

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Caroline Bolzan Ilha

**SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS ACERCA DO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CENTRO
OBSTÉTRICO**

Santa Maria, RS, Brasil
2017

Caroline Bolzan Ilha

**SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS ACERCA DO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CENTRO OBSTÉTRICO**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bolzan Ilha, Caroline
SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS ACERCA DO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CENTRO
OBSTÉTRICO / Caroline Bolzan Ilha.- 2017.
71 p. ; 30 cm

Orientador: Lúcia Beatriz Ressel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Acolhimento. 2. Humanização da Assistência 3.
Serviços de Saúde 4. Obstetrícia 5. Enfermagem I. Ressel,
Lúcia Beatriz II. Título.

Caroline Bolzan Ilha

**SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS ACERCA DO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CENTRO OBSTÉTRICO**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 15 de março de 2017:

Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)

Letícia Becker Viera, Dra. (UFRGS)

Santa Maria, RS
2017

Dedico este trabalho aos meus pais, Marilene e Cléo, e minha irmã, Mariana, pela vida e amor incondicional. São meu porto seguro. Orientaram os meus passos para que eu pudesse sonhar e realizar as minhas aspirações. À vocês meu eterno amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela oportunidade desta vida e pelo amor, bem como por iluminar meus passos e confortar meu coração em todos os momentos, dando-me coragem para continuar a caminhada

À **minha família**, alicerce para todas as construções duradouras da minha existência! Aos meus pais: Marilene e Cléo, por sempre me incentivarem a percorrer o caminho do amor, da humildade, da sinceridade e da honestidade. Amo vocês.

À **Mariana, minha querida irmã**, por iluminar minha vida com sua existência, pelo incentivo e amor a mim dedicados. Também a amo.

Ao **Filipe**, pelo amor, companheirismo, apoio e compreensão. Agradeço por me confortar e me motivar nos momentos difíceis.

À **minha orientadora Professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel**, pela competência, dedicação, carinho, amizade, e por ter acreditado em mim desde a graduação. Você é a enfermeira, professora que inspira minha vida profissional, mulher e mãe que inspira minha vida pessoal. Sou eternamente grata pela oportunidade de compartilhar minha trajetória contigo. Muito obrigada de todo meu coração!

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, pela oportunidade e acolhimento.

Aos **docentes do PPGEnf da UFSM**, pelos questionamentos, aprendizado e dedicação, que contribuíram para minha formação profissional.

Às **professoras da Banca Examinadora**, por sua disponibilidade em participarem da construção e validação deste estudo.

Às **colegas enfermeiras do Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria**, que participaram desta construção, pela disponibilidade e parceria, pela confiança no meu trabalho, por compartilharem seus saberes e suas práticas.

À **Universidade Federal de Santa Maria, ao Curso de Enfermagem e Hospital Universitário de Santa Maria**, por proporcionarem o espaço necessário à realização deste estudo e possibilitar que este momento se concretizasse.

Às **colegas do Grupo de Estudos e Pesquisa**, em especial a **Marcella, Luiza e Lisie**, pela amizade, companheirismo, crescimento mútuo e apoio dispendido em todos os momentos que precisei. Vocês são incríveis!

À **Silvana, minha amiga-irmã**, a quem admiro e me motiva tanto, pela amizade, carinho e apoio incondicionais. As tuas contribuições foram fundamentais para concretizar esta caminhada. Sou eternamente grata. Amo você!

À **minha coorientadora Laís Antunes Wilhelm**, pela amizade, paciência, ensinamentos e encorajamentos que me fizeram acreditar no meu trabalho. Te admiro muito, és uma excelente professora.

Às minhas **amigas Pâmela, Rani, Marília, Vivi**, que em sua maioria estão distantes, mas que sempre estão torcendo por mim e vibrando com minhas conquistas. Amo vocês

À minha **terapeuta Helen**, pelo acompanhamento profissional, carinho e apoio dispendidos nos momentos de maiores incertezas. Por auxiliar na minha reforma íntima e, acima de tudo, pela amizade compartilhada.

Ao **meu padrinho, Luciano**, pelo carinho, confiança no meu potencial, apoio e incentivos desde a minha infância.

Aos demais **familiares e amigos** que, próximos ou distantes, com suas palavras e gestos ampararam e fortaleceram esta caminhada.

Na vida, não vale tanto o que temos, nem tanto importa o que somos. Vale o que realizamos com aquilo que possuímos e, acima de tudo, importa o que fazemos de nós. (Emmanuel – Francisco Candido Xavier)

RESUMO

SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS ACERCA DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CENTRO OBSTÉTRICO

AUTORA: Enfa. Mda. Caroline Bolzan Ilha
ORIENTADORA: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Estudo qualitativo, de campo, do tipo descritivo, realizado com 11 enfermeiras do centro obstétrico de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. O estudo teve como questão de pesquisa: quais os saberes e práticas das enfermeiras acerca do dispositivo Acolhimento Com Classificação de Risco em um Centro Obstétrico, e como objetivo: compreender os saberes e práticas das enfermeiras acerca do Acolhimento com Classificação de Risco em um Centro Obstétrico. A produção dos dados aconteceu nos meses de maio a julho de 2016, por meio da técnica do grupo focal. Os dados foram submetidos à proposta operativa. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE número 53781516.0.0000.5346. Os resultados foram organizados em três unidades de sentido: conceituando Acolhimento com Classificação de Risco: uma construção coletiva; facilidades e dificuldades vivenciadas por enfermeiras frente ao Acolhimento com Classificação de Risco; o Acolhimento com Classificação de Risco como um caminho. Os achados indicaram que os saberes das enfermeiras estão atrelados aos principais preceitos preconizados pelas políticas e programas de atenção à saúde da mulher no Brasil. Surgiram aspectos facilitadores e dificultadores, que evidenciaram alguns desafios a serem superados no atendimento, como a superlotação, o trabalho fragmentado, os conflitos e assimetrias de poder, a desorganização da porta de entrada e da classificação de risco, o desrespeito a autonomia da enfermeira e a pouca articulação com o restante da rede de saúde. É preciso, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da importância de laços fortes entre os serviços disponíveis na rede local, do fortalecimento dos vínculos e da aproximação dos sujeitos envolvidos.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização da Assistência. Serviços de saúde. Obstetrícia. Enfermagem.

ABSTRACT

NURSES' KNOWLEDGE AND PRACTICES ABOUT USER EMBRACEMENT WITH RISK ASSESSMENT IN A LABOR WARD

AUTHOR: Enfa. Mda. Caroline Bolzan Ilha

ADVISOR: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

It's a qualitative descriptive field research performed with 11 labor ward nurses in a teaching hospital. The question that guided this study was: What is the knowledge and the practices of the nurses about user embracement with risk assessment in a labor ward. The objective was to understand the knowledge and the practices of the nurses about user embracement with risk assessment. The data production happened between May and June, 2016 through a focus group. The data were submitted to the operative proposal. The project was approved by the Research Ethics Committee under the CAAE number 53781516.0.0000.5346. Three categories emerged from the results: conceptualizing user embracement with risk assessment: a group construction; easiness and difficulties experienced by nurses on user embracement with risk assessment; the user embracement with risk assessment as a path. The findings indicate that the nurse`s knowledge is related to the main recommended instructions by Brazil`s women`s health care policies and programs. Furthermore, facilitating and complicating aspects have arisen, which pointed to some challenges to be overcome during the practice of care, like overcrowding, disjointed work, conflicts and disparities of power, disorganization of the gateway and the risk assessment, disrespect to the nurses' autonomy and the lack of articulation with the rest of the health network. It's necessary to rethink and also to create new ways of acting in healthcare so as to reflect on a humanizing, effective and welcoming treatment by understanding the importance of the alliance between the services available in the local network, bond strengthening and the proximity between the involved individuals.

Keywords: User Embracemen. Humanization of Assistance. Health services. Obstetrics. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
A&CR	Acolhimento e Classificação de Risco
CO	Centro Obstétrico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DEPE	Direção de Ensino e Pesquisa
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GAP	Gabinete de Apoio a Pesquisa
GF	Grupo Focal
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Programa Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RC	Rede Cegonha
RN	Recém Nascido
SHE	Serviço Hospitalar de Emergência
SIE	Sistema de Informações para o Ensino
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER COM A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA.....	16
2.2 ACOLHIMENTO	18
3 CAMINHO METODOLÓGICO	21
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	21
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	21
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	22
3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO E REGISTRO DE DADOS	23
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	25
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 CONCEITUANDO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA	29
4.2 FACILIDADES E DIFICULDADES NAS VIVÊNCIAS DAS ENFERMEIRAS FRENTE AO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	36
4.3 O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO UM CAMINHO.	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL	57
APÊNDICE B - GUIA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO	61
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	64
ANEXO A - FICHA DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	65
ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	67
ANEXO C - IMAGENS DA ORGANIZAÇÃO DOS ENCONTROS	71

1 INTRODUÇÃO

A gravidez representa um evento especial na vida das mulheres e de seus familiares, visto se tratar de um momento singular, biologicamente natural. Permeado por representações socioculturais e por transformações fisiológicas, emocionais e interpessoais (BRASIL, 2004a).

No rol das políticas públicas é perceptível o direcionamento com maior intensidade à humanização da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Esse fato está relacionado com a proposta de ampliação e melhoria da qualidade de vida da mulher, indo além de seu período reprodutivo (BRASIL, 2007). Apesar desse avanço, ainda existem dificuldades quanto à abordagem integral à saúde da mulher, visto que, problemas de ordem social, econômica, cultural e biológica continuam a ser desconsiderados (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a humanização da assistência se tornou um princípio preconizado nos programas e nas políticas públicas brasileiras, e está intimamente relacionado à proposta de qualidade da assistência prestada e sua resolutividade. Nessa direção, o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe um trabalho coletivo, que articule os avanços tecnológicos alicerçando-os no acolhimento, de modo a melhorar os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2001).

Entende-se que a atenção humanizada implica diretamente no acolhimento, sendo esse, uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). O qual garante o acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2004b).

Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) propõe o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), como uma ferramenta de apoio ao atendimento e um dispositivo técnico-assistencial. O qual permite a garantia de acesso e a concretização do princípio da equidade, possibilitando a identificação das prioridades para atendimento, considerando a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário (SENRA et al., 2010).

A relevância e a justificativa de estudar o ACCR aliado ao atendimento obstétrico relaciona-se com o fato de que o modelo de atenção obstétrica atual permanece alicerçado em práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê. O que é considerado um desafio a ser superado, visto que, a adoção de práticas

humanizadoras e organizadas é considerado fundamental para garantir uma atenção integral à mulher (TOURNQUIST, 2002). Destaca-se que o enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco das mulheres que procuram os serviços de urgência obstétrica, e deve ser orientado por um protocolo direcionador (COREN, 2007).

Frente ao exposto, a justificativa do estudo ainda guarda relação com inquietações da pesquisadora, a nível profissional, onde a mesma atua como enfermeira em Centro Obstétrico de um Hospital Universitário. Nesse local, a dinâmica está em fase inicial de implementação, e observa-se uma lógica de acolhimento em saúde identificada como ações isoladas de recepção, triagem administrativa e de encaminhamentos. Tais ações são importantes, todavia, ao serem vistas de forma isolada, não consideram os processos de responsabilização, produção de vínculo, avaliação de risco e agravo, representando um modelo médico-centrado. Refletir acerca desse fato é de grande relevância para a prática profissional, visto ser um hospital universitário, que possui compromisso com a formação profissional e é referência obstétrica em alta densidade tecnológica no SUS.

Ressalta-se também que a realização desse estudo é motivada pelo interesse da pesquisadora na temática da saúde da mulher, sendo despertada desde a graduação, ao participar do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, linha de pesquisa Saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida. Durante a participação no grupo, a pesquisadora teve a oportunidade de construir conhecimento acerca da temática, os quais despertaram um interesse diferenciado para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso, em 2010, intitulado “Tendências da produção científica relacionada ao parto: humanização no cuidado à saúde da mulher”. Ao finalizar a análise qualitativa das produções científicas na área da enfermagem, as evidências encontradas demonstraram um aumento na produção de estudos relacionados à humanização do parto, relacionados às percepções das mulheres e a assistência de enfermagem nesse cenário.

Posteriormente, a pesquisadora embarcou em uma especialização na temática, por meio do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de Saúde – Área de Concentração: materno-infantil, da Universidade Federal de Santa Maria. Nessa

vivência, foi possível trabalhar em equipe multiprofissional, conhecer os processos de trabalho do centro obstétrico, assim como, o funcionamento da rede de saúde municipal e regional. Logo, observaram-se as fragilidades existentes durante o atendimento às mulheres, assim como, a importância da atuação da equipe de enfermagem no processo de humanização da assistência obstétrica. Ao final da especialização foi construído um Trabalho de Conclusão de Pós-graduação, intitulado “Percepção de mulheres que vivenciaram a porta de entrada de um centro obstétrico”. Os resultados do estudo evidenciaram a necessidade de implantação do ACCR no Centro Obstétrico, de modo a qualificar o atendimento prestado, promover o aperfeiçoamento da equipe multiprofissional, de uma gestão mais participativa e realizar a reestruturação física necessária no serviço. A equipe do serviço fez referência à necessidade da atuação do enfermeiro no ACCR no CO.

Corroborando a trajetória de vivências na área da saúde da mulher, a pesquisadora se inseriu como enfermeira assistencial no CO do Hospital Universitário de Santa Maria em 2013, onde assumiu a função de preceptora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Tendo em vista a mudança no modelo de gestão do hospital, passando a ser gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), novas metas institucionais foram pactuadas de acordo com as necessidades dos serviços. Com isso, a proposta de implantação do ACCR foi apresentada aos gestores e contemplada como prioridade de ação institucional a curto prazo. Nesse contexto, está sendo organizado, por representantes das equipes de enfermagem e médica, a readequação da infraestrutura da unidade e a capacitação da equipe multiprofissional em saúde. Frente ao exposto, percebe-se que o enfermeiro vem sendo responsável por articular essas propostas de mudança no modelo de atenção à saúde das mulheres.

Na busca de aliar as necessidades em pesquisa da atualidade, destaca-se que a temática em questão é referenciada na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008a). Ainda, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na base *U.S. National Library of Medicine* (PubMed), com o objetivo de conhecer a produção científica acerca dos fatores que interferem na implantação do dispositivo acolhimento com classificação de risco. Para isso, foi utilizado os descritores “acolhimento” e “serviços de saúde”, como estratégias de busca, emergindo seis

artigos. O levantamento da produção acadêmica acerca do tema apresentou um número pequeno de produções, evidenciando uma escassa produção científica na temática.

Percebe-se ainda, que no Brasil, não existem muitos estudos referentes à implantação do ACCR em serviço obstétrico de emergência e às suas implicações para os profissionais da enfermagem e usuárias do serviço. Diante dessas considerações, evidencia-se a necessidade de investir em estudos que envolvam os saberes e práticas das enfermeiras atuantes em Centro Obstétrico, acerca do dispositivo ACCR na assistência prestadas às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. A fim de produzir maior conhecimento acerca da temática e possibilitar reflexões e mudanças na realidade da assistência obstétrica.

Nessa direção, vislumbra-se a **questão de pesquisa**: quais os saberes e práticas das enfermeiras acerca do dispositivo ACCR em um Centro Obstétrico? E o **objetivo**: compreender os saberes e práticas das enfermeiras acerca do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um Centro Obstétrico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para atender ao objetivo proposto e balizar teoricamente essa dissertação serão apresentados alguns conceitos e temas. Relacionados às políticas de saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, à humanização da assistência e ao acolhimento em centro obstétrico.

2.1 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER COM A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

A atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal vem sendo difundida em todos os níveis de atenção à saúde na rede pública. Sendo a humanização um dos princípios a ser alcançados (BRASIL, 2002).

Ressalta-se que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Esse processo singular é uma experiência especial no universo da mulher, de seu parceiro e de suas famílias (BRASIL, 2001).

Os profissionais da saúde são coadjuvantes dessa experiência e desempenham um papel importante, ao compartilharem conhecimento e reconhecerem os momentos críticos que necessitam de atenção e intervenção. Além disso, auxiliam a gestante em todas as etapas gestacionais até o nascimento, de modo a orientar, esclarecer, dar conforto e aliviar a dor (BRASIL, 2002).

Com o intuito de qualificar e organizar a assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, o MS criou em 1983 um programa de atendimento voltado exclusivamente para a população feminina, intitulado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O qual foi reformulado em 2004, passando a ser denominado de Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Essa política objetiva que os serviços de saúde prestem assistência integral às mulheres em todas as suas fases. Dentre suas prioridades está a promoção da atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada (RIOS; VIEIRA, 2007).

No ano de 2000 foi implementado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), o qual propunha a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às

gestantes e ao Recém Nascido (RN). Fundamentado nos direitos de cidadania e nos preceitos da humanização como condição essencial para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2002).

Conforme o PHPN é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o RN. Assim como, propor medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam a mulher e nem o RN (BRASIL, 2002).

Devido à baixa resolutividade e precariedade nos atendimentos efetuados pelos serviços de saúde do Brasil, o MS formulou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), tendo como um dos eixos principais o acolhimento nas ações de saúde (BRASIL, 2004). A fim de somar com os dois programas de humanização, o MS formula a Política Nacional de Humanização (PNH). A qual afirma que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento e com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004a).

Todavia, segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde (2002), o modelo de assistência obstétrica vigente no Brasil é caracterizado por um alto grau de medicalização e práticas intervencionistas. Esse fato corrobora com o MS, ao afirmar que a perda da autonomia feminina no parto se deve, principalmente, ao processo de medicalização do corpo (BRASIL, 2001).

Ao considerar que a atenção humanizada ao nascimento compreende o resgate da posição central da mulher nesse processo e o respeito à sua dignidade e autonomia é necessário a efetividade das diretrizes propostas tanto pelo PHPN, quanto pela PNH (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002). Tais políticas e programas emergem de discussões acerca da qualidade da atenção às mulheres no ciclo gravídico puerperal. E configuram-se como estratégias singulares para redesenhar o paradigma obstétrico, para efetivar a redução da mortalidade materna e perinatal e para possibilitar o empoderamento das mulheres (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Contudo, mesmo que o cuidado seja pautado na humanização, se as mulheres não forem vistas como sujeitos, que advêm de culturas diferentes, com emoções e desejos não universais, a atenção poderá direcionar-se para

procedimentos meramente técnicos, com efeitos danosos (TORNQUIST, 2003). Logo, reafirmar o caráter amplo da humanização na atenção obstétrica é importante, de modo a pautar os cuidados, atitudes e conhecimentos pautados em práticas não intervencionistas, objetivando o empoderamento das mulheres nas esferas de saúde sexual, reprodutiva e dos seus filhos (BRASIL, 2001).

Além do exposto, com o intuito de fortalecer a rede de atenção a saúde da mulher e da criança, o MS lançou em 24 de junho de 2011, a portaria nº 1.459, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha (RC). Essa consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. Bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. A RC visa à organização da rede de atenção à saúde materna e infantil, de modo a garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade. Com isso, umas das diretrizes pactuadas nessa rede é a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011), que será apresentada no item a seguir.

2.2 ACOLHIMENTO

Embora existam algumas mudanças significativas já reveladas e esforços dos gestores e profissionais em mudar a prática obstétrica, o atendimento em saúde no país ainda é caracterizado pela ineficiência em seus serviços e pela insatisfação dos usuários (MARQUES; LIMA, 2004). Diante desse cenário, o acolhimento surge como uma postura e prática que favorece a relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e com os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

No campo da saúde, o acolhimento precisa ser entendido como uma diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como uma ferramenta tecnológica relacional pautada na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. Isso se diferencia de triagem, pois não se esgota na etapa da recepção e deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009a). Para que o acolhimento seja efetivo é necessário o envolvimento e a responsabilização do profissional pelo estado de saúde da usuária, assim como o empoderamento da mulher pela sua produção de saúde (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Ao refletir acerca do acolhimento na atenção obstétrica cabe ressaltar que a maternidade segura é um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher em tomar decisões de maneira informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002). Assim, em consonância com tais direitos, acolher envolve uma postura de escuta e compromisso, respondendo às necessidades dos usuários, incluindo sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2008).

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências e garantir o acolhimento e a atenção qualificada e resolutiva, assim como a estabilização e referência adequada dos pacientes no SUS, o MS instituiu a Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002. A qual regulamenta os serviços estaduais de urgência e emergência no Brasil (BRASIL, 2006a).

Por meio dessa portaria surge o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que somado à diretriz do acolhimento tem por objetivo garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado e fornecer informações ao paciente e ao familiar acerca do tempo provável de espera. Assim como, minimizar a desfragmentação do processo assistencial a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuário (BELLUCCI; MATSUDA, 2012).

A avaliação de riscos e vulnerabilidade implica em estar atento ao grau de sofrimento físico e psíquico do usuário, garantindo-lhe um cuidado integral (BRASIL, 2004b). O ACCR permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, visto que, questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços (BRASIL, 2009b).

O ACCR pressupõe a agilidade no atendimento a partir de sua análise, de um protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Dessa forma, existe uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e de suas práticas de exclusão, visto que nesse método todos os usuários são atendidos. Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, possuem objetivos diferentes, mas complementares. Tendo em vista que, a singularidade dos serviços pode coexistir ou funcionar separadamente no contexto físico, mas jamais no processo de trabalho (BRASIL, 2004b).

Ainda, entende-se que o ACCR é um dispositivo que poderá melhorar a qualidade do serviço, ao integrar os diferentes setores e articular com a rede de serviços no sistema de referência e contra referência, com vistas à implementação da linha de cuidado no atendimento às gestantes e puérperas. Conforme o MS (2014), o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico.

O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento podem levar à insegurança e preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, são fatores que levam a gestante a procurar os serviços de urgência e maternidades com frequência. Nesse ínterim, o acolhimento da mulher e de seu acompanhante tem função fundamental na construção de vínculo e confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo, especialmente, no momento do parto.

Diante do exposto, destaca-se que o enfermeiro é um dos profissionais que possui em sua formação o conhecimento e a sensibilidade necessária para o desempenho do processo de acolhimento às mulheres no ambiente do centro obstétrico. Nesse sentido, o enfermeiro que atua na classificação de risco deve possuir habilidades para promover a escuta qualificada, o trabalho em equipe, a avaliação, o registro correto e detalhado da queixa, o raciocínio clínico, a agilidade mental para a tomada de decisões. Assim como ter a capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial, a fim de efetivar a continuidade do cuidado (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2004b).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Nesse capítulo será apresentado: o delineamento da pesquisa; o cenário do estudo; as participantes do estudo; os procedimentos e técnicas de produção e registro de dados; a análise e interpretação dos dados e as considerações éticas.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para a construção de um percurso de investigação que possibilite responder a questão desse estudo, optou-se pelo estudo com abordagem qualitativa, de campo, do tipo descritivo. A abordagem qualitativa foi escolhida, uma vez que abarca o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que corresponde a um espaço mais profundo das relações. Os significados a partir da interpretação do fenômeno fazem parte do processo de conhecimento, tanto do sujeito pesquisador quanto dos atores pesquisados. É comumente utilizada por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (MINAYO, 2014).

A escolha pela pesquisa de campo se deu por ser desenvolvida no local de convívio social da pesquisadora e por ser uma técnica que permite aprofundar a temática escolhida. Assim, busca entender determinadas práticas, comportamentos, crenças e atitudes (GIL, 2010). O estudo de campo não permite apenas a aproximação com o objeto de estudo, mas também permeia a possibilidade de produzir conhecimento, a partir da interação com a realidade estudada (MINAYO, 2014).

Quanto ao estudo descritivo, relaciona-se porque ele busca conhecer as distintas situações e relações que acontecem na vida social, política, econômica e nos diferentes aspectos do comportamento humano, tanto isoladamente como em grupos e comunidades (GIL, 2010). Esse tipo de estudo trabalha sob dados ou fatos colhidos da própria realidade, sendo desenvolvido principalmente nas Ciências Humanas e Sociais, objetivando abordar dados e problemas relevantes cujo registro não consta de documentos (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário para o estudo foi o Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário

de Santa Maria (HUSM). Esse hospital foi fundado em 1970, sendo referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul. Por ser órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria, a Instituição atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

O CO é considerado referência no atendimento de alta densidade tecnológica para os municípios que fazem parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), totalizando 32 municípios de abrangência, e também é referência para os municípios da 10ª CRS quando as suas instituições de referência não dão conta da demanda. O serviço funciona como pronto atendimento obstétrico durante 24 horas por dia, atendendo mensalmente, aproximadamente, 700 consultas e 200 partos. Situa-se no subsolo do HUSM, e sua infraestrutura é composta por uma sala para realização do acolhimento e classificação de risco, dois boxes para consultas médicas, três leitos de observação para atendimento de intercorrências ginecológicas e vítimas de violência, seis leitos de internação para mulheres em trabalho de parto ou no pós-parto, duas salas de parto, uma sala cirúrgica para cesariana e quatro leitos para recuperação pós-cesárea. Conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistente social, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem e residentes médicos e do programa de residência multiprofissional da UFSM. Por ser um serviço de referência, e no intuito de organizar e qualificar a assistência às mulheres, no dia 13 de outubro de 2015 o HUSM instituiu o dispositivo ACCR.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com 11 enfermeiras atuantes no centro obstétrico do HUSM. A escolha por esse número de participantes estava dentro do previsto e se justifica pela escolha da técnica do Grupo Focal (GP), tendo em vista a melhor operacionalização dos encontros (MAZZA; MELO; CHIESA, 2009).

Sob o ponto de vista operacional, a técnica do GF compreende reuniões com um pequeno número de informantes, prevendo o mínimo de seis e o máximo de 15 participantes (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). Esse número de participantes propicia maior interação grupal e facilita o desenvolvimento das discussões, debates e comunicação intragrupo (GATTI, 2005).

Os critérios de inclusão foram: enfermeiras que vivenciaram o serviço de ACCR no CO por um período mínimo de três meses, inseridas no setor até o ano de 2015. Os critérios de exclusão foram: enfermeiras que estivessem em licença saúde ou afastadas do serviço no período de produção de dados.

3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO E REGISTRO DE DADOS

A produção de dados aconteceu de maio a julho de 2016, por meio da técnica intitulada Grupo Focal (GF). A escolha pelo GF está de acordo com o objetivo do estudo, sendo considerada apropriada para pesquisas qualitativas quando se pretende explorar um ponto em especial, trazendo à tona distintas compreensões do objeto em estudo (RESSEL; GUALDA; GONZALES, 2008).

A captação das participantes foi de forma intencional, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo e da disponibilidade da escala de serviço. Para tanto, foi realizado contato prévio com a chefia do CO a fim de explicar acerca do objetivo da pesquisa e, por conseguinte, com as participantes do estudo, no próprio local de trabalho. No primeiro momento foi explicado a respeito do projeto, da importância da enfermeira escolhida fazer parte da pesquisa, na sequência, realizado o convite para participação no estudo. Após esse percurso, foram agendados os encontros de acordo com a preferência das participantes e organização da escala de serviço.

A técnica de GF se caracteriza como grupos de discussão, que dialogam acerca de um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. Essa técnica distingue-se por suas características próprias, principalmente pelo processo de interação grupal, que é uma resultante da procura de dados (KITZINGER; BARBOUR, 1999).

Essa técnica facilita a formação de ideias novas e originais, tem a capacidade de refletir questões e preocupações que são importantes para os participantes, além de gerar possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo (BARBOUR, 2009; DEBUS, 1997). É útil quando se propõe a investigar o que os participantes pensam e porque pensam dessa forma (MORGAN, 1997).

Segundo Gatti (2005), a pesquisa com GF possibilita a compreensão dos processos de construção de uma realidade de um grupo social, assim como, de seus comportamentos e atitudes, práticas cotidianas, ações e reações a fatos e

eventos, por pessoas que compartilham alguns traços em comum. Além disso, busca promover a obtenção de perspectivas diferentes acerca do mesmo tema.

É necessário atentar para algumas condições, como o número de participantes já definido anteriormente, a forma como foram convidados a participar; o objetivo do estudo; o tempo de duração dos encontros, que varia, entre apresentação e finalização, de uma hora a uma hora e trinta minutos, o possibilita a discussão das ideias sem levar à exaustão (MAZZA; MELO; CHIESA, 2009).

Em relação a isso, Mazza, Melo e Chiesa (2009) destacam que a preparação da equipe de trabalho é essencial para a qualidade do encontro. A equipe dessa pesquisa foi constituída por duas pessoas, uma observadora (auxiliar de pesquisa) e uma moderadora (a pesquisadora). A moderadora participou como uma facilitadora do debate, sendo importante ela ter conhecimento acerca do tema em discussão, além de clareza dos objetivos de cada encontro, atentando sempre às narrativas de cada participante, para melhor conduzir as discussões.

Já a observadora, auxiliou nos encontros, na organização e condução, controlando o tempo e monitorando os equipamentos. Fez a análise dos encontros e as sínteses, registrando os acontecimentos no grupo, por meio de um diário de campo (RESSEL; GUALDA, 2002). Acrescentando, Dall'agnol e Trench (1999) esclarecem a importância do papel do moderador como significativo e relevante para o funcionamento dos grupos e implica preparo e instrumentalização em todas as fases do processo.

As participantes do GF possuíam vivências acerca do tema discutido, de tal modo que sua participação trouxe elementos ancorados em suas experiências cotidianas (GATTI, 2005). O convite para integrar o GF é um elemento fundamental à participação. Segundo Mazza, Melo e Chiesa (2009, p. 185), “o sucesso para garantir a presença dos participantes no GF está diretamente relacionado aos recursos de convocação”. O fato de a pesquisadora conhecer as participantes e conviver com elas durante o expediente de trabalho facilitou o convite para o estudo.

O GF aconteceu por meio de três sessões, as quais foram suficientes para responder aos objetivos do estudo. Gatti (2005), afirma que o número de sessões a serem realizadas depende da natureza do problema discutido, do estilo de funcionamento que o grupo adotará e da avaliação do pesquisador acerca da suficiência da discussão em relação aos seus objetivos.

O ambiente escolhido para realização dos encontros foi uma sala de aula existente na própria unidade, sugerida pelas participantes. O local compreendeu alguns cuidados, assegurando privacidade, conforto, espaço adequado, boa iluminação, fácil acesso, sem interferências externas. Tendo em vista que a localização da sala para o GF pode exercer certa influência nas discussões (RESSEL; GUALDA; GONZÁLES, 2008; BARBOUR, 2009).

Pondera-se que a preparação dos encontros não objetiva apenas a sua organização, mas também o desenvolvimento de um ambiente acolhedor, confortável, descontraído e seguro para todas as participantes (RESSEL; GUALDA, 2002). Destaca-se, que durante as sessões foi disponibilizado também um lanche ao grupo.

Outro elemento essencial foi a preparação do guia de temas, que é um instrumento que serve para nortear a discussão, sistematizando as questões e o objetivo de cada GF, em coerência com o objetivo geral proposto para a pesquisa (RESSEL, 2003). Assim, foi elaborado o roteiro para realização do GF (APÊNDICE A), de acordo com os propósitos da pesquisa. Além desses elementos, foi utilizado pela pesquisadora no final de cada encontro, o guia de avaliação da sessão (APÊNDICE B), que auxiliou a identificar as dificuldades presentes no encontro, e assim reorganizar o trabalho para os próximos encontros (MAZZA; MELO; CHIESA, 2009).

Os dados produzidos foram gravados e após, transcritos e analisados. Além deles, a pesquisadora e a observadora fizeram uso de diários de campo, onde anotaram tudo o que foi observado, as impressões pessoais, os resultados de conversas informais, os comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores e outros (MINAYO, 2014).

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo (2014), a qual se divide em dois momentos operacionais: **exploratório** e **interpretativo**.

A **fase exploratória** diz respeito às determinações fundamentais do estudo e incluiu o conhecimento do contexto sócio histórico do grupo a ser estudado. Na **fase interpretativa** há o encontro com os fatos empíricos, onde se busca encontrar nos

relatos e nas observações dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e interpretações acerca do tema investigado (MINAYO, 2014).

A **fase interpretativa** é apresentada em duas etapas: a **ordenação dos dados**, a qual representou o momento de transcrição e organização dos depoimentos das participantes; e o outro momento é a **classificação de dados**, a qual é subdividida em quatro etapas: **leitura horizontal e exaustiva dos textos**, **leitura transversal**, **análise final e relatório** (MINAYO, 2014).

A **leitura horizontal e exaustiva dos textos**, (nesse estudo, corresponde as transcrições dos encontros e registros do diário de campo), prevê a leitura de todo o material produzido em campo e o registro das primeiras impressões, com o intuito de destacar os conteúdos de relevância e as ideias centrais. A **leitura transversal** envolveu o recorte de cada fala em “unidade de sentido” ou “tema”. Nesse momento, foram identificadas as temáticas afins e estas serão agrupadas para que, a seguir, fosse possível interpretar os dados mais relevantes, os quais formaram as categorias centrais. A **análise final** envolveu as etapas de ordenação e classificação, as quais demandam um aprofundamento e compreensão do material empírico, destacando, que este deve ser o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e interpretação. Esses dados obtidos, na análise final foram associados ao referencial teórico, possibilitando responder a questão que norteia o estudo e atender ao objetivo proposto. O **relatório** final configura-se em uma síntese, na qual o objeto de estudo é o foco central, que deve estar claro durante todo o texto (MINAYO, 2014).

O relatório desse estudo consiste na apresentação dos resultados dessa pesquisa em forma relatório de dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi conduzida pelos aspectos éticos e legais, sendo atendidos os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Que dispõe acerca das diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo a participação de seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi registrado no Sistema de Informações Educacionais (SIE) da UFSM e no Gabinete de Apoio à Pesquisa (GAP) do Centro de Ciências da

Saúde, após foi encaminhado a Direção de Ensino e Pesquisa (DEPE) do HUSM e submetido à Plataforma Brasil Online. Sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP), sob CAAE número 53781516.0.0000.5346.

A produção de dados teve início somente após a aprovação das instâncias supracitadas. Foi providenciado às participantes, o conhecimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Também foram esclarecidos os benefícios do estudo, enfatizando que não teriam nenhum benefício de forma direta, visto que a pesquisa poderia disponibilizar maior produção de conhecimento acerca da temática ACCR, podendo auxiliar na qualificação da assistência. Os riscos possíveis envolviam algum constrangimento que a participante da pesquisa poderia sentir ao participar do GF. Se existisse algum constrangimento, a pesquisadora conversaria com o grupo de participantes e tomaria junto com elas a decisão quanto a encerrar a sessão e retomar em outro momento. Além disso, foi enfatizada a possibilidade de desistência da participação no estudo, sem nenhuma penalidade. Todavia, esse fato não foi observado durante a produção de dados.

O compromisso ético dessa pesquisa implica em a pesquisadora retornar os resultados aos serviços e às participantes envolvidas no processo, facultando, assim, um momento de ponderação, de reflexão e de discussão acerca da temática em estudo. Para tanto, foi proposto um encontro posterior ao término da pesquisa, junto às participantes do estudo e a chefia do serviço para apresentação dos principais resultados.

Ainda, o estudo possibilitou resultados que serão compartilhados por meio de publicações científicas em periódicos, apresentações em eventos da área e discussões junto ao grupo de pesquisa da UFSM, onde o estudo encontra-se vinculado.

Também foi informado às participantes que as informações dessa pesquisa seriam de uso exclusivamente científico e que as gravações transcritas ficariam sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora responsável, professora Dr^a Lúcia Beatriz Ressel, em forma de CD-ROM, por um período máximo de cinco anos após a apresentação da dissertação. Esses dados serão guardados no prédio do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, e após o período, o material será destruído.

Destaca-se que as discussões do GF, registradas em gravação digital foram deletadas imediatamente após a transcrição para os CDs.

Por fim, foi enfatizado o direito de privacidade das participantes do estudo e de não serem expostas publicamente com qualquer tipo de identificação durante a pesquisa e nas publicações dos resultados, sendo confidencial sua identidade. Nesse sentido, as participantes foram identificadas por meio da utilização do sistema alfa numérico com a letra “P”, relacionada à participante, seguida da numeração aleatória. Assim, foi disponibilizado o Termo de Confidencialidade (TC) (APÊNDICE D).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo apresenta os resultados encontrados na pesquisa, bem como sua análise e discussão. Pondera-se que será utilizada ao longo do estudo a nomenclatura “enfermeira”, visto que todas as participantes foram do sexo feminino.

Participaram do estudo 11 enfermeiras, atuantes no CO do hospital onde a produção dos dados foi realizada, dessas, três possuíam formação específica em obstetrícia. Com relação ao tempo de atuação no serviço, houve uma variação de seis meses a três anos.

Durante a análise do debate grupal foi possível evidenciar os saberes e as práticas das enfermeiras acerca do ACCR em centro obstétrico, desvelados a partir da Proposta Operativa de Minayo, resultando nas seguintes categorias: “Conceituando Acolhimento com Classificação de Risco: uma construção coletiva”; “Facilidades e dificuldades vivenciadas por enfermeiras frente ao Acolhimento com Classificação de Risco”; “O Acolhimento com Classificação de Risco como um caminho”.

4.1 CONCEITUANDO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

Para o desenvolvimento de uma construção coletiva acerca de ACCR, na sessão de GF, utilizou-se a técnica de *brainstorming*, onde as participantes foram convidadas a expressar, com o menor número de palavras, suas concepções acerca do termo “ACCR”. A partir da manifestação das participantes, foram realizados alguns questionamentos, a fim de promover o aprofundamento da discussão e alcançar o objetivo proposto para o encontro.

A partir da técnica supracitada, as participantes elencaram palavras ou termos relacionados ao ACCR, como: tempo; escuta qualificada; cuidado; ser humano visto como um todo – humanização; equidade e resolutividade. Após esse momento, discutiram acerca da temática proposta, e ao final elaboraram uma síntese com a respectiva validação coletiva.

A discussão iniciou em torno da palavra “tempo”, onde foi possível observar um entendimento coletivo de que uma das prioridades no momento do acolhimento e da classificação de risco é saber identificar habilmente as condições clínicas das

gestantes e mulheres atendidas no serviço. E a partir dessa identificação, o enfermeiro precisa ter atenção e saber agir em tempo oportuno, tomando decisões corretas e evitando o risco de morte para a mulher e o bebê. Conforme evidenciado a seguir:

Eu escrevi [na folha de papel] tempo, porque considero umas das prioridades do momento [...] a gente consegue ver qual a paciente está mais grave para dar atendimento rápido para que não haja risco, nem para ela, nem para o bebê e conseqüentemente para nós (P1).

A gente tem que prestar atenção quanto a gravidade[...] e pensar que naquele momento a responsabilidade é nossa de saber se é grave ou não é [...] buscando agir no tempo certo (P3).

Os depoimentos revelam a preocupação das enfermeiras em agilizar o atendimento às gestantes, tendo em vista existir duas vidas envolvidas nesse processo de cuidar. O que culmina em sentimento de apreensão frente à situação vivenciada pela enfermeira responsável pelo acolhimento e classificação.

Nessa direção, a fim de que o ACCR seja efetivo, as participantes reportaram a necessidade dos profissionais de saúde possuírem qualificação adequada acerca do protocolo implantado no serviço (ANEXO A). Ademais, é necessário que existam habilidades fundamentais como conhecimento, avaliação e senso crítico. Essa última característica se desenvolve com experiência, sensibilidade e uso da observação. A experiência mobiliza os conhecimentos teóricos e práticos das enfermeiras e favorece o aperfeiçoamento de competências nesse processo de trabalho (PRUDÊNCIO et al., 2016).

Embora o elemento *tempo* não apareça como um elemento crucial na efetividade do ACCR, ele está relacionado de forma indireta, nos quesitos fundamentais para sua realização. Pois, é considerado necessário para a resolução imediata das necessidades das mulheres atendidas. Assim, pondera-se que o tempo dispensado no cuidado é essencial para o uso adequado do conhecimento, para avaliação da situação e para o senso crítico ser apurado.

Além disso, a demora na realização da consulta médica após o acolhimento, muitas vezes, desrespeita o tempo estipulado pela classificação. Conforme visualizado nos depoimentos a seguir:

[...]agir no tempo certo, mesmo sabendo que a demanda é excessiva, mas saber avaliar a queixa das mulheres e seguir o protocolo, que nos respalda[...] (P6).

[...]precisamos saber que se ela referiu e está no protocolo, vamos respeitar e agir rápido quando preciso[...] apesar de vermos que demora bastante para ser realizado o atendimento por parte da equipe médica[...] e que a classificação de risco, nem sempre é cumprida por eles[...] (P7).

Conforme manual de ACCR em obstetrícia existe um fluxo de atendimento após a classificação de risco, onde o tempo médio de espera da classificação ao atendimento médico por prioridade deverá ser: prioridade clínica vermelha: tempo zero; prioridade clínica laranja: até 15 min; prioridade clínica amarela: até 30 min; prioridade clínica verde: até 120min; prioridade clínica azul: até 240min (BRASIL, 2014). As participantes do estudo compreendem ainda, que os profissionais atuantes no centro obstétrico devem respeitar as recomendações previstas no manual do MS, e ter apropriação do conhecimento que essa ferramenta proporciona. A fim de direcionar sua prática com segurança, visto que sua construção é baseada em evidências científicas e adaptáveis à realidade de cada cenário.

Nesse sentido, o tempo de espera após a avaliação no ACCR, deve cumprir o tempo médio previsto no protocolo. Queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige do profissional escuta qualificada e habilidade para julgamento clínico embasado em protocolo estabelecido.

Durante a discussão grupal as participantes reportaram a escuta qualificada como outro elemento relacionado ao ACCR. Representando uma estratégia relevante para o cuidado, conforme apontam os depoimentos:

Eu escolhi escuta qualificada, porque acho que trabalhamos muito com o subjetivo da paciente. E, no acolhimento, é necessária uma escuta acentuada do que elas nos referem [...] (P2).

A escuta qualificada faz o diferencial por nós enfermeiras, por nosso conhecimento técnico científico ali na frente[...] pois a gente avalia, sente e ouve o que a pessoa está referindo[...] (P3).

[...] a gente realiza o exame físico, ausculta os batimentos cardíacos, mas observar o que ela refere é fundamental, assim como, acreditar no que elas estão dizendo e seguir o protocolo de risco do Ministério da Saúde[...] isso envolve a escuta qualificada (P5).

[...] pensando no que as colegas falaram, engloba tudo aquilo, mas acho que vai um pouco além, porque antes a gente tinha triagem, não era um

acolhimento [...] não tinha todo esse diálogo que considero extremamente importante (P4).

O surgimento do termo *escuta qualificada* evidencia uma convergência entre o saber profissional e os pressupostos da PNH. O ACCR surgiu como um protocolo fundamental para a efetividade de uma assistência humanizada, balizado no diálogo e no cuidado singular. Mas, embora os depoimentos valorizem e façam destaque a subjetividade das mulheres, a prática profissional ainda mantém-se balizada em um modelo clínico-biomédico, onde o atendimento é baseado na queixa-conduta e na triagem. Logo, o ACCR se apresenta como uma estratégia oportuna para mudança do modelo de atenção e gestão em saúde (BRASIL, 2014).

A percepção das enfermeiras acerca da escuta qualificada está atrelada ao contexto de trabalho e sua demanda excessiva. Em virtude de ser um serviço hospitalar de referência para região central do estado, com atendimento 24 horas para as mulheres.

A utilização rigorosa de um protocolo é percebida como fonte de segurança e respaldo na tomada de decisões. Um estudo realizado com equipe de enfermagem no estado do Maranhão evidenciou que a classificação de risco deve ser realizada mediante protocolos pré-estabelecidos, embasado na escuta qualificada, no julgamento crítico e na experiência da enfermagem (SERVI, 2010). Esses protocolos funcionam como ferramentas de auxílio e suporte para a tomada de decisão da enfermagem na classificação de risco da usuária.

Um estudo realizado com enfermeiros acerca da avaliação do protocolo de *Manchester* na classificação de risco, de um hospital público verificou-se que protocolo é seguro e permite a identificação rápida de usuários com maior gravidade no momento da realização da triagem (BOHN, 2013). Os protocolos de classificação de risco sistematizam a avaliação e respaldam legalmente as condutas das enfermeiras. Acrescenta-se que tais protocolos se configuram como ferramentas importantes no cuidado, contudo não suficientes, pois não são capazes de atingir os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais. Fatores indispensáveis para a efetiva avaliação do risco de cada usuário que procura os serviços de urgência (LOPES, 2011).

A escuta qualificada é percebida como uma ferramenta essencial para o bom atendimento do usuário e seu cuidado integral. Já que propicia o acolhimento, a

construção de vínculo e o respeito à diversidade e à singularidade entre os envolvidos no cuidado (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Na compreensão das participantes os termos *cuidado* e *ser humano visto como um todo - humanização* foram relacionados ao ACCR.

Escrevi “cuidado”, pois acho que é um dos objetivos do ACCR [...] envolve tempo para pensarmos e definirmos qual é a prioridade daquele momento para a paciente mas, também, envolve a escuta, e saber visualizar a paciente como um todo[...] (P5).

No meu papel escrevi “o ser humano visto como um todo - humanização” [...] o que mais me chama a atenção é conseguirmos olhar a paciente que chega gestante no todo dela, pois, às vezes, focamos no risco e nem sempre é risco, é uma classificação [...] é um momento importante que precisamos distinguir a parte da urgência de tudo o que tem por trás[...] (P4).

Os depoimentos revelam que o cuidado foi relacionado ao ACCR, como uma atitude que envolve presteza, prioridade e considera o conjunto do ser cuidado. Conforme Waldow (2014), o cuidado é considerado interativo e está relacionado ao envolvimento, dedicação, interesse e responsabilidade. Sendo demonstrado por gestos, posturas, olhares e toques entre os sujeitos envolvidos.

Estudos apontam que a enfermeira é considerada um dos agentes transformadores da realidade do usuário. Pois, busca ouvir suas queixas e atua elencando todas as necessidades do indivíduo. A avaliação é realizada no momento da consulta de enfermagem, na triagem, após escuta qualificada, anamnese e exame físico, quando é decidida a conduta adequada para o usuário (PRUDÊNCIO et al., 2016; BOHN,2013; LOPES, 2011).

Também se desvela nos depoimentos a significação de ACCR e humanização no sentido de perceber o ser cuidado como um todo. Nesse interim, destaca-se um estudo que objetivou discutir o cuidar e o humanizar, salientando alguns significados e relações entre ambos os temas. Essa proximidade permite visualizar o ser cuidado como um todo, de maneira singular, revelando a sensibilidade no processo de humanização (WALDOW; BORGES, 2011).

Apesar das diferenças conceituais apresentadas, infere-se que no cenário do estudo a prática do “acolhimento” passou a fortalecer a proposta de humanização na atenção às mulheres. Representando uma ferramenta efetiva para lidar com os problemas relacionados à qualidade do acesso e da recepção das usuárias. Sendo assim, reafirma-se a premissa preconizada pela PNH, de que humanizar a atenção e

gestão em saúde no SUS permite a qualificação das práticas de cuidado em saúde (BRASIL, 2006b).

Outros termos relacionados à concepção de ACCR envolveram a *equidade* e *resolutividade*, expressos nos seguintes depoimentos:

Eu penso no sentido da equidade, de poder atender todas, mas dentro do que cada uma necessita, dentro da demanda de cada indivíduo (P7).

Eu escrevi a palavra resolutividade, porque pensei, que é uma resolução e o profissional que está ali tem o dever de dar resolução a situação que levou essa mulher a procurar o serviço [...](P6).

Ter a resolução, saber o que está acontecendo e deter o critério clínico para classificar, mas, também, o pós, ou seja a sequência do atendimento, o desfecho, pois nós não podemos nos limitar somente ao hospital. Ela precisa retornar para rede, para ela dar continuidade ao acompanhamento [...](P4).

[...] muitas vezes elas só precisam de uma orientação, saber que caminho elas podem tomar, mas que seja resolutivo [...](P2).

[...] essa resolutividade, é um retorno que nós como profissionais somos obrigados a dar para ela, assim como fortalecer e orientar ela [...](P1).

Ao revelar o termo “equidade”, as participantes entendem como a capacidade de acolher a demanda necessitada, estabelecer vínculo e tratar com singularidade cada situação e cada usuário. Os depoimentos remetidos a palavra “resolutividade” revelam que as profissionais entendem que o ACCR possui como uma das suas prioridades a resolução das necessidades de cada sujeito. Pensando assim, a resolução efetiva percorre um fluxo estruturado e direcionado às necessidades de cada mulher, dentro de uma rede de saúde articulada, capaz de acolher, tratar e promover sua saúde com respeito e dignidade.

As noções de equidade perpassam a universalidade, e estão relacionadas ao princípio da igualdade, que por sua vez está associado à ideia de justiça no pensamento dos principais filósofos. No SUS, a universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça e a prestação de serviços direcionada a um grupo ou categoria que é alvo especial das intervenções. Já a integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas (PAIM; SILVA, 2010).

A equidade em saúde também está relacionada à qualidade dos serviços, sua eficácia e sua capacidade de resolver problemas de saúde. Assim, infere-se que o ACCR é um instrumento que visa somar esforços ao desafio de ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integra, equânime e resolutivo.

Alguns depoimentos da discussão em grupo apontam a existência de uma rede de saúde precária que não dá conta da demanda, e que evidencia fragilidade e fragmentação nos fluxos dos serviços. O que gera preocupação entre as enfermeiras do serviço.

Assim, conforme a PNH o acolhimento envolve a responsabilização integral pelo usuário, desde a sua chegada ao serviço até a recepção, respeitando sua queixa e suas preocupações. Implica na prestação de um atendimento resolutivo, corresponsável, de acordo com cada usuário e família, de modo a garantir a continuidade do cuidado e a articulação com outros serviços de saúde (BRASIL, 2006b). O acolhimento é antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes de saúde, a fim de melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante.

Para que isso seja efetivo é necessário pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, remetendo à perspectiva da clínica ampliada¹. Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas” e multiprofissionais comprometidas com às necessidades dos usuários e famílias.

Compreende-se que todos os instrumentos utilizados para melhoria do atendimento são válidos, pois, auxiliam na tomada de decisão da enfermeira e na busca por uma assistência sistematizada Mas, devem considerar a individualidade das usuárias em todos os seus aspectos (PRUDENCIO et al., 2016).

Após o compartilhamento de todos os termos da atividade grupal e o estabelecimento de troca de saberes, as participantes foram convidadas a validar a

² A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado (BRASIL, 2004c).

síntese obtida naquele primeiro momento. Cabe ressaltar, que tendo em vista a profundidade dos conceitos existentes em cada termo, a formulação do conceito coletivo não se estabeleceu de maneira completa, mas expressou a seguinte construção grupal:

É uma ação/consulta realizada pela enfermeira, a qual faz parte do *cuidado como um todo*, tendo em vista os preceitos da *humanização* e da *equidade*. É um momento importante, que demanda atenção e conhecimento para classificar no *tempo certo*, seguindo protocolo e desenvolvendo a *escuta qualificada*. De modo a acolher com *resolutividade*, *atendendo as subjetividades e singularidades de cada ser cuidado*.

O conceito coletivo emergido no GF aponta que a prática e os saberes das enfermeiras atuantes no ACCR do CO em estudo estão convergentes com os principais preceitos das políticas e programas do MS que regem a atenção à saúde da mulher. Por ser um serviço “inovador” para os profissionais de saúde e para as mulheres usuárias desse serviço é compreensível o lento processo de mudança. O pensar em saúde por meio dessa ferramenta está explicitado no conceito coletivo, e é fonte de esperança e confiança às enfermeiras, que veem se comprometendo a caminhar nessa construção de cuidado às mulheres.

4.2 FACILIDADES E DIFICULDADES NAS VIVÊNCIAS DAS ENFERMEIRAS FRENTE AO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os resultados dessa categoria emergiram da realização da segunda sessão de GF, o qual teve por objetivo revelar os fatores positivos e negativos acerca do ACCR no CO, e desvelar alguns fatores que implicam na atuação da enfermeira.

Solicitou-se que as participantes registrassem em uma folha de papel recebida o que facilita e o que dificulta a atuação da enfermeira no ACCR. Após orientou-se que fosse realizada a leitura e explicação de cada apontamento registrado. Para promover essa discussão foram utilizados os questionamentos: **como você desempenha suas atribuições no ACCR? Quais são as contribuições do ACCR para o serviço?** Foram elencados diversos fatores, tanto facilitadores como dificultadores, os quais serão discutidos ao longo dessa categoria.

A **estrutura física** foi apontada como um fator facilitador, sendo associada ao fato de existir uma sala própria e privada para realização do ACCR, com espaço

físico adequado para receber as usuárias e seus acompanhantes e por dispor de equipamentos necessários para realização do atendimento adequado. No entanto, evidencia-se como um dificultador o não funcionamento dos equipamentos e a infraestrutura, em especial a porta de entrada do serviço, por não ser adequada a demanda.

Considero muito bom o ambiente privado para realizar o ACCR, pois conseguimos conversar com paciente, e é um fator relevante termos essa estrutura a nosso dispor, favorecendo nosso trabalho e o atendimento [...] (P1).

[...]a nossa sala é grande, bem apropriada, com os devidos equipamentos, sendo o básico para um bom atendimento[...] mas, também, sinto que dificulta quando os equipamentos não estão funcionando, prejudicando a qualidade [...] (P3).

[...] a estrutura física do ACCR é positiva, mas considerando os box de atendimento médico, ainda é precária, falta banheiros e não dá conta da demanda como deveria [...] não conseguimos incluir o familiar durante a consulta médica, isso dificulta o seguimento num todo ainda[...] (P4).

Pontua-se que a sala própria, privativa e adequada para acolher as mulheres e acompanhantes contribuiu para qualidade do serviço, o que foi lembrado de maneira positiva por todas as participantes do estudo. Esse fato vai de encontro a alguns estudos, que destacaram a estrutura física como inadequada e limitadora na atuação dos profissionais (PRUDÊNCIO et al., 2016; GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). A adequação do espaço físico, com as devidas reformas e sinalização interna (porta de entrada, consultórios, leitos, sala de parto e demais locais) de acordo com as necessidades do serviço fazem parte das orientações para adequação da ambiência nas Portas de Entradas dos Serviços que realizam partos (BRASIL, 2014).

Por outro lado, os depoimentos evidenciaram que a sala de atendimento médico denominadas box de consultas, ainda apresentam estrutura inadequada. Os dois box de consulta presentes na unidade não possuem ambiente privativo e espaço adequado, tanto para o manejo em situações de urgência/emergência, como para a permanência do acompanhante junto as mulheres.

A **presença do familiar** foi pontuada como um aspecto positivo após a implantação do ACCR, pois desse modo é possível acolher as mulheres e seus acompanhantes em ambiente privativo e com espaço adequado. Conforme previsto na Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que visa garantir às parturientes o direito à

presença do acompanhante, desde a porta de entrada dos serviços de saúde. Essa ponderação pode ser observada na fala a abaixo:

[...] pensei na presença do familiar ou acompanhante como positivo, pois ele participa junto no ACCR pelo menos [...] (P2).

Apesar de a lei existir desde 2005, sua interpretação no respectivo serviço passou a ser respeitada mais rigorosamente quando se deu início à reorganização da porta de entrada por meio do ACCR. Oportunizando espaço para inserção do familiar nesse cenário.

Além dos itens já citados, as participantes ainda evidenciaram como facilitador, a existência da **ficha de classificação** (ANEXO C). Assim como, a adoção do **protocolo** de classificação de risco em obstetrícia do MS como norteador das ações das enfermeiras. Em contrapartida, as participantes elencaram como dificultador a **falta de um sistema informatizado** para realizar a classificação.

A ficha de classificação nos auxilia bastante, por isso considero um facilitador [...]assim como, o computador com acesso à internet (P1).

Facilita termos um protocolo para seguirmos e uma ficha que direciona como devemos atender clinicamente, principalmente nas situações de urgências/emergências.(P3).

[...]seguimos o protocolo mas a classificação de risco é incompleta para nossa demanda [...], por exemplo, não aparece em qual cor se classificam não gestantes com intercorrências ginecológicas, entre outras situações, sendo negativo nesse ponto [...] (P4).

Dificulta não termos um sistema informatizado para realizar o ACCR, como existe em outros hospitais, como conheci no Clínicas em Porto Alegre [...] o que agilizaria o atendimento, pois as vezes tem muitas mulheres aguardando serem acolhidas sem sabermos a gravidade. Isso me angustia. (P5).

O protocolo de CR é evidenciado como uma ferramenta de apoio à decisão clínica e como uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Ademais, baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida (BRASIL, 2014).

Em relação à utilização de protocolos pré-estabelecidos no ACCR, as enfermeiras afirmam estar de acordo em utilizar um protocolo para padronizar e

sistematizar os procedimentos no ACCR. Entretanto, sua utilização não deve acontecer isoladamente ao contexto da situação vivenciada, sendo necessário um olhar clínico e ampliado do profissional.

Acredita-se que a implementação de um sistema informatizado para realização da classificação no lugar da ficha utilizada pelo serviço, agilizaria os atendimentos, diminuiria a burocratização, produziria menos papeis e não deixaria dúvidas quanto à classificação adequada. Visto ser um sistema específico para esse tipo de atendimento.

O **trabalho em equipe multiprofissional**, o **diálogo e a comunicação** efetiva foram apontados como um elo entre os profissionais e serviços de saúde. As enfermeiras ainda mencionaram que a existência de um diálogo mais aproximado com a equipe médica é um elemento positivo nesse contexto. Todavia, elencaram como um fator dificultador a **ausência ou distanciamento dos residentes e médicos** preceptores durante atendimento pós-classificação, visto ser realizado por acadêmicos de medicina. Isso reflete na qualidade do atendimento e no tempo de espera das mulheres classificadas, o qual acaba não sendo respeitado em alguns momentos.

[...] a comunicação com a equipe que está acolhendo e atendendo na porta de entrada é fundamental e sinto que está mais aproximada[...] (P1).

[...] o ACCR nos possibilitou discutir mais os casos com a equipe e isso está favorecendo o trabalho em equipe (P2).

Ao mesmo tempo que é positivo quando a equipe trabalha junto, é negativo quando falta acompanhamento por parte dos residentes e médicos preceptores durante os atendimentos após o ACCR, que são realizados por acadêmicos de medicina[...]isso também provoca demora no atendimento e acaba prejudicando o tempo da classificação, que não é respeitado nesses casos[...] (P3).

Percebo que ainda não é respeitado o que foi compactuado quando iniciou o ACCR. Existem médicos preceptores que não acompanham os residentes quando necessário [...] (P4).

Sinto dificuldade nos atendimentos mais graves, onde avisamos os residentes e eles não vem olhar a paciente e, então, mandam os acadêmicos[...] mas depende muito da equipe, só que deveria ser respeitado por todos para que funcionasse adequadamente (P5).

As participantes evidenciaram a existência de problemas relativos à comunicação entre equipe multiprofissional no ACCR, o que também pode ser evidenciado em outros estudos realizados em Serviços Hospitalares de Emergência

(SHE) e atenção básica (VITURI et al., 2013; GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013; PRUDÊNCIO et al., 2016). Dessa forma, vislumbra-se a importância da comunicação efetiva e do trabalho integrado entre a equipe multiprofissional, sendo fundamental para a melhor resolutividade dos problemas das usuárias e para o respectivo fortalecimento dos processos de trabalho.

A dificuldade supracitada se correlaciona também à atribuição negativa que as participantes fizeram da **demanda excessiva** de usuárias. Fator que gera sobrecarga de trabalho e diminui o tempo para o acolhimento adequado das mulheres.

Coloquei como um fator dificultador a sobrecarga gerada pela demanda excessiva[...]afeta a qualidade do atendimento porque não consigo desenvolver nada com aquela cliente porque tem outras me esperando sem eu saber a gravidade ainda (P5).

A existência de uma demanda elevada no CO implica na qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras. O excesso de demanda pode estar atrelado a diversos fatores, como a falta de outros serviços de referência em obstetrícia para atendimento regional, a fragilidade na rede básica de saúde que não acolhe as mulheres de forma resolutiva. Pode ainda estar relacionada à desinformação quanto às prioridades de atendimento em SHE e à limitação de recursos humanos para prover essa demanda. Pesquisa realizada em Fortaleza, que buscou avaliar o acolhimento em serviço de atenção secundária, segundo a percepção de enfermeiras, encontrou que a alta demanda desorganiza a estrutura de funcionamento do serviço, dificultando a acolhida, o vínculo e a comunicação entre os níveis de atenção (MENDONÇA et al., 2011).

Nesse sentido, um fator facilitador apontado pelas participantes seria a existência de uma enfermeira exclusiva para realização do ACCR. Assim como, o suporte de uma técnica de enfermagem, o que significa uma **escala de enfermagem completa** no CO.

[...] um fator facilitador é quando temos uma enfermeira exclusiva para a realização do ACCR, assim como uma técnica de enfermagem[...] do mesmo modo que dificulta muito quando não temos a escala completa (P1).

[...] um fator facilitador é que com o ACCR, sabemos os casos que estão sendo avaliados e podemos organizar melhor a dinâmica do serviço, pois sabemos que tipo de usuária pode internar ou o leito que poderá necessitar, planejando melhor a assistência desde a porta de entrada (P3).

Os depoimentos revelam que a presença de uma enfermeira que atue exclusivamente no ACCR favorece o processo de trabalho e implica diretamente no planejamento da assistência. O provimento de uma escala de serviço com o número adequado de profissionais é reivindicado em diversos serviços de saúde, em todas as esferas de atenção, não sendo diferente na instituição pesquisada, conforme supracitado.

As participantes ainda revelaram como aspectos facilitadores significativos para realização do ACCR, o **conhecimento técnico-científico** acerca do ACCR, **reconhecer a importância** e os objetivos, assim como, **gostar e querer realizar**. Esse conhecimento envolve ainda **conhecer a rede de saúde** para que seja possível orientar as mulheres a obter a resolutividade de acordo suas necessidades, percorrendo os respectivos fluxos de atendimento.

Eu acho que é primordial o conhecimento do enfermeiro[...] porque estar ali na frente é complicado e exige conhecimento[...] e também saber sobre a rede de saúde facilita nossa atuação (P2).

Considero como um aspecto facilitador reconhecer a importância do ACCR e os seus objetivos [...] (P4).

[...] dentre uma das dificuldades, considero a falta de conhecimento, assim como, não pensar na importância e não querer fazer [...]é preciso gostar e querer fazer (P5).

[...] a gente precisa conhecer a rede de saúde, a realidade do município, pois toda hora está mudando e isso implica no nosso serviço positivamente ou negativamente[...] (P6).

O processo de ACCR é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, por isso é destacado pelas participantes a importância de saber, gostar e querer fazer o que compete ao seu papel.

De acordo com o manual de ACCR em obstetrícia, as enfermeiras possuem as seguintes atribuições: receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada; chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante; acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável; classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado; anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso; registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher; registrar classificação no mapa do ACCR; orientar a mulher de forma

clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento; entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios; reclassificar as usuárias quando necessário; estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária; supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário; realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma; registrar em livro próprio as ocorrências do setor (BRASIL, 2014).

Conforme discutido pelo grupo, o processo de trabalho da enfermeira tem sido realizado seguindo essas recomendações. No entanto, essas atividades sofrem modificações de acordo com os fatores dificultadores relatados nessa categoria. Sob essa perspectiva, as participantes revelaram como fatores dificultadores, a existência de uma **rede básica de saúde enfraquecida e não resolutiva, a referência e a contra referência na rede ineficaz/inexistente**, e situações de **mulheres que chegam ao serviço sem pré-natal**. Lembraram ainda, que se essas condições fossem solucionadas se tornariam facilitadores da assistência.

A desorganização do fluxo de serviço, como a falta de encaminhamentos dificulta muito[...] o acolhimento envolve não só dentro do HUSM mas a rede como um todo[...] (P2).

O ACCR é um elo com a rede[...] por isso a importância de realizar os encaminhamentos de volta para rede, assim como, quando precisa-se iniciar um pré natal, pois também dificulta pra nós quando elas chegam sem consulta alguma, ou seja, sem orientação também[...] aumentando nossa demanda desnecessariamente[...] (P5).

A demanda elevada gerada pela busca de resolução imediata dos problemas de saúde poderia ser resolvida, em alguns casos, na Atenção Básica de saúde, o que diminuiria a superlotação e melhoraria a qualidade do atendimento às usuárias. Esses aspectos limitadores são retratados em alguns estudos, que confirmam a dificuldade de comunicação existente com a rede de saúde, implicando negativamente na assistência das usuárias (VITURI et al., 2013; GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013; PRUDÊNCIO et al., 2016).

Nesse sentido, o MS por meio da portaria nº1.459, de 24 de Junho de 2011, que instituiu a RC, propôs estratégias que visam evitar a peregrinação das mulheres nos serviços de atenção obstétrica. De modo a evitar a demora que resulta em

desfechos desfavoráveis e viabiliza o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso (BRASIL, 2014). Tal estratégia amparou e estimulou a implantação do serviço de ACCR na instituição estudada, juntamente com a articulação institucional de profissionais de saúde e gestores, que possuíam a intenção de cumprir com metas estabelecidas pela nova gestão hospitalar, objetivando a melhoria da qualidade da assistência no CO e rede básica local.

Para reorganizar os processos de trabalho em saúde e promover maior resolutividade das ações é necessário que os usuários sejam acolhidos sob uma perspectiva que ultrapasse a ação de porta de entrada e recepção do usuário. E que o cuidado seja visto como um processo contínuo, pautado na sensibilidade e no conhecimento técnico científico dos profissionais para identificar as necessidades de saúde dos usuários. Entende-se, que a responsabilização pela condição de saúde da usuária envolvendo profissionais da saúde e gestor resulta na adequação do serviço de saúde ao perfil da população atendida.

Sob essa ótica, as enfermeiras compreendem a importância dos aspectos facilitadores e, destacam a existência de lacunas/fragilidades pertinentes, caracterizadas como fatores dificultadores, que precisam ser revistos para prospectar uma prática mais segura, respeitando a autonomia e promovendo uma assistência qualificada e resolutiva. Ao final da discussão do respectivo encontro foram retomados os fatores que implicam na atuação das enfermeiras no ACCR no CO e, por conseguinte, foi realizada a validação coletiva do encontro com os respectivos agradecimentos e confraternização de encerramento.

4.3 O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO UM CAMINHO

Nessa categoria serão abordado os resultados provenientes do terceiro encontro de GF. Traçou-se como objetivo identificar os caminhos para superação dos desafios elencados no segundo encontro, de modo a levantar recomendações/sugestões para melhoria do serviço.

Para o encontro, confeccionou-se um cartaz com o desenho de uma árvore e suas estruturas: raízes, caule/tronco, folhas e frutos. Dentro de cada parte desenhada, colaram-se papéis com os respectivos apontamentos escritos, que emergiram dos encontros anteriores. Na raiz da árvore ficou a síntese construída

coletivamente no primeiro GF; no tronco, os apontamentos trazidos como dificultadores e, na copa, galhos, flores e frutos os facilitadores.

Foi entregue a cada participante uma fruta, representada pela maçã, com o intuito de simbolizar o significado de cada uma dentro dessa árvore. Evidenciando-as como profissionais que fazem parte dessa construção e que estão inseridas em um cenário que reflete a importância da autonomia da enfermeira nesse processo. E que assim como as sementes que representam a possibilidade de novos frutos, também podem ser consideradas multiplicadoras desse conhecimento, de seus saberes e práticas, tornando-se os primeiros frutos colhidos de um novo paradigma assistencial, estabelecido no CO do HUSM a partir de uma tecnologia inovadora.

Após essa apresentação e no intuito de promover a discussão grupal foram realizados os questionamentos disparadores: “O que você considera importante no ACCR? Por quê?” “O que pode ser feito para melhorar o serviço?”. Subsequentemente, iniciaram as discussões que produziram ao longo do encontro recomendações significativas para o processo de mudança no serviço estudado.

Ao refletir acerca da organização interna de ações que promovam os ajustes necessários para superar as fragilidades pertinentes ao ACCR foram sugeridas **reuniões ou grupos de trabalho (GT)** entre a equipe multiprofissional; fortalecer a **aproximação entre as equipes** de enfermagem e médica por meio de uma **representação (chefia) participativa** e compartilhada; existir maior **posicionamento da enfermeira** enquanto profissional referência no ACCR; realizar um **diagnóstico situacional** acerca do andamento do serviço com respectivo **processo de validação** pós implantação do ACCR; **implantar um sistema informatizado** habilitado para realizar o ACCR diretamente pelo computador (Implantação de *software* adequado ou atualização do existente na instituição, de modo a habilitar para realização do ACCR). Essas foram as sugestões apontadas na discussão grupal.

Seria importante toda a equipe, não só da enfermagem, mas a médica também, conhecer o protocolo do acolhimento, seja por capacitações, reuniões[...] e aí pactuarmos as mudanças no protocolo e quanto a demanda a ser atendida [...] (P1).

Conhecer a rede, pois as usuárias vem da atenção primária[...]conhecer o funcionamento da rede e eles conhecerem o nosso, viabilizando essa troca pra conseguir entender e preencher as lacunas, tem que ter essa comunicação, isso implica na resolução dos problemas das mulheres[...] (P2).

Sempre pensei em trabalhar com boa gestão[...] falta apoio e as coisas se perdem facilmente. Penso que deveria haver um grupo decisório envolvendo CO, maternidade, UTI RN, PNAR[...]é muito importante, principalmente pelo fato de o CO além de atender urgências ser porta aberta 24horas e se não tiver organizado aqui, tudo pode se perder (P4).

Acho que se tivesse uma reunião, grupos de trabalho ou criassem um espaço para discutirmos sobre tudo, desde a atribuição de cada um, até mesmo pensando juntos sobre como melhorar o que é frágil no ACCR[...] (P3).

A proposta de realização de reuniões, criação de GT, espaços de escuta coletivos entre os profissionais torna possível viabilizar algumas recomendações quanto as fragilidades citadas pelas participantes, sendo elas: modificar a ficha de CR e readequar a CR atendendo as demandas locais; fortalecer a comunicação entre equipes de saúde e conhecer a rede de saúde; pactuar ações com a rede de saúde, estabelecendo a referência e contra referência; conhecer o fluxo interno institucional, que se encontra em fase de elaboração, vinculado a linha de Cuidado Materno Infantil, onde faz parte o CO, a unidade Toco-Ginecológica, a UTI Neonatal e o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR); e por fim, promover capacitações para equipe do serviço.

As participantes demonstram que existe a ausência de espaços no serviço, no entanto é possível modificar esse cenário por meio das referidas propostas socializadas. Nessa perspectiva, alguns autores relacionam em seus estudos a carência de espaços democráticos de discussão, reflexão e problematização, que limitam o sucesso do ACCR (VITURI et al., 2013).

De acordo com as ponderações levantadas, as enfermeiras salientam como um dos caminhos, a necessidade de se estabelecer uma **representação (chefia) participativa**. A fim de que exista o melhor acompanhamento das ações desenvolvidas no serviço, conforme evidenciado a seguir:

Nós não temos um representante participativo[...] pra nortear a equipe toda, nos aproximar, orientar os acadêmicos[...]o serviço funcionaria muito melhor[...] (P5).

Precisamos de uma representação forte para nos guiar, seria um dos caminhos[...] facilitaria muito, pois teríamos uma referência para articular por nós dentro do hospital e na rede (P6).

Conforme evidenciado nos depoimentos, a representação (chefia) participativa possibilita um papel articulador, o incentivo às equipes médica e de

enfermagem, mediando estratégias junto à equipe e gestores, cumprindo as pactuações já estabelecidas entre os serviços e criando novas pactuações de acordo com a necessidade vigente. A intervenção que propõe alteração dos processos de trabalho das equipes de atenção e gestão está relacionada a um processo participativo. Para que isso seja efetivo é necessário o apoio entre os profissionais de saúde, conforme destacam as participantes do estudo.

Ao refletir acerca da **atuação da enfermeira no ACCR**, as participantes atrelaram a necessidade das profissionais confiarem no seu serviço e se posicionarem frente às discordâncias ou descredito de alguns profissionais e acadêmicos de medicina. Esse fato pode estar relacionado à falta de conhecimento da equipe médica acerca do ACCR e das atribuições das enfermeiras, ou à aspectos hierárquicos/culturais, historicamente existentes entre as duas classes de profissionais, o que ainda persiste no cenário do estudo.

Nós precisamos saber nos posicionar, porque isso talvez melhorasse a questão de respeito e confiança [...] (P1).

Somos profissionais qualificadas para essa atribuição [...] ter esse posicionamento é preciso (P3).

Foi pontuado pelas enfermeiras a importância da realização de um **diagnóstico situacional** para conhecer as lacunas existentes acerca do andamento do serviço, bem como o respectivo **processo de validação** pós-implantação do ACCR. Ressaltaram ainda, que a realização do GF seria uma proposta interessante e motivadora para se utilizar como balizadora de discussões.

Seria importante realizar um processo de validação, porque depois de implantado nada mais foi pensado e avaliado e compartilhado conosco (P2).

Quando foi implantado, até aconteceu uma reunião com secretaria municipal de saúde e gestores envolvidos e foi passado como seria o serviço e que deveria ter essa contra referência[...]por isso se houver um levantamento, fazendo um diagnóstico de como está agora, teríamos dados pra provar o que funciona e o que não está dando certo, para podermos mudar[...] (P4).

Um encontro como esse, com essa dinâmica, seria uma opção interessante pra fazer esse levantamento e pensar em como melhorar[...] (P5).

A construção de um Grupo de Trabalho de planejamento, monitoramento e avaliação para operacionalizar a implantação ou pós-implantação do ACCR é vista

pelas participantes como um instrumento favorável para o serviço. Visto ser uma alternativa para fortalecer o vínculo entre os sujeitos envolvidos, indo ao encontro do preconizado no manual do MS acerca dessa estratégia (BRASIL, 2014).

A implantação de um **sistema informatizado** com *software* adequado ou atualização do existente na instituição habilitaria a realização do ACCR pelo computador. O que implicaria na resolução de algumas fragilidades, dentre elas, a facilidade do sistema solicitar o registro da contra referencia após a consulta, o que direcionaria a usuária a rede básica de acordo com sua região adstrita.

Também implicaria na agilidade das consultas, com acesso a informação em tempo real e em todos computadores da unidade, proporcionando aos demais profissionais da equipe conhecimento dos casos que adentram para atendimento, implicando no planejamento da assistência. Do mesmo modo, o respeito ao tempo pós-classificação poderia ser melhorado, visto que o sistema gera automaticamente o tempo do ACCR e da consulta médica, não deixando o quesito “horário de atendimento médico”, presente na ficha impressa, incompleto, como ocorre atualmente.

Outro fator que pode ser suprido e favorecido na atuação das enfermeiras é o fato de o sistema gerar a CR sem abrir precedentes para informações que possam estar fora da CR ou para outras interpretações. O sistema é criado e direcionado para CR em obstetrícia, no entanto, conforme as participantes isso ainda é uma lacuna a ser superada no serviço:

Tudo está sistematizado no hospital menos o ACCR[...] (P1).

Sei que no clinicas possui um software especifico para o ACCR em obstetrícia e que funciona bem, classifica sem deixar duvidas, agiliza o tempo e fica tudo registrado no sistema os horários e encaminhamentos[...] vai qualificar muito nosso serviço quando entrar em funcionamento eu acredito (P5).

Esse sistema ia comprovar de certa forma, se estão ocorrendo os encaminhamentos na rede, porque tem um ícone que precisa ser preenchido quanto a finalização do atendimento[...] queremos essa resolutividade para nossas usuárias (P6).

Percebe-se que ainda existem lacunas e fragilidades a serem amparadas e que não são alcançadas pelas propostas retratadas. Todavia, servem para institucionalizar uma prática inovadora que se estabeleceu no serviço, servindo como uma estratégia de melhoria das ações assistências e gerencias,

reorganizando processos de trabalho em busca da qualificação. O processo de implantação do ACCR em Obstetrícia tem sido intensificado a partir das normativas que constituem a RC, e por meio de um manual norteador direcionam recomendações que vão ao encontro das sugestões propostas pelas participantes como caminhos para o fortalecimento das fragilidades.

Ao término do último encontro foi realizada a síntese da discussão promovida e, por conseguinte a validação coletiva com os respectivos agradecimentos e confraternização de encerramento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao fim dessa construção cabe destacar o crescimento e amadurecimento profissional e pessoal despertado por esta caminhada durante os dois anos de mestrado. Os quais foram envoltos por desafios, estudo, parcerias e compartilhamento de saberes.

Esse estudo buscou compreender os saberes e práticas das enfermeiras acerca do Acolhimento com Classificação de Risco em um Centro Obstétrico. Dentre os desafios emergidos salienta-se o comprometimento com o Grupo Focal, metodologia utilizada para a produção dos dados. Acredita-se que foi uma escolha adequada e pertinente com o delineamento da pesquisa, visto ter favorecido a interação e a expressão das enfermeiras na discussão grupal, permitindo o compartilhamento de seus saberes e práticas vivenciados no centro obstétrico. Todavia, pondera-se que o Grupo Focal foi uma experiência desafiadora para a pesquisadora, tendo em vista sua inexperiência com o método, o que lhe exigiu leitura e aprofundamento.

Ainda, acredita-se que a realização dessa pesquisa, permitiu à mestranda, vislumbrar um caminho que pode ser percorrido no meio acadêmico, visto que ao término da realização dos grupos focais, os incentivos realizados por parte das colegas e participantes foram motivadores. Além disso, a vivência despertou o interesse em contribuir com o processo de formação dos acadêmicos que acompanham a prática assistencial no local de realização da pesquisa, de modo a retribuir à comunidade e instituição formadora o aprendizado e os valores agregados durante essa trajetória.

No que se refere aos saberes das enfermeiras participantes do estudo, pode-se inferir que estão atrelados aos principais preceitos das políticas e programas de atenção à saúde da mulher preconizados pelo Ministério da Saúde. Em virtude do ACCR ser uma ferramenta “inovadora” aos profissionais atuantes na instituição e suas usuárias é comum que a mudança aconteça devagar. O conceito coletivo construído frente ao ACCR é fonte de esperança e confiança para as enfermeiras, as quais se comprometem a caminhar, construir e efetivar o cuidado às mulheres.

Emergiram aspectos facilitadores e dificultadores que representaram desafios a serem superados no atendimento em saúde como: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, desorganização da porta de

entrada e da CR, desrespeito a autonomia da enfermeira e pouca articulação com o restante da rede de saúde. Frente a isso, é necessário repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora, a partir de laços sólidos entre os serviços disponíveis na rede local e da aproximação dos sujeitos envolvidos.

Sob essa perspectiva, as participantes revelaram que o conhecimento técnico científico e os fluxos que permeiam a rede de saúde são primordiais para a atuação profissional. E que dentre os profissionais de saúde atuantes no local, a enfermeira possui a formação e o perfil mais direcionado ao alcance dos objetivos da humanização, além do cuidado como sua identidade profissional.

A fim de qualificar o serviço para os profissionais e para as usuárias do sistema de saúde vislumbra-se a necessidade de uma representação participativa e cooperativa inserida na equipe. Que articule ponderações respeitadas entre as classes profissionais e propicie espaços coletivos, por meio de Grupos de Trabalho, oficinas e grupos focais. Visto que a adesão e o comprometimento profissional com o ACCR em CO são importantes para que os ideais sejam alcançados.

No que se refere à melhoria dos processos de trabalho das equipes de atenção e gestão do ACCR em CO sugere-se um processo participativo, baseado em construções coletivas, especialmente com a equipe da maternidade. Esse fato se constitui como uma estratégia fundamental para mudanças no modo de organizar o serviço de saúde. Considera-se que o exercício do GF com as enfermeiras que vivenciam essa realidade vai ao encontro das recomendações propostas pelo MS, ao estimular a utilização de métodos interativos de identificação de problemas na assistência e organização dos serviços. Assim como, na elaboração coletiva de propostas de ação e aprimoramento da capacidade de análise e intervenção das equipes.

A implantação do ACCR envolve a articulação de diversas mudanças que envolvem a responsabilização dos profissionais de saúde com a formação de confiança e vínculo com as usuárias. Busca-se o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam no centro obstétrico.

Também envolve a articulação do atendimento médico e da enfermeira em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada, de

modo a agilizar o atendimento, seguindo os referenciais da ambiência. Ademais, atentar para a prestação de informação acerca do tempo de espera previsto à mulher e aos familiares.

Acredita-se que o estudo permitiu identificar algumas limitações e avanços quanto à atenção à saúde da mulher no centro obstétrico, e também estimular reflexões e discussões dentro da instituição estudada. Por meio da formação/mobilização de ações de educação permanente entre os profissionais do serviço, com GT e espaços de construção coletiva. Buscando dessa forma novas estratégias para preencher lacunas que ainda fazem parte do serviço acerca do ACCR e que possam impactar diretamente na qualidade da atenção a saúde das mulheres.

Espera-se que esse estudo contribua para área da saúde e possa incentivar novas pesquisas, em diferentes instituições direcionadas a saúde da mulher e que utilizem esse dispositivo/tecnologia/ferramenta denominado ACCR. A fim de que novas realidades sejam avaliadas em prol da qualificação e humanização da assistência e gestão dos serviços. As implicações para enfermagem estão relacionadas à importância da atuação da enfermeira frente ao ACCR e seu processo de mudança, enquanto profissional capaz de estabelecer uma conduta motivadora e de responsabilização, pautada no cuidado e respeito à integralidade das usuárias envolvidos.

As limitações do estudo guardam relação com o fato do ACCR ter sido instituído recentemente no CO, com início em outubro de 2015, o que pode ter limitado a percepção das enfermeiras frente à temática estudada. Em virtude de ser uma atribuição nova para as profissionais, a maioria não possuía uma longa vivência de trabalho com esse dispositivo, sendo natural a preocupação revelada nas discussões grupais. Assim, a percepção das enfermeiras acerca do acolhimento com classificação de risco pode ter sido influenciada pelo momento em que vivem o contexto de implantação do ACCR. Entretanto, a pesquisa demonstra a realidade das dificuldades enfrentadas por essas profissionais, e sugere a realização de mais estudos na temática proposta, a fim de que se conheçam as realidades e peculiaridades de outros cenários.

Por outro lado, como pontos fortes destaca-se a interação e a possibilidade de ponderação entre as participantes, que por si só já estabelece um momento de reforço em relação ao contexto atual desse serviço. Acrescenta-se a oportunidade

de apresentação de dados acerca da atuação das enfermeiras no ACCR em CO de uma instituição hospitalar referência no interior do RS, dando sequência aos estudos vinculados ao trabalho de conclusão da residência multiprofissional materno infantil, no ano de 2014, intitulado “Percepção de mulheres que vivenciaram a porta de entrada de um centro obstétrico”. Com isso, sugere-se que novos estudos sejam lançados nessa perspectiva, vislumbrando a ótica de usuárias, gestores hospitalares ou da própria rede de saúde, a fim de que sejam produzidos novos dados para comunidade acadêmica, profissionais da saúde, gestores e usuárias do SUS.

Espera-se que o estudo implique na qualificação do serviço, de modo a auxiliar nos processos de mudança necessária para preencher as lacunas existentes Favorecendo uma postura profissional participativa, responsável e motivada, pautada no respeito e nos preceitos da humanização que regem a prática hospitalar.

Por fim, pondera-se que o conhecimento produzido não finda os estudos acerca da atuação das enfermeiras no ACCR em obstetrícia, todavia, abre espaço para pesquisadores agregarem outras perspectivas frente aos poucos e exclusivos estudos existentes acerca do ACCR á saúde da mulher. Reforça-se o interesse da pesquisadora pelo trabalho prestado à saúde da mulher no cenário da atenção obstétrica. O qual a motiva a desempenhar o cuidado de enfermagem com amor, ética e responsabilidade, frente aos desafios e oportunidades diárias de ser/fazer a diferença.

REFERÊNCIAS

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

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

BOHN, M.L.S. **Classificação de risco Manchester**: opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense do Rio Grande do Sul; 2013.

BRASIL. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.html>. Acesso em: 01 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Brasília, DF; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Brasília, DF; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Brasília, DF; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF; 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília, DF; 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3.ed. Brasília, DF; 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da**

Mulher: Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF; 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. - 2. ed. Brasília, DF; 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. Brasília, DF; 2008b.

_____. 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; 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência.** Brasília, DF; 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011.** Brasília, DF, 2011. Disponível em <www.saude.gov.br/redecegonha>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466,** de 12 de dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília, DF; 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF; 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais . **Parecer Técnico No10, de 22 de fevereiro de 2007.** Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte (MG): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2007.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington (USA):** Academy for Educational Development; 1997.

GATTI, E. A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas; 2010.

GUEDES, M.V.C.; HENRIQUES, A.C.P.T.; LIMA, M.M.N. Acolhimento em um Serviço de Emergência: Percepção dos Usuários. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R.S. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: Kitzinger J, Barbour RS, organizadores. **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London (UK): Sage; 1999. p.1-20.

LOPES, J.B. **Enfermeiro na Classificação de Risco em serviços de emergência: revisão integrativa** [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense do Rio Grande do Sul; 2011.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.25, n.1, p.17-25, abr. 2004.

MAZZA, V. A.; MELO, N. S. F.O.; CHIESA, A. M. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**. v.14, n.1, p.183-8. 2009.

MENDONÇA, F.A.C. et al. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. **Revista Rene**. v.12, n.1, p.57-64. 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2014.

MORGAN, D.L. Focus groups as qualitative reseach. Thousand Oask: Sage, 1997.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS Boletim do Instituto de Saúde**. v.12 n.2. 2010.

PRUDENCIO, C.P.G. et al. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**. v.30, n.2, p.1-10. 2016.

RAIMUNDO, J.S.; CADETE, M.M.M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde **Acta paulista de enfermagem**. v.25, n.2. 2012.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002. 40p.

RESSEL. L. B.; GUALDA, D. M. R. Grupo Focal Como uma Estratégia para Coletar dados de Pesquisa em Enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**. v.1, n.2, 2002.

RESSEL, L. B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural.** 2003. 316f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo; 2003.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R.; GONZÁLES, R.M.B. Grupo focal como estratégia para coletar dados de pesquisa O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enfermagem.** v.17, n.4, p.779-86. 2008.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações Educativas no Pré-Natal: Reflexão sobre a consulta de enfermagem com um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde coletiva.** v.12, n.2, p.477-486. 2007.

SENRA, C.N. et al. **Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Principais Urgências Obstétricas.** Secretaria municipal de saúde de belo horizonte. Fórum de Obstetrícia da Comissão Perinatal de Belo Horizonte e Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais; 2010.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública.** v.20, n.5, p.1281-1289. 2004.

SERVIN, S.C.N. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Política Municipal de Humanização. Prefeitura de São Luís.** Maranhão, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php. Acesso: 05 de janeiro de 2017.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v.19, n.2, p.537. 2003.

VITURI, D.W. et al. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v.21, n.5. 2013.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paulista de enfermagem.** v.24, n.3, 2011.

WALDOW, V.R. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto Contexto Enfermagem.** v.23, n.4, p.1145-1152. 2014.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.** v.120, n.6, p.472-481. 1996.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mestranda: Enfa. Caroline Bolzan Ilha

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Título do projeto de pesquisa: Saberes e práticas de enfermeiras acerca do acolhimento com classificação de risco em centro obstétrico.

Todos os encontros aconteceram em cinco momentos:

1º Apresentação (apresentação individual e contrato grupal no primeiro dia; nos demais encontros será lembrado o contrato grupal e retomada a ideia do último encontro)

2º Apresentação dos objetivos do encontro (no primeiro dia foi apresentada a pesquisa, recolhido o TCLE, explicado a organização do grupo focal e o papel da moderadora e da observadora. Nos demais encontros serão apresentados os objetivos das dinâmicas.)

3º Técnica (dinâmica grupal) para estimular o debate. É interessante ressaltar que o 3º e 4º momentos estão intimamente ligados, não havendo separação entre eles.

4º Discussão / debate – Para esclarecer as ideias e aprofundar as discussões lançadas pelo grupo, serão utilizadas balizadas pelos questionamentos: O quê? Para quê? Por quê? Como? Sendo solicitado às participantes que exemplifiquem suas ideias, na busca de aprofundar a discussão e de esclarecer as suas falas.

5º Síntese e validação coletiva (entendimento do grupo sobre o tema) – Ressalta-se que, como se trata de um grupo focal, essa síntese não significa que todos devem concordar com apenas uma fala, mas que as diferentes opiniões serão valorizadas. Neste momento será planejada a data para o próximo encontro com o grupo, será realizado o agradecimento final e convidadas as participantes para um lanche coletivo.

1º Encontro: Construindo o conceito de ACCR	
Objetivos	1. Identificar os saberes das enfermeiras acerca do ACCR no CO. 2. Construir coletivamente o conceito de

	ACCR.
1° Momento	Apresentações interpessoais e contrato grupal verbal, de compromisso ético, respeito e sigilo sobre o que será discutido nos encontros do grupo focal, além do compromisso com horários e gravação das discussões em gravador.
2° Momento	Apresentação dos objetivos do encontro. Esclarecimentos quanto à operacionalização do grupo focal e o papel da moderadora e da observadora. Explicação quanto ao funcionamento e objetivos da dinâmica.
3°/4° Momento	Utilização da dinâmica <i>brainstorming</i> para promover a discussão acerca do tema foco. Na dinâmica <i>brainstorming</i> , as participantes serão convidadas a expressar, com o menor número de palavras, a sua concepção sobre o termo “ACCR”. Ao longo das expressões serão realizados alguns questionamentos sobre a temática. Questionamentos: O que você entende por ACCR? Qual o seu papel frente ao ACCR?
5° Momento	Realização da síntese e validação coletiva. Espaço para as participantes acrescentarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Avaliação acerca dos sentimentos promovidos na sessão. Planejamento do próximo encontro. Realização dos agradecimentos finais e confraternização.

2° Encontro: As facilidades e dificuldades na atuação das enfermeiras frente ao ACCR.	
Objetivos	1. Desvelar os fatores que implicam na atuação da enfermeira no ACCR. 2. Revelar fatores positivos e negativos presentes na implantação do ACCR no CO.
1° Momento	Apresentação dos resultados do grupo focal anterior.
2° Momento	Apresentação dos objetivos e da técnica a ser utilizada no presente encontro.
3°/4° Momento	Utilizado papel e caneta. Para promover a discussão acerca do tema foco serão utilizados tais questionamentos: O que facilita e o que dificulta a atuação da

	<p>enfermeira no ACCR? Como você desempenha suas atribuições no ACCR? Quais são as contribuições do ACCR para o serviço?</p> <p>Será solicitado as participantes que registrem na folha de papel o que facilita e o que dificulta a atuação da enfermeira no ACCR e aguardado o tempo para finalização da escrita de todas. Na sequência, será iniciado a leitura de cada apontamento registrado, com a respectiva discussão.</p>
5° Momento	<p>Realização da síntese e validação coletiva. Espaço para as participantes acrescentarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Avaliação acerca dos sentimentos promovidos na sessão. Planejamento do próximo encontro. Realização dos agradecimentos finais e confraternização</p>

3° Encontro: Os caminhos para superar os desafios na implantação do ACCR	
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer as percepções das enfermeiras para a implantação do ACCR de forma efetiva. 2. Identificar os caminhos para superação desses desafios.
1° Momento	Apresentação dos resultados do grupo focal anterior.
2° Momento	Apresentação dos objetivos e da técnica a ser utilizada no presente encontro.
3°/4° Momento	<p>Apresentação de um cartaz com o desenho de uma árvore, constituída de raízes, onde foi colado um pedaço de papel com a síntese do conceito coletivo construído no primeiro GF; tronco, onde será colado os apontamentos trazidos como facilitadores e dificultadores, e na copa, as folhas e frutos com pedaços de papel com contarão com aspectos positivos já colhidos com a efetivação do ACCR e que também são facilitadores ainda. Após a explanação explicando o significado do cartaz será realizado alguns questionamentos disparadores: Na sua percepção, o que você considera importante no ACCR? Por quê? O que pode ser feito para</p>

	melhorar o serviço?
5° Momento	Realização da síntese e validação coletiva. Espaço para as participantes acrescentarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Avaliação acerca dos sentimentos promovidos na sessão e sobre a participação em todo o GF. Realização dos agradecimentos finais e confraternização. Combinar o modo como vai retornar os dados ao grupo.

APÊNDICE B - GUIA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Pesquisadora: Enfermeira Caroline Bolzan Ilha

Orientadora: Dra Lúcia Beatriz Ressel

Pesquisa: Saberes e práticas de enfermeiras acerca do acolhimento com classificação de risco em centro obstétrico

Local	Sim	Regular	Não	Por quê?
A organização do lugar foi boa?				
O ambiente estava tranquilo, sem interrupções?				
O tempo foi adequado?				
O guia temático foi completo?				
Encontro				
Os objetivos foram explicados?				
As "regras" foram retomadas?				
As ideias do último encontro foram retomadas?				
Moderador e Observador				
Estavam tranquilos?				
Promoveram a participação?				
Foram imparciais?				
Retomava o tema ao debate?				
Permitiu a exposição de diferentes ideias?				
Deu espaço de fala a todos?				
Tranquilizou os participantes?				
Teve bom relacionamento com o grupo?				
A programação foi respeitada?				

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do Projeto de Pesquisa: Saberes e práticas de enfermeiras acerca do acolhimento com classificação de risco em centro obstétrico.

Pesquisadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia Beatriz Ressel - Contato: (55) 3220-8263.

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) /Departamento de Enfermagem

Local de realização da pesquisa: Centro Obstétrico/Hospital Universitário de Santa Maria

Participantes: Enfermeiras.

Prezada:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Saberes e práticas de enfermeiras acerca do acolhimento com classificação de risco em centro obstétrico**” de autoria da enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) **Caroline Bolzan Ilha** e orientada pela **Prof.^a Dr.^a Lúcia Beatriz Ressel**.

Antes de concordar em participar desta pesquisa por meio da técnica do Grupo Focal, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pessoa que está conversando com você deverá responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Os **benefícios** da pesquisa serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento acerca da temática do acolhimento com classificação de risco para enfermagem, assim como, para qualificação da assistência. No que se refere aos **riscos**, a participação neste estudo poderá refletir em um risco mínimo, tendo em vista que, você poderá desencadear alguns sentimentos ao refletirem acerca de suas experiências profissionais do centro obstétrico. Caso isso ocorrer, você receberá atenção, espaço de escuta, e será possibilitado a opção de continuar ou não participando da atividade.

Neste sentido, fui informada que tenho assegurado o direito de:

¹ Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria- 7º Andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria- RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

- Receber resposta a todas as dúvidas que desejo esclarecer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento da pesquisa;
- A qualquer momento poderei deixar de participar do estudo sem consentimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não terei minha identidade revelada em nenhum momento da investigação;
- As informações fornecidas pelos participantes serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores. Após a transcrição das falas, o material será destruído.
- Os resultados do estudo, em seu conjunto, serão apresentados às participantes do estudo.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM², com a mestranda Caroline Bolzan Ilha e/ou com a Professora Lúcia Beatriz Ressel (pesquisadora responsável):

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradoras e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria/RS _____, _____ de 2016.

Assinatura da Entrevistada

Enf. Prof. Dr. Lúcia Beatriz Ressel
(Pesquisador responsável)

Enf. Caroline Bolzan Ilha

¹ Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria- 7º Andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria- RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Saberes e práticas de enfermeiras acerca do acolhimento com classificação de risco em centro obstétrico.

Pesquisador: Caroline Bolzan Ilha

Pesquisador responsável/orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel- contato: (055) 32208263

Mestranda: Enfa. Caroline Bolzan Ilha – contato: (055) 97191188.

Local da produção de dados: Centro Obstétrico/HUSM, RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio da Técnica de Grupo Focal. Estes serão gravados com gravador digital de áudio, com o consentimento prévio das participantes. Posteriormente, as gravações serão transcritas na íntegra e então analisadas. O local da produção de dados será escolhido de acordo com a escolha e a disponibilidade das participantes da pesquisa. Os pesquisadores informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução deste estudo.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e os dados transcritos serão mantidos em CD room, em uma sala no prédio 26 do CCS, na UFSM - Avenida Roraima, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel. Após este período estes dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número CAAE

Santa Maria,..... dede 2016.

Caroline Bolzan Ilha
Enfermeira Mestranda
Matrícula 201560082

Profª. Drª Lúcia Beatriz Ressel
Pesquisadora Responsável
SIAPE 379225

ANEXO A - FICHA DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH
CENTRO OBSTÉTRICO

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO:

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

1. NOME: _____ IDADE: _____

2. DATA: ___/___/___ SAME: _____

3. HORÁRIO DE CHEGADA: ___:___ HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO: ___h___min

4. É GESTANTE? () SIM () NÃO () INCERTEZA

5. Pré-Natal: Sim () – nº de consultas ().

Local: _____

Não ().

6. DUM: ___/___/___ IG: _____

7. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G___ P___ A___

8. QUEIXA: _____

9. FLUXOGRAMA: _____

10. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO:

PA= _____x_____ mmHg FC= _____ bpm FR= _____ ipm Temp.= _____ °C SatO2 _____

Glicemia: _____ mg/dl.

CONTRAÇÕES UTERINAS: () Não () Sim Hipertonia uterina () Não () Sim

DOR: _____/10 Localização _____

PERDA DE LÍQUIDO: () Não () Sim Aspecto: () Claro () Meconial fluido () Meconial espesso

SANGRAMENTO VAGINAL: () ausente () presente sem repercussão hemodinâmica

() presente com repercussão hemodinâmica

MF (+/-): _____ BCF: _____

Outras queixas: _____

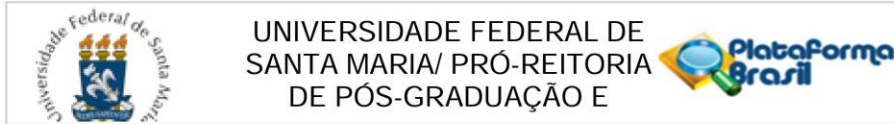
11. Medicamentos em uso _____

12. Observações: () Alergias () Drogas () Vítima de violência

Horário do término da classificação: __h__min **Horário do atendimento clínico:** __h__min

Enfermeiro Responsável (carimbo e assinatura): _____

ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS ACERCA DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CENTRO OBSTÉTRICO

Pesquisador: Lúcia Beatriz Ressel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53781516.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.456.591

Apresentação do Projeto:

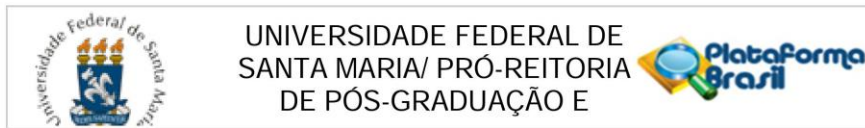
Estudo vinculado ao programa de pós graduação do Curso de Enfermagem da UFSM, cujo cenário será o Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), caracteriza-se como pesquisa de campo, com abordagem qualitativa do tipo descritiva.

A pesquisa será desenvolvida com enfermeiras atuantes no centro obstétrico do referido hospital, sendo previsto um total entre seis e quinze participantes. A escolha por esse número de participantes se justifica pela escolha da técnica de coleta de dados, que se dará por meio de Grupo Focal, tendo em vista a melhor operacionalização dos encontros. Pretende-se realizar a coleta de dados no período de março a maio de 2016, após aprovação do Comitê de Ética. Contém critérios de inclusão e exclusão.

Será utilizada como técnica de coleta de dados o Grupo Focal (GF), pois é considerada apropriada a pesquisas qualitativas, onde se pretende explorar um ponto em especial.

A captação das participantes do estudo será de forma intencional, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo e da disponibilidade da escala de serviço, após contato prévio com a chefia do CO. Serão agendados os encontros de acordo com a preferência das participantes e

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.456.591

organização da escala de serviço. Os dados coletados serão gravados e após, transcritos e analisados, além disso, a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa (observadora) farão uso de diários de campo. Os dados coletados serão analisados por meio da análise de conteúdo temática da proposta operativa de Minayo.

Apresenta cronograma de execução e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os saberes e práticas das enfermeiras acerca do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um Centro Obstétrico de alta complexidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os riscos possíveis referem-se a algum constrangimento que a participante da pesquisa possa sentir ao participar do GF. No caso de ocorrer algum constrangimento, a pesquisadora conversará com o grupo de participantes e tomará junto com elas a decisão quanto a encerrar a sessão e retomar em outro momento. Além disso, será enfatizada a possibilidade de desistência da participação no estudo, sem nenhuma penalidade.

Benefícios: os benefícios do estudo, enfatizando que não terão nenhum benefício de forma direta, porém a pesquisa poderá disponibilizar maior produção de conhecimento acerca da temática ACCR, podendo auxiliar na qualificação da assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

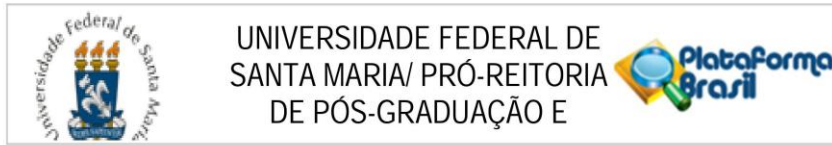
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, registro no GAP, autorização da GEP, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.456.591

DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Informar, no TCLE, sobre a gravação dos dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_665527.pdf	02/03/2016 20:28:15		Aceito
Outros	confidencialidadeok.docx	02/03/2016 20:28:00	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	husm.pdf	20/02/2016 17:30:44	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	siel.pdf	20/02/2016 17:30:12	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	sie.pdf	20/02/2016 17:29:27	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	20/02/2016 17:27:22	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	20/02/2016 17:19:20	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	20/02/2016 17:18:33	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	20/02/2016 17:17:02	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/02/2016 17:16:12	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito

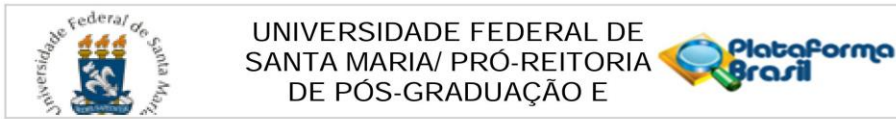
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.456.591

SANTA MARIA, 17 de Março de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C - IMAGENS DA ORGANIZAÇÃO DOS ENCONTROS

