

Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco

Construction and validation of an instrument to assess the Reception with Risk Rating

Construcción y validación de un instrumento para evaluación del Acogimiento con Clasificación de Riesgo

José Aparecido Bellucci Júnior^I, Laura Misue Matsuda^{II}

^I Universidade Estadual do Norte do Paraná, Campus Luiz Meneghel, Curso de Graduação em Enfermagem. Bandeirantes-PR, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá-PR, Brasil.

Submissão: 13-09-2011 **Aprovação:** 22-10-2012

RESUMO

Estudo metodológico, realizado no período de abril a dezembro de 2010, que teve como objetivo descrever os critérios de construção, validação de conteúdo e aparência de um instrumento de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Foram utilizadas as estratégias de Validação de Conteúdo por meio da técnica Delphi e de Validação de Aparência. A apreciação do instrumento foi realizada por um grupo de juízes, constituídos por dez enfermeiros, docentes com titulação de especialistas, mestres e/ou doutores, com vivência no ACCR. Conclui-se que o instrumento possui validade de conteúdo e de aparência para avaliar o ACCR, tendo em vista que os índices de fidedignidade e concordância nas três dimensões donabedianas de avaliação em saúde alcançaram valores acima do padrão estabelecido, ou seja, 80%.

Descritores: Estudos de Validação; Enfermagem de Emergência; Serviço Hospitalar de Emergência; Acolhimento; Enfermagem.

ABSTRACT

Methodological study, carried out between April to December 2010, which aimed to describe the criteria for construction, appearance and content validation of an instrument to assess the Reception with Risk Rating (RRR). The strategies of Content Validation through Delphi technique and Appearance Validation were used. The appreciation of the instrument was made by a panel of judges, consisting of ten nurses, teachers with titration of specialists, teachers and/or doctors with experience in RRR. We conclude that the instrument has content and appearance validity to assess the RRR because the indices of reliability and agreement in all three dimensions of health evaluation Donabedian reached values above the established standard, ie 80%.

Key words: Validation Studies; Emergency Nursing; Emergency Hospital Service; User Embrace; Nursing.

RESUMEN

Metodológica de los estudios llevado a cabo entre abril y diciembre de 2010 y tuvo como objetivo describir los criterios para la construcción, validación de contenido e la apariencia de un instrumento para evaluación del Acogimiento con Calificación de Riesgo (ACCR). Fueron utilizadas las estrategias de Validación del Contenido por medio de la técnica Delphi y de la Validación de Apariencia. La apreciación del instrumento fue realizada por un panel de jueces, formado por diez enfermeras, profesores con la titulación de especialistas, profesores y / o médicos con experiencia en ACCR. Llegamos a la conclusión de que el instrumento tiene validez de contenido y de apariencia para evaluar la ACCR porque los índices de fiabilidad y concordancia en las tres dimensiones donabedianas de evaluación en salud alcanzaron valores por encima del estándar establecido, es decir, 80%.

Palabras clave: Estudios de Validación; Enfermería de Urgencia; Servicio de Urgencia en Hospital; Acogimiento; Enfermería

Extraído da Dissertação de Mestrado "Avaliação do processo de implantação do programa Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Maringá", apresentada à Universidade Estadual de Maringá, em 2011. Maringá-PR, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE José Aparecido Bellucci Júnior E-mail: bellucci@uenp.edu.br

INTRODUÇÃO

Quando se pensa em qualidade nos serviços hospitalares, surge a necessidade de discutir estratégias de gestão que dêem suporte às instituições para que possam atender às necessidades e exigências do consumidor em todas as suas dimensões.

No Brasil, a partir da década de 1930, acentuaram-se debates a respeito da melhoria na qualidade dos serviços hospitalares. Desde então, a criação de fichas, protocolos, sistemas, programas e políticas têm ganhado espaço nas discussões sobre planejamento da gestão hospitalar⁽¹⁾.

Na atualidade, a formulação e execução de projetos para melhoria da qualidade, além de ser parte da rotina dos profissionais da saúde também é obrigação legal em vários países do mundo como os Estados Unidos da América e Canadá⁽²⁾.

Dentre todos os setores de um hospital, é provável que o Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) seja um dos mais complexos para a implantação de sistemas que visam à melhoria da qualidade, porque as dificuldades observadas nesse local são distintas dos outros setores hospitalares, pelo fato de, cotidianamente, estar superlotado; excluir o usuário na porta de entrada; atuar sob processos de trabalho fragmentados; apresentar conflitos e assimetria de poder, dentre outros⁽³⁾.

Estudo recente, relacionado à avaliação do fluxo de atendimento em SHE, aponta que a elevada quantidade de pacientes que aguarda por atendimento nas filas de espera é um dos principais fatores que influenciam de forma negativa a qualidade do atendimento⁽⁴⁾.

Com vistas à melhoria da qualidade na assistência à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) no ano de 2004. No contexto dos SHE, com os principais propósitos de acolher os usuários e priorizar o atendimento aos casos de maior gravidade, o HumanizaSUS instituiu a diretriz Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Na referida diretriz, o Ministério da Saúde destaca que cabe ao profissional enfermeiro, realizar, por meio da Consulta de Enfermagem, a Classificação de Risco a qual resulta na distribuição dos usuários para o atendimento, de acordo com o grau de prioridade de cada caso⁽³⁾.

Sabe-se que, de modo geral, os SHE de outros países também apresentam dificuldades no atendimento devido à alta demanda⁽⁵⁾. No Brasil, esse problema também ocorre com grande intensidade, mas a utilização do ACCR parece minimizar os seus efeitos, pois estudos acerca do tema apontam que essa diretriz tem produzido melhorias no fluxo de atendimento, mesmo em instituições cuja adesão ocorreu em situações consideradas de difícil solução^(4,6).

Devido às melhorias que o ACCR tem proporcionado nos SHE, considera-se que essa diretriz seja uma das principais ferramentas de apoio à obtenção da qualidade no atendimento “de porta” dos serviços de emergências dos hospitais brasileiros⁽⁴⁾.

Com relação à avaliação do ACCR, apesar de haver referências que relatam melhorias no atendimento a partir da sua implantação^(4,6), não foi encontrado, nas principais bases de dados nacionais, estudo que aborde a existência de um instrumento específico à sua avaliação. Identificou-se uma publicação, de 2011, referindo-se a uma pesquisa exploratória

descritiva de abordagem qualitativa que objetivou conhecer e analisar como os trabalhadores de enfermagem avaliam o ACCR em um SHE de um Hospital Público⁽⁷⁾.

As justificativas para a realização deste estudo se pautam no fato de que, até o momento, não se tem conhecimento da existência de algum instrumento que avalie o ACCR em SHE e, dessa forma, a construção e a validação de uma ferramenta que sirva a esse fim poderá contribuir para a organização desses Serviços e, também, para a qualidade do atendimento.

Como questão que norteia a proposta desta investigação estabeleceu-se: Como se apresenta um instrumento de avaliação da qualidade do ACCR, após ser submetido ao processo de validação de conteúdo e de aparência? O objetivo foi o de descrever os critérios de construção, validação de conteúdo e de aparência de um instrumento de Acolhimento com Classificação de Risco.

CONSIDERAÇÕES SOBRE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO INSTRUMENTO

Em termos gerais, a validade de um instrumento está relacionada à “precisão do instrumento em medir o que se propõe medir”⁽⁸⁾. Em outras palavras, um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar.

Quando se fala em validação de instrumentos de medidas, as técnicas mais conhecidas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério e validade de constructo⁽⁹⁾.

A validade de conteúdo, um dos tipos de validação utilizados nesta investigação, é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica⁽¹⁰⁾. Isso significa que a validação de conteúdo determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado.

Neste estudo, juntamente com a análise de conteúdo, foi utilizada a técnica Delphi que consiste no julgamento do instrumento por juízes com vasta experiência no assunto em questão⁽¹¹⁾. Em outras palavras a técnica Delphi é uma técnica pela qual se analisa e discute a avaliação de peritos sobre um tópico específico. Também foi utilizada a estratégia de Validação de Aparência, mesmo sendo considerada como uma técnica subjetiva e não sofisticada, por proporcionar apenas julgamento sobre a relevância e adequação dos itens⁽⁹⁾.

MÉTODO

O presente estudo, de caráter metodológico, foi realizado no período de junho a dezembro de 2010, e se desenvolveu por meio das seguintes etapas: Validação do IA por meio da aplicação da estratégia de Validação de Conteúdo e Validação de Aparência; Análise semântica dos itens; e Padronização de escores para Classificação do ACCR.

Para guiar a construção do Instrumento de Avaliação (IA) do ACCR, os itens de avaliação foram construídos e apresentados de acordo com as dimensões donabedianas de avaliação em saúde

– estrutura, processo e resultado⁽¹²⁾. Após a construção da primeira versão, o instrumento foi submetido à validação de conteúdo e de aparência, cujos processos serão descritos a seguir.

Etapa 1 - Validação do IA por meio da aplicação da estratégia de Validação de Conteúdo, utilizando a técnica Delphi e Validação de Aparência

O procedimento de Validação de Conteúdo e de Aparência consistiu na análise criteriosa das dimensões e dos itens do IA, por um painel de juízes, composto por dez enfermeiros, com titulação de especialistas, mestres e doutores, que atuavam na docência em Enfermagem e possuíam experiência superior a dois anos no ACCR.

Em virtude da necessidade de profissionais com qualificação específica para julgar o IA, os juízes foram escolhidos por meio da análise de currículos existentes na base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e da experiência profissional com o ACCR.

Na estratégia de Validação de Conteúdo por meio da técnica Delphi, foram efetuadas as seguintes fases⁽¹³⁾:

Fase 1 - Ordenação do pedido: Nesta fase foram organizados e disponibilizados os critérios para avaliação do IA. Os critérios que os juízes utilizaram para avaliar os itens foram: objetividade, simplicidade, clareza, pertinência, precisão, variedade, credibilidade e comportamental. Em relação ao julgamento do conjunto dos itens (o instrumento como um todo), os critérios se relacionaram ao equilíbrio e amplitude⁽¹¹⁾.

Fase 2 – Coleta das informações: O material a ser analisado foi enviado por correio e junto foi anexada a solicitação para que o devolvessem no prazo de trinta dias.

Fase 3 - Tabulação dos dados: Na análise dos dados obtidos pela estratégia da Validação de Conteúdo foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index – CVI*) e o Índice de Fidedignidade (*reliability*) ou concordância interavaliadores (*Interrater Agreement - IRA*)⁽¹⁰⁾.

O CVI destinado a avaliar o conteúdo dos itens e do instrumento em relação à representatividade da medida, é considerado válido se, ao computar as avaliações de juízes, se obtiver índice de aprovação acima de 80% (0,8)^(10,14). Para se calcular o CVI dos itens e do IA, foi dividido o número total de juízes que atribuiu escore de 3 ou 4 em uma escala ordinal de quatro pontos com significância de “irrelevante” a “extrema relevância”, pelo total de juízes que avaliaram o item ou o IA⁽¹⁰⁾.

O IRA é destinado a avaliar a extensão em que os juízes são confiáveis nas avaliações dos itens frente ao contexto estudado. Para se calcular o IRA de cada dimensão foi dividido o número de itens que obtiveram acima de 80% (0,8) de concordância entre os avaliadores, pelo total de itens de cada dimensão⁽¹⁰⁾.

Fase 4 - Avaliação das informações: Para análise das informações obtidas a partir das avaliações dos juízes foram utilizados os dados dos testes CVI e IRA. Os referidos dados proporcionaram avaliar a pertinência, relevância e confiabilidade dos itens, das dimensões e do instrumento como um todo.

Na estratégia de Validação de Aparência, o IA foi avaliado de acordo com o que reza a literatura⁽⁹⁾, nos seguintes quesitos: apresentação, clareza das afirmações, facilidade na leitura, interpretação e representatividade dos itens nas dimensões locais.

Efetuada a análise das respostas dos juízes e as readequações necessárias, o IA foi submetido à análise semântica dos itens.

Etapa 2 - Análise Semântica dos Itens

A análise semântica tem duas funções: 1- verificar se os itens são inteligíveis para o estrato da população-meta que apresenta menor grau de habilidade (extrato mais baixo); 2- verificar a Validade de Aparência do IA por meio da consulta ao estrato de maior habilidade (mais sofisticado) da população-meta⁽¹¹⁾.

Para atingir o objetivo da Validação de Aparência foram utilizadas as informações contidas nos instrumentos avaliados pelo painel de juízes.

Para verificar a inteligibilidade do IA, após a Validação de Conteúdo, o referido instrumento foi aplicado na forma de teste piloto a dez Técnicos e Auxiliares de Enfermagem os quais possuíam tempo de atuação superior a dois anos em SHE que se utilizava do ACCR para atendimento ao usuário. A primeira versão do IA foi aperfeiçoada com base nas respostas e sugestões levantadas no teste piloto e, a seguir, reaplicada (segundo teste piloto) a cinco Técnicos de Enfermagem.

Como critério de inclusão dos participantes nos dois testes piloto, estabeleceu-se a atuação no Serviço de Enfermagem de um SHE, antes e depois da implantação do ACCR.

Aos juízes participantes do julgamento do IA e aos trabalhadores do teste piloto, foi solicitada a autorização formal para participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme determina a Resolução 196/1996⁽¹⁵⁾.

Os dados numéricos obtidos das avaliações dos juízes foram tabulados através do programa Microsoft® Excel® 2002 e o tratamento dos dados foram realizados por meio da estatística descritiva. Para a síntese dos dados se utilizou a soma, a média e a porcentagem.

Etapa 3 - Padronização de Escores para Classificação do ACCR.

O IA final manteve 21 itens em forma de escala Likert, com apresentação numérica de 1 a 5. Para a avaliação do ACCR como um todo, considerando o valor mínimo de cada item, a pontuação mínima é 21, a máxima é 105 e a amplitude total, 84 pontos.

Na análise, a pontuação geral do IA foi comparada à tabela construída a partir dos escores utilizados no Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde⁽¹⁶⁾.

Em relação à avaliação de cada dimensão (estrutura, processo e resultado), a pontuação mínima a ser alcançada é sete e a máxima é 35, com amplitude total de 28 pontos, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 - Escores para pontuação das dimensões de avaliação do ACCR.

Pontuação média	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Avaliação da Dimensão
31,5 a 35	3,5	90 a 100%	Ótimo
26,2 a 31,4	5,4	75 a 89,9%	Satisfatório
17,5 a 26,1	8,6	50 a 74,9%	Precário
7 a 17,4	10,4	0 a 49,9%	Insuficiente

Na fase de tratamento dos dados as afirmações correspondentes à forma negativa (Itens: três; quatro; cinco; sete; nove; 16; 18; 19 e 20) foram invertidas (positivadas) e na análise dos dados, o valor três da escala, foi considerado como “indiferente” ou “sem opinião”. Semelhante conduta foi tomada nos casos em que as opções de respostas estivessem em branco.

O projeto de pesquisa referente a esse estudo foi analisado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – COPEP, da Universidade Estadual de Maringá PR, e obteve aprovação mediante o Parecer nº 606/2010.

RESULTADOS

Construção do Instrumento para Avaliação da diretriz ACCR

Elaboração preliminar – A partir de leituras e discussões do texto “Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco”⁽³⁾, publicado pelo Ministério da Saúde, formularam-se, inicialmente, 21 itens dispostos em escala pontuada de um a cinco (de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”), estruturada de acordo com as três dimensões de avaliação em saúde, estrutura, processo e resultado⁽¹²⁾. Nessa abordagem, a **Estrutura** se refere aos atributos da instalação onde é prestado o atendimento, incluindo: Recursos humanos, materiais, financeiros e estrutura organizacional; o **Processo** tem a ver com as atividades realizadas para a prestação do atendimento e as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários; e, por fim, o **Resultado**, são os efeitos na saúde e as mudanças de comportamento dos usuários, obtidos a partir da atenção recebida⁽¹²⁾.

A opção pelo texto “Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco”⁽³⁾ como documento base para a formulação dos itens de avaliação contidos no IA, se deu pelo fato de que o referido documento ressalta a importância do usuário para o sistema de saúde, associado ao estabelecimento de diretrizes fundamentais para a implantação do ACCR em SHE.

Para a construção do IA foram utilizados os princípios de elaboração de escalas psicológicas⁽¹¹⁾, os quais orientam sobre as técnicas de aplicação do teste piloto e procedimentos à construção e validação do instrumento.

Com relação à pontuação dos itens do instrumento, foi utilizado a escala tipo Likert porque de acordo com o referencial teórico adotado nesse estudo, esse tipo de escala procura verificar se o indivíduo concorda; se está em dúvida ou se discorda das sentenças relacionadas a um objeto psicológico⁽¹⁷⁾. Vale mencionar que os itens das escalas tipo Likert são construídos com base em referenciais bibliográficos e na vivência/experiência dos pesquisadores⁽¹⁷⁾.

Com base nos princípios mencionados, o questionário final representa uma escala psicológica (tipo Likert) graduada em cinco pontos, em que o número cinco representa concordância máxima e o número um, concordância mínima.

A versão preliminar do IA do ACCR se constituiu da seguinte forma: Estrutura: seis itens; Processo: oito itens; e Resultado: sete itens. Destes, dez eram na forma negativa (Estrutura: três itens; Processo: cinco itens; e Resultado: dois itens).

Após a devolução do IA pelos juízes, todas as sugestões foram consideradas e as respostas foram tratadas e analisadas quantitativamente, conforme consta no Quadro a seguir:

DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO		CVIA*	IRA**	CVI I***	
ESTRUTURA					
1	As mudanças no espaço físico não contribuem ao conforto do usuário	0,81	0,83	0,90	
2	O ambiente se tornou acolhedor e humano	0,91			
3	O direcionamento nos eixos “vermelho” e “azul” não está claramente definido	0,75			
4	As mudanças no espaço físico proporcionam privacidade ao usuário	0,86			
5	O espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante	0,93			
6	A sinalização e a identificação no ambiente são claras e suficientes	0,96			
PROCESSO					
7	Os Profissionais contribuem para que o usuário se sinta tranquilo e confortável	1	0,87		
8	Nem todos os que procuram pelo serviço são acolhidos	0,83			
9	O Protocolo de Classificação de Risco não é conhecido por todos que trabalham no Pronto Socorro	0,72			
10	Existe espaço para discussão entre as lideranças e os trabalhadores do Pronto Socorro	0,87			
11	Os trabalhadores não se comunicam no Serviço	0,90			
12	O número de profissionais não é suficiente para o desenvolvimento do sistema	0,96			
13	O atendimento ocorre de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada	0,87			
14	O familiar sempre é informado sobre o estado do paciente	1			
RESULTADO					
15	O Fluxograma das ações se tornou claro e objetivo	1	0,86		
16	A humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas do sistema	0,88			
17	Os profissionais que atuam no PS trabalham de forma integrada	1			
18	O atendimento não é resolutivo	1			
19	Mesmo com a implantação do ACCR continua existindo congestionamento nas filas de espera	0,77			
20	Os casos de baixa complexidade são encaminhados à rede básica de saúde	0,98			
21	Sinto-me satisfeito(a) com a implantação do ACCR no Pronto Socorro	0,90			

*Content Validity Index aplicado aos itens

**Interrater agreement aplicado às dimensões

***Content Validity Index aplicado ao instrumento

Quadro 1 - Concordância dos juízes em relação aos atributos dos itens de avaliação que compõem o Instrumento de Avaliação do ACCR, a partir da aplicação dos testes CVI e IRA.

Em consonância com o referencial teórico adotado⁽¹¹⁾, o número suficiente de juízes para o julgamento desse tipo de instrumento é de seis; no entanto, visto que o critério de validade escolhido foi de 80%, optou-se em convidar um número maior. Desse modo, de um total de 12 juízes, dez devolveram todo o material enviado com preenchimento adequado.

Em relação às características sócio-demográficas dos juízes, a idade variou entre 29 e 56 anos; a média de atuação profissional foi de 13 anos; três atuavam na gerência de serviços de enfermagem; dois na assistência e cinco, além de atuar na docência, também prestavam serviços na área hospitalar, ou seja, agregavam, além dos conhecimentos teórico-prático, a vivência do cotidiano da prática profissional.

De acordo com os resultados das respostas dos juízes em relação à concordância e representatividade dos itens de avaliação do IA e do conjunto de itens de cada dimensão, dispostos no Quadro 1, observa-se que a maior parte obteve CVI acima de 0,8 (n = 18).

Observa-se, também, CVI de 0,9 para o instrumento como um todo, o que significa que o conteúdo do instrumento possibilita medir o que se propõe medir. Apesar de os índices do CVI indicarem conteúdo válido, as sugestões dos juízes foram acatadas e todos os itens que apresentaram CVI abaixo de 0,8 tiveram a sua redação readequada.

O Índice de Fidedignidade (*reliability*) ou concordância interavaliadores (*Interrater Agreement*) foi acima de 0,8 nas três dimensões. A utilização do IRA na validação de conteúdo é importante porque determina a extensão em que os peritos são confiáveis em suas avaliações⁽¹⁰⁾. Em outras palavras, o IRA testa a confiabilidade das avaliações feitas pelos juízes.

Após a realização do primeiro teste piloto, visando melhorar a inteligibilidade do IA, as redações dos itens quatro, dez, 16 e 18 foram refeitas. No segundo teste piloto não houve sugestões de readequações.

Na validação aparente do instrumento, quatro juízes referiram que as afirmações redigidas na forma negativa deveriam ser transformadas em positivas. Cabe ressaltar que, em escala tipo Likert é necessário que os itens se apresentem na forma negativa e positiva em semelhante porcentagem, para que se evite a tendência de o respondente concordar ou discordar dos itens de forma indiscriminada⁽¹⁸⁾. Dessa forma, os itens apresentados na forma negativa foram mantidos.

O instrumento final de avaliação do ACCR, intitulado “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco”, após validação de conteúdo e de aparência, seguido de dois Testes Piloto, resultou em 21 itens, estruturado em forma de escala que indica o nível de concordância ou de discordância das declarações, com pontuação numérica de 1 a 5, conforme está apresentado no Quadro a seguir.

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

Quadro 2 - Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.

DISCUSSÃO

Na análise da dimensão **Estrutura**, correspondente aos itens de um a sete, o item três apresentou baixo índice de concordância (0,75) entre os avaliadores. As observações negativas desse item se concentraram nos atributos de pertinência (0,6) e objetividade (0,5). Como resultado, optou-se pela substituição do referido item por outro que refletisse a capacitação para o trabalho e a integração entre gestores e trabalhadores do ACCR. A avaliação da capacitação profissional e integração entre os membros da equipe de atendimento é importante porque em SHE o ACCR é visto como uma estratégia que influencia o processo de trabalho⁽⁷⁾.

O item seis foi reformulado porque apesar de obter alto índice no CVI (0,96), foi observada a existência de dificuldades nas interpretações dos juízes relacionadas à falta de clareza na redação. De acordo com o referencial metodológico utilizado para nortear esse estudo, o critério “Clareza” deve ser inteligível para todos os estratos da população-meta porque a compreensão das frases é mais importante do que sua elegância artística⁽¹¹⁾.

A dimensão **Processo**, constituída pelos itens de oito a 14, foi a que obteve maior número de retificações. Apesar de o IRA ter sido 0,87, os juízes forneceram sugestões em relação à objetividade dos itens oito e dez que foram reformulados. O item nove apresentou índice de concordância de 0,72 e em virtude das considerações negativas dos juízes, que se concentraram nos atributos precisão (0,5) e simplicidade (0,6), também foi reformulado. Em se tratando da avaliação da dimensão Processo em SHE, principalmente quando atrelada a novas diretrizes implantadas, faz-se premente considerar a importância de uma avaliação objetiva porque é nessa dimensão que são alocados os procedimentos realizados⁽¹²⁾.

Os itens 11 e 14 foram removidos dessa dimensão para as dimensões Estrutura e Resultado respectivamente porque, de acordo com as opiniões dos juízes, não possuíam representatividade avaliativa na dimensão Processo.

O Item 12 foi excluído visto que três juízes referiram que a interpretação do item “número de profissionais para atuação no ACCR” é passível de viés quando analisada sob a ótica dos trabalhadores.

Na dimensão **Resultado**, itens 15 a 21, o primeiro foi removido para a dimensão Processo, conforme sugestão emitida por quatro juízes; o item 18 foi reformulado e o item 19 obteve índices 0,7 na média das avaliações dos juízes nos atributos: comportamental; objetividade e precisão. Em consequência, coube reavaliação e substituição por outro item que expressasse a mesma intenção.

Em razão de a maior parte dos itens obterem CVI acima de 0,8 (Quadro 1), foram considerados como tendo conteúdo válido porque contemplavam os índices preconizados pelo referencial adotado neste estudo⁽¹⁰⁾. Apesar de alguns itens de avaliação necessitarem de correções na redação, o conjunto de itens das três dimensões obteve IRA acima de 0,88, o que significa que são claros e representativos para o contexto a ser avaliado⁽¹⁰⁾.

Em nosso entender, além de o IA ser considerado válido em relação à aparência e conteúdo, abrangeu também os atributos de cada dimensão de avaliação⁽¹²⁾ adotados nesse estudo.

Ainda com relação ao IA, vale lembrar que a avaliação dos profissionais quanto a qualidade do cuidado prestado é item indissociável à humanização da assistência⁽¹⁹⁾, e a utilização de instrumentos específicos a este fim fundamenta tomadas de decisões pelos gestores. Nesse sentido, a construção e validação de instrumentos que mensurem a qualidade do cuidado em SHE é ferramenta fundamental para gestores e trabalhadores que primam por melhorias no atendimento prestado nesses serviços.

Realizadas as adequações a partir das avaliações dos juízes, o instrumento foi submetido a dois Testes Piloto para contemplar os quesitos da análise semântica. Neste aspecto, verificou-se que não havia dificuldade na sua utilização.

A avaliação realizada pelos juízes em relação aos itens, às dimensões e ao instrumento como um todo, não interferiram na definição dos escores de avaliação final do instrumento. Dessa maneira, considera-se que a pontuação média em cada dimensão, obtida pela soma dos pontos atribuídos a cada item, dividida pelo número total de itens, representa os escores de classificação adotados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção de construir e validar um instrumento para avaliar o ACCR por meio do emprego de uma escala que indique o nível de concordância ou discordância dos participantes fundamentou-se no fato de que, até o momento, não se tem conhecimento da existência de um instrumento que possibilite quantificar as opiniões e impressões dos trabalhadores em relação à qualidade que o ACCR tem proporcionado ao atendimento nos SHE.

O instrumento elaborado com base nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado, em sua versão final, contém vinte e um itens e obteve índice de fidedignidade acima de 0,8 nas três dimensões referidas. Além disso, com apenas dois Testes Piloto, o instrumento se apresentou adequado quanto à clareza e/ou objetividade nos itens.

Em virtude dos elevados valores obtidos no teste de fidedignidade (>0,8) é previsível que, no contexto dos Serviços Hospitalares de Emergência os quais utilizam o ACCR, o instrumento possa ser utilizado como ferramenta que mensura o impacto que o ACCR produz na qualidade do atendimento.

Vale ressaltar que, apesar de o instrumento final ter sido avaliado por juízes Enfermeiros e aplicado como teste piloto, também em trabalhadores da enfermagem, por se tratar de uma escala que avalia de forma geral a Estrutura, o Processo e o Resultado de um SHE que adota a diretriz ACCR, pode ser aplicado aos diversos profissionais que atuam nesse local.

Não obstante os vinte e um itens terem sido submetidos à Validação de Conteúdo e de Aparência se considera que os mesmos podem ser ajustados de acordo com as particularidades de cada SHE e dessa maneira, promover maior confiabilidade aos resultados. Para tanto, sugere-se a realização de pesquisas futuras ao redor da temática abordada neste estudo, no sentido de realizar outros tipos de validação; melhorar a organização; o conteúdo e o tratamento dos dados do Instrumento de Avaliação.

Como dificuldade na operacionalização deste estudo destaca-se a localização de juízes que contemplassem os critérios de inclusão estabelecidos e também, a morosidade para devolução do material enviado por alguns juízes.

Considera-se que o Instrumento de Avaliação construído, possui validade de conteúdo e de aparência e no momento, é compatível ao fim a que se propõe qual seja, avaliar a diretriz Acolhimento com Classificação de Risco em SHE.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos juízes que avaliaram o instrumento e aos trabalhadores de enfermagem que participaram dos dois testes piloto; ao Professor Marcelo Wander Barros pelas correções da língua portuguesa; e à Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná, pelo financiamento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Feldman LBG, Fortes MA, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm* 2005;18(2):213-9.
2. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(2):429-37.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Bellucci Jr JA, Matsuda, LM. 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, Brasil. Porto Alegre: Interface; 2010. p. 974-1.
5. Bittencour RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2009;25(7):1439-54.
6. Andrade EA, Donelli TMS. Acolhimento e Humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH). *Bol Saúde* 2004; 18(2):18-24.
7. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertencello KCG. Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2011;19(1):84-8.
8. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP* 1998;32(2):153-68.
9. Martins GA. Sobre Confiabilidade e validade. *Rev Bras Ges Neg* 2006;8(20):1-12.
10. Rubio DM, Ber-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res* 2003;27(2):94-111.
11. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clin* 1998;25(5):206-13.
12. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 77 – 125.
13. Faro ACM. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.
14. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006;29(5):489-97.
15. Ministério da Saúde (Brasil) Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 outubro de 1996: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 10 out 1996.
16. Ministério da Saúde. Instrumento de avaliação para centros e postos de saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1985.
17. Pasquali L. Teorias e métodos de medida em ciências do comportamento. Brasília: Laboratório de pesquisa em Avaliação em Saúde; Instituto de psicologia/Unb; 1996.
18. Tallin SL. A atitude no ensino de física. *Cad Bras Ens Fís* 2004; 21(3):313-24.
19. Araújo FP, Ferreira MA. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. *Rev Bras Enferm* 2011;64(2):287-93.