

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**PERCEPÇÃO SOBRE O ACOLHIMENTO E A
ASSISTÊNCIA NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UM
HOSPITAL DE ENSINO: O QUE PENSAM OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Ana Caroline Boff Hedlund

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**PERCEPÇÃO SOBRE O ACOLHIMENTO E A ASSISTÊNCIA NO
CENTRO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO: O QUE
PENSAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Elaborado por

Ana Caroline Boff Hedlund

Orientado por

Prof^a. Dr^a. Melissa Medeiros Braz

Coorientadoras: Enf.^a Ms. Izabel Cristina Hoffmann
Enf.^a Ms. Lizandra Flores Pimenta

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de
Saúde, ênfase Mãe-Bebê.**

Comissão Examinadora:

**Dra. Melissa Medeiros
Braz**
(UFSM)-Presidente

**Verginia Medianeira
Dallago Rossato**
(HUSM)

**Sandra Marcia Soares
Schmidt**
(HUSM)

Santa Maria, 20 de março de 2014.

PERCEPÇÃO SOBRE O ACOLHIMENTO E A ASSISTÊNCIA NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

O objetivo do presente estudo é analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento e a assistência no centro obstétrico de um Hospital universitário. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em um Hospital de Ensino localizado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados durante o mês de janeiro de 2014, mediante entrevistas com questões semiabertas, analisadas posteriormente pela técnica de análise de conteúdo. Os sujeitos compreenderam 15 profissionais: 4 enfermeiras, 5 médicas residentes em Ginecologia e Obstetrícia e 6 técnicas de enfermagem. As entrevistadas eram todas do sexo feminino, apresentavam idade entre 27 e 60 anos e o tempo no serviço variava entre 1 e 29 anos. Quanto aos resultados, observou-se que: não há uma compreensão ampla sobre o significado do termo acolhimento, indicando uma provável fragilidade na formação e instrumentalização em serviço; a importância de reforçar a educação permanente, principalmente no que diz respeito à humanização nos serviços; fica evidente que os profissionais não consideram a estrutura física adequada para a assistência; identifica-se que a comunicação entre profissional e parturiente é ineficaz; a contrarreferência ocorre de maneira informal; há um fortalecimento do modelo hospitalocêntrico e os pacientes não se mostram corresponsáveis no processo. Contudo, salienta-se a importância do fortalecimento da escuta; sugere-se a utilização de um protocolo específico para acolhimento, que contemple a inserção de diferentes núcleos profissionais; observa-se como urgente a implementação do dispositivo de acolhimento com classificação de risco (ACR).

Palavras-chave: Acolhimento; assistência; obstetrícia; profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou por diversas adaptações ao longo de sua trajetória, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da atenção em saúde da população brasileira. Porém, a saúde pública ainda tem apresentado uma série de problemas inaceitáveis, tais como, falta de atendimento, serviços insuficientes e em geral mal estruturados, trabalhadores insatisfeitos com suas condições de trabalho, entre outros. (GARCIA et al, 2010).

No ano de 2000 esses problemas já eram conhecidos e em busca de alterar o cenário vigente, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), levando em consideração que na época os hospitais eram o alvo das maiores críticas. Ainda neste ano, instituiu também o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

O objetivo primordial do PHPN é assegurar 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, na perspectiva dos direitos de cidadania e fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. (BRASIL, 2002).

Em 2003, o MS passou o PNHAH por uma revisão e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), ampliando o alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS. A PNH surgiu no intuito de fortalecer, tornado-se fundamental para a concretização dos princípios do SUS, tais como o acesso universal, a integralidade da atenção e a equidade na gestão.

No que diz respeito à humanização da saúde da mulher, o antigo PAISM (Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher), criado em 1983 foi reformulado pelo Ministério da saúde em 2004, passando a se chamar Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A PNAISM foi criada para reforçar a humanização no atendimento integral às mulheres em suas diferentes fases da vida. Uma de suas prioridades é promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, com diretrizes como a ampliação da adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), realização de exames de rotinas de pré-natal, abrangendo todos os níveis de complexidade na atenção obstétrica e neonatal (RIOS; VIEIRA, 2007).

A PNH se estruturou a partir de diretrizes, ou seja, orientações gerais, dentre as quais se destaca, por sua relevância, o acolhimento. A recepção humanizada se apresenta como porta de entrada para um serviço que tem a humanização como o eixo de todas as suas práticas. (RIOS, 2009, p.130). Receber o paciente a partir desse enfoque implica em lançar um novo olhar sobre os aspectos que compõem o processo de produção da saúde.

O acolhimento significa a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. (GUEDES et al, 2013). O acolhimento é uma ação que busca uma mudança na relação do profissional com o paciente, onde o primeiro reconhece o mesmo como sujeito participante e ativo no processo de produção de saúde. É um modelo de atender os usuários, em que o profissional se propõe a ouvir o que é solicitado e assume uma postura de acolhimento e oferta de respostas. Para tanto, implica na oferta de um atendimento resolutivo e responsável, que exige também encaminhamentos para outros serviços, caso não seja possível atender a demanda específica do usuário. (BRASIL, 2009; 2010).

Todos os profissionais de saúde podem fazer o acolhimento, porém, algumas portas de entrada dos serviços, como os de urgência e emergência, por exemplo, podem demandar um tipo específico de acolhimento, na modalidade de dispositivo tecno-assistencial, denominado “acolhimento com classificação de risco” (ACR). (BRASIL, 2009 & NASCIMENTO, 2011).

A classificação de risco é um instrumento que proporciona a organização das filas de espera e propõe outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada. Além deste, situa outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do paciente com grau de risco elevado; informar o paciente e seus familiares que ele não corre risco imediato; informar sobre o tempo provável de espera; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Alinhando-se aos argumentos acima descritos buscou-se saber como acontece o acolhimento em um centro obstétrico de um hospital de ensino localizado na região centro-oeste do estado do Rio grande do Sul. Neste local não ocorre somente o atendimento a parturientes, mas a todas as intercorrências clínicas da gestação, funcionando 24 horas como um serviço de urgência e emergência.

Tendo em vista tais apontamentos, verificou-se a necessidade de analisar os processos de acolhimento e assistência às parturientes, a partir da percepção das puérperas e dos profissionais de saúde que atuam neste local. Desse modo, o presente artigo, que se trata de um recorte de um projeto maior intitulado “O Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco na Percepção de Puérperas e Profissionais de Saúde”, buscará apresentar uma série de considerações acerca dos temas mencionados, partindo das análises obtidas através das entrevistas realizadas com profissionais de saúde do centro obstétrico.

METÓDOS

A presente investigação constitui-se como uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2013), do tipo exploratória descritiva (GIL, 2007). Sendo assim, o método se baseia na interpretação do que os sujeitos dizem e expressam, uma vez que não busca mensurar as informações, mas se propõem a compreendê-las.

Este estudo foi realizado no Centro Obstétrico de um Hospital de Ensino localizado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 15 profissionais de saúde que atuam neste serviço, escolhidos aleatoriamente e inseridos na pesquisa de acordo com a disposição em participar da mesma. Entre os profissionais estavam: quatro enfermeiras, cinco médicas residentes do primeiro e segundo ano da especialização em Ginecologia e Obstetrícia e seis técnicas de enfermagem. As entrevistadas eram todas do sexo feminino, apresentavam idade entre 27 e 60 anos e o tempo no serviço variava entre 1 e 29 anos.

Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2014, por meio de um instrumento com questões semiabertas (*Apêndice A*). A técnica adotada para coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada na qual foram apresentadas 17 questões relacionadas ao processo de acolhimento e assistência às parturientes pela equipe de saúde no centro obstétrico.

As entrevistas foram registradas através de um gravador de voz, mediante a autorização do participante. Na sequência, as mesmas foram transcritas graficamente na íntegra e foram examinadas por meio da análise temática de Minayo (2013). Para tanto, cumpriu-se as três etapas propostas pela referida autora: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

No que concerne aos princípios éticos, este estudo passou pela aprovação dos

setores da instituição pesquisada, bem como pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), sob número CAAE 20991113.0.0000.5346, de processo 508.160 (*Anexo A*). Respeitou-se os direitos das participantes, levando-se em consideração o que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que apresenta as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos. Sendo assim, a coleta dos dados só foi realizada após a apresentação do Termo de Confidencialidade dos Dados da Pesquisa (*Apêndice B*) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*Apêndice C*). Dessa forma, os participantes foram identificados com a letra P (profissionais), acompanhada do número relacionado à ordem da realização das coletas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas realizadas e com os resultados obtidos por meio da análise temática de Minayo (2013), chegou-se a duas categorias de interesse: Percepção dos Profissionais sobre o acolhimento e Percepção dos Profissionais Sobre o Atendimento na Porta de Entrada. Do mesmo modo, estabeleceram-se as seguintes subcategorias: o conceito de acolhimento na perspectiva do profissional; comunicação ineficaz; fortalecimento do modelo hospitalocêntrico e a frágil corresponsabilidade; e contrarreferência informal. As categorias e subcategorias serão descritas na sequência, apresentando recortes do conteúdo manifesto e análise contextualizada.

1. Categoria 1: Percepção dos Profissionais sobre o Acolhimento

Quando se fala em “humanização” no atendimento em saúde, a primeira ação que deveria ser realizada por toda a equipe ao receber um paciente é o acolhimento. Acolher é, sobretudo, ofertar uma escuta sensível, na qual é necessário estar preparado para trabalhar com diferenças sociais, culturais e comportamentais. É importante estar atento, ouvir e atender com respeito à particularidade que cada paciente apresenta. Além disso, ao acolher o profissional precisa utilizar uma comunicação ao nível de compreensão do sujeito, de modo a facilitar o estabelecimento de um vínculo terapêutico.

Ao se estabelecer o vínculo, os profissionais podem melhorar a compreensão das reais necessidades do paciente. Com o reconhecimento integral desses sujeitos, o

atendimento fica mais dinâmico e facilita comunicação. (FREIRE et al, 2008). A criação de vínculo é uma necessidade social em saúde, uma vez que este significa o estabelecimento de uma relação contínua e capaz de responder demandas.

Para Bueno e Merhy (2002), o acolhimento na saúde possibilita a construção de uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social como escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. Nesse contexto, no encontro profissional-paciente além de haver a identificação das necessidades, há uma busca de produção de vínculo e de estímulo à autonomia.

Conforme se pode observar, o acolhimento propõe uma modificação na lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, se configurando como um desafio aos profissionais.

Após a análise das entrevistas, verificou-se que o termo acolhimento comporta diferentes significados e concepções para os profissionais de saúde, passando inclusive por compreensões equivocadas:

(...) Acolhimento pra mim é aquele momento em que a mãe vai passar pelo trabalho de parto (...) (P5).

Acolhimento é aquele atendimento especial que tu tem que dar pra paciente quando ela chega num posto de saúde pra primeira consulta (...) (P10).

A maioria dos profissionais desconhece o significado do termo acolhimento, podendo reduzi-lo a uma prática da atenção básica ou um instrumento a ser aplicado na hora do parto, como mostra as falas acima. Ou ainda, pode ser confundido com modalidade de acolhimento técnico-assistencial, o ACR, restringindo a sua aplicabilidade à enfermagem ou a medicina:

(...) Eu acho que tem que ser uma enfermeira ou um médico (...), tem que saber um pouco de clínica(...) (P3).

Eu acredito que o serviço seria bem mais eficiente se tivesse um residente [médico] ou até mesmo o preceptor [medicina] lá na frente fazendo a triagem (...) (P8).

O acolhimento perpassa qualquer nomeação de um núcleo profissional, podendo ser pensado em um sentido mais amplo, como um cuidado que não exige um conhecimento específico, mas um olhar multiprofissional no qual o sujeito possa ser visto em sua integralidade. Para Almeida (2001), a unidade produtora dos serviços de

saúde não é um profissional isoladamente, mas, sim, a equipe; o foco central de atenção não é somente o paciente, mas a família e seu entorno.

Para alguns profissionais o acolhimento é reconhecido como um momento de escuta e uma busca de aproximar profissionais e pacientes, porém, tradicionalmente ainda é identificado, em certa medida, como uma atitude voluntária e de bondade por alguns profissionais (BRASIL, 2009), como pode ser observado nas falas abaixo:

O acolhimento pra mim é a recepção bem feita, com educação, com carinho, com solidariedade, (...) tu vai aprendendo, no decorrer da vida (...) (P13).

Acolhimento então é toda recepção, toda a simpatia, delicadeza, bons tratos com a paciente (...) (P14)

No entanto essa atitude contraria as proposições da PNH, que propõem a ação do acolhimento como um dos seus dispositivos e não como um “ato de caridade” ou uma manifestação feita aleatoriamente de acordo com a compreensão individual. Marques e Lima (2004) reforçam essas ideias quando afirmam que o acolhimento, dentro de uma perspectiva humanizada, vai muito além do que tratar bem um paciente, implicando numa atitude de respeito, interesse e responsabilização pelas necessidades dos mesmos, como situam adequadamente os profissionais abaixo:

É o primeiro contato que a paciente tem contigo e tu com ela, eu acho que a gente deveria se identificar, e tentar saber com a paciente o que levou ela a procurar o serviço (...) (P8).

(...) o acolhimento a princípio a maneira como tu aborda, (...) ver a necessidade, e fazer os encaminhamentos, dependendo da necessidade da paciente – se necessário avaliação, se não, fazer uma contrarreferência (...) (P15).

Os discursos apresentados vão ao encontro do que propõem os autores Souza e Lopes (2003), quando afirmam que a humanização dos atores (usuários e profissionais de saúde) que participam do acolhimento acontece por meio de um espaço em que o vínculo é criado pelas posturas de escuta e responsabilização. É preciso ouvir o paciente para além da dor física, pressupondo ali um sujeito repleto de questões que perpassam o orgânico e atingem o plano da subjetividade.

Para o profissional ter esta postura necessita estar capacitado, porém, quando os entrevistados foram questionados se o serviço em algum momento teria lhes oferecido qualificação voltada para o acolhimento, apenas uma entrevistada respondeu positivamente. As demais afirmaram ter recebido apenas orientação breve durante a formação acadêmica, sendo esta voltada prioritariamente para o manejo e procedimentos técnicos, ou ainda, apontaram o entendimento do dispositivo a partir da experiência empírica. Vejamos algumas citações:

(...) Algumas coisas da parte técnica sabe, os nossos cursos de como lidar com medicações, aparelhagem, mas do acolhimento, essa parte mais emocional eu acho que não (...) (P8).

Eu acho que a gente foi aprendendo com as experiências(...) (P9).

Olha, (risos) quando eu entrei aqui eu não recebi nada. Depois assim até tu vai aprendendo no decorrer da vida (...) (P13).

Conforme pode se observar, ainda persiste um distanciamento entre a formação acadêmica e as necessidades de saúde da população, predominando uma educação tradicional que enfatiza o conhecimento e as habilidades técnicas, em detrimento de uma formação que habilita seus graduandos a atuarem no SUS. Embora as discussões sobre o acolhimento devam aparecer como tema transversal nos cursos da área da saúde, é fundamental que os profissionais continuem se atualizando e se qualificando por meio da Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente em saúde foi apresentada na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, como uma Política Nacional. A referida política aponta a importância dos processos de qualificação dos profissionais de saúde, enfatizando que a busca do aperfeiçoamento precisa estar ligada às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2005). Não basta apenas transmitir novos conhecimentos técnicos para os profissionais, uma vez que a formação e o desenvolvimento dos mesmos precisam transcender a dimensão fisiológica e caminhar na constituição de práticas qualificadas que assegurem uma atenção humanizada. Há então um movimento de reorientação na saúde, que se transpõe de uma abordagem individualista para outra mais relacional (Capra, 1982).

2. Categoria 2: Percepção dos Profissionais Sobre o Atendimento na Porta de Entrada

Em nosso país, muitos serviços de atendimento às urgências e emergências convivem com extensas filas nas quais as pessoas disputam o atendimento sem critério de risco, levando em consideração apenas a ordem de chegada. Esse contexto aponta para um modelo ultrapassado de compreensão e de responsabilidade pública sobre a saúde e nos remete diretamente ao que propõe a PNH: ações que mudem o padrão de assistência ao usuário nos serviços públicos do Brasil e que melhorem a qualidade e a eficácia dos atendimentos prestados por estas instituições.

Partindo desse pressuposto, a PNH ressalta a importância do acolhimento e do ACR nas unidades de urgência e emergência, com o objetivo de humanizar o cuidado, reduzir a fila e o tempo de espera para o atendimento e propor uma reflexão acerca dos moldes de operar a assistência. Estas duas tecnologias, acolhimento e ACR, portanto, “têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, de acordo com a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho”. (BRASIL, 2004, p. 16-17).

No centro obstétrico onde foi realizada a pesquisa não ocorre o ACR, embora o serviço funcione 24 horas como um setor que atende urgências e emergências obstétricas. Tendo em vista tal fato, buscou-se ouvir dos profissionais de saúde como eles percebem o atendimento na porta de entrada deste local. Vejamos algumas opiniões apresentadas:

(...) as pacientes graves, elas não tem uma forma de seleção a não ser pela própria técnica de enfermagem, que julga se a paciente é grave ou não. Não tem um protocolo específico de sinais vitais (...) não é formalizado nenhuma forma de critério (...) É um acolhimento caótico (P1).

Acho um pouco confuso, o paciente é recebido pela secretária (...) A triagem é feita pelo técnico de enfermagem, classificando se é urgente ou não. Não tem uma enfermeira fixa lá na frente para classificar. E pela superlotação (...) (P2).

Os depoimentos apontam que o atendimento na porta de entrada se apresenta confuso e, conforme pode ser observado quem realiza a classificação quanto a risco é o técnico de enfermagem. Vale ressaltar que a Portaria 2.048/2009 do Ministério da

saúde, aponta que o ACR “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos (...)”. (BRASIL, 2002).

Outros aspectos ressaltados por todos os profissionais dizem respeito à inadequação da estrutura física e a falta de recursos pessoais. Os entrevistados consideram a porta entrada um lugar pequeno, superlotado, feio, desconfortável, com pouca privacidade e com um número baixo de profissionais disponíveis.

(...) eu acho que é muito ruim, as pacientes não tem um local muitas vezes pra sentar, pra aguardar o atendimento, o atendimento é feito de forma demorada, então às vezes a gente deixa de atender melhor até pelo volume e temos poucos funcionários (...) (P5).

Muito falho (...) muito mecânico, verifica, senta, passa esse aqui (...). A gente poderia ter uma sala de espera melhor, mas assim eu acho tudo isso muito feio, parece um cubículo, é um cubículo, muito escuro, as cadeiras horríveis, tudo muito apertado (P9).

A estrutura física é apontada também como fator limitante ao acesso do acompanhante da paciente com a mesma durante o período de espera e a realização do atendimento:

(...) não fica acompanhante na entrada, elas ficam aguardando sozinhas (...) pela falta de estrutura física. (P2)

Não, não é permitida a entrada de acompanhante e eu acho muito precário o espaço ali, por que a gente não tem nenhuma sala de entrevista na verdade, é direto a sala de exame(...) (P3).

(...) as pacientes que estão ali na frente escutam o que está sendo falado com a outra, então falta privacidade, (...) que ela pudesse se sentir mais a vontade, o que não acontece, o nosso espaço físico não nos permite. (P10).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), que regulamenta, especificamente, o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal no Brasil - RDC nº 36/2008, prevê a inclusão de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Reiterando o que propõe a Lei nº 11.108/2005, relacionada à inserção do acompanhante, a RDC nº 36/2008 destaca que a instituição que oferece assistência obstétrica deve garantir o direito à privacidade

da gestante e seu acompanhante, assim como dispor de estrutura física adequada para a permanência do mesmo (BRASIL, 2008a).

Os profissionais do centro obstétrico, por sua vez, reconhecem a importância da presença do acompanhante durante o acolhimento e avaliação:

(...) por exemplo, se essa paciente está com dor, ela não vai absorver o que o profissional está falando (...) então essa pessoa que está junto talvez ajudaria até a compreender o que está acontecendo (P11).

(...) acho que eles deveriam deixar pelo menos um acompanhante, pra elas ficarem mais assim, um pouco mais se sentindo melhor, mas olha o tamanho daquilo lá! (P13)

Observa-se a necessidade de uma transformação no espaço físico e aqui se aplica o conceito de ambiência. A PNH utiliza o termo ambiência para definir a necessidade de mudança na estrutura dos serviços de saúde. Segundo Brasil (2010b, p.5) “ ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”.

Para além da mudança de espaço físico, verifica-se a importância de uma “mudança de paradigma” (CAPRA, 1982) e a “mudança de paradigma na assistência à saúde envolverá a formulação de novos modelos conceituais, a criação de novas instituições e a implementação de uma nova política. (p.318).

Verifica-se, desse modo, a necessidade de um novo modo de operar, que ofereça espaço adequado, levando em consideração que o mesmo só será possível com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, das práticas e dos processos de trabalho. (BRASIL, 2010b).

2.1 Subcategoria1: Comunicação Ineficaz

Etimologicamente, o termo comunicar provém do latim *comunicare* e significa *pôr em comum*. Portanto, a comunicação pode ser entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas.

Esta subcategoria demonstra que na percepção dos profissionais, na maioria das vezes, o tempo de espera para o atendimento e os procedimentos realizados nas parturientes não são comunicados a elas. Do mesmo modo, revela que as informações

fornecidas a respeito do motivo da liberação ou da internação das mulheres no centro obstétrico não ficam claras e não dão a garantia de que orientação foi compreendida.

A percepção dos profissionais sobre o tempo de espera demonstrou que nem todos os entrevistados fornecem informações a respeito e que, quando isso ocorre nem sempre é feito de maneira clara e precisa. Quando questionados se informam às parturientes se irá demorar ou não para receberem o atendimento, os mesmos afirmaram:

Não, a gente não consegue dar conta de dar informação lá fora e de atender ali dentro. Então geralmente quem diz mais ou menos o que está sendo feito com a paciente é a secretária (P2).

Não comunica (...) nunca parei pra pensar nisso (...) (P5).

Do mesmo modo, parece haver uma falta de cuidado em relação à importância de esclarecer às pacientes quais os procedimentos realizados. Segundo os depoimentos esse dado nem sempre é compartilhado:

Nem sempre (...) às vezes a paciente está sendo internada ou vai passar por um procedimento e ela não é informada (...) isso não acontece aqui, infelizmente não acontece (P8)

(...) depois eu conversei com ela e expliquei o que eu fiz. Mas foi depois que aconteceu (...) depende muito da situação (P15).

Crescêncio (2010) afirma que, a comunicação e o acolhimento precisam caminhar juntos, pois dependem da capacidade de escutar e de dialogar entre os semelhantes. No entanto, isso nem sempre ocorre. Durante as entrevistas ficou evidente também que não há esclarecimento sobre os motivos que levam a paciente permanecer internada no centro obstétrico, como aponta a profissional abaixo:

(...) eu tenho certeza que algumas saem sem saber. (...) Acho que deixa muito a desejar (...) dá-se a conduta e joga na mão as vezes do doutorando [aluno do sexto ano da medicina] a responsabilidade de orientar. Muitas vezes a gente faz isso, não é o certo, mas na correria, é o que a gente consegue fazer (P5).

O ato de informar sobre o que irá ocorrer durante o atendimento, é de extrema importância, uma vez que coopera para o estabelecimento de vínculo, podendo produzir ação terapêutica e melhora nas relações de assistência em saúde. (BRASIL, 2009). No

entanto, verifica-se aqui uma comunicação fragilizada, em que ocorre uma dissimetria e ausência de diálogo (CAPONI, 1998; 2000).

Quando isso ocorre, “há, assim, forte tendência à exclusão do outro, uma vez que o profissional da saúde sabe de antemão o que é melhor para o seu paciente; é treinado para, a partir da queixa, diagnosticar e intervir na cura do corpo doente”. (BRASIL, 2011, p.71). No entanto, é necessário estar atento ao fato que os pacientes são sujeitos capazes de decisão e diálogo e não cabe ao profissional na assistência à saúde reforçar as estratégias de infantilização.

2.2 Subcategoria 2: Fortalecimento do Modelo Hospitalocêntrico e a Frágil Corresponsabilidade

Apesar das dificuldades estruturais no serviço, a maioria dos profissionais têm a percepção de que há resolutividade no serviço. Quando questionados se os atendimentos lhe parecem resolutivos, concluem:

Acho que sim, a maioria, até quando é baixo risco a gente, mesmo não precisando estar ali a gente acaba ou pedindo exame ou fazendo medicação (P3).

Eu acho que sim, até que são, por que (...) na Unidade básica poderiam resolver muita coisa, que a gente vê que vem pra cá(...) (P6).

Sim (...) mas consultas que poderiam ser feitas nos postos de saúde. Olha de 50 a 60% dos atendimentos que vem ao CO [centro obstétrico] não são daqui (...) (P9).

Observa-se nos depoimentos acima que muitos atendimentos realizados não são considerados demanda do serviço terciário, e poderiam ter sido manejados na atenção primária. Segundo Degani (2002), “na prática, no nível terciário é que acaba ocorrendo a concentração da procura por atendimento, devido à falta de resolutividade nos níveis anteriores. (p. 26).

Ocorre que as Unidades Básicas ofertam um número limitado de fichas de atendimento, não funcionam 24 horas, não apresentam a possibilidade de realizar procedimentos de investigação imediata do diagnóstico, etc. Nesse contexto, os pacientes deixam de buscar a consulta na Unidade Básica de Saúde mais próxima por

avaliá-la como uma assistência menos qualificada, de pouca tecnologia e opta por buscar o seu atendimento diretamente nas emergências hospitalares.

Porém, é necessário substituir o modelo hospitalocêntrico por um modelo que estabeleça maior integração entre os serviços de saúde. Ser resolutivo é também, perceber que nenhum serviço, isoladamente, dispõe de recursos humanos, financeiros, competência e tecnologia para responder de maneira integral à saúde da população.

Do mesmo modo, torna-se imprescindível que os pacientes se co-responsabilizem nesse processo, o que não parece ser uma prática das parturientes que freqüentam o local da pesquisa, conforme apontam os profissionais entrevistados:

Os problemas geralmente são resolvidos. Se há falha é por que às vezes a paciente não volta pra mostrar exame (P4).

Acho que em parte(...) Muitas também não entendem o que a gente pede. A gente fala e não se cuidam quando vê tão ali de novo. A gente pede repouso e não faz (...) (P11).

A responsabilização precisa ser mútua, ou seja, uma co-responsabilização entre paciente e profissionais de saúde/serviço. Segundo Campos (1997, p.50), “(...) os serviços de saúde deveriam trabalhar para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com (as) dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos (...)”. Mas a autonomia do paciente exige um olhar pautado na integralidade do mesmo, uma vez que só se pode pensar no conceito de autonomia, tendo em vista a dimensão social, histórica e psíquica de cada sujeito. Como se pode ver, caímos novamente no conceito de acolhimento e sua importância atrelada à escuta.

2.3 Subcategoria 3: Contrarreferência Informal

A contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade para qual o paciente é encaminhado, podendo ser este a Unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. Já a referência acontece quando o paciente é encaminhado para um atendimento com nível de especialização mais complexo, tais como os hospitais e as clínicas especializadas (FRATINI, 2008).

É necessário estar atento, porém, ao fato de que a hierarquização dos serviços não pode se tornar um mero instrumento de transferência de responsabilidades entre as unidades do sistema. Quando os processos de referência e contrarreferência ocorrem, há um fortalecimento na rede de atenção à saúde, podendo inclusive se efetivar para os usuários o princípio da integralidade. (HOFFMANN, 2010). Isso ocorre nas ocasiões em que se identifica que a demanda pertence a outro nível de atenção e o usuário é encaminhado para dar continuidade à assistência.

Durante as entrevistas foi perguntado aos profissionais se eles orientam às pacientes a retornar à Unidade básica de saúde mais próxima de suas casas, sendo observado que a maioria deles faz uma orientação verbal e desconhece o documento de contrarreferência padrão no hospital, nomeando a ficha de consulta como tal:

Pra unidade básica, não, por que eu escrevo a conduta na fichinha de consulta, ficha ambulatorial, eu coloco conduta embaixo, retorno se necessário, (...) e aí ela fica com a segunda via e ela leva junto com ela, e eu peço pra ela mostrar ou se ela for retornar ela mostrar aqui (...) (P2).

Em geral não, a gente dá a segunda via da ficha de consulta, que é onde tem todo o atendimento (...) e eu sempre costumo colocar a conduta ali, pra ir à Unidade Básica, isso sim. Mas assim, algo a mais por escrito não, a gente não tem tempo pra isso (P5)

Identifica-se que a falta de capacitação e de um protocolo específico de encaminhamento gera nos profissionais de saúde dúvidas, sobre os documentos formais do serviço que podem ser utilizados como instrumentos legais de contrarreferência para outras instâncias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tentar traduzir sob a forma de pesquisa a compreensão do processo de acolhimento e assistência às parturientes a partir da percepção de profissionais de saúde, entende-se de que o objeto escolhido foi pleno de possibilidades para entender e, sobretudo, para ampliar as propostas e a pesquisa nessa área de estudos.

No cenário deste estudo observou-se que não há um consenso em relação ao que se compreende pelo termo acolhimento, observando que, em alguns casos, o mesmo é confundindo com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). O não

entendimento do acolhimento parece estar relacionado à fragilidade na formação e a própria instrumentalização em serviço.

Verificou-se também que a maioria dos profissionais considera fundamental a presença do enfermeiro(a) durante a recepção da paciente, porém os materiais do MS apontam que qualquer profissional de saúde pode se responsabilizar pelo acolhimento dos usuários.

Um dos papéis fundamentais do hospital é contribuir para a continuidade do cuidado fazendo uma adequada contrarreferência após o atendimento. Entretanto, os resultados mostram que na prática não encontramos um sistema de saúde harmonioso que contribua para o bom funcionamento da rede. Nesse contexto, seria importante o estabelecimento de uma política institucionalizada para tornar a contrarreferência um processo contínuo e operante.

O centro obstétrico encontra-se superlotado, não só de urgências e emergências, mas com casos ambulatoriais, que poderiam estar sendo absorvidos pela atenção primária. A partir disso, verificou-se também o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, a informalidade nos encaminhamentos (contrarreferência), realizados de forma verbal ou em documento não padronizado pelo serviço.

No setor investigado observou-se a carência de projetos que fortaleçam a educação permanente em saúde aos profissionais, em especial na temática do ACR. A equipe referiu não estar recebendo qualificação no que diz respeito ao acolhimento e demonstraram não buscar novos conhecimentos através da educação permanente, deixando a desejar no que diz respeito ao conhecimento e a compreensão de políticas públicas fundamentais. Por sua vez, o que se observa na prática é a fragmentação no processo de trabalho, comprometendo questões importantes referentes ao processo de humanização.

Para melhor qualificação do serviço sugere-se a utilização de um protocolo específico para acolhimento, que contemple a inserção de diferentes núcleos profissionais, ofertando um olhar multiprofissional no qual o sujeito possa ser visto em sua integralidade.

Identifica-se como urgente a implementação do dispositivo de acolhimento com classificação de risco (ACR), sendo sugerido que o mesmo possa se efetivar pela iniciativa de residentes de diferentes núcleos profissionais. No entanto, para que o mesmo ocorra é necessário superar os entraves impostos pelo espaço físico e assumir uma postura desafiadora, voltada para uma “mudança de paradigma”.

Contudo, para que essa mudança seja efetiva, é importante sempre levar em consideração que trabalhamos com sujeitos desejantes, com direito à autonomia, e que por trás de sua demanda, há uma dimensão social, histórica e psíquica que merece ser acolhida em sua singularidade.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família:** construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 50-53, 2001. Disponível em:< <http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE; V.A. **A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro.** Cien. Saúde Colet. 2007;12(4):929-34.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.** Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério:** Assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRASIL, 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/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo técnico da PNH. Brasília:MS,2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília, DF; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.048** de 02 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 2005.158 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documentos base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: MS, 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 36**, de 3 de junho de 2008b. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília: DF, 4 jun. 2008b, n. 105. Sessão 1, p. 50-53.

BRASIL, **Portaria nº 3136**, de 24 de dezembro de 2008c. Define repasse financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do SUS para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/15775-3136.html?q>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: MS; 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 64 p. – (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. Brasília: MS, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010b.32 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.268 p., il. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS ; v. 3.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Disponível em: < [Http :// www . uff. br/saudecoletiva/ professores /merhy/artigos-14.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf) > Acesso em: 19 fev. 2014.

CAMPOS, G.W. **Subjetividade e administração de pessoal**. In: CECÍLIO, L. C. O. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAPRA, F. (1982). **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix.

CRESCÊNCIO, Jainmara Martins. **O Atendimento no ambulatório de um hospital Público de Grande Porte tendo o acolhimento como Referência: A visão do Usuário**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: < Http : // www .arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3082/2/Jainmara%20Martins%20Cresc%C3%AAncio.pdf>. Acesso em: 21 fev.2014.

DEGANI, Vera Catarina. **A resolutividade** dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de saúde. Dissertação de mestrado, UFFRGS, 2002. Disponível em:<:http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 1 de mar.2014.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O Acolhimento e os processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim MG**. In: CAMPOS G. W. S. Et al. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano: O debate no campo da saúde coletiva. 3.ed. São Paulo : Hucitec, 2006. P. 37-54.

FRATINI, J. R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Referência e Contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde**. Cienc. Cuid. Saude, 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.

FREIRE, L. A. M.; STORINO, L. P.; HORTA, N.C.; MAGALHÃES, R. P. ; LIMA, T. de. **O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família**. Rev. Min. Enferm.;12(2): 271-277, abr./jun., 2008.

FREITAS, G.L., VASCONCELOS, C.T.M., MOURA, E.R.F., PINHEIRO, A.K.B. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8. Disponível em <:http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 12 fev.2014.

GARCIA, Adir Valdemar; ARGENTA, C. E.; SANCHEZ, K. R.; THIAGO, M.L.de São. **O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 811-834, 2010.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. **Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários**. Ver. Bras. Enferm., Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 31-7.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, Romeu. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social (Org.). Teoria, Método e Criatividade, Petrópolis: Vozes. 2002.

HOFFMANN, I. C. ; RESSEL, L. B. ; Maria de Lourdes Denardin Budó . **Women s pathway in prenatal care at public sceneries**. Revista de Enfermagem UFPE On Line, v. 3, p. 44-52, 2010. Disponível em: <Http://www.researchgate.net/publication/47446961_Womens_pathway_in_prenatal_care_at_public_sceneries>. Acesso em: 5 mar. 2014.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA Maria Alice Dias da Silva. **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.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. (Coleção temas sociais).

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 597-603, dez. 2011. ISSN 1518-1944. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11812/10180 >. Acesso em: 27 fev. 2014.

OLIVEIRA, L.H; MATTOS, R.A. de; SOUZA, I.S.S. **Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial**. Ciência & Saúde Coletiva,14(5):1929-1938,2009.

RIOS,C.T.F; VIEIRA, NFC. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem com um espaço para educação em saúde**. Ciência & Saúde coletiva, Rio de Janeiro. V.12, n.2, p.477-486, 2007.

RIOS, I.C. **Caminhos da Humanização na Saúde: Prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SENRA, C.N.; PERET, F. J. A.; FILHO, F.L.R.;e tal(org). **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.

SOUZA, Aline Corrêa de; LOPES, Marta Julia Marques. **Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de Experiência**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.24,n.1,p.8-13,abr.2003.

VICTOR, A.C.S.; MATSUDA, L.M.; SAALFELD,S.M.S.; ÉVORA Y.D.M. **A comunicação verbal de uma equipe médica: necessidades apresentadas pelos visitantes**. Rev Uningá. 2004;1:105-114. Estado de saúde do seu ente ou outra pessoa próxima. Disponível em: < http://www.mastereditora.com.br/periódico/20130716_161041 .pdf > . Acesso em: 19 fev.2014.

ANEXO

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco na Percepção de Puérperas e Profissionais de Saúde

Pesquisador: Lizandra Flores Pimenta

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20991113.0.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 508.160

Data da Relatoria: 17/12/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto refere-se a um trabalho de conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público De Saúde da UFSM.

A temática do estudo refere-se ao acolhimento em saúde, uma diretriz política e operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) que garante o acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. Traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização.

Será realizado no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com um total de 20 profissionais, incluindo médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem e residentes do primeiro e segundo ano de obstetrícia e ginecologia; e 20 puérperas escolhidas por região de moradia que deverá ser em local onde possua Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) no município. A escolha dos locais de estudo serão de acordo com pesquisa no Sistema de Informação de Ensino (SIE) do HUSM, onde será verificada as unidades de saúde que mais referenciam gestantes ao Centro Obstétrico. Posteriormente à verificação serão selecionados as três UBS/ESF de maior demanda para a coleta dos dados.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva. A coleta de dados será através de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 508.160

entrevista semi-estruturada até a saturação dos dados, sendo os dados analisados conforme análise temática de Minayo

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os processos de acolhimento e assistência de mulheres no ciclo gravídico-puerperal no Centro Obstétrico de um hospital universitário, sob a ótica das mulheres e dos profissionais de saúde.

Objetivos Secundários:

Identificar a dinâmica de atendimento na percepção dos profissionais de saúde, puérperas.

Conhecer a forma de acolhimento do serviço.

Analisar a resolutividade do atendimento do serviço.

Identificar se está ocorrendo a contra referência para outro nível de atenção.

Mediar junto à equipe do centro obstétrico estratégias de acolhimento a partir dos resultados da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: há a descrição da possibilidade de desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato das pesquisadoras realizarem uma entrevista na qual irá refletir sobre o cotidiano e as vivências do processo de acolhimento no centro obstétrico. Referem que se houver qualquer desconforto, a entrevista será suspensa e se for necessário será feito um encaminhamento a um especialista da área da saúde mental do HUSM previamente contatado.

Benefícios: Refere como benefícios a possibilidade de melhor qualidade das práticas no cuidar da equipe multiprofissional e a realização de um projeto de intervenção que consiste em mediar junto à equipe do CO estratégias de acolhimento a partir dos resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se a temática do estudo pertinente e relevante para o avanço no conhecimento na área de saúde em centro obstétrico, considerando a questão do acolhimento e humanização nesse ambiente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos solicitados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas, estando o projeto aprovado e apto para realização.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 508.160

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 08 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE A – Questionário Aplicado Em Profissionais De Saúde**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- Nome: _____
- Data: ____/____/____
- Idade: _____
- Telefone: _____
- Endereço: _____
- Cidade: _____
- Entrevistador: _____
- Escolaridade: _____ Profissão: _____

1. O que você entende por acolhimento na porta de entrada do centro obstétrico?
2. E você acha que qualquer profissional pode fazer o acolhimento?
3. E vocês já receberam ou recebem alguma qualificação no sentido de como receber, acolher os pacientes?
4. Como é para você o atendimento da porta de entrada do centro obstétrico?
5. Você se identifica ou Como você se identifica para a paciente?
6. Quais os profissionais que realizam o atendimento de primeira vez?
7. Você pensa que está correta esta forma de atendimento?
8. Que profissionais você considera importante para realizar este atendimento?
9. Existe algum lugar específico para a recepção da paciente? Em qual local foi realizado? Foi permitida a entrada do acompanhante?
10. Você informa a paciente em relação ao tempo de espera?
11. Após o atendimento você acha que deixa claro o motivo da liberação ou da internação das pacientes? (ou como é feito para deixar claro).
12. Você costuma deixar claro ou como você faz para deixar claro para as pacientes quais foram os procedimentos realizados? Se não for você, quem faz, é feito?
13. Você acha que, em algum momento é realizado algum procedimento desnecessário?

14. Após o atendimento, você orienta a mulher a retornar a unidade básica de saúde mais próxima?
15. Você faz algum encaminhamento por escrito? Se sim, de que forma?
16. Em sua percepção, o problema da mulher foi resolvido? Se não, porque você acha que não?
17. Você tem alguma sugestão para dar ao serviço?

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade dos Dados da Pesquisa

Título do estudo: “O Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco na Percepção de Puérperas e Profissionais de Saúde”

Identificação da linha de cuidado: Gravídico-Puerperal

Pesquisadores orientadores: Fisioterapeuta Professora Doutora Melissa Medeiros Braz; Enfermeira Mestre Lizandra Flores Pimenta; Enfermeira Mestre Izabel Cristina Hoffmann.

Pesquisadoras: Ana Caroline Boff Hedlund, Caroline Bolzan Ilha e Juliana Biermann Krusche.

Instituição/Departamento: Programa de Residência multiprofissional Integrada em Sistemas Públicos de Saúde (UFSM).

Telefone para contato: (55) 91429743

Locais da coleta de dados: domicílio das puérperas e Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Estratégias de Saúde da família (ESF) que mais referenciam gestantes ao Centro Obstétrico.

As pesquisadoras do presente projeto comprometem-se a preservar a privacidade dos indivíduos, cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, realizadas no domicílio das puérperas e/ou nas UBS/ ESF na cidade de Santa Maria/RS. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas arquivadas por um período de 5 (cinco) anos em arquivo digital, depositado no computador pessoal da pesquisadora responsável pelo projeto, instalado no prédio 26B, da unidade universitária do Centro de Ciências da saúde, situado na sala 1256, Av. Roraima n. 1000, Faixa de Camobi, Km 09 - Campus Universitário, CEP: 97105-900, Santa Maria – RS. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em com o número do

Santa Maria,.....de de.....

Melissa Medeiros Braz

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) _____, você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“O Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco na Percepção de Puérperas e Profissionais de Saúde”**.

O estudo pretende compreender os processos de acolhimento e assistência de mulheres no ciclo gravídico-puerperal no Centro Obstétrico de um hospital universitário, sob a ótica das mulheres e dos profissionais de saúde.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para lhe fazer algumas perguntas sobre como você percebe o atendimento na porta de entrada do centro obstétrico e se for puérpera como aconteceu o seu acolhimento/atendimento no centro obstétrico, e mediante sua autorização, gravar a entrevista a realizada. Esta entrevista terá uma duração em torno de 40 minutos.

Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa.

Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o seu trabalho ou serviço de saúde.

Comunico que a sua participação na entrevista não representará, a princípio, risco às suas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre o seu cotidiano e suas vivências. Contudo, poderá haver um benefício no que se refere à melhor qualidade das práticas no cuidar da equipe multiprofissional e a realização de um projeto de intervenção que consiste em mediar junto à equipe do Centro Obstétrico estratégias de acolhimento a partir dos resultados da pesquisa.

Se houver qualquer desconforto, a entrevista será suspensa e se for necessário será fazer um encaminhamento a um especialista da área da saúde mental do HUSM.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa. O conteúdo das entrevistas realizadas será guardado pelo período de 5 (cinco) anos, em arquivo digital, depositado no computador pessoal da pesquisadora responsável pelo projeto, instalado no prédio 26B, da unidade universitária do Centro de Ciências da saúde, situado na sala 1256, Av. Roraima n. 1000, Faixa de Camobi, Km 09 - Campus Universitário, CEP: 97105-900, Santa Maria – RS.

Declaração do Entrevistado:

- Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.
- Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.
- Tive tempo suficiente para fazer perguntas e essas me foram respondidas de forma completa e detalhada. Além disso, posso, a qualquer momento, solicitar novos esclarecimentos.
- Li e compreendi este termo, havendo recebido uma cópia do mesmo.
- Estou ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o projeto, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste Serviço.
- Tenho conhecimento de que todos os dados pessoais serão mantidos em total confidencialidade, ou seja, não serão citados nomes na divulgação de resultados deste estudo.

Assim sendo, eu _____, RG
nº _____, abaixo assinado, declaro que, após a leitura e

esclarecimento deste documento, concordo na participação nesta pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento e coação.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM, Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Os telefones de contato para quaisquer esclarecimentos são (55) 91429743, com a responsável pelo projeto.

Participante da pesquisa

Melissa Medeiros Braz

Pesquisador responsável

Observação: O Termo de Consentimento Informado, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (resolução 466/2012), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante da pesquisa ou do seu representante legal e outra com o(s) pesquisador(es) responsável(eis).

Santa Maria, ____/____/____