ourinhos no ano de 1947. Atendia cerca de 100.000 pacientes por ano, possuía 12 salas para atendimento; 25 leitos efetivos; era referência para 27 cidades da região; tinha porta aberta durante as 24 horas do dia. No PS referido o sistema ACCR foi implantado no ano de 2008.

### **SHE IV: Pronto Socorro do Hospital Municipal de Maringá - PR**

Localizado no interior paranaense, iniciou suas atividades no ano de 2003, um ano após a fundação do Hospital Municipal de Maringá PR. Atendia em média 5.400 usuários/ano, possuía 20 leitos efetivos, duas salas de observação e 10 salas para procedimentos, medicações, estoques, limpeza, entre outras. Tinha porta aberta nas 24 horas do dia, era referência para as Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá PR e atendia pelo sistema ACCR desde abril de 2008.

Após a tabulação e análise estatística dos dados, procederam-se adequações no instrumento, seguidas da Validação de Aparência e do 2º Teste de Fidedignidade.

### **7.7.2 Teste de Fidedignidade II**

#### **Local de estudo**

Ocorreu na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Ourinhos SP, que é parte da rede pública municipal de atenção à saúde, iniciou as suas atividades no ano de 2012 e implantou o ACCR no ano de 2013. A UPA referida, tem capacidade média para atendimento de 9 mil casos por mês, funciona 24h por dia, possui leitos de observação para adultos e crianças, sala de emergência, medicação, nebulização e oferece serviços de Clínica Médica, Pediatria, laboratórios e de imagem.

#### **População e período para coleta de dados.**

Participaram 59 sujeitos, cujos dados foram coletados no mês de junho de 2015. Após as análises estatísticas, os itens que interferiam significativamente nos resultados foram reelaborados. Após procedeu-se a Validação de Aparência e; o Instrumento foi reaplicado em um novo Teste de Fidedignidade (Teste III).

### **7.7.3 Teste de Fidedignidade III**

#### **Local de estudo**

Mesmo local de aplicação do Teste de Fidedignidade II.

#### **População e período para coleta de dados.**

O número de profissionais que participaram foi 35 e os dados foram coletados no mês de julho de 2015.

Esperava-se que após as análises estatísticas desta etapa, o instrumento atingisse níveis consideráveis de fidedignidade, o que resultaria na sua versão final.

No entanto, as análises apontaram erro importante no Instrumento devido a: baixa acentuada no coeficiente *alpha* geral e; principalmente, queda nos valores de 0,68 para 0,22, na Dimensão Processo. Sendo assim, decidiu-se que o Teste de Fidedignidade III deveria ser anulado.

Mediante as discussões sobre as inconformidades detectadas, realizadas com o profissional de estatística, concluiu-se que, possivelmente, as causas seriam erros na administração do teste os quais, segundo Polit e Beck (2004) e; Waltz e Busell (1981), levaram a tendenciosidade no conjunto das respostas, pois verificou-se que o número de participantes era baixo para considerar uma análise estatística consistente e; também porque, o instrumento de pesquisa foi aplicado na mesma população, em curto intervalo de tempo (20 dias) o que causou tendência e parcialidade nas respostas. De acordo com a literatura, este último, pode interferir no estado de consciência das pessoas em relação ao papel de “participante” e provocar distorções no teor das repostas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Isso quer dizer que, nas condições referidas, os participantes tendem à susceptibilidade de assinalar equivocadamente as alternativas do questionário.

Mediante aos fatos mencionados, foi tomada a decisão de reaplicar o Instrumento a um número maior de participantes, em outro SHE. Para tanto, foi submetida uma solicitação de emenda ao projeto original, ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP-UEM), obtendo-se aprovação à realização do Teste IV (ANEXO B).

#### **7.7.4 Teste de Confiabilidade IV**

##### **Local de estudo**

Pronto Socorro do Hospital Universitário de Londrina PR (HUL).

##### **População e período para coleta de dados.**

O número de profissionais que participaram da pesquisa foi 124, e os dados foram coletados durante o mês de janeiro de 2016.

## **8 ASPECTOS ÉTICOS**

Para a realização desta pesquisa, todas as exigências estabelecidas na Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012 foram respeitadas e o Projeto, foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos com CAAE n. 43121815.1.0000.0104, e aprovado em 25/05/2015 sob o parecer n. 1.158.772 (ANEXO C). A solicitação de Emenda ao Projeto Original foi aprovada em 01/12/2015, sob o parecer n.1.345.445 (ANEXO B).

## **9 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Visando melhor organização e posterior publicação dos dados, os resultados serão apresentados na forma de dois manuscritos.

### **MANUSCRITO 1: Avanços e desafios do Acolhimento com Classificação de Risco Implantado em Serviços de Emergência (Revista Cubana de Enfermería).**

Com intuito de melhor conhecer o “estado da arte” da temática em questão e obter subsídios consistentes à Revisão Teórica desta Tese, buscou-se analisar publicações que apresentam resultados da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços Hospitalares de Emergência no Brasil, nos últimos 10 anos.

### **MANUSCRITO 2: Fidedignidade do Instrumento para Avaliação da Qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços Hospitalares de Emergência (Revista Latino-Americana de Enfermagem).**

Dando continuidade ao estudo que se iniciou com a Validade de Conteúdo e de Aparência, do Instrumento de Avaliação do ACCR, teve-se como objetivo, Testar a Fidedignidade do instrumento de Avaliação da qualidade do ACCR.

## 9.1 Manuscrito 1

AVANCES Y DESAFÍOS DE ACOGIDA CON CALIFICACIÓN DE RIESGO IMPLANTADO EN SERVICIOS DE EMERGENCIA

ADVANCES AND CHALLENGES THE HOST WITH RISK RATING DEPLOYED IN EMERGENCY SERVICES

AVANÇOS E DESAFIOS DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO IMPLANTADO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

**RESUMEN:** Revisión Integradora de la Literatura que tuvo como objetivo analizar las publicaciones que presentan implementación del Acogimiento con la Clasificación de Riesgo (ACR) Servicios de Urgencias Hospitalarias en Brasil. Publicaciones búsquedas se realizaron en las bases de datos LILACS, SciELO, BDNF, MEDLINE y ColecionaSUS, para el período 2004-2013. En los 13 artículos seleccionados, los estudios categorizados de acuerdo a las dimensiones de donabedianas evaluación de la salud, estructura, proceso y resultado. Se encontró que los principales avances de la ACR se atribuyen a mejoras en la seguridad y el ambiente de servicios (estructura); la autonomía de las enfermeras en la conducta de los casos, el fortalecimiento de los lazos entre los profesionales y los usuarios, flujo de servicio y organización de los servicios (proceso) y; la reducción de la demanda ambulatoria, la satisfacción del usuario, la humanización y la priorización de los casos graves (resultado). En cuanto a los desafíos, el más destacado la falta de comunicación y el espacio físico (estructura); realizado por calificación de riesgo técnico y poca efectividad en referencia con la Red Básica de Salud (Proceso). No hubo ningún informe de desafíos a la dimensión resultado. Se concluyó que después de la imposición del Acogimiento con la Clasificación de Riesgo en el año 2004, se han producido importantes avances en la calidad de la atención en Servicios de Urgencias Hospitalarias en Brasil, pero todavía hay retos que superar, sobre todo dentro de la dimensión de proceso.

**Descriptor:** Acogimiento. Servicio de urgencia en hospital. Triage. Humanización de la atención.

**ABSTRACT:** Integrative Literature Review that aimed to analyze publications that present Home deployment of User Embrace with Risk Rating in Hospital Emergency Services in Brazil. Publications searches were conducted in the databases LILACS, SciELO, BDNF, MEDLINE and ColecionaSUS, for the period 2004-2013. In the 13 selected articles, categorized the studies according to the donabedianas dimensions of health evaluation, structure, process and result. It was found that the main advances of the User Embrace with Risk are attributed to

improvements in safety and ambience of services (structure); autonomy of nurses in the conduct of cases, strengthening of ties between professionals and users, service flow and organization of services (process) and; reduction of outpatient demand, user satisfaction, humanization and prioritization of severe cases (Result). Regarding challenges, the highlights miscommunication and physical space (structure); performed by technical risk rating and little effectiveness in referencing with the Basic Health Network (Process). There was no reports of challenges to the result dimension. It was concluded that after the imposition of the User Embrace with Risk in 2004, there have been major advances in the quality of care in Hospital Emergency Services in Brazil, but there are still challenges to be overcome, particularly within the process dimension.

**Descriptors:** User embracement. Emergency service, hospital. Triage. Humanization of assistance.

**RESUMO:** Revisão Integrativa da Literatura que teve como objetivo analisar publicações que apresentam resultados da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços Hospitalares de Emergência no Brasil. Foram realizadas buscas de publicações nas bases de dados LILACS, SciELO, BDNF, MEDLINE e ColecionaSUS, referentes ao período 2004-2013. Nos 13 artigos selecionados, categorizou-se os estudos de acordo com as dimensões donabedianas de avaliação em saúde, Estrutura, Processo e Resultado. Constatou-se que, os principais avanços do ACCR são atribuídos às melhorias na segurança e ambiência dos serviços (Estrutura); autonomia do enfermeiro na condução dos casos, fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários, fluxo do atendimento e organização dos serviços (Processo) e; redução da demanda ambulatorial, satisfação do usuário, humanização e priorização dos casos graves (Resultado). Em relação aos desafios, destacaram-se a necessidade de melhorias na implantação do ACCR e no espaço físico (Estrutura); classificação de risco realizada por técnicos e, pouca efetividade no referenciamento com a Rede Básica de Saúde (Processo). Não se verificou relatos de desafios para a dimensão Resultado. Concluiu-se que, após a instituição do Acolhimento com Classificação de Risco em 2004, ocorreram avanços importantes na qualidade do atendimento nos Serviços Hospitalares de Emergência do Brasil, entretanto ainda há desafios a serem superados, principalmente no âmbito da dimensão Processo.

**Descritores:** Acolhimento. Serviço hospitalar de emergência. Triagem. Humanização da assistência.

## INTRODUÇÃO

A promoção da qualidade do atendimento em Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) envolve, principalmente, a manutenção do fluxo organizado de pacientes e a realização do cuidado eficaz (BURSTROM et al., 2012). Nessa perspectiva, diversas estratégias de gerenciamento têm sido utilizadas em diferentes países e os resultados, apontam para a melhoria da gestão e da humanização nesses Serviços (BELLUCCI JR; MATSUDA, 2012).

Dentre as principais estratégias de gerenciamento, utilizadas em SHE, destacam-se os Sistemas de Triagem (ST), os quais são operacionalizados por meio de protocolos que classificam o agravo do usuário em níveis de complexidade, de acordo com o grau de prioridade dos casos (FARROHKNIA et al., 2011).

No contexto mundial da atenção às urgências e emergências, dentre os protocolos mais utilizados constam: Canadian Triage and Acuity Scal (Canadá); Australian Triage Scale (Austrália); Emergency Severity Index (Estados Unidos da América e; Manchesther Triage System (Inglaterra). Nesses países, o atendimento é direcionado de acordo com a prioridade do caso, classificando-o em cinco níveis de complexidade (FARROHKNIA et al., 2011).

No Brasil, no ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) oficializou, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), para atender e classificar o usuário de acordo com a gravidade e o potencial de agravamento de cada caso, entre outras ações (BRASIL, 2004). Desde então, os SHE que se preocupam em melhorar a qualidade do atendimento, tem implantado esse dispositivo/sistema.

O ACCR é a fusão de dois sistemas: O Acolhimento e; a Classificação de Risco. O primeiro pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde, desde que treinado e orientado para isso. Já o segundo, a Classificação de Risco, deve ser realizada por profissional de enfermagem de nível superior, o qual, por meio da Consulta de Enfermagem, classifica os agravos com base em, no mínimo, quatro níveis, ilustrados por cores, que significam respectivamente: Vermelho = emergência; Amarelo = urgência; Verde = menor urgência; Azul = não urgência (BRASIL, 2009).

Apesar de estudos recentes abordarem que, mediante a utilização do ACCR, o atendimento ao usuário em SHE se tornou mais acolhedor e humano, ainda não é conhecido o panorama geral das mudanças que esse dispositivo tem provocado na qualidade da assistência, a partir da sua oficialização pela PNH em 2004. Apesar disso, estudos revelam que, mediante a implantação do ACCR, podem-se constatar resultados favoráveis como: redução de filas de espera; priorização dos casos mais graves e também; agilidade no fluxo de atendimento (BELLUCCI JR; MATSUDA, 2012; OLIVEIRA et al., 2013).

Estudos nacionais também abordam a importância de se pesquisar sobre o ACCR como ferramenta potente para o planejamento, organização e produção do cuidado. Nesse aspecto, ao considerar que o conhecimento acerca das mudanças que o ACCR tem produzido na qualidade do atendimento em SHE, desde a sua oficialização, poderá apontar evidências científicas com possibilidade de embasar discussões e tomada de decisões mais assertivas, referentes à melhoria da qualidade do cuidado e da gestão dos serviços, propõe-se a realização desse estudo

que tem como questão: Quais são os principais avanços e desafios proporcionados pelo ACCR, no que se refere à qualidade do atendimento em SHE no Brasil?

Para responder à questão enunciada, propõe-se a realização deste estudo que tem como objetivo, analisar publicações científicas que apresentam resultados da implantação do ACCR em SHE no Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Revisão Integrativa de Literatura (RIL), realizada entre novembro e dezembro de 2014, referente às publicações do período entre 2004 a 2013 (10 anos), cuja coleta de dados ocorreu em fontes disponíveis *online*.

A RIL consiste em um método amplo de busca de publicações em que diversas pesquisas sobre uma mesma temática, são reunidas e sintetizadas em um único estudo (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Em outras palavras, a RIL proporciona conclusões de estudos que apresentam resultados consistentes à aplicabilidade prática.

A seguir serão descritas as fases percorridas na elaboração desta RIL, conforme consta na literatura (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

### **Fase 1: Identificação do tema ou questionamento da RIL**

Esta fase é norteadora para o desenvolvimento da RIL. Deste modo, a identificação dos temas “Qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência” e “Acolhimento com Classificação de Risco” se deu pela experiência dos pesquisadores no campo da pesquisa e da prática, relacionada aos mesmos.

## **Fase 2: Amostragem ou busca na literatura**

A busca dos estudos ocorreu por meio do sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); biblioteca digital *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e; ColecionaSUS. As palavras-chave utilizadas foram: Acolhimento, Triagem, Serviço Hospitalar de Emergência, Humanização e; Pronto Socorro. Ressalta-se que as palavras-chave pertencem aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e representaram ao menos em parte a temática do estudo. Não foi utilizado o termo “Classificação de Risco” por não pertencer ao DeCs.

Todos os descritores foram utilizados individualmente e em buscas conjugadas nos Bancos de Dados, cujos critérios de inclusão dos estudos na RIL foram: artigos completos publicados entre os anos de 2004 a 2013; indexados nas bases de dados mencionadas; disponíveis no idioma português e inglês que abordavam acerca de ACCR e SHE no Brasil.

## **Fase 3: Categorização dos estudos**

As informações extraídas dos artigos selecionados se referiram aos seguintes itens: identificação; autor; título; ano da publicação; tipo de estudo; periódico; características metodológicas; avanços apontados e desafios a serem empreendidos à qualidade do atendimento em SHE. Além desses itens, foram também consideradas informações referentes aos níveis de evidência e de avaliação do rigor metodológico dos artigos.

#### **Fase 4: Avaliação dos estudos incluídos na RIL**

A busca inicial foi realizada por meio dos resumos dos artigos que respondiam aos descritores adotados e após, foram selecionados aqueles que abordavam sobre fatores que se relacionavam à avaliação e implantação do ACCR em SHE. Foi realizada a pré-análise dos resumos incluídos e, para auxiliar na tomada de decisão, em relação à utilização dos resultados na prática clínica, foi aplicado o sistema de classificação por nível de evidências, apresentado na seguinte forma: **Nível I** – evidências de resultados de revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados, bem delineados; **Nível II** - evidências de resultados de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado, bem delineado; **Nível III** - evidências obtidas de ensaios clínicos não randomizados, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois; **Nível IV** - evidências provenientes de estudos de coorte e caso-controle; **Nível V** – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; **Nível VI** – evidências derivadas de um estudo descritivo ou qualitativo; **Nível VII** - evidências originárias de opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

#### **Fase 5: Interpretação dos resultados**

A partir das leituras dos resumos selecionados na fase anterior, foram acessados os respectivos artigos, na íntegra, que apresentavam resultados sobre avaliação e/ou implantação do ACCR em SHE.

## **Fase 6: Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou; apresentação da Revisão Integrativa**

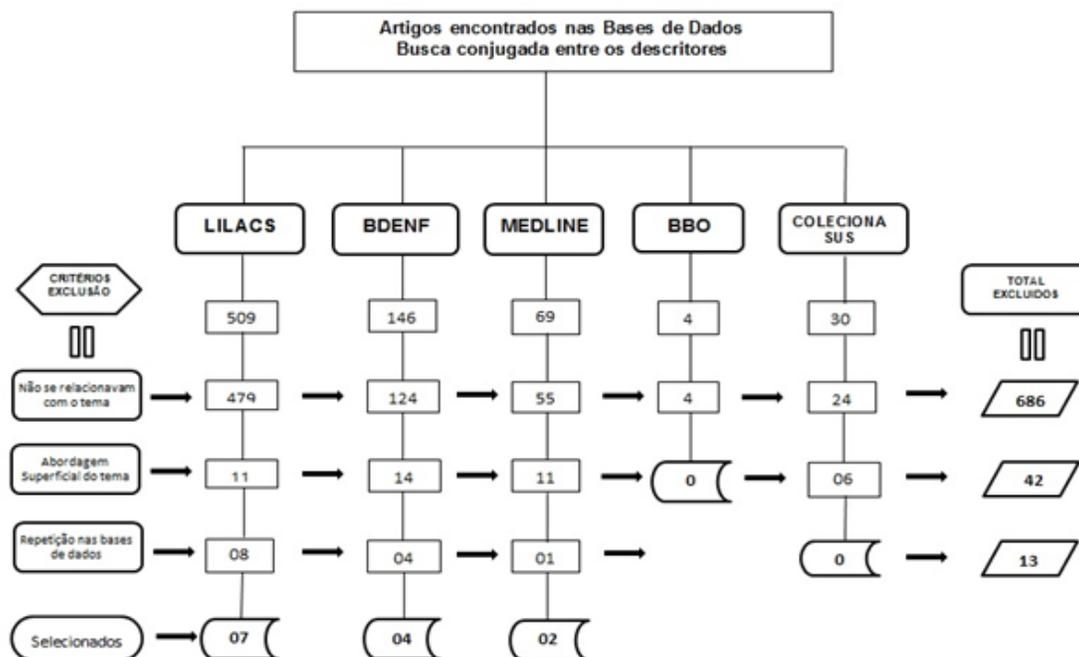
Após leitura exaustiva do material selecionado, às informações capturadas foram disponibilizadas em quadro e tabela, estruturados de acordo com as dimensões donabedianas de avaliação em Saúde: Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 1980). Na dimensão Estrutura, foram agrupados e discutidos os Avanços e Desafios à qualidade, relacionados a treinamentos, modificações físicas e estruturais do ACCR. Na dimensão Processo, aqueles que versavam sobre a execução do processo de trabalho e; na dimensão Resultado, a satisfação do usuário e da equipe de saúde, bem como os fluxos de encaminhamentos de usuários.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização das publicações**

Na figura 1, constam os passos percorridos à definição dos artigos que preencheram aos critérios de inclusão adotados neste estudo os quais resultaram na composição de 13 publicações.

**Figura 1:** Processo de Seleção dos Artigos para a Amostra, Maringá PR, 2016



.Fonte: O autor

Os dados referentes a cada item foram compilados e disponibilizados no quadro a seguir.

Quadro 1: Síntese dos dados específicos dos artigos selecionados. Maringá-PR, 2016

Id	Nome	Autor (res); periódico; Ano	Objetivo	Nível de evidência	Principais Resultados
A1	Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público	Silva LG, Matsuda LM; Ciêncucuid saúde; 2012	Apreender a percepção da dimensão técnica da qualidade do processo de atendimento	VI	Importância da integração entre a unidade de urgência e os serviços intra e extra-hospitalares atendimento de casos referenciados.
A2	ACCR em Serviço Hospitalar de Emergência: Avaliação da equipe de enfermagem	Bellucci Jr JA, Matsuda LM; REME; 2012	Avaliar o ACCR implantado em um SHE público	VI	75,5% dos trabalhadores avaliaram o processo de atendimento como precário; 11,8% como satisfatório; 9,5% como insuficiente e; 3,2% como ótimo.
A3	Impacto da Implementação do ACCR para o trabalho dos profissionais de uma UPA	Oliveira KKS, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI; Reme; 2013.	Analisar o Impacto da implementação do ACCR no trabalho dos profissionais	VI	O ACCR melhorou o atendimento das UPAs, criando ordem de atendimento segundo o maior risco de gravidade.
A4	Triagem em Serviços de saúde: percepções de usuários	Azevedo JMR, Barbosa MA; RevEferm UERJ; 2007.	Discutir a percepção dos usuários quanto a triagem	VI	Houve melhoras no atendimento, no entanto há insatisfações quanto aos encaminhamentos e demora nos agendamentos de consultas.
A5	Acolhimento e Humanização da assistência em Pronto Socorro Adulto: Percepções de Enfermeiros	Lima neto AVL, Nunes VMA, Fernandes RL, Barbosa IML, Carvalho GRP; RevEferm UFSM	Descrever as percepções de enfermeiros de pronto socorro acerca da humanização e do ACCR.	VI	Houve entendimento sobre os conceitos ampliados de acolhimento e humanização, porém, a prática depende da forma como cada um os aplica.
A6	ACCR e a Micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim-RJ	Franco TB, Franco CM; Rev APS; 2012.	Discutir a experiência do acolhimento vivida em uma unidade de saúde	VI	O Acolhimento com Classificação de Risco avançou na organização do trabalho e em maior resolutividade da Unidade.
A7	ACCR em Hospitais de Ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado	Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Jr JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Rev Latino-AmEnferm, 2013	Avaliar a estrutura, processo e resultado de um SHE que se utiliza do ACCR	VI	Há promoção de ambiente acolhedor e humano, privacidade e segurança, entretanto necessita de melhorias no sistema de referência e contrarreferência
A8	ACCR: avaliação dos profissionais de um Serviço de Emergência	Nascimento ERP, <i>et al</i> ; RevEletrEnferm, 2012	Conhecer e analisar como os profissionais avaliam o ACCR	VI	Houve mudanças na organização e qualidade do atendimento ao usuário no serviço
A9	Acolhimento em um Serviço de Emergência: percepção de usuários	Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima, REBEn, 2013.	Compreender a percepção dos usuários sobre a atuação da enfermagem no acolhimento	VI	Há carência de informações e de respeito no atendimento; necessidade maior atuação da enfermagem no acolhimento
A10	Caracterização do atendimento após a implantação do ACCR em hospital público.	Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADF. RevEletrEnferm; 2012	Descrever a implantação do ACCR e caracterizar o atendimento	VI	Houve redução de 69% nos atendimentos médicos. O ACCR agilizou o atendimento de pacientes que necessitaram de tratamento imediato.
A11	Prática de acolhimento em serviços de emergência: a perspectiva de	Zanelatto D, Pai DD; Ciencucidsaud2010	Conhecer a vivência de enfermagem em relação ao	VI	O desconhecimento da enfermagem sobre a abrangência do ACCR representa um grande desafio quanto à implementação da estratégia.

	profissionais de enfermagem		ACCR		
<b>A12</b>	Opiniões de usuários de saúde sobre o ACCR	Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG; Rev Eletr	Conhecer a visão dos usuários sobre o ACCR	VI	Houve ocorrência de conflitos com a implantação do acolhimento com classificação de risco.
<b>A13</b>	Classificação de Risco em Emergência – um desafio para os enfermeiros	Shiroma LMB, Pires DEP; Enfermagem em foco, 2011.	Conhecer a visão dos enfermeiros sobre a implantação do ACCR	VI	O ACCR reorganizou o atendimento e melhorou a humanização ao proporcionar o acesso rápido do usuário em estado grave.

Fonte: O autor

Foi realizada leitura aprofundada dos estudos e extraídas informações pertinentes aos Avanços e Desafios para a Qualidade do Atendimento nos SHE que implantaram o ACCR.

**Quadro 2** : Principais Avanços e Desafios resultantes da implantação do ACCR, às dimensões Estrutura, Processo e Resultado. Maringá – PR, 2016.

<b>ESTRUTURA</b>		
<b>Artigo</b>	<b>Avanços</b>	<b>Desafios</b>
<b>A2</b>	Melhorou a ambiência e à segurança	Melhorar a comunicação visual e o conforto do acompanhante.
<b>A3</b>	-	Melhorar a estrutura física
<b>A6</b>	-	Dirimir a resistência da equipe em aceitar às mudanças
<b>A7</b>	Estabeleceu ambiente acolhedor e humano; melhorou o conforto e à segurança dos usuários e acompanhantes	Melhorar a comunicação entre a equipe de saúde
<b>A8</b>	-	Superar as deficiências de espaço físico, materiais e humanos
<b>A09</b>	-	Melhorar o fluxo de informações para o usuário
<b>A11</b>	-	Dirimir a resistência da equipe em aceitar às mudanças
<b>PROCESSO</b>		
<b>Artigo</b>	<b>Avanços na qualidade</b>	<b>Desafios</b>
<b>A1</b>	O enfermeiro adquiriu mais autonomia na condução dos casos e houve melhora na organização do fluxo de atendimento	Operacionalizar referenciamento com a Rede Básica de Saúde (RBS)
<b>A2</b>	Mais organização e integração entre a equipe de saúde	Operacionalizar referenciamento com a RBS
<b>A3</b>	Mais agilidade no atendimento	A Classificação de Risco não deve ser feita por técnicos; Implantar ACCR nas RBS
<b>A4</b>	-	Agilizar o atendimento na RBS
<b>A5</b>	-	Disseminar informações sobre a Política Nacional de Humanização.
<b>A6</b>	Fortalecimento do vínculo entre	Operacionalizar referenciamento com

	trabalhadores e usuários e melhor organização dos fluxos	a RBS
<b>A7</b>	-	Melhorar a comunicação entre o hospital e à RBS
<b>A9</b>	Empoderamento da enfermagem	Superar o conceito “triagem”
<b>A10</b>	Mais agilidade nas consultas	Operacionalizar referenciamento com a RBS
<b>A13</b>	Reorganização do atendimento	-
<b>RESULTADO</b>		
<b>Artigo</b>	<b>Avanços na qualidade</b>	<b>Desafios</b>
<b>A3</b>	Humanização; priorização de casos graves; diminuição da demanda ambulatorial	-
<b>A4</b>	O usuário refere satisfação em relação à rapidez e priorização de casos graves; humanização do atendimento	-
<b>A5</b>	Há humanização do atendimento e priorização de casos graves	-
<b>A8</b>	Atendimento mais rápido e humanizado	-
<b>A10</b>	Redução do número de atendimentos; priorização de casos graves	-
<b>A12</b>	-	Não modificou o serviço de saúde

Fonte: O autor

## DISCUSSÃO

Observou-se que os estudos se distribuíram ao longo do tempo de forma heterogênea com concentração nos dois últimos anos (78,5%). Isso demonstra o interesse recente dos pesquisadores em avaliar e divulgar os resultados do ACCR em SHE. Notou-se também a existência de artigos, até certo ponto elevado, que abordam a qualidade em SHE. Entretanto, o mesmo não ocorre quando se trata da temática ACCR.

Em relação ao nível de evidência, todos os estudos apresentaram Nível VI, considerado evidência fraca. Esse dado pode ser justificado devido à incipiência de estudos que se utilizam de abordagens diversificadas nos desenhos

metodológicos, que possam subsidiar, por exemplo, revisões sistemáticas e meta-análise.

### **Avanços e Desafios à Qualidade em SHE na Dimensão Estrutura**

Entre os 13 artigos selecionados, apenas dois apresentaram apontamentos sobre os Avanços que o ACCR provocou na Estrutura dos SHE nos últimos 10 anos. As opiniões se referiam principalmente às melhorias na segurança e na ambiência dos serviços (A2, A7 e A13).

De acordo com estudo norte americano, publicado no ano de 2014, a promoção da segurança do paciente em SHE é parte da estrutura dos serviços e fator crucial para a qualidade do cuidado deste setor (BALLANGRUD et al., 2014). Nesse sentido, o baixo número de relatos sobre Avanços do ACCR para essa dimensão, observados nos artigos analisados é fator preocupante porque, pode estar relacionado ao desinteresse dos gestores em investir recursos para melhorias na Estrutura e no Planejamento dos serviços.

Nos Artigos 6 e 11 foi relatada a necessidade de se trabalhar a Resistência da Equipe em aceitar as mudanças do ACCR (A6 e A11). Esse fato também foi relatado em estudo realizado na Dinamarca no ano de 2011, o qual revelou que a equipe de enfermagem apresentou barreiras de aceitação a implantação de um sistema de triagem, por julgar que esse método resulta na redução do tempo crítico, mas que não observa os fatores psicossociais do atendimento (JOHANSEN; FORBERG, 2011), como, por exemplo, as condições de vida e bem estar dos pacientes. Nesses casos, orienta-se à adoção de um programa de implantação e acompanhamento do ACCR que direcione as ações da equipe de saúde em relação ao desenvolvimento e a organização do trabalho, de acordo com os preceitos da humanização no atendimento (BRASIL, 2004).

A Estrutura do ACCR no Brasil e as experiências dos Sistemas de Triagem Internacionais estão em contínuo desenvolvimento. Sob esse ângulo e considerando os estudos avaliados, o foco principal das instituições deve ser a dispensação de recursos financeiros para estruturar ações de consolidação do ACCR, principalmente, nas questões entre equipe e usuários relacionadas ao entendimento sobre o processo de implantação do ACCR nos serviços. Há de se destacar também a importância de os gestores investirem na capacitação de todos os profissionais que atuam no serviço para que os preceitos da humanização, implícitos no ACCR, sejam difundidos na equipe.

### **Avanços e Desafios à Qualidade em SHE na Dimensão Processo**

Os resultados relacionados aos Avanços à Qualidade dos SHE, na Dimensão Processo, se referem principalmente, a maior autonomia do enfermeiro na condução dos casos (A1 e A9), fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários (A2 e A6) e; melhorias no fluxo do atendimento e na organização dos serviços (A1; A2; A6; A10 e A13). Em relação aos Desafios, com maior destaque, constam: “Classificação de Risco realizada por técnicos de enfermagem”, “Pactuação do atendimento (referenciamento) com a Rede Básica de Saúde” e “Comunicação” entre a equipe e usuários.

No contexto mundial, é notório que a atuação do enfermeiro em SHE produz impacto positivo na qualidade da atenção, porque há relatos de que nos serviços em que há valorização desse profissional, os pacientes se apresentam mais satisfeitos em relação ao atendimento e ao tempo de espera (JENNINGS et al, 2015). No Brasil, apesar de o leque de atuação do enfermeiro em SHE ainda ser restrito, na área de sistema de triagem, esse profissional tem autonomia e

domínio para determinar o grau de urgência do paciente e assim determinar o fluxo de entrada para o atendimento (DURO; LIMA, 2010).

Em contrapartida a esse avanço na Qualidade, um dos desafios mais preocupantes apontados é a realização da Classificação de Risco (CR) em SHE por técnicos de enfermagem (A3). De acordo com o Ministério da Saúde, o profissional capacitado para essa atividade é o enfermeiro, que deve realizar a CR por meio da Consulta de Enfermagem (BRASIL, 2009).

Apesar da orientação referida, a atuação do enfermeiro no ACCR se consolidou somente a partir da adequação da realidade brasileira aos protocolos internacionais (do Reino Unido, Estados Unidos e Canadá), nos quais a classificação de risco é centralizada nesse profissional (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). Nesse sentido, além de se constituir em procedimento ilegal, a CR realizada por outros profissionais da equipe de enfermagem, com apenas Nível Médio de formação, pode redundar em riscos e danos irreversíveis a saúde do usuário (OLIVEIRA et al., 2016).

Outros pontos que destacam os avanços nessa Dimensão foram os relatos de que após a implantação do ACCR, houve fortalecimento do vínculo entre os profissionais e usuários do sistema e melhorias no fluxo de atendimento interno (A1; A2; A3; A6 e A10). Essas informações coadunam com os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde no que se refere à melhoria da qualidade do atendimento porque, a aproximação entre usuário e profissionais; associado ao fluxo organizado produz vínculos importantes à terapêutica clínica (BRASIL, 2004).

Estudo realizado na Coréia do Sul, no ano de 2015, aponta que o fortalecimento de vínculo entre enfermeiros e pacientes é capaz de reduzir a taxa

de mortalidade nos serviços (CHO et al., 2015). Apesar de a referida constatação ser importante para a recuperação do usuário, no Brasil, essa prática parece ter evoluído somente no “intramuros” dos SHE, pois ainda há diversos relatos de inconformidades na operacionalização dos mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços.

Sabe-se que a realidade da Saúde Pública Nacional ainda se apresenta como um cenário com longas filas de espera de usuários por atendimento que, na maioria das vezes, não são encaminhados às instâncias efetivas de resolubilidade. Apesar de os estudos A1, A2, A3, A6 e A10 apontarem avanços no fluxo e na organização do atendimento a partir do ACCR, é importante ressaltar a necessidade da efetivação do fortalecimento de vínculos e fluxos de informações entre a alta gestão hospitalar e municipal, para que se obtenham resultados mais efetivos em relação à pactuação dos atendimentos e aos referenciamentos.

Na intenção de otimizar a operacionalização do atendimento em emergência por meio do referenciamento dos casos, o Ministério da Saúde instituiu em 2010 as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que tem por objetivo fortalecer a atenção, por meio da utilização de mecanismos que promovam a cooperação e a interdependência entre os serviços (BRASIL, 2010). Na RAS, o atendimento é direcionado de acordo com os critérios que promovem o acesso humanizado e integral, considerando o ACCR como ferramenta indispensável nesse processo.

Corroborando com essa afirmação, grande parte dos apontamentos em relação aos Desafios a serem empreendidos no Processo revelou que os Serviços ainda apresentam deficiências na Comunicação entre a Equipe e usuários (A1; A2; A6; A7: A10). Quando se fala em Comunicação para o

atendimento em SHE, vale ressaltar que a avaliação imediata dos casos pelo enfermeiro produz informações precoces sobre o grau de urgência para toda equipe de saúde, o que também incide na redução do tempo de espera e encaminhamentos (HAMAMOTO; YAMASE; YAMASE, 2014).

A afirmação anterior quer dizer que, quando o enfermeiro mantém contato direto com o usuário, as informações sobre o estado de saúde são transmitidas com maior rapidez para a equipe, diminuindo o risco de agravamentos dos casos nas filas de espera.

A partir dos apontamentos constantes na Dimensão Processo, pode-se argumentar que a utilização do ACCR no atendimento, resultou em maior organização do trabalho da equipe de saúde, do fluxo de atendimento e da equivalência das informações entre os trabalhadores. No entanto, a ineficiência dos mecanismos de referenciamento, parece ser o maior obstáculo à promoção da qualidade nos SHE.

### **Avanços e Desafios à Qualidade em SHE na Dimensão Resultado**

Os apontamentos relacionados aos Avanços do ACCR na Dimensão Resultado se referiram a: Redução da demanda ambulatorial, (A3 e A10); Satisfação do usuário (A4); Humanização do atendimento (A3; A4; A5 e A8) e; Priorização dos casos graves para o atendimento (A3; A4; A5 e A10).

Não foram apontados desafios nessa Dimensão, o que também é um fator preocupante porque, pode significar que as pesquisas sobre a temática buscam discutir com maior ênfase, somente os melhores Resultados que o ACCR produz no atendimento.

Nos estudos analisados, em apenas um consta a não ocorrência de mudanças no serviço após a implantação do ACCR (A12). Nesse estudo, a coleta de dados aconteceu por meio de entrevista grupal aos usuários do serviço no intervalo de 13 meses após o início da implantação do ACCR no atendimento. Nesse curto intervalo de tempo, possivelmente a implantação do ACCR na unidade estudada estava em estado incipiente, o que pode não ter proporcionado ao usuário o tempo suficiente para um efetivo reconhecimento do ACCR como uma estratégia de inovação do atendimento.

No que diz respeito à redução da demanda ambulatorial, este é um dos pontos mais importantes para o avanço da qualidade em SHE porque, à procura frequente e desnecessária do Serviço, provocam superlotação e atraso no atendimento, colocando em risco a saúde dos usuários que necessitam de cuidados urgentes (COSSETE et al., 2015). Sob esse prisma, o avanço referido remete ao entendimento de que alguns serviços se programam para atenderem ao usuário em conjunto, evitando a “revisita”, ou seja, o retorno desnecessário dele ao SHE.

A redução da “revisita” nos SHE resulta na diminuição da demanda e sobrecarga de trabalho para a equipe, convertendo a superficialidade das avaliações clínicas dos profissionais, em atendimentos focados e orientados à resolução efetiva dos casos (HAN et al., 2015). Esse resultado provavelmente contribuiu à concepção dos relatos de Avanços em relação a “Satisfação do usuário” e “Humanização do Atendimento” porque, quando o usuário tem o seu problema de saúde devidamente encaminhado desde a primeira consulta, o tempo de permanência no setor é diminuído e a equipe fica disponível para oferecer maior atenção aos casos com maior complexidade.

De maneira geral, o principal resultado esperado de um Sistema de Triagem é a hierarquização dos casos graves para o atendimento (LEE; KIM, 2015). Considerando esse princípio, como sendo o avanço “priorização do atendimento”, relatado na maior parte dos estudos, evidencia-se que nos SHE do Brasil, que implantaram o ACCR, há atenção priorizada para os casos classificados como de maior gravidade. Nesse aspecto, o trabalho de todos os profissionais que atuam no serviço é facilitado porque, há melhor planejamento das ações e previsibilidade do cuidado para a maior parte dos atendimentos.

Ressaltando a importância dos dados levantados, um estudo realizado em Portugal, no ano de 2014, revelou que o risco de morte e a hospitalização de pacientes com alta prioridade para o atendimento em SHE, foi 5,5 vezes maior que os casos de baixa complexidade (SANTOS; FREITAS; MARTINS, 2014). Dados como esses reforçam a importância de todos os SHE implantarem o ACCR com efetividade no atendimento, para que os casos de maior gravidade sejam identificados com precisão e tratados com intervenção imediata.

Os avanços na qualidade do atendimento dos SHE, relacionados à dimensão Resultado indicam que, nos últimos 10 anos, houve melhorias em vários aspectos. Apesar disso, não foi possível analisar com maior distinção, os desafios referentes a essa dimensão porque, somente um estudo apontou que o ACCR não produziu mudanças significativas no atendimento.

## **CONCLUSÕES**

As análises dos artigos selecionados indicam que houve avanços na humanização do atendimento dos SHE do Brasil, após a sua oficialização no ano de 2004. Concernente a descrição desses avanços, há de se destacar as

melhorias nos fluxos de atendimento e segurança do usuário; redução de demanda ambulatorial e; priorização dos casos graves.

Em relação aos principais Desafios a serem enfrentados, destacam-se: resistência dos profissionais de saúde em aceitar as mudanças que o ACCR proporciona; necessidade de promover a comunicação eficaz entre a equipe de saúde; melhoria na estrutura da RBS para operacionalização das ações de contrarreferência e; classificação de risco realizada somente por enfermeiros.

Este estudo tem como principal limitação, a análise de artigos publicados somente em periódicos nacionais. Apesar disso, não deixa de ser relevante porque, apresenta resultados da operacionalização do ACCR no Brasil, que podem subsidiar futuras políticas e ações voltadas aos SHE.

Como sugestão para novas investigações alvitra-se estudos com foco na avaliação do ACCR em território nacional, no sentido de monitorar os avanços e desafios apresentados nessa pesquisa.

## REFERÊNCIAS

BALLANGRUD, R.; PERSENIUS, M.; HEDELIN B.; HALL-LORD, M. L. Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation, - expert raters' assessments versus self-assessments: an explorative study. **BMC Nursing**, New York, v. 13, n. 1, p. 47, 2014.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 410-418, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília (DF); 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento nas práticas de produção em saúde**. Brasília, DF, 2010.

BURSTROM, L.; NORDBERG, M.; ORNUNG, G.; CASTREN, M.; WIKLIND, T.; ENGSTROM, M. L.; ENLUND, M. et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, n. 20, v.57, 2012.

CHO, E.; SLOANE, D. M.; KIM, E. Y.; CHOI, M.; YOO, I. Y. et al. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. **International Journal Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 2, p. 535–542, 2015.

COSSETE, S.; FRASURE-SMITH, N.; VADEBONCOEUR, A.; MCCUSKER, J.; GUERTIN, M. C. The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. **International Journal Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 3, p. 666-76, 2015.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Health Administration Press, Michigan, p. 77-125, 1980.

DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal Nursing, Niteroi**, v. 9, n 3. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3132/718>. Acesso em: 10 jun. 2016.

FARROHKNIA, N.; CASTRÉN, M.; EHRENGERG, A.; LIND, L.; OREDSSON, S.; JONSSON, H. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 30, p. 42, 2011.

HAMAMOTO, J.; YAMASE, H.; YAMASE, Y. Impacts of the introduction of a triage system in Japan: A time series study. **International Emergency Nursing**, New York, v. 22, n. 3, p. 153-158, 2014.

HAN, C.; CHEN, L.; BARNARD, A.; LIN, C.; HSIAO, Y.; LUI, H.; CHANG, W. Early Revisit to the Emergency Department: An Integrative Review. **Journal of Emergency Nursing**, v. 41, n. 4, p. 285-95, 2015.

JENNINGS, N.; CLIFFORD, S.; FOX, A. R.; O'CONNELL, J.; GARDNER, G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. **International Journal Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 1, p. 421-35, 2015.

JOHANSEN, M. B.; FORBERG, J. L. Nurses' evaluation of a new formalized triage system in the emergency department – a qualitative study. **Danish Medical Bulletin**, Copenhagen, v. 58, n. 10, p. A4311, 2011

LEE, S.; KIM, C. W. Presentation of patients' problems during triage in emergency medicine. **Patient Education and Counseling**, Oslo, v. 98, n. 5, p. 578-87, 2015.  
MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. **Philadelphia**: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

OLIVEIRA, K. K. D.; AMORIM, K. K. P. S.; FERNANDES, A. P. N. L.; MONTEIRO, A. I. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 148-156, 2013.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

SANTOS, . P.; FREITAS, P.; MARTINS, H. M. Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 31, n. 2, p. 148-152, 2014.

## 9.2 Manuscrito 2

FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

REABILITY OF INSTRUMENT FOR QUALITY ASSESSMENT OF USER EMBRACEMENT BY RISK RATTING SYSTEM

LA CONFIANZA DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ACOGIDA CON CALIFICACIÓN DE RIESGO

**RESUMO:** Objetivo: Aprimorar o Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, por meio da aplicação de Testes de Fidedignidade. Método: Estudo metodológico, de abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de três Testes de Fidedignidade e Validação de Aparência. O Instrumento foi aplicado em 497 trabalhadores das equipes de Enfermagem e Recepção, de cinco Serviços Hospitalares de Emergência. Para a análise de fidedignidade, calculou-se o coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, a correlação item/total e a análise fatorial. Resultados: O primeiro teste de fidedignidade obteve Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach 0,56; o segundo 0,49 e o terceiro 0,76. Após o terceiro teste, os itens 07 e 09 do instrumento inicial foram removidos e; o Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach final resultou em 0,79. Após a análise fatorial, houve a formação de três fatores principais, o que explica a distribuição dos itens nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado. Conclusão: O instrumento alcançou alto índice de confiabilidade e; a sua versão final se apresenta na forma de escala do tipo Likert, com 19 itens e cinco níveis de resposta.

**Descritores:** Confiabilidade. Acolhimento. Serviço Hospitalar de Emergência. Triagem. Humanização da Assistência.

**ABSTRACT:** Objective: Improve the Home Assessment Instrument of User Embracement with Risk Rating, through the application of Reliability Tests. Method: Methodological study with a quantitative approach, accomplished through the application of three tests Trust and Appearance Validation. The instrument was applied to 497 workers in nursing and reception staff, five-Hospital Emergency Services. For reliability analysis, we calculated the coefficient ( $\alpha$ ) of Cronbach, the item correlation / Total and factor analysis. Results: The first reliability test obtained ( $\alpha$ ) Cronbach 0.56; the second 0.49 and third 0.76. After the third test, the items 07 and 09 of the original instrument and are removed; The ( $\alpha$ ) Cronbach resulted in 0.79. After the factor analysis, there was the formation of three main factors, which explains the distribution of items in the dimensions of structure, process and result. Conclusion: The instrument has achieved high reliability and; the final version is presented in the form of Likert scale with 19 items and five levels of response.

**Descriptors:** Reability. User Embracement. Emergency Service, Hospital. Triage. Humanization of Assistance.

**RESUMEN:** Objetivo: Mejorar lo Instrumento de Evaluación del Acogimiento con la Clasificación de Riesgo, a través de la aplicación de pruebas de fiabilidad. Método: Estudio metodológico con un enfoque cuantitativo, realizado a través de la aplicación de tres pruebas de confianza y apariencia de validación. El instrumento se aplicó a 497 trabajadores de enfermería y personal de recepción, cinco-Servicios de Urgencias Hospitalarias. Para el análisis de fiabilidad, se calculó el coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, la correlación ítem / total y el análisis factorial. Resultados: El primera prueba de fiabilidad obtenido Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach 0,56; la segunda 0,49 y tercera 0,76. Después de la tercera prueba, los artículos 7 y 09 del instrumento original y se eliminan; Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach resultó en 0,79. Después del análisis factorial, se produjo la formación de tres factores principales, lo que explica la distribución de los elementos en las dimensiones de estructura, proceso y resultado. Conclusión: El instrumento ha logrado un alto índice de fiabilidad y; la versión final se presenta en forma de escala de Likert con 19 artículos y cinco niveles de respuesta.

**Descriptores:** Confiabilidad. Acogimiento. Servicio de urgencia en hospital. Triaje. Humanización de la atención.

## INTRODUÇÃO

Com a crescente demanda de usuários que procuram pelos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) no mundo, os Sistemas de Triagem tem se apresentado como medida eficaz para classificar e ordenar o atendimento de acordo com a gravidade e o potencial de agravamento de cada caso (ARAFAT; ALFARHAN; ABU, 2016).

No Brasil, a elevada busca por atendimento em SHE é motivo de preocupação constante entre os gestores porque, quando associada com a falta de organização no fluxo de entrada, o Serviço faz a abordagem do paciente de acordo com a ordem de chegada e isso, interfere diretamente na qualidade do cuidado prestado (ZANELATTO; DAL PAI, 2010; FERREIRA et al., 2016).

Com intuito de melhorar a qualidade do atendimento em SHE, o Ministério da Saúde (MS) propôs em 2004, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSus) a qual apresenta diretrizes que se referem à definição de

protocolos clínicos; criação de mecanismos de referência e contrarreferência e; ao acolhimento da demanda, por meio de critérios de classificação e avaliação de risco (BRASIL, 2004).

O HumanizaSus orienta que o atendimento em SHE seja realizado a partir da organização do fluxo e da priorização dos agravos, já que na maioria das vezes, a clientela não é atendida de acordo com a gravidade de cada caso. Nesse aspecto, o HumanizaSus, propõe a diretriz Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), para que o atendimento em SHE seja realizado de acordo com o grau de urgência (BRASIL, 2004).

O ACCR tem como objetivos principais, acolher os usuários e priorizar o atendimento aos casos de maior gravidade. Nesse sentido, as ações de acolhimento à demanda podem ser realizadas por qualquer profissional treinado na equipe de saúde, entretanto a classificação de risco deve ser realizada pelo enfermeiro que, por meio da Consulta de Enfermagem, orienta o atendimento de acordo com o grau de prioridade de cada caso (BRASIL, 2009).

Com a instituição das Redes de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, no ano de 2011, o atendimento de acordo com o grau de urgência passou a ser requisito básico para ampliação do acesso humanizado e integral, em todos os componentes de saúde. Nessa lógica, o ACCR passou a ser considerado ferramenta indispensável à promoção da qualidade, por promover a equidade no atendimento e; organizar a demanda de acordo com necessidade de cada pessoa (BRASIL, 2011).

Considerando a importância que o ACCR tem, na composição da qualidade no atendimento em saúde, estudos que se referem a esse sistema após a implantação do HumanizaSus, em 2004, trazem considerações importantes sobre

melhorias no fluxos de atendimento e segurança do usuário; redução de demanda ambulatorial e; priorização dos casos graves mesmo em instituições cuja implantação ocorreu em situações que eram consideradas de difícil solução (VITURI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a; FRANCO; FRANCO, 2012; ROSSANEIS et al., 2011).

Apesar das melhorias relatadas nos serviços que se utilizam do ACCR, o único instrumento que avalia a qualidade do atendimento em SHE, que se tem conhecimento, é aquele proposto por Bellucci Jr e Matsuda (2012b), o qual consiste em uma escala do tipo Likert, constituída por 21 itens, dispostos nas dimensões de Avaliação em Saúde (Estrutura, Processo e Resultado), propostas por Donabedian (1980; 1984).

O instrumento referido foi construído e validado pela estratégia de Validação de Conteúdo e Validação de Aparência e tem sido utilizado para avaliar a qualidade do ACCR em SHE no Brasil (VERSA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a). Esses dois tipos de validação, utilizados na construção primária do instrumento, determinam a relevância dos itens e também, se o conteúdo explora de maneira efetiva, os quesitos à mensuração do fenômeno a ser investigado. Entretanto, não são consideradas técnicas eficazes quando o objetivo é testar a fidedignidade (precisão) do construto (PASQUALI, 2011; MARTINS, 2006).

A Fidedignidade de um instrumento de medida se refere ao seu potencial em produzir resultados idênticos, quando aplicado em ocasiões diferentes ou nas mesmas ocasiões (PASQUALI, 2011). Em outras palavras, a Fidedignidade de um instrumento de medida está relacionada ao quanto ele pode medir, sem erro, um determinado fenômeno.

A importância da utilização de um instrumento de medida fidedigno para avaliar a qualidade do ACCR em SHE se pauta no fato de que, somente um instrumento submetido a Testes de Fidedignidade pode produzir informações que representam (com fidelidade), parte da realidade desse Serviço.

Frente ao cenário exposto, pergunta-se: Como se apresenta o Instrumento de Avaliação da Qualidade do ACCR, após ser submetido a Testes de Fidedignidade? Para responder a esta questão, o presente estudo teve como objetivo aprimorar o Instrumento de Avaliação do ACCR, por meio da aplicação de Testes de Fidedignidade.

## **METODOLOGIA**

Estudo metodológico, de abordagem quantitativa, transversal, realizado com aplicação do instrumento de Avaliação, em três Testes de Fidedignidade, seguida por Validação de Aparência.

O objeto de estudo é o *Instrumento de Avaliação da Qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco em SHE*, que consiste numa escala tipo “Likert” de cinco pontos, composta por 21 itens, distribuídos nas dimensões donabedianas de avaliação em saúde (Estrutura, Processo e Resultado).

Os locais utilizados para a coleta de dados deste estudo foram: Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá - PR (HURM); Pronto Socorro do Hospital Universitário de Londrina - PR (HUL); Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos - SP; Pronto Socorro do Hospital Municipal de Maringá - PR e; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Ourinhos - SP.

A amostragem foi do tipo aleatório simples, com sorteio de, no mínimo, 80% dos profissionais da equipe de Enfermagem dos serviços. Por critérios de inclusão, adotou-se pertencer ao quadro da Enfermagem com tempo de atuação superior a seis meses; não estar gozando de férias ou afastamento na data da coleta. No total, o Instrumento foi aplicado a 497 trabalhadores. Vale ressaltar que para o Teste de Fidedignidade I, participaram também os profissionais da Recepção dos serviços (Banco de Dados do Projeto “Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência: Estudo Multicêntrico”).

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2011 a janeiro de 2016, por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Qualidade do ACCR, aos profissionais que atenderam aos critérios de inclusão. O intervalo entre 2011 a 2016 utilizado para a coleta de dados não comprometeu a pesquisa porque o foco do estudo foi aprimorar o Instrumento de Avaliação e não avaliar os SHE. Sendo assim, a análise dos dados coletados e a reformulação dos itens aconteceram após cada Teste de Fidedignidade.

Os dados coletados foram compilados e tratados em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft Excel*® 2010 e, para análise estatística foi utilizado o programa computacional SPSS® 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

O número de Testes de Fidedignidadee do Instrumento foi determinado considerando a saturação dos dados nas análises estatísticas. Com isso, para a verificação da fidedignidade dos itens do instrumento, os dados foram analisados em termos da consistência interna, com a aplicação do teste Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach (PASQUALI, 2011), considerando-se valor mínimo de 0,60 conforme consta na literatura (MURPHY; DAVIDSHOFER, 1988).

Para confirmar a representatividade final do construto, além da análise de consistência interna dos itens, os dados da última versão do instrumento foram submetidos à análise fatorial e; as cargas fatoriais, consideradas significativas, foram aquelas que excederam o valor absoluto de 0,30. Esse valor é considerado como carga mínima necessária para a variável ser “representante útil do fator” (LAROS, 2005), ou seja, quando o valor obtido supera 0,30, o item é melhor qualificado para representar a variável.

Os itens que interferiram significativamente nos coeficientes Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach tiveram a sua redação melhorada no aspecto clareza, entretanto foram conservados os seus traços latentes (desempenhos comportamentais). Para a verificação da inteligibilidade da nova redação do item, após cada Teste de Fidedignidade, fez-se Validação de Aparência por meio de consulta a juízes que atuavam na temática da pesquisa. Os juízes foram três enfermeiros com experiência acima de dois anos no ACCR, que também eram docentes em uma universidade pública do Paraná. Para isso, considerou-se o Índice de Fidedignidade (*reliability*) ou concordância interavaliadores (*interrater agreement - IRA*) com concordância de no mínimo 80% entre os Juízes (RUBIO et al., 2003; POLIT; BECK, 2004).

Este estudo cumpriu o que consta na Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, sob Parecer nº 1.158.772 e CAAE n. 43121815.1.0000.0104.

## RESULTADOS

Os resultados do presente estudo se referem aos Testes de Fidedignidade do instrumento e sua versão final. Dessa forma, serão apresentadas as análises de consistência interna, correlação e cargas fatoriais.

Na Tabela 1, consta a descrição dos resultados das análises dos Testes Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach e da Correlação Item-Total, de cada item do Instrumento de Avaliação, aplicado em três Testes de Fidedignidade.

**Tabela 1** – Resultados das análises dos Testes de Fidedignidade. Maringá, PR, Brasil, 2016.

Dimensão	Item	TF1* n=314		TF2* n=59		TF3* n=124	
		AT**= 0,56		AT**= 0,49		AT**= 0,76	
		AC***	CIT****	AC***	CIT****	AC***	CIT****
<b>Estrutura</b>	1	0,534	0,376	0,354	0,170	0,749	0,379
	2	0,565	0,289	0,354	0,167	0,744	0,449
	3	0,580	0,243	0,415	0,067	0,748	0,400
	4	0,514	0,423	0,386	0,099	0,753	0,324
	5	0,540	0,358	0,331	0,222	0,757	0,252
	6	0,598	0,183	0,369	0,138	0,747	0,404
	7	<b>0,560</b>	<b>0,303</b>	<b>0,228</b>	<b>0,364</b>	<b>0,772</b>	<b>0,043</b>
<b>Processo</b>	8	0,482	0,240	0,675	0,302	0,756	0,272
	9	<b>0,529</b>	<b>0,147</b>	<b>0,797</b>	<b>-0,13</b>	<b>0,775</b>	<b>0,010</b>
	10	0,440	0,332	0,620	0,480	0,743	0,476
	11	0,449	0,317	0,581	0,678	0,751	0,361
	12	0,498	0,200	0,582	0,636	0,744	0,471
	13	0,468	0,269	0,634	0,479	0,756	0,270
	14	0,464	0,278	0,581	0,675	0,756	0,283
<b>Resultado</b>	15	0,536	0,350	0,135	0,653	0,748	0,396
	16	0,515	0,398	0,393	0,154	0,754	0,309
	17	0,569	0,246	0,234	0,490	0,744	0,459
	18	0,544	0,321	0,390	0,161	0,748	0,394
	19	0,559	0,280	0,554	-0,13	0,759	0,242
	20	0,588	0,208	0,404	0,141	0,750	0,231
	21	0,533	0,352	0,419	0,084	0,754	0,315

TF\*= Teste de Fidedignidade

AT\*\*= Teste Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach Total

AC\*\*\*= Teste Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, se deletado

CIT\*\*\*\*= Correlação Item-Total

Todas as reformulações dos itens, realizadas após os Testes de Fidedignidade, foram submetidas à Validação de Aparência e receberam parecer favorável dos juízes. Cabe salientar que, para a realização das reformulações referidas, se manteve o traço latente avaliado, ou seja, buscou-se apenas reescrever o item com maior clareza e objetividade.

A consistência interna do instrumento foi aferida mediante a remoção/adaptação de itens de baixa correlação, ou seja, quanto esse item era modificado observava-se a variação dos valores do coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach. Assim, obtiveram-se valores mínimos próximos de 0,14 a valores

máximos de 0,80, o que significa, respectivamente, alta e baixa representatividade do item frente ao instrumento todo.

Em relação à Correlação do Item-Total (CIT), observou-se que as questões 07 e 09 obtiveram baixos coeficientes de medição nos três Testes de Fidedignidade, mesmo após reformulações na redação. De acordo com a literatura (SALOMI et al., 2005), a intensidade da correlação de um item com o conjunto de itens pode ser aferida se o coeficiente de medição altera quando o item é removido. Caso o coeficiente se eleve, considera-se que não há alta correlação, por outro lado, havendo diminuição assume-se que esse item está altamente correlacionado com os outros itens do instrumento. Sendo assim, foi tomada a decisão de remover os itens 07 e 09 do instrumento.

Com a remoção desses itens, localizados nas Dimensões Estrutura e Processo, o coeficiente de medição geral passou de 0,76 para 0,79, ou seja, houve um incremento de 4% na fidedignidade.

Para a realização da análise fatorial da última versão do instrumento, o número de fatores que foram selecionados para representar os dados foi determinado a partir dos critérios da raiz latente, os quais orientam a utilização de autovalores superiores a 1. Neste sentido, foram selecionados quatro fatores que corresponderam a 49,2% da explicação da variabilidade total. A partir da determinação desses autovalores, foram determinadas as representações lineares das cargas fatoriais da contribuição de cada variável, para a formação dos fatores, conforme é apresentado na Tabela 2 a seguir.

**Tabela 2** – Cargas Fatoriais na composição dos fatores dos itens do Instrumento. Maringá, PR, Brasil, 2016.

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
E*1	-0,0599	<b>0,7700</b>	0,1373	0,1956
E*2	0,0753	<b>0,7273</b>	-0,0283	0,2789
E*3	0,0326	<b>0,6338</b>	0,4700	-0,1125
E*4	0,1819	<b>0,6846</b>	-0,1523	-0,0814
E*5	0,2261	<b>0,5289</b>	-0,2570	-0,1114
P**13	0,3599	<b>0,3815</b>	-0,2509	0,0800
R***20	-0,0440	-0,1227	0,3759	<b>0,5124</b>
P**8	0,1572	0,0527	-0,1369	<b>0,5187</b>
P**10	0,1989	0,1809	-0,0236	<b>0,7002</b>
P**12	0,3023	0,0843	0,2158	<b>0,6334</b>
E*6	-0,0055	0,4065	0,0790	<b>0,5150</b>
R***19	0,0569	-0,0318	<b>0,7802</b>	0,1180
R***21	0,2338	0,1804	<b>0,6173</b>	0,0388
P**14	<b>0,6143</b>	0,0568	-0,2627	0,1436
R***15	<b>0,5429</b>	-0,0147	0,1316	0,3603
R***16	<b>0,4013</b>	0,0614	0,0947	0,2452
R***17	<b>0,7271</b>	0,0746	0,1146	0,2177
R***18	<b>0,7281</b>	0,0845	0,2542	-0,0706
P**11	<b>0,5419</b>	0,0748	-0,1257	0,3363

E\*= Estrutura  
P\*\*= Processo  
R\*\*\*= Resultado

Na Tabela 2, a nomenclatura dos itens foi mantida na forma em que se apresentava no instrumento em teste. Assim, após a análise fatorial, os itens foram agrupados nas dimensões conforme os valores apresentados.

Observa-se que (após a análise fatorial dos dados) o Fator 02 explica 22,16% da variância e compõe-se de seis itens (1, 2, 3, 4, 5 e 13), relativos à dimensão Estrutura. A variação da carga fatorial oscilou desde 0,77 (Item 01 - *A estrutura física do serviço promove conforto ao usuário em espera por atendimento*), como valor mais elevado, até 0,38 (Item 13 - *O atendimento ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso*), como valor mais baixo.

O Fator 01 explica 11,05% da variância, sendo composto também por seis itens (11, 14, 15, 16, 17 e 18), que se relacionam a avaliação da Dimensão

Resultado. A carga fatorial nessa dimensão situa-se entre 0,72 e 0,40 e representam, respectivamente, os itens 18 (*Os usuários que esperam por atendimento médico são reavaliados periodicamente*) e; 16 (*Os serviços de apoio atendem aos pedidos de acordo com a classificação de risco do paciente*).

O Fator 04 explica 15,96% da variância e é composto por 07 itens (6, 8, 10, 12, 19, 20 e 21) que são referentes à avaliação da Dimensão Processo. A carga fatorial se situa entre 0,78 e 0,51 e são relativas aos itens 19 (*O sigilo das informações fornecidas pelo usuário é pouco respeitado por todos os membros da equipe*) e; 06 (*A sinalização do ambiente é clara e suficiente para orientar o usuário ao atendimento*).

Os itens 19 (*O sigilo das informações fornecidas pelo usuário é pouco respeitado por todos os membros da equipe*) e 21 (*Os profissionais deste serviço estão satisfeitos com os resultados do ACCR*) localizaram-se no Fator 03, porém saturam com valores próximos aos Fatores 02 e 04, (0,78 e 0,61), o que motivou a decisão pela sua inclusão no Fator 04.

A referida decisão pautou-se não somente nos resultados estatísticos, mas também na coerência teórica, baseada na definição de Donabedian (1966; 1968) e na sua aplicabilidade prática, por considerar que há combinações entre alguns itens que representam a Estrutura e o Processo, sendo necessário, em algumas situações, separá-las de maneira vinculada ao sentido em que se julgue a melhor representatividade, frente à dimensão em que está se avaliando (SILVIA; FORMIGLI, 1994).

A versão final do Instrumento de Avaliação do ACCR, após análises de consistência interna, correlação e cargas fatoriais, se apresenta na forma de escala do tipo Likert, formada por 19 itens de avaliação, em que os itens de 01 a

06 avaliam a Dimensão Estrutura; os itens de 07 a 13 a Dimensão Processo e; os itens de 14 a 19, a Dimensão Resultado, no quadro a seguir:

**Quadro 1:** Instrumento de Avaliação da Qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco. Maringá, PR, Brasil, 2016.

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)</b>												
<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		<b>5</b>				
Discordo Totalmente		Discordo		Não Concordo nem Discordo		Concordo		Concordo Totalmente				
<b>Nº</b>	<b>ITEM</b>							<b>ESCALA</b>				
<b>01</b>	A estrutura física do Serviço promove conforto ao usuário em espera por atendimento							1	2	3	4	5
<b>02</b>	O ACCR torna o ambiente mais acolhedor e humano							1	2	3	4	5
<b>03</b>	A quantidade de reuniões e treinamentos sobre o ACCR é insuficiente para orientar os trabalhadores							1	2	3	4	5
<b>04</b>	O espaço físico destinado às consultas médicas e de enfermagem necessita de melhorias à privacidade do usuário							1	2	3	4	5
<b>05</b>	Há necessidade de reestruturação do espaço físico para acolher o acompanhante							1	2	3	4	5
<b>06</b>	O atendimento ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso							1	2	3	4	5
<b>07</b>	Os casos de baixa complexidade são encaminhados à Rede Básica de Saúde							1	2	3	4	5
<b>08</b>	Todos os usuários que buscam por atendimento nesse Serviço passam pelo ACCR							1	2	3	4	5
<b>09</b>	As lideranças discutem com a equipe as propostas de mudanças no ACCR							1	2	3	4	5
<b>10</b>	O Fluxograma de atendimento do ACCR é conhecido por toda a equipe							1	2	3	4	5
<b>11</b>	A sinalização do ambiente é clara e suficiente para orientar o usuário ao atendimento							1	2	3	4	5
<b>12</b>	O sigilo das informações fornecidas pelo usuário é pouco respeitado por todos os membros da equipe							1	2	3	4	5
<b>13</b>	Os profissionais deste Serviço estão satisfeitos com os resultados do ACCR							1	2	3	4	5
<b>14</b>	O usuário e os familiares são informados sobre o tempo de espera para o atendimento							1	2	3	4	5

15	O atendimento dos profissionais do ACCR é humanizado	1	2	3	4	5
16	Os Serviços de Apoio (Ex: Imagem e Laboratório) atendem aos pedidos de acordo com a Classificação de Risco do paciente	1	2	3	4	5
17	A equipe é unida e se preocupa em satisfazer às necessidades dos usuários	1	2	3	4	5
18	Os usuários que esperam por atendimento médico são reavaliados periodicamente	1	2	3	4	5
19	Os usuários são medicados de acordo com a prioridade estabelecida na Classificação de Risco	1	2	3	4	5

Fonte: O autor

## DISCUSSÃO

Vale lembrar que, neste estudo, o que está sendo aferido não é a medição dos resultados da aplicação de um Instrumento, mas sim, a precisão na medida em que se aplica esse Instrumento. Isso quer dizer que, verificou-se o grau de erro na medida do instrumento, a “calibragem”, para medir com maior precisão o objeto proposto. Sob esse ângulo, apresenta-se a seguir a discussão do processo de aplicação dos Testes de Fidedignidade no Instrumento de avaliação da qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência.

Ao término dos Testes de Fidedignidade do Instrumento, verificou-se elevada correlação entre todos os itens. Quando se pensa em correlação interna entre itens de um instrumento de medida, assume-se que índices elevados indicam que os dados gerados por determinado item são coerentes com os dados totais do teste (SILVEIRA, 1980). Em outras palavras, quando um item de um instrumento de medida apresenta “boa” correlação com os outros itens, o instrumento é consistente porque os itens estão interligados entre si.

Os valores do Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach obtidos no Terceiro Teste de Fidedignidade indicam que não haverá aumento da confiabilidade do instrumento, quando qualquer item for removido. Isso ocorre devido a constância no valor de 0,76 do Alfa ( $\alpha$ ) geral quando um item é deletado, demonstrando que os procedimentos estatísticos adotados são relevantes, confiáveis e de qualidade para esse tipo de estudo (COLLIER, 2010; SELBY-HARRINGTON, 1994).

Considerando que, por melhor que seja um instrumento de medida, este nunca estará livre de erros (TRONCHIN, 2006) e; que a legitimação do erro de estimação de uma medida se relaciona ao quanto o escore obtido se distancia do escore verdadeiro (PASQUALI, 2011), é possível afirmar que, apesar de todos os coeficientes não terem atingido 100% de precisão, são fidedignos.

Por meio dos cálculos que garantiram análise fatorial adequada, permitiu-se assegurar resultados robustos e credíveis, pois foi notória a divisão dos dados em três fatores, com cargas fatoriais elevadas dos itens.

A análise semântica dos itens reescritos foi realizada por uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população meta, verificando a sua inteligibilidade para os estratos, conforme sugere a literatura (PASQUALI, 2011). Desta maneira, os itens modificados do instrumento foram submetidos à apreciação por juízes, peritos no assunto, que sugeriram algumas mudanças na redação, de forma a torná-las mais claras e pontuais como, por exemplo, a reformulação do item 03 “*Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com classificação de Risco*”, para “*A quantidade de reuniões e treinamentos sobre ACCR é insuficiente para orientar os trabalhadores*”

O caso que mais chama a atenção é o baixo índice de confiabilidade geral

do Instrumento, obtido no segundo Teste de Fidedignidade (0,49), pois se esperava que, após realizar as reformulações e re-aplicar o instrumento no segundo teste, houvesse elevação dos índices gerais. Esse fato pode ter ocorrido por variações na administração do teste, devido ao número baixo de participantes (POLIT; BECK, 2004) e; pelo local de aplicação ser uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e não um SHE. Mediante a esses fatos, foi realizado o terceiro Teste de Confiabilidade do Instrumento, em uma nova população de outro SHE.

Destaca-se a importância da realização dos Testes de Fidedignidade para calibrar o Instrumento em questão porque, a partir dos resultados, obteve-se um Instrumento confiável que avalia o fenômeno que se propõe investigar/medir.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O instrumento abordado apresenta elevado índice de confiabilidade, o que permite afirmar que o mesmo está apto a avaliar com fidedignidade a qualidade do ACCR em SHE. A concordância na divisão fatorial realizada, decorrente da análise matemática, demonstra que os itens estão sistematicamente alinhados e dispostos corretamente para mensurar os atributos de cada dimensão.

Após a remoção das afirmativas que interferiam negativamente nos índices de correlação entre os itens, o instrumento se tornou mais robusto e consistente porque, houve diminuição no coeficiente de medição, o que reflete alta correlação Item-Total.

Vencidas as etapas deste estudo, o objeto resultante é um instrumento de Avaliação do ACCR simples, relativamente curto e objetivo, com 19 itens de avaliação representativos, consistentes e de fácil aplicação, dispostos numa

escala do tipo Likert, de cinco pontos, e que aborda as três dimensões donabedianas de avaliação em saúde.

Como limitação deste estudo, considera-se o fato de que o instrumento avalia o ACCR somente na percepção dos trabalhadores e o contexto dos SHE. Com isso, estudos futuros são necessários no sentido de construir escalas válidas e fidedignas que avaliem também o ACCR, na percepção de usuários e gestores.

O instrumento de avaliação abordado pode ser utilizado em todo o território nacional, pois foi validado por meio de técnicas de validação de Conteúdo e de Aparência que; no final, apresentou alto índice de confiabilidade.

## Referências

ARAFAT, A.; ALFARHAN, A.; ABU, K. H. Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in an Urgent Care Center in Saudi Arabia. **International Journal of Emergency Medicine**, London, v. 9, n. 1, p.17, 2016.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do Sistema Acolhimento com Classificação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 217-225, 2012a.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e Validação de Instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-57, 2012b.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 410-418, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSus). **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1600, de 07 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Redes de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2011.

COLLIER, R. The challenges of quantifying quality. **CMAJ**, Ottawa, v. 182, n. 5, p. 250, 2010. < <http://www.cmaj.ca/content/182/5/E250.full> > Acesso em: 14 jan. 2014.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Mem. Fund.**, v. 44, p. 166, Part 2, 1966.

DONABEDIAN, A. Promoting Quality Through Evaluating the Process of Patient **Care. Med. Care**, v. 6, n. 3, p. 181-202, 1968.

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome**. Health Administration Press, Michigan, p. 77-125, 1980.

DONABEDIAN A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Mexicana, 1984.

FERREIRA, E. B.; MELO, L. B. D.; BEZERRA, A. L. D.; ASSIS, E. V.; FEITOSA, A. N. A.; SOUZA, M. N. A. Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3, n. 1, p. 148-178, 2016.

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. Acolhimento com Classificação de Risco e a Micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim-RJ. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 227-233, 2012.

LAROS, J. A. O uso de análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: \_\_\_\_ L. Pasquali (Org.), **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2005. p. 163-184.

MARTINS GA. **Sobre confiabilidade e Validade**. RBGN. São Paulo v.8, n.20, p.1-12, jan/abr 2006.

MURPHY, K. R.; DAVIDSHOFER, C. O. **Psychological testing**: Principles and applications. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1988.

OLIVEIRA, K. K. D.; AMORIM, K. K. P. S.; FERNANDES, A. P. N. L.; MONTEIRO, A. I. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 148-156, 2013.

PASQUALI, L. **Psicometria**: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Assessing data quality**. In: Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. 7 ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. L.; BORSATO, F. G.; VANNUCHI, M. O.; SENTONE, A. D. F. Caracterização do atendimento após a implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletronica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 648-56, 2011.

RUBIO, D.M.; BER-WEGER, M.; TEBB, S.S.; LEE, E.S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SALOMI, G. G. E. et al, SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 279-293, 2005.

SELBY-HARRINGTON, M. L.; MEHTA, S. M.; JUTSUM, V.; RIPORELLA-MULLER, R.; QUADE, D. Reporting of instrument validity and reliability in selected clinical nursing journals, 1989. **Journal of Professional Nursing**, v. 10, n. 1, p. 47-56, 1994.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVEIRA, F. L. Relação entre Duas Estatísticas Utilizadas em Análise de Consistência Interna de Testes Psicométricos - **Ciência e Cultura**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 214-216, 1980.

TROCHIM, W. M. K. **Research methods: knowledge bases**. 2 ed. Cincinnati (OH): Atomic Dog Publishing; 2006.

VERSA, G. L. G. S.; VITURI, D. W.; BURIOLA, A. A.; OLIVEIRA, C. A.; MATSUDA, L. M. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 21-28, 2014.

VITURI, D. W.; INOUE, K. C.; BELLUCCI JR, J. A.; OLIVEIRA, C. A.; ROSSI, R. M.; MATSUDA, L. M. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1179-87, 2013a.

## 10 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Nesse tópico, serão apresentadas orientações sobre o tratamento e análise dos dados oriundos da aplicação do Instrumento de Avaliação da Qualidade do ACCR.

Vale lembrar que outros tipos de cálculos e análises poderão ser realizados, mas no momento o autor sugere as etapas a seguir.

Após a aplicação do Instrumento, orienta-se compilar os dados em uma planilha eletrônica do programa *Microsoft Excel*® ou em outro programa que permita a análise vertical e horizontal.

### 10.1 Cálculo dos Escores

As respostas possíveis para cada um dos itens do Instrumento são: “Discordo Totalmente (valor=1); “Discordo” (valor=2); “Não Concordo nem Discordo” (valor=3); “Concordo” (valor=4); “Concordo Totalmente” (valor=5)

Os escores para o instrumento são calculados por meio da soma e média dos valores dos itens que o compõe. Para isso, é importante seguir os passos descritos abaixo:

#### 1º Passo: Inversão dos Valores

Os Itens 03, 04, 05 e 12 foram formulados de maneira que quanto maior for a sua resposta, menor será o valor do escore, ou seja, esses itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 5=1), (valor 4=2), (valor 1=5) e (valor 2=4).

#### 2º Passo: Atribuição de valores para “Não Concordo nem Discordo”

Caso a soma das respostas em branco com a opção “Não Concordo nem Discordo” atingir 50% ou mais dos itens do instrumento, não se deve calcular o escore dessa amostra. O escore ficará em branco (*missing*) no banco de dados. De outra forma, se a soma das respostas referidas for inferior a 50% do total de itens, atribuir o valor “3” para cada resposta.

### 10.1.1 Cálculo do Escore do Instrumento como um Todo (CEI)

Para a realização do CEI (Itens 01 a 19), faz-se necessário obter os dados correspondentes às seguintes variáveis:

**Somatória dos Itens do Instrumento** = Soma de todos os valores de cada participante da pesquisa, obtidos na escala Likert.

**Número de Participantes da pesquisa** = Quantidade total de participantes da pesquisa.

Depois de realizado o levantamento desses dados, as análises acontecerão de acordo com a equação a seguir:

$$\frac{\text{Somatória dos Itens (todos os itens assinalados)}}{\text{Total de Participantes da Pesquisa}} = \text{Escore Final}$$

O Escore Final da equação citada deverá ser comparado ao item “Pontuação Obtida”, apresentado no Quadro de Representatividade Final do Instrumento de Avaliação do ACCR, disposto a seguir:

**Quadro 3:** Escores para avaliar o ACCR como um todo, adaptados a partir do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde (BRASIL, 1985).

<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Intervalo de classe</b>	<b>Percentual (escores)</b>	<b>Representatividade Final</b>
<b>85,5 a 95</b>	9,5	90 a 100%	<b>Ótimo</b>
<b>66,5 a 85,4</b>	18,9	70 a 89,9%	<b>Bom</b>
<b>47,6 a 66,4</b>	18,8	50 a 69,9%	<b>Regular</b>
<b>19 a 47,5</b>	28,5	0 a 49,9%	<b>Precário</b>

Fonte: Bellucci Jr (2011)

### 10.1.2 Cálculo do Escore das Dimensões de Avaliação (CEDA)

No tocante à avaliação das dimensões donabedianas de avaliação em saúde, os valores deverão ser calculados separadamente. A seguir serão apresentados os métodos de avaliação a ser utilizado para cada Dimensão.

O CEDA é o resultado da análise da pontuação obtida nas três Dimensões de Avaliação em Saúde (Estrutura, Processo e Resultado), do instrumento. Para isso, apresenta-se a seguir a definição das variáveis a serem utilizadas.

**Somatória dos Itens da Dimensão =** Soma de todos os valores de cada participante da pesquisa, obtidos em cada dimensão.

**Número de Participantes da pesquisa =** Quantidade total de participantes da pesquisa.

Depois de realizado o levantamento desses dados, as análises acontecerão de acordo com a equação a seguir:

$$\frac{\text{Somatória dos Itens da Dimensão}}{\text{Total de Participantes da Pesquisa}} = \text{Escore Final}$$

Semelhante ao CEI o CEDA deverá ser comparado ao item “Pontuação Obtida” de um Quadro de Representatividade, entretanto relativo à avaliação de cada Dimensão. Para a Avaliação das dimensões Estrutura e Resultado, utiliza-se o quadro a seguir:

**Quadro 4:** Escores para avaliar a Estrutura e Resultado, adaptados a partir do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde (BRASIL, 1985).

<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Intervalo de classe</b>	<b>Percentual (escores)</b>	<b>Representatividade Final</b>
<b>27,1 a 30</b>	2,9	90 a 100%	<b>Ótimo</b>
<b>21,1 a 27</b>	5,9	70 a 89,9%	<b>Bom</b>
<b>15,1 a 21</b>	5,9	50 a 69,9%	<b>Regular</b>
<b>6 a 15</b>	9	0 a 49,9%	<b>Precário</b>

Fonte: Bellucci Jr (2011)

Para a Avaliação da Dimensão Processo, utiliza-se o quadro a seguir:

**Quadro 5:** Escores para avaliar o Processo, adaptados a partir do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde (BRASIL, 1985).

<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Intervalo de classe</b>	<b>Percentual (escores)</b>	<b>Representatividade Final</b>
<b>31,5 a 35</b>	3,5	90 a 100%	<b>Ótimo</b>
<b>24,5 a 31,4</b>	6,9	70 a 89,9%	<b>Bom</b>
<b>17,5 a 24,5</b>	6,9	50 a 69,9%	<b>Regular</b>
<b>7 a 17,4</b>	10,4	0 a 49,9%	<b>Precário</b>

Fonte: Bellucci Jr (2011)

No tocante à avaliação dos itens de cada dimensão, se for do interesse do pesquisador, o cálculo também poderá ser realizado isoladamente com cada item, a partir de considerações acerca do Ranking Médio e da média ponderada dos

valores disponíveis na escala Likert (OLIVEIRA, 2005), conforme exemplo apresentado na Tabela 02, a seguir:

**Tabela 1:** Exemplo para avaliação individual de um item do Instrumento de Avaliação do ACCR. Maringá, PR, 2016.

ITEM	PONTUAÇÃO LIKERT					RM*
	1	2	3	4	5	
14. O usuário e os familiares são informados sobre o tempo de espera pelo atendimento		5	3	4		2,9

\*Ranking Médio

$$\text{Média Ponderada} = (5 \times 2) + (3 \times 3) + (4 \times 4) = 35$$

$$\text{Logo, RM} = 35 / (5 + 3 + 4) = 2,9$$

A partir desses dados, a discussão dos resultados será desenvolvida de acordo com os valores da média ponderada e sua aproximação com os critérios da escala Likert: “Discordo Totalmente”; “Discordo”; “Não concordo nem Discordo”; “Concordo” e; “Concordo Totalmente”.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços que o ACCR proporcionou na Humanização do atendimento dos SHE do Brasil, após a sua oficialização no ano de 2004, refletem a importância da realização de estudos que construam e efetivem ferramentas de apoio à melhoria da qualidade do atendimento nesse setor. Neste aspecto, considera-se que este estudo contribuiu à qualificação do atendimento em Serviços Hospitalares de Emergência, por proporcionar informações importantes aos gestores, em especial à gestão de enfermagem, no que diz respeito ao gerenciamento e a tomada de decisões clínicas.

Concernente a descrição dos desafios que foram alcançados pelo ACCR, destaca-se a necessidade do fortalecimento de mecanismos que promovam a comunicação eficaz entre a equipe de saúde e entre os SHE e as RBS, principalmente no que diz respeito à operacionalização dos contrarreferenciamentos. Isso significa que apesar de o atendimento ao usuário ter melhorado no aspecto “humanização”, ainda há muito a que se avançar na interação entre a equipe e no seqüenciamento do atendimento.

Em relação a confiabilidade do IA, a versão final do Instrumento, aprimorado por meio da aplicação dos Testes de Fidedignidade, resultou em uma escala do tipo Likert, composta por 19 itens de avaliação distribuídos nas dimensões donabedianas de avaliação em saúde. O Instrumento referido foi validado anteriormente pela estratégia de validação de conteúdo e de aparência e agora, atende aos critérios de fidedignidade.

A homogeneidade dos itens da versão final mostra que há estabilidade e consistência entre todos os seus componentes internos e isso, permite que ele (o

instrumento) seja utilizado para avaliar com segurança, a qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco, implantado em qualquer Serviço Hospitalar de Emergência do Brasil.

As cargas fatoriais, consideradas significativas, permitiram que os itens se agrupassem predominantemente em três fatores distintos, coadunando com as três Dimensões de Avaliação em Saúde (Estrutura, Processo e Resultado). Isso significa que os itens estão dispostos para avaliar efetivamente atributos específicos dessas três dimensões.

Como principal limitação deste estudo, tem-se que o Instrumento Final é específico para avaliar o ACCR somente na percepção dos trabalhadores em SHE. Desse modo, estudos futuros são necessários no sentido de construir escalas válidas e fidedignas que avaliem também o ACCR, na percepção de usuários e gestores.

É válido destacar o desafio enfrentado no desenvolvimento deste estudo, frente à complexidade no processo de construção, validação e análise da fidedignidade dos itens do instrumento, nos quais requereu grande empenho para a compreensão do arcabouço teórico e a aplicação efetiva dos procedimentos recomendados para a coleta, análise e interpretação dos dados. Todavia, a compensação desse esforço se dará pelos benefícios que o Instrumento Final proporcionará ao avanço da qualidade do atendimento “de porta” dos serviços de emergências de hospitais brasileiros.

Ressalta-se que, futuros estudos deverão ocorrer, no sentido de criar/validar um Manual Operacional que norteie o manuseio completo desse Instrumento.

## **12 IMPORTÂNCIA E IMPLICAÇÕES DESSE ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA EM ENFERMAGEM**

No contexto de saúde no Brasil, estudos que objetivem “calibrar” instrumentos de medida ainda são incipientes para a área da Enfermagem em SHE. A seguir, serão apresentadas algumas considerações sobre a importância e as implicações da utilização do Instrumento calibrado nesse estudo, para a Enfermagem:

- ✓ Contribuirá na organização do atendimento em SHE, o que resultará em maior agilidade nos fluxos internos e externos de pacientes;
- ✓ Produzirá dados mais fidedignos que fundamentarão a tomada de decisões pelo enfermeiro, frente ao gerenciamento dos desafios do Acolhimento com Classificação de Risco;
- ✓ Fornecerá dados fidedignos para pesquisas sobre a Qualidade dos Serviços de Enfermagem em SHE, as quais embasarão discussões sobre Qualidade e ACCR;
- ✓ No âmbito de tomadas de decisões administrativas, o Instrumento auxiliará o Enfermeiro no gerenciamento de projetos que visem melhorias na Estrutura, Processo e Resultado do atendimento;
- ✓ Na área de ensino, o Instrumento ultrapassa os cuidados na Saúde do Adulto e poderá ser utilizado também como material complementar na área de gerenciamento de tecnologias, em especial no conteúdo de disciplinas que foquem Gerenciamento e Administração de Enfermagem;

- ✓ A avaliação pontual dos itens do instrumento também permitirá ao enfermeiro traçar metas de educação continuada com a equipe de saúde;
- ✓ O enfermeiro poderá monitorar com maior efetividade a aplicação/efetivação dos preceitos de Humanização do Cuidado em SHE, em especial o atendimento de acordo com o grau de urgência;

De maneira geral, os resultados obtidos com a aplicação do Instrumento de Avaliação do ACCR, calibrado nesse estudo, contribuirão no aprimoramento e gestão de enfermagem, da qualidade da assistência, da segurança do paciente e do profissional que atua em SHE.

### 13 REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M; LIMA, M. A. D. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.
- ALDRIDGE, E. S.; ROGERS, I. R.; BAILEY, P. M.; ROGERS, J. R.. Emergency department 'undercrowding' is associated with decreased waiting time. **Emergency Medicine Australasia**, Malden, v. 28, n. 3, p. 268-72, 2016.
- ANDRADE, E. A.; DONELLI, T. M. S. Acolhimento e Humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH). **Boletim da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 18-24, 2004.
- ANNEVELD, M.; LINDEN, C.; GROOTENDORST, D.; GALLI-LESLIE, M. Measuring emergency department crowding in an inner city hospital in the Netherlands. **International Journal of Emergency Medicine**, Lake Nona, v. 6, n. 1, p. 21, 2013.
- ARAFAT, A.; ALFARHAN, A.; ABU, K. H. Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in an Urgent Care Center in Saudi Arabia. **International Journal of Emergency Medicine**, London, v. 9, n. 1, p.17, 2016.
- BALLANGRUD, R.; PERSENIUS, M.; HEDELIN B.; HALL-LORD, M. L. Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation, - expert raters' assessments versus self-assessments: an explorative study. **BMC Nursing**, New York, v. 13, n. 1, p. 47, 2014.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. In: Anais do 9º Congresso da Rede Unida. Saúde é Construção da Vida no Cotidiano: Educação, trabalho e cidadania; 2010 Jul 17-21; Porto Alegre. Porto Alegre: Interface; 2010. p. 974-1.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A. **Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência**. 2011, 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2011.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do Sistema Acolhimento com Classificação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 217-225, 2012.

\_\_\_\_\_. Construção e Validação de Instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-57, 2012a.

\_\_\_\_\_. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 410-418, 2012b.

BELLUCCI JUNIOR, J. A., VITURI, D. W., VERSA, G. L. G. S., FURUYA, O. S., VIDOR, R.C, MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 82-7, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de documentação do Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Médio Porte**. Brasília, DF, 1985.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e desenvolvimento dos serviços de saúde. **Terminologia Básica em Saúde**. Brasília, DF, 1987.

\_\_\_\_\_. Constituição [da] República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1863 de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1864 de 29 de setembro de 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192**. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSus). **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048 de 05 de novembro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as urgências**. Brasília, DF, 2004b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento nas práticas de produção em saúde**. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1600, de 07 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Redes de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2015.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BURSTROM, L.; NORDBERG, M.; ORNUNG, G.; CATREN, M.; WIKLIND, T.; ENGSTROM, M. L.; ENLUND, M. et al. Physician-led team triage based on lean principles maybe superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, n. 20, v. 57, 2012.

BUSCHHORN, H. M.; STROUT, T. D.; SHOLL, J. M.; BAUMANN, M. R. Emergency Medical Services Triage using the Emergency Severity Index: is it reliable and valid? **Journal of Emergency Nursing**, n. 5, v. 39, p. 55-63, 2013.

CAMERRO, A.; ALVES, E. C.; CAMERRO, N. M. M. S.; NOGUEIRA, L. D. P. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro, v. 8, n. 1, p. 515-524, 2015.

CARTER, E. J.; POUCH, S. M.; LARSON, E. L. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review **Journal of Nursing Scholarship**, v. 46, n. 2, p. 106-115, 2013.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos na organização**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHO, E.; SLOANE, D. M.; KIM, E. Y.; CHOI, M.; YOO, I. Y. et al. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. **International Journal Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 2, p. 535-542, 2015.

CHONDE, S. J.; ASHOUR, O. M.; NEMBHARD, D. A.; KREMER, G. O. Model

comparison in Emergency Severity Index level prediction. **Expert Systems with Applications**, v. 40, p. 6901–6909, 2013.

CHRIST, M.; GROSSMANN, F.; WINTER, D.; BINGISSER, R.; PLATZ, E. Modern triage in the emergency department. **Dtsch Arztebl Int.**, v. 107, n. 50, p. 892–898, 2010.

COLLIER, R. The challenges of quantifying quality. **CMAJ**, Ottawa, v. 182, n. 5, p. 250, 2010. < <http://www.cmaj.ca/content/182/5/E250.full> > Acesso em: 14 jan. 2014.

CONSIDINE, J.; LWVASSEUR, S. A.; CHARLES, A. Development of physiological discriminators for the Australasian Triage Scale. **Accident and Emergency Nursing**, v. 10, n. 4, p. 221–234, 2002.

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 494-502, 2010

COSTA, M. A. R.; VERSA, G. L. G. S.; BELLUCCI JÚNIOR, A. A.; INOUE, K. C.; SALES, C. A.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 491-497, 2015.

COSSETE, S.; FRASURE-SMITH, N.; VADEBONCOEUR, A.; MCCUSKER, J.; GUERTIN, M. C. The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. **International Journal Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 3, p. 666-76, 2015.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 8, p. 297-334, 1951.

CRONBACH, L. J.; MEEHL, P.E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, v. 52, p. 281-302, 1955.

DA HORA, H. R.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85 - 103, 2010.

DEVON, H. A.; BLOCK, M. E.; MOYLE-WRIGHT, P.; ERNST, D. M.; HAYDEN, S. J.; LAZZARA, D. J. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155-64, 2007.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Mem. Fund.**, v. 44, p. 166, Part 2, 1966.

DONABEDIAN, A. Promoting Quality Through Evaluating the Process of Patient Care. **Med. Care**, v. 6, n. 3, p. 181-202, 1968.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. **Health Administration Press**, Michigan, p. 77-125, 1980.

DONABEDIAN. The definition of quality: a conceptual exploration. In:\_\_\_\_\_. **The definition of quality and approaches to its assessment** . Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 3-31.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques - Saraiva, 1990.

DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal Nursing, Niteroi**, v. 9, n 3. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3132/718>. Acesso em: 10 jun. 2016.

FARROHKNIA, N.; CASTRÉN, M.; EHRENGERG, A.; LIND, L.; OREDSSON, S.; JONSSON, H. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 30, p. 42, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, E. B.; MELO, L. B. D.; BEZERRA, A. L. D.; ASSIS, E. V.; FEITOSA, A. N. A.; SOUZA, M. N. A. Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3, n. 1, p. 148-178, 2016.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, Recife, v. 18, n. 1, p. 115-146, 2009.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2013.

GARCIA, E. A.; FUGULIN, F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1032-1038, 2010.

GILBOY, N.; TANABE, P.; TRAVERS, D. A. The emergency severity index version 4: changes to ESI level 1 and pediatric fever criteria. **Journal of Emergency Nursing**, v. 31, n. 4, p. 357–362, 2005.

GULLIKSEN, H. **Theory of mental tests**. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1987.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1st ed. Sao Paulo: Roca, 2004.

HAMAMOTO, J.; YAMASE, H.; YAMASE, Y. Impacts of the introduction of a triage system in Japan: A time series study. **International Emergency Nursing**, New York, v. 22, n. 3, p. 153-158, 2014.

HAN, C.; CHEN, L.; BARNARD, A.; LIN, C.; HSIAO, Y.; LUI, H.; CHANG, W. Early Revisit to the Emergency Department: An Integrative Review. **Journal of Emergency Nursing**, v. 41, n. 4, p. 285-95, 2015.

INOUE, K. C.; BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; PAPA, M. A. F.; VIDOR, R. C.; MATSUDA; L. M. Evaluation of quality of Risk Classification in Emergency Services. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 420-25, 2015.

JENNINGS, N.; CLIFFORD, S.; FOX, A. R.; O'CONNELL, J.; GARDNER, G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. **International Journal Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 1, p. 421-35, 2015.

JOHANSEN, M. B.; FORBERG, J. L. Nurses' evaluation of a new formalized triage system in the emergency department – a qualitative study. **Danish Medical Bulletin**, Copenhagen, v. 58, n. 10, p. A4311, 2011

KIMBERLEY, R.; GREENSLADE, J.; DALTON, E.; CHU, K.; ANTONY, F. T.; CULLEN, L. Factors associated with triage assignment of emergency department patients ultimately diagnosed with acute myocardial infarction. **Australian Critical Care**. Camberra, v. 29, p. 23–26, 2016.

KURCGANT, P. (coordenadora) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LAROS, J. A. O uso de análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In:\_\_\_\_ L. Pasquali (Org.), **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2005. p. 163-184.

LEE, S.; KIM, C. W. Presentation of patients' problems during triage in emergency medicine. *Patient Education and Counseling*, Oslo, v. 98, n. 5, p. 578-87, 2015.

MACKWAY-JONE, K. M. J.; WINDLE, J. **Emergency triage**. **Manchester Triage Group**. (2<sup>a</sup> ed.) Blackwell Publishing, BMJ Books, Oxford, 2006.

MAGALHÃES-BARBOSA, M. C.; PRAT-BARBOSA, A.; CUNHA, A. J. L. A.; LOPES, C. S. CLARIPED: a new tool for risk classification in pediatric emergencies. *Revista Paulista de Pediatria*. **In press, 2016.**

MARTINS GA. **Sobre confiabilidade e Validade**. RBGN. São Paulo v.8, n.20, p.1-12,jan/abr 2006.

MAROCO, J.; MARQUES, T. G. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada**, Portugal, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MCDOWEL, I. **Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires**. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2006.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. **Philadelphia**: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MOSKOP, J. C.; SKLAR, D. P.; GEIDERMAN, J. M.; SCHEARS, R. M.; BOOKMAN, K. J. Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences. **Annals of Emergency Medicine**, San Francisco, v. 53, n. 5, p. 605-11, 2009.

MURPHY, K. R.; DAVIDSHOFER, C. O. **Psychological testing**: Principles and applications. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1988.

NICKEL, C. H.; GROSSMANN, F. F.; CHRIST, M.; BINGISSER, R. Triage: ESI oder Manchester Triage? **Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin**. **V. 111**, p. 134-135, 2016.

NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill, 1978.

OLIVEIRA, J. L. C.; SOUZA, V. S.; INOUE, K. C.; COSTA, M. A. R.; CAMILLO, N. R. S, MATSUDA, L. M. Atuação do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco: um estudo de metassíntese. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 374-382, 2016.

OLIVEIRA, S. N.; RAMOS, B. J.; PIAZZA, M.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S.; SOUZA, A. C. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: Percepção da Enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-44, 2015.

OLIVEIRA, L. H. **Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert**. Notas de Aula. Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração. Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional. PPGA CNEC/FACECA: Varginha, 2005.

OLIVEIRA, B. R. G., COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.

OLIVEIRA, K. K. D.; AMORIM, K. K. P. S.; FERNANDES, A. P. N. L.; MONTEIRO, A. I. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 148-156, 2013.

OGUISSO, T. **Florence Nightingale**. In: Oguisso T, organizador. Trajetória Histórica e Legal da Enfermagem. São Paulo: Manole; 2005. p.59-97.

O'CONNOR, E.; GATIEN, M.; WEIR, C.; CALDER, L. Evaluating the effect of emergency department crowding on triage destination. **International Journal of Emergency Medicine**, v. 7, n. 16, 2014.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Validade dos Testes Psicológicos: Será Possível Reencontrar o Caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. especial, p. 99-107, 2007.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: PASQUALI, L. et al. **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PESUDOVS, K.; BURR, J. M.; HARLEY, C.; ELIOTT, D. B. The development, assessment, and selection of questionnaires. **Optometry Vision Science**, v. 84, n. 8, p. 663-74, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Assessing data quality**. In: Polit DF, Beck CT. **Nursing research: principles and methods**. 7 ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

ROBERTS, P.; PRIEST, H. Reliability and validity in research. **Nursing Standart**, v. 20, n. 44, p. 41-45, 2006.

ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. L.; BORSATO, F. G.; VANNUCHI, M. O.; SENTONE, A. D. F. Caracterização do atendimento após a implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletronica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 648-56, 2011.

RUBIO, D.M.; BER-WEGER, M.; TEBB, S.S.; LEE, E.S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SALOMI, G. G. E. et al, SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 279-293, 2005.

SANTOS, C. A. S.; SANTO, E. E. Análise das causas e conseqüências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 31-44, 2014.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S.; PESTANA, A. L.; COLOMÉ, I. C. S.; ERDMANN, A. L. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, e50178, 2016.

SANTOS, . P.; FREITAS, P.; MARTINS, H. M. Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 31, n. 2, p. 148-152, 2014.

SELBY-HARRINGTON, M. L.; MEHTA, S. M.; JUTSUM, V.; RIPORELLA-MULLER, R.; QUADE, D. Reporting of instrument validity and reliability in selected clinical nursing journals, 1989. **Journal of Professional Nursing**, v. 10, n. 1, p. 47-56, 1994.

SILVA, P. L.; PAIVA, L.; FARIA, A. B.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R. SRR. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 427-433, 2016.

SILVA, M. F. N.; OLIVEIRA, G. N.; PERGOLA-MARCONATO, A. M.; MARCONATO, R. S.; MARCONATO, R. S.; BARGAS, E. B.; ARAUJO, I. E. M. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 218-25, 2014.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVEIRA, F. L. Relação entre Duas Estatísticas Utilizadas em Análise de Consistência Interna de Testes Psicométricos - **Ciência e Cultura**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 214-216, 1980.

SIRECI, S. G. The construct of content validity. **Social Indicators Research**, v. 45, p. 83-117, 1998.

TERWEE, C. B.; BOT, S. D.; BOER, M. R.; VAN DER WINDT, D. A.; KNOL, D. L.; DEKKER, J. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TROCHIM, W. M. K. **Research methods: knowledge bases**. 2 ed. Cincinnati (OH): Atomic Dog Publishing; 2006.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 517-514, 2005.

VAN DER LINDEN, M. C.; BARBARA, N. V. L. Emergency department crowding affects triage processes. **International Emergency Nursing**, 2016.

VATNOY, T.K; FOSSUM, A.F; SMITH, N.; SLETTEBO, AS. Triage assessment of registered nurses in the emergency department. **International Emergency Nursing**, n.21, p.89–96, 2013.

VERSA, G. L. G. S.; VITURI, D. W.; BURIOLA, A. A.; OLIVEIRA, C. A.; MATSUDA, L. M. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 21-28, 2014.

VITURI, D. W.; INOUE, K. C.; BELLUCCI JR, J. A.; OLIVEIRA, C. A.; ROSSI, R. M.; MATSUDA, L. M. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1179-87, 2013a.

VITURI, D. W. **Avaliação como princípio da gestão da qualidade**: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. 2013, 208f. Tese (Doutorado em enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2013b.

WALTZ, C.; BAUSELL, R.B. Measurement. In:\_\_\_ **Nursing research: design, statistics and computer analysis**. Philadelphia: F.A. Davis; 1981. p.39-82.

WARREN, D. W. et al. Revisions to the Canadian triage and acuity scale paediatric guidelines (PaedCTAS). **CJEM**, v. 10, n. 3, p. 224–243, 2008.

WEN, C.; HSUEH-ERH, L.; GOOPY, S.; CHEN, L.; CHEN, H.; HAN, C. Using the Five-Level Taiwan Triage and Acuity Scale Computerized System: Factors in

Decision Making by Emergency Department Triage Nurses. **Clinical Nursing Research**. Sage, 2016.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9 , n. 2, p. 358-65, 2010.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ACCR**

	1	2	3	4	5			
	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo e Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente			
Nº	ITEM			ESCALA				
01	A estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante			1	2	3	4	5
02	O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano			1	2	3	4	5
03	Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
04	O espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporcionam privacidade ao usuário			1	2	3	4	5
05	O espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante			1	2	3	4	5
06	A sinalização do ambiente é clara e suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
07	Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam freqüentemente com toda equipe do setor			1	2	3	4	5
08	Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
09	As condutas a serem tomadas descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação e Risco não são conhecidas por todos que trabalham no setor			1	2	3	4	5
10	As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
11	Os Profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável			1	2	3	4	5
12	O Fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à clareza e objetividade			1	2	3	4	5
13	O atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada			1	2	3	4	5
14	O usuário que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento			1	2	3	4	5
15	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco se sentem capacitados para atender ao usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana			1	2	3	4	5
16	Nesse serviço, a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas do atendimento ao usuário			1	2	3	4	5
17	A equipe multiprofissional que atua nesse serviço trabalha de forma integrada e atenta às necessidades dos usuários			1	2	3	4	5
18	Os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliados periodicamente			1	2	3	4	5
19	Mesmo com o Acolhimento com Classificação de Risco os pacientes graves não são priorizados para o atendimento			1	2	3	4	5
20	Os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde			1	2	3	4	5
21	Os profissionais que atuam nesse setor se sentem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento			1	2	3	4	5

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE**

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa de título: "**FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**", a ser realizada pela equipe da Prof. Dra. Laura Misue Matsuda no Pronto Socorro do Hospital \_\_\_\_\_. O Objetivo Geral desta pesquisa consiste em "Testar a confiabilidade de um instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência" e para isso, a sua participação ocorrerá por meio da leitura e assinatura deste Termo de Consentimento e entrevista com o pesquisador. Ressaltamos que a sua participação é totalmente voluntária e por isso, o(a) Sr(a) poderá recusar-se a participar desse estudo ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos também que as informações serão utilizadas somente para os fins dessa pesquisa e tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Espera-se que os resultados deste estudo culminem em publicações científicas e discussões à efetivação da Qualidade do atendimento em SHE.

Este Termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor e uma delas, será devidamente completada, assinada e entregue ao Sr(a).

Caso o(a) Sr(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, por favor, entre em contato com as pessoas/órgão a seguir relacionadas.

Eu,..... (nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido(a) e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Laura Misue Matsuda (DEN -UEM).

\_\_\_\_\_ Data:../../.....  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,\_\_\_\_\_ declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante. Data: \_\_/\_\_/\_\_

<p>Laura Misue Matsuda Av. Colombo, 5770, Bl 001, Departamento de Enfermagem – UEM. Maringá - PR. Fone/E-mail: (044) 9982-9844 ou (44) 3011-4512 <a href="mailto:lmatsuda@uem.br">lmatsuda@uem.br</a></p>	<p>José Aparecido Bellucci Jr Rodovia BR-369 Km 54. Setor Saúde e Educação- UENP Bandeirantes PR Fone/E-mail:(43)3542 8044 ou (14)991352394 <a href="mailto:bellucci@uenp.edu.br">bellucci@uenp.edu.br</a></p>
---	--

Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5770. Campus Sede da UEM, Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM, CEP 87020-900. Maringá-PR. **Telefone:** (44) 3261-4444. **E-mail:** [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE****Validação de Aparência**

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa de título: "**FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**". O Objetivo Geral desta pesquisa consiste em "Testar a confiabilidade de um instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência" e para isso, a sua participação ocorrerá por meio da realização da Validação de Aparência do instrumento, mediante a análise da SIMPLICIDADE, CLAREZA e OBJETIVIDADE redação dos itens reformulados no instrumento proposto. Ressaltamos que a sua participação é totalmente voluntária e por isso, o(a) Sr(a) poderá recusar-se a participar desse estudo ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos também que as informações serão utilizadas somente para os fins dessa pesquisa e tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Este Termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor e uma delas, será devidamente completada, assinada e entregue ao Sr(a).

Caso o(a) Sr(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, por favor, entre em contato com as pessoas/órgão a seguir relacionadas.

Eu,..... (nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido(a) e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Laura Misue Matsuda (DEN -UEM).

\_\_\_\_\_ Data:../../.....  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,\_\_\_\_\_ declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante. Data: \_\_/\_\_/\_\_

<p>Laura Misue Matsuda Av. Colombo, 5770, BI 001, Departamento de Enfermagem – UEM. Maringá - PR. Fone/E-mail: (044) 9982-9844 ou (44) 3011-4512 <a href="mailto:lmatsuda@uem.br">lmatsuda@uem.br</a></p>	<p>José Aparecido Bellucci Jr Rodovia BR-369 Km 54. Setor Saúde e Educação- UENP Bandeirantes PR Fone/E-mail:(43)3542 8044 ou (14)991352394 <a href="mailto:bellucci@uenp.edu.br">bellucci@uenp.edu.br</a></p>
---	--

Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5770. Campus Sede da UEM, Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM, CEP 87020-900. Maringá-PR. **Telefone:** (44) 3261-4444. **E-mail:** [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## **ANEXOS**

## ANEXO A

## Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética – Banco de Dados



Fundação Universidade Estadual de Maringá

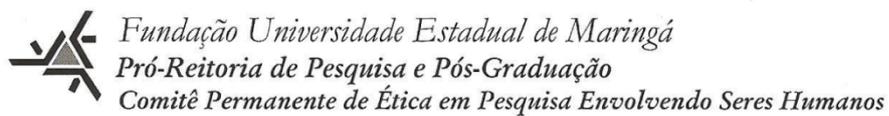
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CAAE Nº. 0232.0.093.000-11

PARECER Nº. 325/2011

<b>Pesquisadora Responsável:</b> Laura Misue Matsuda
<b>Centro/Departamento:</b> CCS / Departamento de Enfermagem
<b>Título do projeto:</b> Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços hospitalares de emergência
<p><b>Considerações:</b></p> <p>Trata-se de projeto de pesquisa de grupo temático III que tem como objetivo geral avaliar segundo a percepção dos trabalhadores, o ACCR (avaliação do acolhimento com classificação de risco) implantado em quatro SHE (serviços hospitalares de emergência). Como objetivos específicos procurará: avaliar a estrutura de quatro SHE que adotam o sistema ACCR; avaliar o processo de atendimento de quatro SHE que adotam o sistema ACCR; avaliar o resultado do atendimento de quatro SHE que adotam o sistema ACCR. Portanto, trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza aplicada, a ser realizada por meio da abordagem quantitativa.</p> <p>Para tanto, serão selecionados quatro SHEs para a condução das avaliações, quais sejam: Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM); Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Londrina (HUL); Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos; Pronto Socorro do Hospital Municipal de Maringá. A coleta de dados ocorrerá nos meses de agosto, setembro e outubro de 2011 por meio de um questionário denominado “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco”. Proceder-se-á a sorteio aleatório, de 80% dos profissionais que atuam diretamente nos SHE, por tempo igual ou superior a três meses. Os profissionais a serem investigados são aqueles que pertencem aos seguintes serviços: Enfermagem, Médico, Recepção, Limpeza, Nutrição e Dietética, Laboratório, RX, Assistência Social, Farmácia, Hemoterapia e Secretaria. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista individual, no local de trabalho, em ambiente privativo, utilizando-se o Questionário para Avaliação do ACCR (apresentado em anexo).</p> <p>Em anexo o pesquisador apresentou cartas de autorização da Santa Casa de Ourinhos, Hospital Universitário Regional de Maringá e do Hospital Municipal de Maringá. Entretanto, não foi apresentada carta de autorização do HUL. A pesquisadora enviou uma carta ao Comitê de Ética explicando que este fato ocorreu em decorrência da dificuldade de se obter a autorização para pesquisa do Hospital Universitário de Londrina. A pesquisadora se responsabiliza em enviar ao comitê a carta de autorização do HUL, tão logo a receba, ou caso isso não aconteça, enviará um comunicado solicitando declínio do HUL como campo de pesquisa do projeto.</p> <p>O cronograma inicia-se em janeiro de 2011 e encerra-se em dezembro de 2012.</p> <p>O orçamento do estudo totaliza R\$ 1.223,50 e segue com informação de que será custeado pelos pesquisadores.</p> <p>No total foram apresentados sete Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido sob a forma de convite, direcionado aos sujeitos da pesquisa, os quais contemplam todas as garantias fundamentais estabelecidas pela norma ética vigente. Cada TCLE será assinado pela coordenadora do grupo de pesquisa e por um dos membros da equipe.</p> <p><b>Parecer:</b></p> <p>Após a análise do presente Projeto, somos de Parecer pela sua aprovação para que seja realizado somente nos três SHEs que enviaram autorização. Caso a pesquisadora receba autorização do Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Londrina (HUL) deverá enviar emenda ao protocolo, pedindo a inserção desse SHE no universo de investigação do estudo.</p> <p><b>Com relação a aplicação do TCLE, conforme instrução operacional do sistema CEP/CONEP, datada de 21/03/2011, os pesquisadores deverão fazer constar, além das assinaturas de ambos (pesquisador e sujeito de pesquisa) nos campos específicos da última página, a rubrica, também de ambos, em todas as folhas do documento (TCLE).</b></p>
<b>Situação:</b> APROVADO



CONEP: <input checked="" type="checkbox"/> para registro ( ) para análise e parecer		Data: 01/07/2011
Relatório Final para Comitê: ( ) Não (X) Sim		Data: 31/12/2012
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 218ª reunião do COPEP em 1/7/2011.	 Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP	

## ANEXO B

### Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética – Emenda



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONFIABILIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

**Pesquisador:** José Aparecido Bellucci Júnior

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 43121815.1.0000.0104

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.345.445

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de emenda ao protocolo de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a confiabilidade do Instrumento de Avaliação do ACCR em SHE.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo quantitativo, transversal e de desenvolvimento metodológico. De acordo com Polit e Beck (2011) a pesquisa metodológica refere-se à sistematização de métodos complexos e rigorosos para obtenção, organização e análise dos dados. É o tipo de método utilizado em pesquisas cujos objetivos se concentram em elaborar instrumentos confiáveis, precisos, utilizáveis e que possam ser aplicados por outros pesquisadores. Dando sequência ao processo de construção e validação do Instrumento de Avaliação do ACCR, o desenvolvimento dessa pesquisa ocorrerá em duas etapas distintas, apresentadas a seguir: Primeira Etapa - Procedimentos Experimentais; Segunda Etapa - Procedimentos Analíticos. PRIMEIRA ETAPA – Para o desenvolvimento desta etapa serão utilizados

<b>Endereço:</b> Av. Colombo, 5790, UEM-PPG		<b>CEP:</b> 87.020-900
<b>Bairro:</b> Jardim Universitário		
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> MARINGÁ	
<b>Telefone:</b> (44)3011-4597	<b>Fax:</b> (44)3011-4444	<b>E-mail:</b> copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.345.445

os dados do Banco de Dados do Projeto “Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência”, desenvolvido pela Universidade Estadual de Maringá sob a coordenação da Profª Dra. Laura Misue Matsuda, durante os anos de 2011 a 2012, que objetivou avaliar o ACCR implantado em quatro SHE de Hospitais Públicos. SEGUNDA ETAPA - Procedimentos analíticos - Os dados coletados na primeira etapa serão codificados e lançados em planilhas eletrônicas. Com base na escala Likert de cinco pontos serão computados itens de verificação quanto à concordância ou discordância das questões avaliadas, onde os valores menores que 3 (“Discordo totalmente” e “Discordo”) serão considerados como discordantes e, maiores que 3 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”), como concordantes. Ressalta-se que para a análise dos dados do instrumento, o valor 03 será considerado “Indiferente” ou “Sem opinião”, equivalente aos casos em que os respondentes deixaram as opções de respostas em branco e, no instrumento, os itens compreendidos entre 01 e 07 representam a dimensão Estrutura; entre 08 e 14, a dimensão Processo e; entre 15 e 21, a dimensão Resultado. Propriedades psicométricas - As análises e procedimentos estatísticos serão realizados por profissionais especializados para estimar a confiabilidade do instrumento. Teste piloto de confiabilidade do instrumento - Realizadas as correções no instrumento indicadas pelas análises estatísticas, será realizado teste piloto do instrumento com profissionais que atuam em um SE que atua com o ACCR a mais de seis meses no atendimento. O número de testes piloto a serem realizados será determinado de acordo com a necessidade de correção dos itens indicados pelas análises estatísticas. Local de aplicação dos testes pilotos - O local de aplicação dos testes pilotos será a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade de Ourinhos SP. O serviço referido iniciou as suas atividades no ano de 2012 e implantou o ACCR no atendimento no mesmo ano. Atende uma média de 09 mil usuários/mês e oferece atendimento de pediatria, clínica médica, serviços de laboratório e raio-x, além de leitos de observação para adultos e crianças, salas de medicação, nebulização, sala de gesso e uma sala de emergência, para estabilizar os pacientes mais graves até serem levados a um hospital. Amostragem - O tamanho da amostra será definido por profissional de estatística e os trabalhadores que farão parte de cada teste piloto serão aqueles que pertencem ao SHE e atuam nos seguintes Serviços de Enfermagem e Recepção. Aplicação - Durante o horário de trabalho, os profissionais serão abordados para que o pesquisador informe os mesmos sobre os objetivos; o método de coleta de dados do estudo; a garantia do anonimato e também; esclarecer possíveis dúvidas. Mediante o aceite verbal em participar do estudo, será solicitado aos sujeitos, que procedam à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após isso, em local privativo, sem tempo determinado e de acordo com a disponibilidade de cada profissional, a

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.345.445

coleta de dados será concretizada. O pesquisador apresenta emenda ao protocolo de pesquisa em função da necessidade de complementação dos dados já coletados, em virtude das análises estatísticas acusarem a necessidade de maior número de participantes na pesquisa para efetivar a Validação e Confiabilidade do Instrumento de Pesquisa. Para tanto, pretende-se aplicar o Instrumento de Pesquisa aos trabalhadores da enfermagem e recepção do Pronto Socorro do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina PR (autorização institucional em anexo). A coleta de dados acontecerá durante o mês de Janeiro de 2016 e procederá de acordo com os padrões especificados no projeto original.

Reafirmamos que todos os preceitos e compromissos éticos previamente estabelecidos serão observados, e para tanto será obrigatória a aplicação do TCLE apresentado no projeto original a todos os sujeitos que serão incluídos no universo amostral do estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Acostados os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação da emenda ao protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação da emenda ao protocolo de pesquisa em tela.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_562805_E1.pdf	09/11/2015 18:35:44		Aceito
Outros	Parecer_Hospital_Universitario_Londrina.pdf	09/11/2015 18:32:38	José Aparecido Bellucci Júnior	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Consubstanciado.pdf	09/11/2015 18:25:57	José Aparecido Bellucci Júnior	Aceito
Outros	Solicitacao_EMENDA.docx	09/11/2015 18:25:29	José Aparecido Bellucci Júnior	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_443478.pdf	19/05/2015 11:48:34		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_443478.pdf	13/05/2015 10:21:03		Aceito

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4597

**Fax:** (44)3011-4444

**E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.345.445

Outros	Resposta a Pendências.docx	13/05/2015 10:20:01		Aceito
Outros	Resposta a Pendencia Anexo 2 - Cronograma de Execução.docx	13/05/2015 09:52:38		Aceito
Outros	Resposta a Pendencia Anexo 1 - TCLE.docx	13/05/2015 09:51:59		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_443478.pdf	20/02/2015 08:32:22		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	20/02/2015 08:31:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado para a Plataforma Brasil.pdf	05/12/2014 13:22:42		Aceito
Parecer Anterior	Parecer COPEP Projeto de Avaliação ACCR.pdf	05/12/2014 13:14:45		Aceito
Outros	Autorização 2.pdf	05/12/2014 13:09:17		Aceito
Outros	Autorização 1.pdf	05/12/2014 13:08:53		Aceito
Outros	Instrumento de Avaliação - Em teste de confiabilidade.docx	05/12/2014 11:51:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	05/12/2014 11:48:45		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGÁ, 01 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br

## ANEXO C

## Parecer Consubstanciado - Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONFIABILIDADE DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

**Pesquisador:** José Aparecido Bellucci Júnior

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43121815.1.0000.0104

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.158.772

**Data da Relatoria:** 25/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual do Norte do Paraná.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a confiabilidade do Instrumento de Avaliação do ACCR em SHE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo quantitativo, transversal e de desenvolvimento metodológico. De acordo com Polit e Beck (2011) a pesquisa metodológica refere-se à sistematização de métodos complexos e rigorosos para obtenção, organização e análise dos dados. É o tipo de método utilizado em pesquisas cujos objetivos se concentram em elaborar instrumentos confiáveis, precisos, utilizáveis e que possam ser aplicados por outros pesquisadores. Dando sequência ao processo de construção e validação do Instrumento de Avaliação do ACCR, o desenvolvimento dessa pesquisa ocorrerá em duas etapas

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

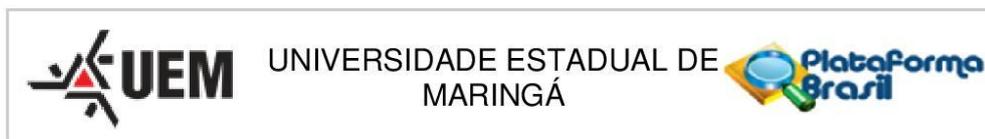
**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4444

**Fax:** (44)3011-4518

**E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.158.772

distintas, apresentadas a seguir: Primeira Etapa - Procedimentos Experimentais; Segunda Etapa - Procedimentos Analíticos. Será realizado teste piloto do instrumento com profissionais que atuam em um Serviço Hospitalar de Emergência que atua com o Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR - a mais de seis meses no atendimento. O número de testes piloto a serem realizados será determinado de acordo com a necessidade de correção dos itens indicados pelas análises estatísticas. Local de aplicação dos testes pilotos - O local de aplicação dos testes pilotos será a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade de Ourinhos SP. Prevê a participação de 60 indivíduos, sendo o critério de inclusão: serão participantes aqueles que possuem atuação com tempo superior a 6 meses no SHE e não estiverem de férias ou afastados no momento da coleta de dados. Após, será realizado sorteio aleatório dos participantes considerados aptos, a partir de uma lista de nomes, fornecida pela instituição de saúde. O Orçamento previsto é de R\$ 2887,50 para itens de custeio discriminados, com financiamento próprio. O cronograma prevê o início da coleta de dados para 26/05/2015.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Anexados ao protocolo da pesquisa, encontramos os seguintes documentos: 1. Folha de rosto, devidamente preenchida e assinada por pesquisador responsável e responsável institucional identificado da UENP; 2. Projeto completo da pesquisa; 3. Autorização para realização da pesquisa por parte da Secretaria Municipal da Saúde de Ourinhos-SP, e da Unidade Pronto Atendimento específica. 4. Instrumento de coleta de dados; 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido na forma de convite, em linguagem clara e acessível, expondo os objetivos, hipótese e metodologia da pesquisa. O TCLE expõe adequadamente ao participante da pesquisa seus riscos e benefícios, assegura a privacidade e anonimato das informações e assegura a possibilidade do participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem ônus. São informadas a destinação final dos dados da pesquisa e canais de contato com os pesquisadores responsáveis e o COPEP.

**Recomendações:**

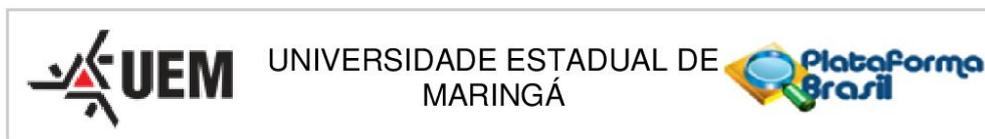
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

<b>Endereço:</b> Av. Colombo, 5790, UEM-PPG	<b>CEP:</b> 87.020-900
<b>Bairro:</b> Jardim Universitário	
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> MARINGÁ
<b>Telefone:</b> (44)3011-4444	<b>Fax:</b> (44)3011-4518
	<b>E-mail:</b> copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.158.772

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 24 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
**Bairro:** Jardim Universitário      **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR      **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4444      **Fax:** (44)3011-4518      **E-mail:** copep@uem.br