

Percepção do usuário da UPA sobre Acolhimento e Classificação de Risco: revisão integrativa

Users' perception of Reception and Risk Classification in UPAS: an integrative review

Percepción de los usuarios sobre la recepción y la clasificación de riesgos en la UPAS: una revisión integradora

João Victor de Mello Correa¹, Renata Rodrigues Teixeira de Castro², Adalgiza Mafra Moreno³, Rúbia Walquíria de Carvalho⁴, Raphael Coelho de Almeida Lima⁵, Roberta Rodrigues Teixeira de Castro⁶

1. Graduando. UNIG. Nova Iguaçu-RJ. Brasil.

2. Médica, Doutora. Marcílio Dias. UNIG. Nova Iguaçu-RJ. Brasil.

3. Fisioterapeuta, Doutora. UNIG. Nova Iguaçu-RJ. Brasil.

4. Administradora. Mestre. INCA. Nova Iguaçu-RJ. Brasil.

5. Médico. UNIG. Nova Iguaçu-RJ. Brasil.

6. Médica Veterinária, Doutora. INCA. UNIG. Nova Iguaçu-RJ. Brasil.

Resumo

Objetivos. Analisar a produção científica existente sobre a percepção dos usuários quanto aos aspectos positivos e negativos relacionados ao Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) realizado nas UPA, com vistas a subsidiar a reflexão e o aprimoramento do serviço prestado.

Método. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados PUBMED, BVS e Google acadêmico, utilizando descritores específicos para cada base. Foram incluídos artigos completos, publicados entre 2010 e 2021 e disponíveis nos idiomas português, espanhol e inglês, sendo excluídos os artigos de revisões, teses, dissertações, artigos duplicados e os estudos que não contemplavam o tema em questão. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 7 artigos. **Resultados.** Os aspectos positivos identificados traduzem o esforço realizados pelos profissionais, mesmo em condições inapropriadas, de exercerem suas práticas de forma humanizada e acolhedora. Por outro lado, os problemas identificados caracterizam uma rede de atenção fragmentada e pouco resolutive, que não tem conseguido atuar de forma preventiva, nem atender as demandas da população em tempo hábil. Diferentes recomendações práticas foram propostas, porém o grande desafio é sua operacionalização em um cenário de restrições. **Conclusão.** Revela-se a necessidade de reflexões para além dos muros das UPAS, através de uma análise crítica por parte dos gestores, sobre a necessidade de intervir a nível de Rede de Atenção à Saúde, tendo em vista que todos os elementos que a compõem precisam estar funcionando adequadamente e de forma articulada para que nenhum deles se sobrecarregue.

Unitermos. Acolhimento; Emergência; Percepção; Qualidade da assistência à saúde

Abstract

Objectives. To analyze the existing scientific production on the users' perception regarding the positive and negative aspects related to the Reception and Risk Classification (ACCR) carried out in the UPA, with a view to subsidizing the reflection and improvement of the service provided. **Method.** This is an integrative literature review, carried out in the PUBMED, BVS and academic Google databases, using specific descriptors for each database. Full articles, published between 2010 and 2021 and available in Portuguese, Spanish and English, were included, excluding review articles, theses, dissertations, duplicate articles and studies that did not address the topic in question. After applying the eligibility criteria, 7 articles were selected. **Results.** The positive aspects identified reflect the effort made by professionals, even under inappropriate conditions, to exercise their practices in a humanized and welcoming

manner. On the other hand, the identified problems characterize a fragmented and unresolvable care network, which has not been able to act preventively, nor meeting the demands of the population in a timely manner. Different practical recommendations were proposed, but the great challenge is their operationalization in a scenario of restrictions. **Conclusion.** The need for reflections beyond the walls of the UPAS is revealed, through a critical analysis by managers, on the need to intervene at the level of the health care network, considering that all the elements that comprise it they need to be working properly and articulately so that none of them are overloaded.

Keywords. Reception; Emergency; Perception; Quality of health care

Resumen

Objetivos. Analizar la producción científica existente sobre la percepción de los usuarios sobre los aspectos positivos y negativos relacionados con la Recepción y Clasificación de Riesgo (ACCR) realizada en la UPA, con miras a subsidiar la reflexión y mejora del servicio prestado.

Método. Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada en las bases de datos PUBMED, BVS y académicas de Google, utilizando descriptores específicos para cada base de datos. Se incluyeron artículos completos, publicados entre 2010 y 2021 y disponibles en portugués, español e inglés, excluyendo artículos de revisión, tesis, disertaciones, artículos duplicados y estudios que no abordaran el tema en cuestión. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, se seleccionaron 7 artículos. **Resultados.** Los aspectos positivos identificados reflejan el esfuerzo de los profesionales, incluso en condiciones inadecuadas, por ejercer sus prácticas de manera humanizada y acogedora, mientras que los problemas identificados caracterizan una red asistencial fragmentada e irresoluble, que no ha podido actuar de manera preventiva, ni atender las demandas de la población de manera oportuna. Se propusieron distintas recomendaciones prácticas, pero el gran desafío es su operacionalización en un escenario de restricciones. **Conclusión.** La necesidad de reflexiones más allá de los muros de la UPAS se pone de manifiesto, a través de un análisis crítico por parte de los gestores, sobre la necesidad de intervenir a nivel de la red asistencial, considerando que todos los elementos que la componen necesitan estar funcionando adecuadamente. y articuladamente para que ninguno de ellos se sobrecargue.

Palabras clave. Recepción; Emergencia; Percepción; Calidad de la asistencia sanitaria

Trabalho realizado na Universidade Iguazu. Nova Iguazu-RJ, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 03/12/2021

Aceito em: 19/04/2022

Endereço de correspondência: Roberta Rodrigues Teixeira de Castro · robaycastrogiovanna31@gmail.com

INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são unidades intermediárias entre a atenção primária (AP) e as emergências hospitalares, que foram implantadas a partir de 2007, numa tentativa de resolver casos de baixa e média complexidade e estabilizar pacientes graves¹. Surge em um contexto de crise do sistema público de saúde onde evidenciaram-se limitações de acesso da população aos serviços de saúde, filas com longo tempo de espera para

atendimento, superlotação de serviços de emergência e dificuldades de integração e articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que justificavam a necessidade uma nova proposta de organização de atendimento aos diferentes perfis de demanda por serviços de saúde^{2,3}.

Entretanto, ao longo desse tempo a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) ocorreu de forma fragmentada entre os seus diferentes componentes justificando sua dificuldade em resolver os problemas descritos anteriormente e de exercer seu papel na rede, atendendo na maioria dos casos demandas de baixa complexidade que poderiam ser acolhidas pela AP¹. Ainda, questões culturais corroboram para a procura dos pacientes pelos serviços de urgências e emergências mesmo diante de casos de menor gravidade, seja pela flexibilidade de horários ou pela resolutividade fornecida pelo maior aparato tecnológico⁴.

Na tentativa de organizar este acesso desordenado, a estratégia de implantação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) para priorização casos de maior gravidade, foi incorporada pelas UPA. O ACCR prevê o acolhimento do paciente e seu enquadramento em uma das quatro cores de classificação dos agravos de acordo com critérios clínicos pré-estabelecidos para priorização dos casos sejam: vermelho (emergência); amarelo (urgência); verde (menor urgência); e azul (não urgência)⁵.

A escuta qualificada e humanizada e a agilidade no tratamento de casos graves contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico destes pacientes foram os principais aspectos positivos identificados^{6,7}. Por outro lado, embora o atendimento tenha sido melhor organizado, foi descrito o aumento no tempo de espera e a subjetividade presente nos protocolos dos casos de menor gravidade gerando assim insatisfação destes pacientes devido à alguns parâmetros subjetivos dos protocolos^{8,9}.

Ainda, conhecimentos e habilidades específicos para definição da prioridade de atendimento e comunicação ao usuário por parte dos profissionais envolvidos, também precisam ser monitorados e priorizados no planejamento das atividades de educação permanente saúde¹⁰.

Acredita-se que só assim o sentimento de insegurança e insatisfação dos pacientes classificados com menor risco poderão ser reduzidos e que as pressões exercidas sobre os profissionais de saúde poderão ser amenizadas, proporcionando melhores condições de trabalho^{11,12}. Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho é analisar a produção científica existente sobre a percepção dos usuários sobre o ACCR realizado nas UPA.

Os resultados do estudo contribuirão para a equipe, bem como para a gestão local e municipal, possibilitando melhorias no ACCR com base nas suas diretrizes, propostas pelo Ministério da Saúde.

O objetivo dessa revisão é analisar a produção científica existente sobre a percepção dos usuários quanto o ACCR

realizado nas UPA com vistas a subsidiar a reflexão e o aprimoramento do serviço prestado. Além de identificar aspectos positivos e negativos relacionadas ao ACCR, e estratégias capazes de qualificar o serviço prestado.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como exploratório e descritivo, sendo materializado por meio de uma pesquisa bibliográfica, classificada como Revisão Integrativa da Literatura, com enfoque qualitativo¹³.

Para a sua realização, esta pesquisa utilizou a técnica de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que propõem 6 fases, sendo: 1ª Fase - a elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase - busca ou amostragem na literatura que contemple critérios de inclusão e exclusão de acordo com o objetivo da pesquisa; 3ª Fase - coleta de dados extraíndo todos os dados relevantes da amostragem; 4ª Fase - análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase - discussão dos resultados, a qual se compara dados evidenciados na análise; 6ª Fase - apresentação da revisão com uma boa visualização dos achados do estudo¹³.

Desta forma, foi estabelecida a seguinte pergunta norteadora: "O que mostram as evidências científicas dos últimos 11 anos sobre a percepção dos pacientes que acessam as UPA quanto ao ACCR e que estratégias capazes de qualificar o serviço prestado foram descritas?"

Foram considerados elegíveis os artigos científicos completos, nos idiomas inglês, espanhol ou português

publicados no período de janeiro de 2010 até junho de 2021 no PUBMED e de 2010 a 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A escolha do período se deu devido a implantação do ACCR nas UPAS ser impulsionada em 2010, quando se definiu uma política nacional voltada para conformar as RAS.

A busca foi realizada inicialmente em periódicos indexados nas bases de dados por meio do buscador PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com última atualização em novembro de 2021, sendo excluídas teses, dissertações, monografias, livros e revisões de literatura independente do estilo.

Em virtude das características específicas para a pesquisa nas duas bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma delas.

Para as buscas no PUBMED, foram combinadas por meio do conector booleanos AND os descritores *risk classification*, *emergency* e *Manchester Protocol*. Utilizou-se o operador booleano OR para contemplar todos os artigos que abordassem o *Manchester Protocol*, *Manchester system* e *Manchester Triage* de acordo com o *Medical Subject Heading* (MeSH). Seus equivalentes na língua portuguesa, estabelecidos pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram unidade de pronto atendimento, classificação de risco e Protocolo de Manchester, sendo a busca realizada por título, assunto ou resumo do Portal Regional da BVS.

Optou-se por realizar inicialmente uma busca mais sensível uma vez que o termo Unidade de Pronto

Atendimento só apareceu em 13 artigos no PUBMED. Desta forma, a busca foi realizada por artigos realizados nos diferentes serviços de emergência sejam eles *emergency care unit, emergency unit* ou *emergency service*.

Assim, a pesquisa pelos descritores *emergency, risk classification, Manchester Protocol, Manchester system* e *Manchester Triage*, identificou 181 resultados. Após a leitura de todos os títulos, 180 artigos foram descartados por não se enquadrarem na temática deste trabalho, restando apenas um artigo para leitura na íntegra e selecionado.

Na BVS foram identificados 174 artigos utilizando apenas o descritor unidade de pronto atendimento. O refinamento da busca por classificação de risco resultou em apenas 35 artigos e Protocolo de Manchester em apenas 7. Seus títulos foram lidos e, destes, 3 foram selecionados para leitura na íntegra e selecionados, sendo 39 excluídos por não se adequarem à questão norteadora ou aos critérios pré-estabelecidos.

Tendo em vista a escassez de artigos sobre a temática em pauta, desenvolvidas nas UPAs, optou-se por expandir a busca no google acadêmico no período de 2010 a 2021. Neste foram encontrados 1980 resultados utilizando Unidade de pronto atendimento e classificação de risco e 464 utilizando Unidade de pronto atendimento e Protocolo de Manchester, sendo necessário restringir a busca utilizando a palavra usuário. Ao incluir esta palavra houve uma redução para 1510 e 370 artigos, respectivamente, totalizando 1880 para análise.

Destes, todos os títulos foram lidos, sendo a grande maioria já excluída neste primeiro momento. Cabe ressaltar que todos os autores deste trabalho, participaram das diferentes fases da seleção dos artigos, visando garantir o rigor da seleção. Por consenso, 13 foram selecionados para leitura na íntegra e apenas 3 foram selecionados, sendo dos 1880, 1871 excluídos por não se enquadrarem na temática deste trabalho, 5 por contemplarem teses, dissertações ou monografias e 1 por só se apresentar apenas em forma de resumo.

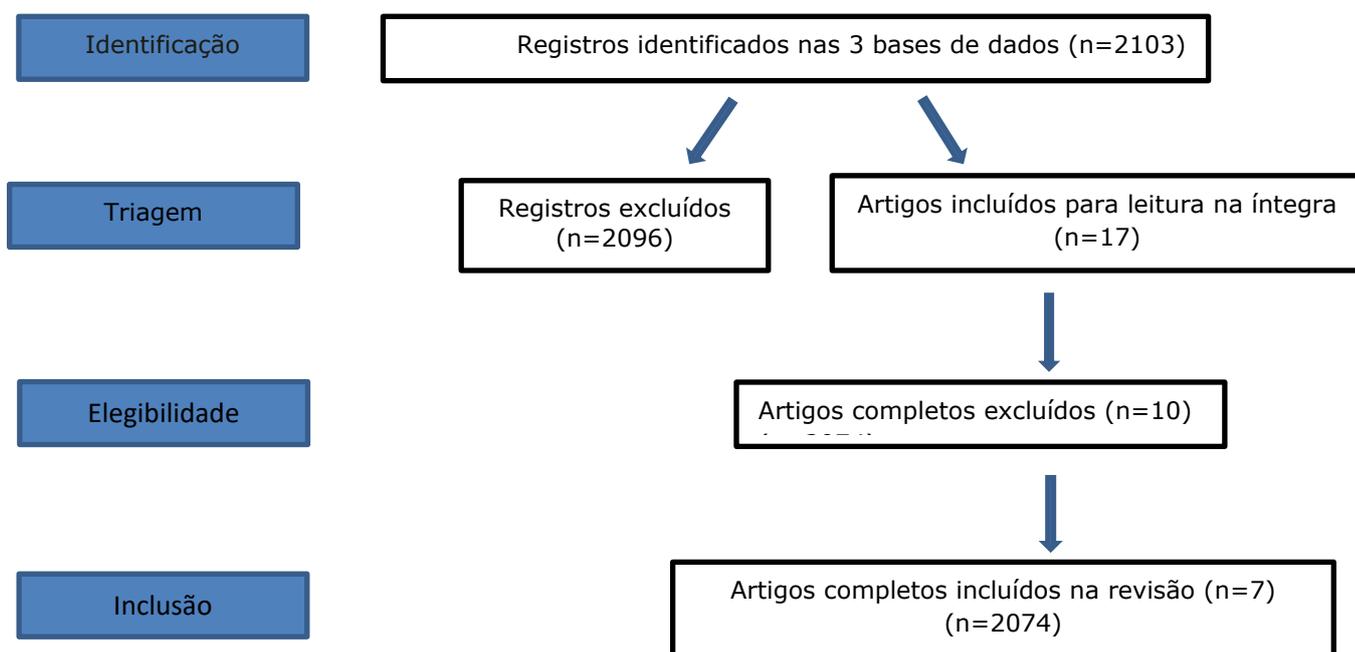
Desta forma, no total foram encontrados 2130 artigos (181 no Pubmed, 42 na BVS e 1880 no google acadêmico), sendo apenas 7 selecionados para leitura na íntegra. Destes, 2090 foram excluídos por se distanciar da temática ou por estarem duplicados, 5 por contemplarem teses, dissertações ou monografias e 1 por só se apresentar em forma de resumo (Figura 1).

Os 7 artigos¹⁴⁻²⁰ foram classificados por níveis de evidências²¹, sejam eles:

- Nível 1: evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise.
- Nível 2: evidências oriundas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado.
- Nível 3: evidências oriundas de ensaios clínicos bem delineados, sem randomização.
- Nível 4: evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.

- Nível 5: evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
- Nível 6: evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Figura 1. Fluxograma representativo da busca nas bases de dados Pubmed, BVS e google acadêmico.



RESULTADOS

Foi construído um quadro sinóptico (Quadro 1), com a finalidade de proporcionar uma análise comparativa, contemplando os seguintes aspectos sobre os artigos selecionados: título, ano de publicação, população de estudo, objetivos, resultados e recomendações para a prática. Do total de artigos analisados, 4 ocorreram na região Sul e 3 na

região Sudeste, demonstrando o gargalo existente sobre a temática em todas as regiões do Brasil. Quanto ao período de publicação não houve nenhum padrão, estando dispersos ao longo dos anos. E sobre a população de estudo torna-se relevante ressaltar que 2 estudos incluíram apenas pacientes caracterizados como não urgência/emergência.

Os 7 artigos selecionados para avaliação na íntegra, abordavam conteúdos relacionados à aspectos positivos e negativos relacionados ao ACCR bem como recomendações práticas, que direcionaram a discussão em torno dessas 3 categorias temáticas.

A quantidade de artigos publicados sobre a temática em questão, demonstra a insuficiente atenção dada a percepção dos usuários quanto ao processo de ACCR, embora estes sejam os principais envolvidos e interessados neste modelo. Entretanto, os resultados evidenciam a importância desse olhar para uma maior compreensão quanto ao que dê fato vem acontecendo ao longo da trajetória terapêutica dos pacientes, incluindo nesta análise os diferentes aspectos envolvidos neste percurso, sejam eles relacionais, sociais, culturais ou tecnológicos.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados para a revisão.

| Título | Ano | População | Objetivos | Resultados | Recomendações para a prática | Nível de evidência |
|---|------------|---|---|--|--|---------------------------|
| Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento ¹⁴ | 2019 | A pesquisa foi desenvolvida com 459 usuários de uma UPA em Santa Catarina, com idade maior ou igual a 18 anos. | Avaliar, com os usuários, a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade | O acolhimento com classificação de risco apresentou boa responsividade, entretanto demonstra necessidade de melhorias, especialmente relacionadas à agilidade do atendimento. | Melhorar a infraestrutura (ambiente mais acolhedor). Ampliar a orientação ao usuário e o número de profissionais. Promover adequações no sistema de referência e contrareferência. | 6 |
| Acolhimento e classificação de risco em unidade de pronto atendimento (upa): uma abordagem educativa ¹⁵ | 2017 | A pesquisa foi desenvolvida com 120 usuários de uma UPA do município de Duque de Caxias, maiores de 18 anos ou menores acompanhados de seus responsáveis legais. | Conhecer o conhecimento dos usuários dos serviços de urgência e emergência acerca do acolhimento e da classificação de risco | O conhecimento dos usuários acerca do acolhimento e da classificação de risco ainda é superficial e errôneo, influenciando na aceitação dos mesmos quanto aos processos desenvolvidos nas UPA. | Promover ações de educação em saúde para ampliar o exercício do controle social e para compreensão do novo conceito de ACCR implantado. | 6 |
| Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco ¹⁶ | 2021 | A pesquisa foi desenvolvida com 12 usuários de uma UPA 24 horas, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. | Compreender o que os usuários de uma unidade de pronto atendimento 24 horas entendem por classificação de risco | Pode-se perceber que o conhecimento que os usuários possuem sobre o serviço de pronto atendimento é restrito, podendo levar ao descontentamento. | Promover educação permanente da equipe para fornecer orientação adequada aos usuários sobre funcionamento e ordenação do atendimento. | 6 |
| Avaliação da utilização dos serviços das unidades de pronto atendimento de um município brasileiro ¹⁷ | 2016 | A pesquisa foi desenvolvida em duas unidades de pronto atendimento de Serra, Espírito Santo. Para cada Unidade de Pronto Atendimento, foram entrevistadas 195 pessoas, maiores de 18 anos, totalizando 390 entrevistas. | Caracterizar os usuários e analisar os fatores determinantes da escolha pela utilização dos serviços de urgência/emergência | Dificuldades no atendimento e na resolutividade das unidades básicas levam a população a procurar os serviços de urgência/emergência, uma vez que terão seu atendimento garantido. | Propõe o fortalecimento da APS para garantir eficiência nas ações de promoção e prevenção de saúde. Promover educação em saúde sobre o perfil das unidades. | 6 |

|

Quadro 1 (cont.). Características dos artigos selecionados para a revisão.

| Título | Ano | População | Objetivos | Resultados | Recomendações para a prática | Nível de evidência |
|---|------|---|---|--|--|--------------------|
| Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento : perspectiva do usuário ¹⁸ | 2012 | A pesquisa foi desenvolvida em uma UPA do município de Ribeirão Preto – SP, com 23 usuários maiores de 18 anos, residentes há mais de 2 anos na área de abrangência da unidade e que não foram atendidos situação de urgência/emergência. | Analisar a procura pelo Pronto Atendimento do Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto para identificar os motivos pelos quais os usuários, em situações não caracterizadas como urgência e emergência, procuram esse serviço | Demonstra que a população não é orientada a utilizar o SUS, aprendendo a utilizá-lo conforme suas necessidades. Isto torna o PA a principal porta de entrada e não a UBS. | Qualificar os profissionais da APS no que tange a recepção, atendimento, acolhimento, diálogo. | 6 |
| Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento ¹⁹ | 2017 | A pesquisa foi desenvolvida em uma UPA do Paraná, com 20 usuários com 18 anos ou mais e que não foram classificados no risco correspondente à cor vermelha. | Apreender a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no acolhimento com classificação de risco | Apesar dos usuários perceberem o acolhimento com classificação de risco como meio que otimiza o atendimento em emergências, houve quem discordasse da classificação atribuída pelos profissionais. | Utilizar escala de dor para reduzir subjetividade nas classificações de risco. Implantar ações de acolhimento e humanização para reduzir queixas sobre avaliação inadequada. Ampliar a divulgação e aceitação dos usuários sobre o novo conceito do ACCR superando o antigo conceito de triagem. | 6 |
| Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários ²⁰ | 2020 | A pesquisa foi desenvolvida com 459 usuários de uma UPA em Santa Catarina, com idade maior ou igual a 18 anos. | Conhecer a percepção de profissionais de saúde e usuários em relação ao acolhimento com classificação de risco em um serviço de urgência/emergência. | O acolhimento com classificação de risco apresentou boa responsividade, entretanto, há necessidade de melhorias, especialmente relacionadas à agilidade do atendimento. | Aumentar a instrução dos usuários sobre ACCR para além da confecção e colagem de banners. Treinamento para profissionais (capacitação e atualização) para exercício da educação em saúde. Readequar recursos materiais e de infraestrutura. | 6 |

DISCUSSÃO

Inicialmente, chamou a atenção o fato dos aspectos positivos relacionados ao ACCR nos diferentes artigos, não se repetirem nos diferentes artigos analisados. O único que

se repetiu e apenas em 2 artigos foi a compreensão sobre os profissionais envolvidos no ACCR, podendo refletir a ausência de padrão no que tange o processo de trabalho das UPAS analisadas ou o direcionamento dado pela metodologia utilizada em cada em cada um dos estudos^{14,20}.

A compreensão sobre os profissionais envolvidos na classificação de risco pelo paciente é importante para compreenderem a proposta e organização do ACCR, bem como para questionarem possíveis divergências quando identificadas. Um exemplo pode ser evidenciado em alguns estudos cuja classificação de risco era realizada por técnicos de enfermagem, indo contra o preconizado pela proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) e classificação de risco²⁰.

Reconhecimento de oferta de tratamento respeitoso e digno, privacidade no atendimento, oportunidade para falar sobre seus problemas, possibilidade de ter acompanhante, comunicação clara, facilitada e adequada aos usuários, vínculo entre profissionais e usuários, valorização da clínica, acolhimento e escuta e reconhecimento e aceitação que os casos mais graves exigem maior agilidade (otimização do tempo) foram os principais aspectos valorizados pelos usuários, demonstrando que aspectos relacionais como respeito e orientação, são capazes de superar muitos aspectos negativos enfrentados pelo paciente durante a espera de sua consulta na UPA¹⁷.

Tais achados corroboram com estudos que indicam que a utilização de um protocolo de atendimento, por si só, não

reflete positivamente na qualidade da assistência prestada no ACCR, demonstrando a indissociabilidade de elementos relacionais, sociais, culturais e tecnológicos. A qualificação ética, a empatia e a humanização tornam-se fundamentais para identificar a correta necessidade de priorização dos pacientes²²⁻²⁴.

Demais aspectos relacionados à infraestrutura, embora bem avaliados, demonstram necessidades de melhoria, sejam eles a sinalização, a limpeza adequada de banheiro, consultórios, sala de exame, a privacidade das salas, etc^{14,20}. Entretanto, encontram-se atrelados ao histórico de déficit de recursos humanos e de recursos financeiros vivenciado pela UPA, que por sua vez possuem baixa governabilidade para minimizar essa problemática.

O tempo de espera para realizar a classificação de risco pela enfermagem foi considerado adequado e a desburocratização do atendimento (facilidade de comunicação com a equipe e disponibilização de medicamentos) foi bem avaliada em um dos artigos. Essa situação é fortalecida principalmente quando comparada a realidades das UBS, que em sua maioria não vem conseguindo responder as necessidades da população²⁵.

Os principais aspectos negativos discutidos nos artigos relacionaram-se às fragilidades dos processos de educação em saúde relacionados ao ACCR e ao papel da UPA na rede de atenção, foram: falta de informação sobre tempo de espera e demais objetivos e profissionais envolvidos no ACCR (5 artigos), conhecimento restrito sobre o significado

de urgência e emergência, bem como o significado das “cores” na admissão da triagem (2 artigos), compreensão equivocada de que na UPA terão seus problemas resolvidos no mesmo dia independente da gravidade (2 artigos) e discordância com a classificação de risco recebida (2 artigos).

Entretanto, vale ressaltar que embora a educação em saúde apresente-se como uma estratégia capaz de orientar o paciente quanto à utilização adequada dos diferentes elementos da RAS, não é suficiente para resolver todos os aspectos supracitados, uma vez que a subjetividade relacionada a classificação de risco bem como obstáculos encontrados ao longo do seu percurso por atendimento, não evitarão que o paciente almeje maior efetividade e agilidade em seu atendimento. A falta de orientação desencadeia a busca dos usuários a partir de experiências vivenciadas, em um processo contínuo de “aprender por conta própria” a utilizar os serviços de saúde²⁰. Mas, acredita-se no seu potencial impulsionador de mudanças comportamentais e promotor do exercício do controle social^{16,18,20,21}.

Tal fato, vai ao encontro do próximo ponto a ser discutido, que reflete à fragilidade da RAS. Quanto ao uso inadequado das UPA diante da impossibilidade das UBS resolverem seus problemas de saúde, os aspectos negativos identificados foram: dificuldade de acesso ou baixa resolutividade nos problemas de saúde pelas UBS; obstáculos geográficos não impedirem a procura pelo atendimento na UPA, mesmo sendo maior do que para

chegar às UBS (longas distâncias, utilização de transportes públicos, etc), e horário de atendimento restrito e pequeno número de vagas para agendamento nas UBS^{16,17}.

Esses achados vêm ao encontro de outros estudos que apresentam a fragmentação da RAS (insuficiente integração e comunicação entre os níveis de atenção à saúde) como propulsora de demanda crescente nas UPAS, gerado superlotação e dificuldades diversas na condução dos seus processos de trabalho^{26,27}.

A comunicação insuficiente entre equipe e usuários para resolução dos problemas de saúde e o acolhimento e humanização inadequados foram aspectos relatados pelos pacientes que remetem, dentre vários aspectos, a falta de tempo e/ou treinamento adequado dos profissionais para realizarem uma escuta qualificada. Estudos demonstram que a sobrecarga de trabalho na UPA, associado à deficiência de recursos humanos e a uma rotina de trabalho estressante dificultam a prática do acolhimento conforme preconizado na proposta da PNH e do ACCR^{27,28}.

Desta forma, os aspectos positivos identificados traduzem o esforço realizados pelos profissionais, mesmo em condições inapropriadas, de exercerem suas práticas de forma humanizada e acolhedora. Por outro lado, os problemas identificados caracterizam uma rede de atenção fragmentada e pouco resolutiva, que não tem conseguido atuar de forma preventiva, nem atender as demandas da população em tempo hábil.

Todos os artigos analisados trouxeram recomendações práticas que visam justamente superar os aspectos negativos encontrados, mas não permitiram uma discussão aprofundada sobre a forma de concretizar as mesmas. Melhorar estrutura física, construir pactuações internas e externas, implantar educação permanente, ampliar educação em saúde, promover o fortalecimento da atenção primária, implantar ações de acolhimento e humanização, dentre outras ações, demandam tempo e dedicação dos gestores e profissionais da saúde, que se encontram sobrecarregados e estressados diante da sobrecarga de trabalho, e/ou a ampliação do quadro de recursos humanos e de investimentos financeiros em um cenário de restrição cada vez mais potente.

Desta forma, embora algumas iniciativas exitosas possam ser evidenciadas, acredita-se que o esforço feito pelos profissionais atuantes nas UPA não seja suficiente para minimizar o cenário encontrado, sendo necessário um olhar mais macro, que integre diferentes elementos da RAS, para que maiores passos possam ser dados e melhores resultados sejam alcançados.

Vale ressaltar que todos os elementos identificados como positivos ou negativos se relacionam ao direcionamento dado pelo instrumento de coleta dos dados nas pesquisas e/ou a valoração subjetiva de cada um dos respondentes. Entretanto, independente dos interesses envolvidos, permitem reflexões sobre formas de qualificar os

processos de trabalho ao replicar e/ou adaptar práticas bem-sucedidas ou evitar práticas mal avaliadas.

Ainda, vieses de gratidão, desenvolvidos seja pelo vínculo criando entre usuários e profissionais da saúde ou pelo fato de se tratar de um serviço público, podem ter influenciado nas respostas encontradas resposta como demonstrado em outros estudos²⁹. Encarar o atendimento como “um favor” torna o paciente satisfeito, pelo simples fato de terem sido atendidos, independente do tempo de espera, da qualidade ou resolutividade desse atendimento, devido as barreiras de acesso existentes que por muitas vezes não possibilitam sequer que o paciente dê entrada no serviço de saúde.

Outros aspectos abordados em estudos sobre satisfação do paciente referem-se ao medo de alguma retaliação, perda ou prejuízo ao seu tratamento. Fato este que pode ser minimizado por decisões metodológicas relacionadas à privacidade da entrevista e esclarecimentos da inexistência deste risco aos respondentes³⁰. Entretanto os métodos dos artigos analisados não permitem identificar se foi dada a devida atenção à essa problemática, estando evidente apenas nos estudos realizados por Herminda 2019¹⁴ e por Oliveira 2017²² que as entrevistas não foram realizadas na presença dos profissionais atuantes na UPA analisada.

Por último acredita-se que a população de estudo de dois trabalhos analisados, composta apenas por pacientes caracterizados como não urgência/emergência^{19,20}, possa ter influenciado, parcialmente, percepções negativas, uma vez

que o tempo de espera para atendimento prolongado é identificado como atributo de insatisfação do usuário³⁰.

CONCLUSÃO

Os achados revelam a necessidade de reflexões para além dos muros das UPA, através de uma análise crítica por parte dos gestores, sobre a necessidade de intervir a nível de RAS, tendo em vista que todos os elementos que a compõem precisam estar funcionando adequadamente e de forma articulada para que nenhum deles se sobrecarregue.

Diferentes recomendações práticas foram propostas, porém o grande desafio é sua operacionalização de forma integrada, em um cenário de restrições. Acredita-se que apenas com um maior aprofundamento e diálogo sobre os aspectos positivos e negativos relacionados ao ACCR, será possível desenhar propostas viáveis e que de fato sejam capazes de qualificar o atendimento prestado à população.

Diante do exposto, sugere-se um olhar mais direcionado a essas unidades, ampliando a realização de estudos nas diferentes regiões do Brasil e que envolvam também a percepção de profissionais e gestores quanto ao cenário atual.

REFERÊNCIAS

- 1.Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface Com Saúde Edu* 2016;20:879-92. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0519>
- 2.Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, Baptista TWDF, Andrade CLTD, Konder MT. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Col* 2015;20:595-606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.02512014>
- 3.Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência (dissertação). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/1919>
- 4.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimentos (UPAs). Brasília: CONASS; 2015. https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf
- 5.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: MS; 2009. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
- 6.Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Rev Min Enferm* 2008;12:581-6. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>
- 7.Moreira DA, Tibães HBB, Batista RCR, Cardoso CML, Brito MJM. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access. *Texto Contexto Enferm* 2017;26:1-8. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005970015>
- 8.Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. *Invest Educ Enferm* 2014;32:78-86. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n1a09>
- 9.Jones KM, Marsden J, Windle J. *Emergency triage: Manchester Triage Group*. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2006.
- 10.Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* 2012;33:181-90. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>
- 11.Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. *Rev Latino Am Enferm* 2009;17:535-40. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400016>
- 12.Prodanov CC, Freitas ECD. Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Volume 1. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013. 276p. <https://www.feevale.br/institucional/editora-feevale/metodologia-do->

[trabalho-cientifico---2-edicao](#)

13.Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein 2010;8:102-6. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

14.Hermida PMV, Nascimento ERPD, Echevarría-Guanilo ME, Vituri DW, Martins SR, Barbosa SS. Responsividade do acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação dos usuários em Unidade de Pronto Atendimento. Texto Contexto Enferm 2019;28:e20170480. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0480>

15.Tostes PCR, Celestino CSM, Cruz, KM, Chevitarese L. Acolhimento e classificação de risco em unidade de pronto atendimento: uma abordagem educativa. Rev Rede de Cuidados em Saúde 2017;10:1-15. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.19649>

16.Cesar MP, Ilha S, Pereira VC, da Rosa PH, Buriol D, Rangel, RF. Perception of users of a ready 24 hour service about risk classification/Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco. Rev Pesq Cuidado é Fundamental Online 2021;13:330-5. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8604>

17.Zanon LR, Zanin L, Florio FM. Avaliação da utilização dos serviços das unidades de pronto atendimento de um município brasileiro. Rev Gaúcha Odontol 2016;64:411-8. <https://doi.org/10.1590/1981-863720160003000073043>

18.Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LAD. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. Acta Paul Enferm 2012;25:19-25. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004>

19.Oliveira JLCD, Gatti AP, Barreto MDS, Bellucci JA, Góes, HLDF, Matsuda LM. User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. Texto Contexto Enferm 2017;26:e0960014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>

20.Campos TS, Arboit ÉL, Mistura C, Thum C, Arboit J, Camponogara S. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. Rev Bras Prom Saúde 2020;33:1-11. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.9786>

21.Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher Lynn, Stillwell SB. Sustaining Evidence-Based Practice Through Organizational Policies and an Innovative Model. AJN 2011;111:57-60. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000405063.97774.0e>

22.Oliveira KKD, Amorim KKPS, Lima APFN, Monteiro AI. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. Rev Min Enferm 2013;1:157-64. <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/456/359>

23.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: Ministério da

- Saúde; 2009.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
24. Gouveia MT, Melo SF, Costa MWS, Souza JMM, Sá L, Pimenta CJL, *et al.* Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto atendimento. *Rev Min Enferm* 2019;23:e-1210. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190058>
25. Godoi VCG, Ganassin GS, Inoue KC, Gil NLP. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enferm* 2016;21:1-8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44664>
26. Moreno ECSG, Santos FM, Marinho DDT, Santos JMJ, Cunha JO. Acolhimento Com Classificação De Risco Em Um Hospital Da Rede Pública: Percepção Dos Usuários. *Rev Saúde Pesq* 2018;11:89-97. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p89-97>
27. Hermida PMV, Nascimento ERPD, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBHD. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Rev Esc Enferm USP* 2018;52:e03318. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>
28. Silva MRB, Santos JS, Moraes MPL, Silva HCDA, Oliveira NS, Donato AG. Percepção dos enfermeiros na classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento na Zona Oeste do Rio de Janeiro. *Glob Clin Res* 2021;1:e2. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210002>
29. Atkinson S, Medeiros RL. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. *Soc Sci Med* 2009;68:2089-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.042>
30. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro (BR): Fiocruz;2014. https://www.google.com.br/books/edition/Avalia%C3%A7%C3%A3o_de_pol%C3%ADticas_e_programas_de/cZNBdWAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&printsec=frontcover
-