

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

**Percepção de Mulheres que Vivenciaram a Porta de
Entrada de um Centro Obstétrico**

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

Caroline Bolzan Ilha

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Caroline Bolzan Ilha

Trabalho Final de Conclusão - modalidade Artigo Publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Mãe-Bebê

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Melissa Medeiros Braz
Coorientadoras: Enf.^a Ms. Izabel Cristina Hoffmann
Enf.^a Ms. Lizandra Flores Pimenta

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 de Mulheres que vivenciaram a porta de entrada
de um Centro Obstétrico**

elaborado por

Caroline Bolzan Ilha

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

Comissão Examinadora:

Melissa Medeiros Braz, Prof.^a Dr.^a (UFSM)
(Presidente/orientador)

Sandra Marcia Soares Schmidt, Dr^a (HUSM)

Verginia Medianeira Dallago Rossato, Dr.^a (HUSM/UFSM)

Santa Maria, 20 de março de 2014.

**Percepção de Mulheres que Vivenciaram a Porta de Entrada de um Centro
Obstétrico**

Perception of Women who Experienced Door Entry of an Obstetric Center

Melissa Medeiros Braz; Izabel Cristina Hoffmann; Lizandra Flores Pimenta; Ana
Caroline Boff Hedlund; Caroline Bolzan Ilha; Juliana Biermann Krusche.

Resumo:

Este estudo apresenta abordagem qualitativa e teve como objetivo analisar a percepção das mulheres no ciclo gravídico-puerperal acerca do atendimento recebido no Centro Obstétrico (CO) de um hospital de ensino do sul do país e, a partir disso, buscar identificar a forma de atendimento no serviço, a resolutividade, assim como mediar junto a equipe do CO, estratégias de acolhimento a partir dos resultados da pesquisa. Participaram do estudo 12 mulheres no ciclo gravídico-puerperal, as quais responderam a uma entrevista semi-estruturada após passarem pelo atendimento de porta de entrada de um centro obstétrico de um hospital de ensino. Os dados foram coletados durante o mês de janeiro de 2014. A análise dos resultados revelou que existem falhas no processo de atendimento, no entanto, demonstrou que o serviço foi resolutivo as demandas das usuárias. Pode-se inferir que o acolhimento no CO, não é entendido na sua totalidade na percepção dessas mulheres, em relação a proposta da política de humanização do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: acolhimento, saúde da mulher, gestação, assistência hospitalar.

Abstract:

This study presents a qualitative approach and aims to analyze the perception of women during pregnancy and postpartum about the care received at the Obstetric Center (CO) of a teaching hospital in the south of the country cycle and, from that, try to identify the form of service in the service, problem solving, and mediating with the staff of the CO, welcoming strategies from the search results. The study included 12 women in pregnancy and childbirth, which responded to a semi-structured interview after passing through the service entrance door of an obstetric unit of a teaching hospital. Data were collected during the month of January 2014. The results revealed

deficiencies in the care process , however , has shown that the service was resolving the demands of the users . It can be inferred that the host in CO , is not understood in its entirety in the perception of these women , in relation to the proposal of the humanization of the Ministry of Health.

Key words: care, women's health, pregnancy, hospital care.

INTRODUÇÃO

A atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal vem sendo difundida em todos os níveis de atenção à saúde na rede pública, pois a humanização do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é meta do Ministério da Saúde (BRASIL 2001).

O Ministério da Saúde (MS) lançou, em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como estratégia a questão da humanização e dos direitos como um novo modelo de atenção, que compreende, entre outros, um aspecto fundamental: que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo acolhedor e adoção de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (BRASIL, 2002).

Em 2003, a área técnica de saúde da mulher do MS propôs novas ações ao rol de atenção à saúde da mulher e em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), cujos princípios, norteadores da integralidade e promoção da saúde, possuem o compromisso de implementar ações que garantam os direitos das mulheres e reduzam agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando assim, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2007).

Ainda em 2003, devido à baixa resolutividade e à 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 (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

No campo da saúde, o acolhimento precisa ser entendido como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços e que 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, 2009).

Além do empoderamento do usuário pela produção de sua saúde, envolve a responsabilização do profissional pelo estado de saúde do usuário, um dos elementos essenciais para o efetivo acolhimento (GUEDES, HENRIQUES E LIMA, 2013).

Desta forma, considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, o MS instituiu a Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, a qual passa a reorganizar os atendimentos de urgência e emergência com acolhimento de forma qualificada e resolutiva, referenciando de forma adequada os pacientes dentro dos sistemas de saúde (BRASIL, 2006).

Tendo em vista a organização da fila de espera nos serviços de emergência, o Humaniza SUS adotou o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) que, somado à diretriz do acolhimento, tem como objetivos principais garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado e fornecer informações ao paciente e ao familiar sobre o tempo provável de espera e, além disso, minimizar a desfragmentação do processo assistencial a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuário (BELLUCCI JÚNIOR E MATSUDA, 2012).

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário (SENRA, 2010).

O ACCR permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. No entanto, não se pode focar apenas a avaliação de risco, pois se perde potência de ação de saúde. Tampouco pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde: o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo.

De modo a fortalecer a rede de atenção a saúde da mulher e da criança, o MS lançou a portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a Rede Cegonha. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e

ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE – REDE CEGONHA, 2013; Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011).

Faz parte dos objetivos da Rede Cegonha a organização da rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade. Com isso, umas das diretrizes pactuadas é a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE – REDE CEGONHA, 2013; Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011).

No ambiente do Centro Obstétrico do hospital de ensino, cenário deste estudo verifica-se uma lógica de acolhimento em saúde que tem sido identificada com ações isoladas de recepção e triagem administrativa e de encaminhamentos. Estas ações tem sua importância, entretanto quando tomadas isoladamente se restringem ao descomprometimento com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

Assim, o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades. A partir desta questão, o que é observado é o acesso aos serviços de saúde a partir de filas por ordem de chegada, sem avaliação de risco e agravos, funcionando num modelo médico-centrado sem ação de vínculo e responsabilidade. Em vista disso, este estudo foi realizado por um grupo de profissionais da psicologia, fisioterapia e enfermagem de um Programa de Residência Multiprofissional Integrada na área de concentração Mãe-Bebê, buscando desenvolver uma diretriz da PNH que pode melhorar a qualidade do serviço, integrando os diferentes setores e articulando com a rede de serviços no sistema de referência e contra referência, implementando a linha de cuidado no atendimento as gestantes e puérperas, conforme preconizado pelo Programa de Pós-Graduação.

Diante do exposto, é de suma importância conhecer a percepção das puérperas em relação ao acolhimento e atendimento no Centro Obstétrico para construir alianças éticas com a produção da vida e traçar nestas a coprodução de compromissos reativando o protagonismo dos sujeitos, usuárias e profissionais de saúde. Assim foi proposto, um projeto de intitulado “O Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco na Percepção de Puérperas e Profissionais de Saúde”, que consiste em mediar junto à equipe do centro obstétrico estratégias de acolhimento com classificação de risco no referido setor do hospital.

Tal pesquisa impulsionou a elaboração de três trabalhos (investigação com as mulheres no ciclo gravídico-puerperal; investigação com os profissionais do CO; e

intervenção com os profissionais do CO), entre eles o presente artigo, cujo objetivo foi conhecer a percepção das mulheres no ciclo gravídico-puerperal acerca do atendimento recebido no CO de um hospital de ensino e, a partir disso, buscar identificar a forma de acolhimento no serviço, a resolutividade, assim como mediar junto a equipe do CO, por meio da intervenção proposta, estratégias de acolhimento a partir dos resultados da pesquisa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, de caráter exploratório descritivo (MINAYO, 2013). Faz parte de um projeto de pesquisa e intervenção intitulado “O Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco na Percepção de Puérperas e Profissionais de Saúde”. Este projeto foi realizado com o intuito de verificar como ocorreu o processo de acolhimento de mulheres que foram atendidas no centro obstétrico de um Hospital Universitário de alta complexidade, a fim propor estratégias de intervenção junto a equipe do CO, com intuito de implementar o ACCR no serviço, tendo em vista a necessidade de adequação a portaria supracitada da Rede Cegonha.

Os sujeitos da pesquisa foram 12 puérperas, que passaram por atendimento no Centro Obstétrico do hospital de ensino no período de janeiro de 2014, que aceitaram participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As puérperas foram escolhidas por região de moradia que deveria ser em local onde possuísse Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) no município. A escolha dos locais foi realizada de acordo com pesquisa no Sistema de Informação de Ensino (SIE) do hospital, onde foram verificadas quais unidades de saúde que mais referenciaram gestantes ao Centro Obstétrico, no período de janeiro a junho de 2013. O local de coleta que estava previsto para acontecer nas UBS/ESF foi suspenso devido uma das UBS não possuir no seu banco de dados quais gestantes foram referenciadas ao hospital, tendo que esta busca ser realizada pelas pesquisadoras nos prontuários. Então, a coleta de dados aconteceu na unidade de tocoginecologia do hospital, quando as mulheres já se encontravam em período puerperal.

Os dados foram produzidos no mês de janeiro de 2014, por meio de um instrumento (APÊNDICE C) com questões semiabertas. A técnica adotada para coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada, abordando-se dados sócio demográficos para caracterizar as participantes e 11 questões abertas sobre processos de acolhimento e assistência de mulheres pela equipe de saúde no centro obstétrico. As entrevistas foram gravadas em MP3, mediante autorização da entrevistada, a fim de garantir a descrição detalhada das informações fornecidas. As mesmas foram transcritas na íntegra e as respostas posteriormente analisadas por meio da análise temática de Minayo (2013). As mulheres foram codificadas pela letra “E” seguido de identificação numérica referente à ordem em que foram entrevistados. Salienta-se que alguns dados apresentados neste artigo são de natureza quantitativa e foram utilizados para caracterizar o perfil da amostra.

Para a análise, os dados foram agrupados e interpretados após a leitura das falas originais contidas nas entrevistas. Os dados foram analisados utilizando-se os referenciais teóricos da Política Nacional de Humanização com ênfase no acolhimento com classificação de risco, e políticas públicas de saúde de atenção a mulher e ao parto.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria conforme o protocolo nº 20991113.0.0000.5346 (ANEXO B). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se a pesquisa com 12 mulheres no período puerperal, que passaram por atendimento no CO do hospital de ensino, as quais foram entrevistadas na unidade toco-ginecológica.

Quanto a caracterização dos sujeitos em relação ao grau de escolaridade: nenhuma concluiu o ensino superior, 10 concluíram o ensino médio e 2 não concluíram o ensino médio. Dentre elas: 2 eram primíparas e 10 multíparas. Em relação ao planejamento da gestação, 4 planejaram e 8 não planejaram. Dentre os sujeitos, 4 já tiveram abortos, 8 não tiveram; 2 usaram drogas durante a gestação e 10 não usaram.

Quanto a existência de algum diagnóstico de risco, 7 apresentaram e 5 não apresentaram.

Os resultados alcançados nas respostas das questões semiestruturadas permitiram uma análise de questões importantes sobre a percepção de puérperas quanto ao atendimento recebido no centro obstétrico. Para facilitar a compreensão das falas, seguindo o rigor metodológico escolhido para análise, foram elaboradas três categorias e duas subcategorias: Primeira categoria: Fragilidade na identificação dos profissionais no acolhimento; Segunda categoria: Ausência de acompanhante em porta de entrada, tendo como subcategoria: Percepção da importância do acompanhante no atendimento; Terceira categoria: Percepção da dinâmica do atendimento no serviço, tendo como subcategoria: Resolutividade percebida como procedimentos técnicos.

FRAGILIDADE NA IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma forma de organização dos processos de trabalho em saúde onde todos que procuram os serviços de saúde precisam ter suas queixas ouvidas pelos profissionais de saúde que devem estar identificados e dispostos a assumir uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Esta fragilidade na postura foi identificada nesta pesquisa pela falta de identificação dos profissionais de saúde conforme expresso pela maioria das mulheres nos seguintes depoimentos:

A pessoa não se apresentou (E4)

Não estou lembrada. (E6)

Eu não lembro (E8)

O nome não sei, só lembro se eu ver a pessoa (E3)

Não sei (E5)

Secretária, só pela roupa, mas não se identificou. (E9)

Não lembro [...] acho que ele era técnico pelo jeito dele (10)

O fato de a maioria ter relatado que não lembra do nome do profissional denota falhas no processo de atendimento aos usuários, percebido pelas mesmas desde a porta de entrada do serviço, ou seja, no primeiro contato realizado entre usuário-serviço.

De acordo com a PNH (BRASIL, 2004), o acolhimento necessita estar presente em todas as interações entre equipes de saúde e usuários e deverá ser realizado por todos os profissionais que compõem essa equipe.

Percebe-se pelas falas que ocorrem falhas na identificação dos profissionais de um modo geral, independentemente da profissão exercida, conforme relata a E9. Isso pode estar relacionado a automatização do atendimento, no sentido de que a prática exercida torna-se mecânica e, muitas vezes, desprovida da valorização da singularidade dos sujeitos. Talvez pela grande demanda gerada por ser um serviço de referência obstétrica de alto risco, ou, ainda, pela formação dos profissionais da saúde, que após inseridos em serviços, muitas vezes, continuam fragilizados no saber-fazer profissional, necessitando de espaços que lhe proporcionem o repensar em saúde, que podem ser oportunizados por meio de ações de educação em serviço.

Com isso, a PNH (BRASIL, 2008) estabelece como uma de suas metas a ser atingida em médio prazo que, todo usuário do SUS deve saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde. Dessa forma, é preciso implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde.

MARTINS (2001) percebe a humanização em saúde como um processo amplo, demorado e complexo. Aparecem resistências, pois envolvem mudanças de comportamentos onde os padrões já conhecidos são percebidos como mais seguros. Assim, cada profissional, equipe ou organização passa por processo singular de humanizar, pois se não for singular não será de humanização.

Em contrapartida, duas das entrevistadas mencionaram os nomes dos profissionais que a atenderam, conforme as seguintes falas:

“C” era o nome da médica, e o acadêmico era o “E” (E01)

A primeira vez? Eu acho que foi a doutora “L” e a doutora “C”, não tenho certeza.”(E11)

Percebe-se a valorização de uma única classe profissional, o que denota a existência de um modelo de assistência hospitalar, ainda, médico-centrado. A dificuldade de realizar mudança de paradigma pode ser uma das explicações que justifique tal comportamento.

No entanto, a PNH apresenta como proposta essa transformação de paradigmas, de modo a valorizar o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade. Tais princípios propõem o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, assim como, a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2008).

Desta forma, para Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento possibilita para os profissionais não médicos utilizarem todo seu arsenal tecnológico para a escuta e solução dos problemas da comunidade que acessa o serviço, fato que não acontecia no modelo vigente anteriormente que possui todas as atividades centradas nas consultas médicas e encaminhamentos desse profissional.

AUSENCIA DE ACOMPANHANTE EM PORTA DE ENTRADA

Na análise desta categoria, ressalta-se o fato de que as mulheres entrevistadas, não tiveram acompanhante durante seu atendimento em porta de entrada no CO, com a exceção de apenas uma, que teve a presença de seu acompanhante, conforme observado nas seguintes falas:

Na consulta não(E1)

Não, na sala de consulta não (E5, E12)

No box não, e aí quando eu entrei pro leito lá embaixo eles me disseram que eu não podia também ter acompanhante (E7)

Não (...) tava lá fora(E2)

Não, ninguém entrou lá comigo(E8)

Não, não foi permitida. Trancaram ele na porta (E11)

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, é garantido as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. Assim como, faz parte do componente parto e nascimento da Rede Cegonha a garantia de acompanhante durante o acolhimento das usuárias nos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Conforme as metas estabelecidas pela PNH em médio prazo, as unidades de saúde devem garantir os direitos do usuário (Código de Direitos do Usuário) e possibilitar o acompanhamento por seus familiares. E, também, deve haver redução de filas com avaliação de riscos, agilidade e acolhimento. Para isso, as unidades de saúde devem garantir a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários (BRASIL, 2008).

Apenas a entrevistada (E9) referiu ter a presença de sua familiar durante seu atendimento. Entretanto, a questão de relação de poder institucional é visível, pois somente foi permitida a entrada devido ao fato de a familiar ser profissional da saúde da instituição.

Aham, minha mãe, porque ela é enfermeira aqui, dai deixaram [...] ela chegou depois. (E9)

Pela concepção de poder cunhada por Foucault, permite-se considerar múltiplas formas de disparidade individual, de objetivos, de determinada aplicação do poder sobre os próprios sujeitos e sobre os outros, e de institucionalização, as quais remetem a diferentes formas de poder, de possibilidade de ação sobre a ação dos outros (FOUCAULT, 1995).

Destaca-se a fala de uma depoente que percebe esta atitude dos profissionais, de permitir a entrada do acompanhante, como sendo uma concessão somente a determinadas pessoas.

Não, não sei. Eu acho que é uma coisa mais pessoal (E3)

Sendo que há duas que tentam justificar esta falta do acompanhante, uma pelos vários exames a que tem que submeter e a outra que acredita ser necessário somente em casos de urgência ambas demonstrando certo conformismo com a situação.

Não. Porque no momento eu acho que não tinha necessidade, porque se tivesse necessidade ou uma urgência ia chamar né.(E10)

[...] lá dentro eles não deixam entrar, porque tem que fazer exames e tudo (10)

Estes depoimentos expressam a forma de atendimento que se estabeleceu dentro dos serviços de saúde obstétricos comumente denominado modelo biomédico que se reflete também na forma como o usuário percebe este modelo e aceita sem questionamentos.

SUB- CATEGORIA: PERCEPÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NO ATENDIMENTO

Algumas entrevistas trazem em seus relatos o desejo de que seus acompanhantes pudessem estar presentes durante todo seu atendimento. Essa presença se mostrou importante até mesmo para melhora do quadro clínico, como refere a E12.

Deixar o acompanhante entrar (...) Eu gostaria que tivesse entrado (E1)

(...) eu acho que é uma hora que a gente precisa de alguém junto, porque demora muitas vezes a consulta (E7).

Não, só falaram que ele não podia entrar e que eu tinha que ficar ali sentada esperando que eles iam chamar um residente ou doutorando pra me atender. E eu ali, tive medo, acho que até minha pressão subiu. Depois sim, porque eu já estava com sete dedos de dilatação...”(E9)

Após eles terem chamado o acompanhante (...) eu comecei a ficar mais calma, a pressão baixou e tudo resolveu (...) pelo menos um acompanhante pode tá junto (E12)

De acordo com o MS, é preciso criar espaços que favoreçam o direito ao acompanhante e a visita. É importante que para os usuários e visitantes existam uma recepção, lugares de espera e ambientes de escuta, para que possam aguardar com conforto e receber informações sobre o estado clínico dos pacientes quando não for

possível a presença deles junto ao leito. São também importantes espaços onde os pacientes possam receber visitas fora do leito e ter momentos de conversa que sejam diferentes daqueles que têm para falar com os médicos e demais profissionais responsáveis (BRASIL, 2009).

PERCEPÇÃO DA DINÂMICA DO ATENDIMENTO NO SERVIÇO

Quanto a essa categoria surgiram apontamentos tanto positivos quanto negativos relacionados a dinâmica do atendimento no serviço. Algumas entrevistadas referiram uma boa percepção do atendimento recebido conforme demonstrado nas falas a seguir:

Bem acolhida, foi rápido (E1, E12)

Depois de ter feito esse novo exame, daí foi tudo bem, as gurias foram bem atenciosas, as enfermeiras (E3)

Eu cheguei e dei minha carteirinha, e daí já me passaram pra sala pra me examina (E5)

Normal. Confiei no profissional que tava me atendendo (E4)

Eu me senti acolhida (E6)

(...) sempre fui bem atendida graças a Deus. O atendimento foi rápido (E11)

Para essas mulheres o serviço demonstrou-se resolutivo, e atendeu as suas necessidades naquele momento. Percebemos nos relatos a relação entre a qualidade do atendimento e o tempo de espera. Ou seja, para as mesmas a resolução das suas necessidades de modo rápido mostrou ser relevante, assim como, o sentimento de sentirem-se acolhidas pelos profissionais, no caso da E3 referindo-se as enfermeiras.

Tais profissionais por apresentarem em sua profissão uma relação de cuidado singularizado com os usuários, adquirem uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas, de modo a ir ao encontro preceitos do acolhimento como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a

unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com as ofertadas pelo serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida (BRASIL, 2008).

Neste funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar: a adequação da área física, as formas de organização dos serviços de saúde, a governabilidade das equipes locais, a humanização das relações em serviço, os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde, o ato da escuta e a produção de vínculo compartilhamento do conhecimento, assim como, o uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida (BRASIL, 2009).

O acolhimento como diretriz é um regime de afabilidade construído a cada encontro, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde e que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2009).

Em contrapartida, houveram sentimentos negativos expressados pela forma de atendimento recebida.

É estranho porque as vezes eu tava ali com dor e ele só chegava botava a mão e dizia: “- Abre as perna e bota em cima do ferrinho ali e deu” (E9)

(...) Mais paciência da parte das futuras médicas (E2).

Ai não gostei, o jeito meio cavalo (E8)

Só acho que agente chega aqui com dor e tá pra ganha nenê. De todas as alas do hospital acho que essa aqui e a maternidade tinham que ser mais acolhedora porque tu já tá sofrendo ali. Acho que tem que ser um pouco menos frio, as vezes eles só dizem: Senta! E vai ser atendido depois e às vezes tu fica ali esperando [...] (E10)

Segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde (2002), o modelo de assistência obstétrica encontrado em grande parte do Brasil é caracterizado por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas. Tal fato corrobora com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que afirma que a perda da autonomia feminina no parto deve-se, principalmente, ao processo de medicalização do corpo.

O desenvolvimento desse modelo deve-se a formação dos profissionais que trabalham com as gestantes/parturientes, que enfatiza doenças, intercorrências e práticas intervencionistas como de maior importância na atenção dessas pacientes, sem uma prévia avaliação crítica de cada caso.

Portanto é de suma importância reafirmar o caráter amplo da humanização na atenção obstétrica, de modo que se possam envolver conceitos relacionados aos cuidados, atitudes e conhecimentos voltados para evitar práticas possivelmente iatrogênicas e estimular o empoderamento as diferentes mulheres nas esferas de saúde sexual, reprodutiva e do seus filhos (BRASIL, 2001).

Estratégias como o aperfeiçoamento e educação permanente dos trabalhadores, bem como a participação destes na gestão dos serviços de saúde são objetivos traçados pela PNH e que podem favorecer para a mudança da prática desses profissionais (BRASIL, 2004).

SUB CATEGORIA: RESOLUTIVIDADE PERCEBIDA COMO PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Para Santos (2010), o cuidado centrado na racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica valoriza exclusivamente os procedimentos técnicos deixando de lado outros tipos de cuidados como o pautado na racionalidade estético-expressiva que tem sua bases de ancoragem a humanização e valorização da subjetividade dos usuários.

Esta sub categoria foi composta pelos temas que expressaram o atendimento resolutivo pela valorização de procedimentos técnicos pelas entrevistadas, conforme constatado nas falas a seguir:

Sim foi resolutivo (...) fizeram o toque, escutaram o coraçãozinho (do bebê) (E2)

Sim foi resolutivo (...) fizeram o MAP, o toque, batimento, é foi isso e vê se tinha dilatação(E3)

Sim resolutivo (...). Fizeram o toque, MAP, e depois eu passei pra cesariana (E4)

Foi resolutivo (...) Eles fizeram toque, tiraram minha pressão, viram que eu tava com dilatação né, (E5)

Perfeitamente teve resolutividade (...) eles fizeram umas perguntas, daí depois eu fui pra sala de cirurgia (E8)

É possível observar nos depoimentos a menção ao procedimento técnico como fundamental, não significando que este seja a única e principal forma de atendimento, mas para estas puérperas foi destacado como resolutivo. Esse fato pode estar relacionado as questões culturais, como reflexo de um modelo biologicista desprovido de práticas como empoderamento e valorização dos usuários como protagonistas desse processo.

Desta forma, para Merhy (2000), as tecnologias leves, estando o acolhimento e a avaliação e classificação de risco entre essas tecnologias, definem-se como processos utilizados em espaços constituídos entre profissionais e usuários, que geram uma relação entre esses atores, sendo influenciada pelas expectativas expostas nesse contato, e dessa forma, dependendo da qualidade dessa interação, terminará gerando produção de responsabilização, vínculo e acolhimento das demandas do usuário.

Para que haja uma mudança de paradigma no modelo de atenção a saúde é imprescindível que as ações em saúde sejam interligadas com a rede de atenção a saúde e que o empoderamento dessas usuárias seja iniciado desde a atenção primária.

Assim, Ayres (2004) acredita na possibilidade de reorganização das práticas de saúde orientada por valores éticos, tais como, a emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, a singularidade e interdependência. Também reflete sobre a importância de elevar a dignidade da tecnologia leve, no arsenal de conhecimentos, aperfeiçoar a já bastante valorizada tecnologia dura, e criar condições de otimizar o

exercício da sabedoria prática nos espaços de assistência. Em relação à comunicação e interação, ressalta a importância de um espaço para elaborar e compartilhar os juízos de como e o que somos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa vale destacar que conhecer a percepção das mulheres no ciclo gravídico puerperal acerca do atendimento recebido na porta de entrada do centro obstétrico foi primordial para entender que existem falhas no processo de atendimento, mas que mesmo assim apresentou resolutividade as demandas de algumas entrevistadas.

A partir da análise dos relatos foi possível elencar alguns apontamentos realizados pelas mulheres, as quais citaram a falta de identificação dos profissionais do serviço, a ausência de acompanhante durante o atendimento em porta de entrada, a falta de humanização e empatia de alguns profissionais da saúde durante o atendimento. Também ressaltaram, a valorização dos procedimentos técnicos e relacionaram o tempo de atendimento com a resolutividade das suas necessidades.

A partir da análise dos relatos das mulheres, pode-se inferir que o acolhimento no CO, não é entendido na sua totalidade no que tange ao que propõe a política de humanização do Ministério da Saúde. Os resultados indicaram a existência ainda predominante da cultura biologicista e médico centrada, sendo reflexo do antigo modelo de atenção a saúde, e que permeia a postura dessas mulheres pela falta de empoderamento quanto aos seus direitos como mulheres e cidadãs. Dessa forma, questiona-se a prática profissional baseada exclusivamente no biológico, e busca-se colocar em discussão a perspectiva humana na relação entre trabalhadores de saúde e usuários.

No entanto, sugere-se o reconhecimento de que humanizar o atendimento significa mais do que tratar bem os pacientes, pressupondo do profissional toda sua habilidade de escuta e interesse pelo outro.

Diante do exposto, corroborando com os apontamentos das mulheres sugere-se que sejam discutidas propostas em equipe de modo a viabilizar a implantação e implementação do ACR no CO, pois é uma diretriz da PNH e faz parte de um dos dispositivos da Rede Cegonha. Assim, remete a necessidade ímpar de seu funcionamento nesse serviço público de atenção a saúde. Tal ação pode constituir-se em

uma forma do fazer saúde pautada em referências de trabalho em equipe multiprofissional e com apoio da rede de saúde local para que as mudanças de paradigma ocorram desde a atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, JRVM. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria construtiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do Sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e Uso do Fluxograma Analisador. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 217-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Resolução nº. 196, Sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2002.

_____. Ministério Da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: 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: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: 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, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.* Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e*

trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. 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. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

FOUCAULT, M. Apêndice: o sujeito e o poder. In: DREYFUS, L.; RABINOW, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 229-250.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. De Saúde Pública, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GUEDES, MVC; HENRIQUES, ACPT; LIMA, MMN. Acolhimento em um Serviço de Emergência: Percepção dos Usuários. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 31-7.

MARTINS, MCFN. Humanização das Relações Assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo, Casa do Psicólogo; 2001.

MERHY, E et al. Acolhimento— um relato da experiência de Belo Horizonte. In CAMPOS, C. R; MALTA. D. C.Reis et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público.São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR et al (orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (on-line). Política Nacional de Humanização Hospitalar. Brasília, Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: www.saude.gov.br/ Acesso em: 10 de fevereiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

MINAYO, M. C. de S. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

PIESZAK, G. M. ET AL. Percepção dos Profissionais de Enfermagem Acerca do Cuidar em Centro Obstétrico. Revista Rene. 2013; 14 (3): 568-78.

Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011. Disponível em <www.saude.gov.br/redecegonha>. Acesso em: 10 de janeiro de 2011.

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

SANTOS, B. S. Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade. 13ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2010.

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.

ANEXO A – Diretrizes para os autores da revista Saúde e Sociedade

Saúde e Sociedade destina-se a publicação de trabalhos científicos originais nas diferentes áreas do saber, sobre práticas de saúde, visando ao desenvolvimento interdisciplinar do campo da saúde pública.

Destina-se à comunidade de profissionais do campo da saúde, docentes, pesquisadores, especialistas da área de Saúde Pública/Coletiva e de áreas afins. Desde sua criação, tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da emergente ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Dada a natureza de seu objeto, a Saúde Pública se caracteriza como um campo privilegiado de conhecimento e de prática aberto à contribuição de diferentes áreas. A produção científica nela gerada reflete essa possibilidade quando contempla as distintas dimensões de seu objeto e também sua complexa amplitude, abarcando desde o conhecimento do processo saúde-doença às intervenções sobre esse processo, mediante ações, programas, sistemas e políticas de saúde. Considerados esses aspectos e verificadas as semelhanças de proposição e de estratégias de interação editorial, há 16 anos, a direção da Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP) e da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) decidiram estabelecer parceria para a consecução de um projeto editorial. Foi nesse contexto que se formulou o projeto editorial da Saúde e Sociedade, hoje uma revista consolidada nas áreas de Saúde Pública/Coletiva e de Ciências Humanas.

A edição conjunta de uma publicação (FSP – APSP) constituiu-se e se mantém como uma ação inovadora no campo editorial da área de saúde. A articulação entre essas duas instituições representou uma nova estratégia na busca de incrementos para divulgação da produção técnico-científica da área, bem como proporcionou condições para aumento do intercâmbio de conhecimentos entre as instituições de ensino, de pesquisa e de prestação de serviços de saúde.

A publicação divulga a produção científica de instituições de ensino e pesquisa que desenvolvem pesquisa interdisciplinar e contam com o concurso de diferentes áreas do saber (ciências exatas, biológicas e sociais) e socializar novas formas de abordar o

objeto. Igualmente, veicular produção de pesquisadores e de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos de pesquisa, avaliação de programas, etc., com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

Periodicidade da revista: Quadrimestral, passando a trimestral em 2009.

A abreviatura de seu título é Saúde soc., que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas.

Escopo e Política

Política editorial: Veicular produção científica de instituições de ensino e pesquisa que desenvolvem pesquisa interdisciplinar e contam com o concurso de diferentes áreas do saber (ciências exatas, biológicas e sociais) e socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de pesquisadores e de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos de pesquisa, avaliação de programas, etc., com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

Áreas de interesse: Desde sua criação, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da emergente ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos: Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;

- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) artigos de atualização de literatura;
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) comunicações de estudos, pesquisas ou experiências práticas em andamento, assim como resultados preliminares;
- g) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;
- h) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área;
- i) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse; e
- j) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados *ad-hoc*, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12.
Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “e col”.

Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem

apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos (mais detalhes no site da revista):

• **Livro**

MINAYO, M. C. de S.; e DESLANDES, S. F. (Org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

• **Capítulo de Livro**

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

• **Artigo de Periódico**

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição de medicamentos sob a ótica do paciente idoso. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.2, p. 207-213, abr. 2001.

• **Tese**

LIMA, R. T. Condições de nascimento e desigualdade social. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

• **Documentos Eletrônicos**

SALES, A. C. C. L. Conversando sobre educação sexual. Disponível em: <http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando_ed_sexual_ana_carla.pdf>

Acesso em: 13 jan. 2003.

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>

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

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 – 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: Enfermeira Mestre Lizandra Flores Pimenta

Enfermeira Mestre Izabel Cristina Hoffmann

Fisioterapeuta Professora Doutora Melissa Medeiros Braz

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.....

Enfª. Lizandra Flores Pimenta

CI- 3046400473

COREn/RS nº. 57215

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

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 a percepção das puérperas em relação ao acolhimento e atendimento no centro obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria, visando identificar a forma de acolhimento, a resolutividade no atendimento e os encaminhamentos para a rede de atenção à saúde.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para lhe fazer algumas perguntas sobre 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 e você pode não autorizar a gravação e desistir dela a qualquer momento.

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 serviço de saúde.

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

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 196/96), 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, ____/____/____

APÊNDICE C - Entrevista Semiestruturada para Puérperas

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome: _____
- Data: ___/___/_____
- Idade: _____
- Telefone: _____
- Endereço: _____
- Cidade: _____
- Entrevistador: _____
- Escolaridade: _____
-
- Profissão: _____
- Reside com outras pessoas: () Sim () não . Se sim, citar número de pessoas: _____
- Gestação (verificar se é primípara, multípara): _____
- Sua gestação foi planejada? () Sim () não
- Já teve abortos? () Sim () Não. Se Sim, quantos? _____
- Algum diagnóstico de risco? () Hipertensão arterial () Diabetes mellitus () Obesidade () outros: Quais? _____
- Uso de drogas durante a gestação? () Sim () não
Se sim, qual? () psicofármacos, () maconha , () Crack, () cocaína, ()
Outras: Quais? _____

QUESTIONÁRIO COM PERGUNTAS ABERTAS E SEMI-ABERTAS:

- Você sabe identificar quem (qual o profissional) lhe recebeu no centro obstétrico?

Sim Não

Se sim, quem foi?

- Como foi esse atendimento?
- Sentiu-se acolhida no local? (em qual local foi realizado? Foi permitida a entrada do seu acompanhante? Foi informada em relação ao tempo de espera?)
- Após o atendimento ficou claro para você o motivo de sua liberação ou da internação?

Sim Não

- Explique como foi o atendimento.
- Ficou claro para você quais foram os procedimentos realizados?

Sim Não

Se sim, quais os procedimentos?

- Como você se sentiu quando realizaram algum procedimento em você?
- Após o atendimento foi esclarecido a você retornar a unidade básica de saúde mais próxima?

Sim Não

- Você recebeu algum encaminhamento?

Sim Não Não sabe.

Se sim, de que forma?

- Algum familiar lhe acompanhou durante o seu atendimento no Box/Sala de consulta?

Sim Não

Se não, porque você acha que não?

- Você acha que seu problema foi resolvido?
- () Sim () Não

Você tem alguma sugestão para dar ao serviço?

- Que horas você internou?