

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MARIANA BELLO PORCIUNCULA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM CENTRO
OBSTÉTRICO: a ótica dos profissionais da saúde**

**Porto Alegre
2009**

MARIANA BELLO PORCIUNCULA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM CENTRO
OBSTÉTRICO: a ótica dos profissionais da saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Profa. Ms. Virgínia Leismann Moretto

**Porto Alegre
2009**

Dedico este trabalho aos meus pais, Luiz e Janete, por todo incentivo e amor incondicional; e a meu noivo, Matheus, grande amor da minha vida, que me apoiou em todas as horas...

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu agradecimento pelas vitórias conquistadas e a certeza de que, mais importante que o lugar que ocupas em mim, é a intensidade de Tua presença em tudo que faço...

A Meus Pais, por todo amor, dedicação, carinho e afeto, que me fizeram uma pessoa completa, me incentivando, e buscando garantir a minha felicidade...

A Meu Noivo Matheus, que me fez entender o quão grande pode ser o amor, que me apoiou em todos os momentos, sempre com palavras de ternura e conforto...

À minha avó Glacy Therezinha, que sempre me apóia e a quem eu amo muito...

À Professora Nair Ribeiro, que me ensinou muito ao longo de minha trajetória acadêmica, e a quem admiro demais!

À Professora Virgínia Moretto, minha orientadora, pela amizade e parceria, que me instigaram a pensar em formas de humanizar o atendimento a nossas gestantes...

À Professora Ana Bonilha, que com muitas conversas e discussões sobre atendimentos a gestantes, me fez repensar o meu papel como enfermeira na sociedade, e a quem devo o gosto pela pesquisa... Ana, te admiro muito como pessoa, como Enfermeira, e como amiga...

Às Professoras da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher, em especial a Anne Marie Weisheimer e Mariene Riffel, que me encantaram pela saúde da mulher, e me fizeram encontrar o meu lugar dentro da Enfermagem...

À Enfermeira Joice Schmalfluss, amiga, companheira e modelo de dedicação e profissionalismo...

À Enfermeira Rosimere Maria Daros Xavier, minha enfermeira supervisora de Estágio Curricular II no Centro Obstétrico, exemplo de profissional, meus agradecimento por toda amizade, ensinamentos e confiança em mim depositada...

Às Enfermeiras do Centro Obstétrico, em especial, Sônia Machado, Ana Fraga, Lúcia Pfitscher, Daniela Goulart e Luciane Bica, que me transmitiram seu amor pela enfermagem obstétrica... Obrigada pelos ensinamentos e parceria nesses últimos anos...

A todos professores da Escola de Enfermagem, pelos quais eu passei em estágio, por todos ensinamentos que fizeram com que hoje eu esteja segura do meu papel enquanto enfermeira...

Por fim, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Escola de Enfermagem, pelo ensino público e de qualidade!

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar.

Cora Coralina

RESUMO

Este trabalho trata-se de um estudo de caso qualitativo, realizado na Unidade de Centro Obstétrico (UCO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com sete profissionais da saúde que participaram do processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) nesta unidade. O objetivo do mesmo consistiu em conhecer a experiência de implantação do sistema de ACR em um Centro Obstétrico sob a ótica dos profissionais da saúde. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e a análise segundo categorizações, de acordo com Lüdke e André. A análise evidenciou distorções sobre o entendimento da proposta inicial do ACR nesta unidade e sobre quais as mudanças efetivamente ocorreram após essa implantação. Para a discussão desses achados duas categorias são propostas: *o entendimento sobre a proposta de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco* e *os papéis da equipe que acolhe*. Acredita-se que seria importante para esta equipe expressar suas idéias e opiniões em relação ao tema acolhimento, a fim de que fosse oportunizada a reflexão sobre práticas de atendimento e sobre os diferentes significados que acolhimento e classificação de risco têm para os componentes da equipe multiprofissional.

Descritores: enfermagem; acolhimento; parto humanizado; trabalhadores; triagem.

SUMÁRIO

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 07 |
| 2 | OBJETIVO | 10 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 11 |
| 3.1 | Contextualizando a humanização como política | 11 |
| 3.2 | A atenção obstétrica e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) | 12 |
| 3.3 | Acolhimento | 13 |
| 3.3.1 | Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) | 15 |
| 3.4 | OACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO CENTRO OBSTÉTRICO | 16 |
| 4 | METODOLOGIA | 19 |
| 4.1 | Tipo de estudo | 19 |
| 4.2 | Campo de estudo | 19 |
| 04.3 | População e amostra | 20 |
| 4.4 | Coleta de dados | 20 |
| 4.5 | Análise dos dados | 21 |
| 4.6 | Aspectos éticos | 21 |
| 6 | ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS | 23 |
| 6.1 | O entendimento sobre a proposta de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco | 23 |
| 6.1.1 | A organização do atendimento | 26 |
| 6.1.2 | As diferenças percebidas entre triagem e ACR | 29 |
| 6.2 | Os papéis da equipe que acolhe | 31 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 37 |
| | REFERÊNCIAS | 39 |
| | APÊNDICE A – Questionário de Entrevista Semi-estruturada | 42 |
| | APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 43 |
| | ANEXO I - Protocolo de Classificação de Risco da Unidade de Centro Obstétrico do HCPA | 44 |
| | ANEXO II - Ordem de prioridades, tempo máximo de espera e preferências de atendimento nos consultórios. | 45 |
| | ANEXO III - Cartaz de divulgação da modalidade de atendimento | 46 |
| | ANEXO IV - Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) | 47 |
| | ANEXO V - Carta de Aprovação do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA | 48 |

1 INTRODUÇÃO

As experiências vivenciadas no atendimento às gestantes, durante os estágios da graduação em Enfermagem, foram impulsionadoras da idealização deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A identificação pela Unidade de Centro Obstétrico (UCO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na qual realizei estágio extracurricular durante um ano, possibilitaram-me a observação de diversificadas condutas para com essas mulheres, as quais me fizeram refletir sobre os modos de trabalho baseados nos referenciais de humanização, entre eles, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR).

Considerando-se que o conceito de atenção humanizada na assistência obstétrica é abrangente e envolve elementos relacionados a conhecimentos, práticas e atitudes referentes à promoção do parto e nascimento saudáveis, bem como a prevenção de morbi-mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001), é importante que seja possível identificar, dentro da equipe de saúde, conceitos de autonomia, de co-responsabilização e de vínculo.

Apesar da complexidade envolvida durante a gestação, o parto, o aborto e o puerpério, a maioria dos profissionais considera estes processos predominantemente biológicos, nos quais a perspectiva patológica é muito valorizada (BRASIL, 2001). Com base nesse pressuposto, se fez necessário a criação de um dispositivo que integrasse conceitos, práticas e uma assistência de qualidade à humanização, surgindo então, no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000a).

O PHPN busca resgatar o parto como o momento do nascimento, respeitando todos os seus significados, e devolvendo à mulher o direito de ser mãe com humanidade e segurança (BRASIL, 2001). Além disso, um dos desdobramentos iniciais do programa visou reinserir a assistência pré-natal como estratégia necessária e de fundamental importância para promover a saúde das mulheres (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Neste contexto, o acolhimento surge como dispositivo para a concretização da atenção humanizada, preocupando-se com os indivíduos em suas particularidades e demonstrando real interesse pelo momento particular que os mesmos estão vivenciando (ROSSI; LIMA, 2005). Segundo o Ministério da Saúde

(BRASIL, 2001, p.10), para, de fato, modificar-se a relação entre profissional de saúde e mulher, é necessária “uma mudança de atitude que, de foro íntimo, depende de cada um”. Contudo, tais mudanças só são possíveis quando os profissionais são capazes de incorporar em suas práticas cotidianas referenciais de vínculo, responsabilização e capacidade resolutiva (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Os serviços de saúde, quando assumem o acolhimento como uma forma de operar os processos de trabalho, predispõem-se a atender todos os usuários que buscam atendimento por meio de postura diferenciada, adotando a escuta ativa e pactuando, junto ao usuário, a melhor alternativa para obter a resolutividade para o problema levantado (BRASIL, 2004a). Tal postura inclui desde o atendimento efetivo, até um encaminhamento articulado entre referência e contra-referência, a fim de dar seguimento ao atendimento prestado.

Além disso, quando se trabalha em um contexto em que urgências e emergências maternas são constantes, como em uma emergência obstétrica, é fundamental que, ao mesmo tempo que se presta uma precisa avaliação do quadro, não se adote posturas que atrapalhem o processo de vinculação desta paciente, tais como a desvalorização da queixa da mesma ou a ansiedade de encaminhamento para outros locais de referência (BRASIL, 2000b).

Portanto, a relevância de se trabalhar com a temática do Acolhimento com Classificação de Risco, aliando-se o mesmo ao atendimento obstétrico, justifica-se pelo fato de se entender que o modelo de atenção obstétrica atual permanece utilizando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, a curto, médio e longo prazos (TORNQUIST, 2002). Valorizar os aspectos emocionais desse momento tão singular na vida de cada mulher é papel de todos os profissionais da saúde que trabalham com as mesmas, conseqüentemente, adotar práticas mais humanizadoras é atitude fundamental para garantir uma atenção integral à mulher.

Nesse sentido, o ACR configura-se como um instrumento capaz de acolher o cidadão, garantindo melhores condições de acesso, propiciando ao profissional uma tomada de decisão baseada em protocolos pré-estabelecidos (SANTOS JÚNIOR et al., 2005), e identificando o potencial risco e grau de sofrimento relacionado a cada paciente.

Assim, diante dessa problemática, surgem alguns questionamentos impulsionadores desta pesquisa: de que forma o modelo de ACR pode contribuir para a efetiva operacionalização dos pressupostos do PHPN? Quais são as percepções dos profissionais em relação a esse modelo de atendimento e o que os fez adotá-lo em uma Unidade de Centro Obstétrico? Essa nova modalidade de atendimento modificou a relação usuária-profissional de saúde? O que motivou os profissionais a implantarem tal dispositivo de humanização?

2 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho consiste em conhecer a experiência de implantação do sistema de ACR em um Centro Obstétrico sob a ótica dos profissionais da saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão de literatura do presente projeto visa explorar temas que se referem à humanização no atendimento obstétrico com o dispositivo de acolhimento e Acolhimento com Classificação de Risco.

3.1 Contextualizando a humanização como política

De acordo com Benevides e Passos (2005), em meio a condições precárias de trabalho, dificuldades de pactuação entre as diferentes esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) e falta de compromisso na atenção ao usuário dos serviços de saúde, foram sendo problematizadas questões referentes à humanização. Segundo os autores, constituir um sistema público de saúde que consiga garantir acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos brasileiros é uma tarefa complexa.

Neste contexto, a humanização configura-se como uma política transversal, com estratégias para qualificar tanto a atenção quanto a gestão no âmbito do SUS, por meio de atitudes ético-estético-políticas, resgatando referenciais de co-responsabilização e vínculo (BRASIL, 2004b). Assim,

[...] diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no País [...] coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito de maneira indissociável ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular; o do encontro de quem sofre, sejam indivíduos ou populações, e aqueles que se dedicam a mitigar este sofrimento, profissionais da saúde, gestores ou técnicos. (DESLANDES; AYRES, 2005, p.510)

Diante do exposto, pode-se traçar uma íntima relação entre humanização e qualidade, levando-nos a refletir sobre as práticas, tanto na atenção quanto na gestão, que não estão em conformidade com esses ideais. Souza e Moreira (2008) referem que as indagações sobre a necessidade de humanizar a atenção à saúde são decorrentes da observação de uma mudança na prática clínica, a qual, em algum momento, tornou-se essencialmente estruturada/orientada pela

dimensão da patologia, modificando a perspectiva da relação profissional da saúde-paciente.

Com a finalidade de “aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS” (BRASIL, 2004b, p. 7), surge, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH). A partir de uma proposta de mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, tal política torna-se enfática em preparar os profissionais para lidar com “a dimensão subjetiva que toda a prática de saúde supõe” (BRASIL, 2004b, p. 8).

Por meio de valores norteadores, tais como autonomia, protagonismo dos sujeitos, co-responsabilização e vínculo, a PNH convoca gestores, trabalhadores e usuários a comprometerem-se com “um SUS de todos e para todos” (BRASIL, 2004b, p. 9). Nesse sentido, considera-se que o referencial de Humanização supõe a troca de saberes (entre profissionais-usuários), o diálogo (entre os diferentes profissionais) e novos modos de operacionalizar o trabalho em equipe, ressaltando a formação de uma construção coletiva, que ampare as decisões nos grupos de trabalho.

3.2 A atenção obstétrica e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)

Segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde (2002), o modelo de assistência obstétrica encontrado atualmente no 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 à 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 (BRASIL, 2001). De acordo com Dias e Domingues (2005), desmedicalizar o processo de atenção ao parto implicaria na perda de poder de algumas categorias profissionais sob o processo de parturição. Os autores ainda afirmam que,

embora haja evidências científicas para uma modificação nesse modelo de atenção, seria necessário abandonar rotinas e privilegiar o aspecto fisiológico desse momento, evitando intervenções desnecessárias.

Considerando-se que uma atenção humanizada ao processo de nascimento compreende um atendimento que não apenas busca o parto normal a qualquer custo, mas resgata a posição central da mulher nesse processo, respeitando sua dignidade, autonomia e seu direito a ter o controle da situação (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002), faz-se necessário implementar as diretrizes propostas tanto pelo PHPN quanto pela PNH.

O PHPN surge no ano de 2000, emergindo a discussão de questões sobre a qualidade da atenção no pré-natal e no nascimento, configurando-se como uma estratégia singular para redesenhar os paradigmas da atenção obstétrica e efetivar a redução da mortalidade materna e perinatal e o empoderamento das usuárias (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), considerar a plena cidadania dos indivíduos e os diferentes ordenamentos culturais, é condição primeira para que a humanização do nascimento seja efetivada nos serviços de saúde e na sociedade.

Contudo, Tornquist (2003, p. 537) pondera que “se as mulheres não são vistas como sujeitos, sujeitos estes que advêm de culturas diferentes e que têm emoções e desejos que não são universais nem meramente mensuráveis” é possível que se acabe por adotar as medidas humanizadoras como procedimento meramente técnico, podendo produzir efeitos tão danosos quanto os utilizados no modelo vigente de atenção.

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

3.3 Acolhimento

O atendimento em saúde no País, ainda que com os esforços de gestores e gerentes e algumas mudanças significativas, ainda é caracterizado pela

ineficiência em seus serviços e pela insatisfação da clientela (MARQUES; LIMA, 2004). O acolhimento insere-se neste contexto como “postura e prática nas ações de atenção e gestão [...] que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços” (BRASIL, 2008, p. 3).

Segundo Souza e Lopes (2003), a humanização dos atores (usuários e trabalhadores da saúde), que participam do acolhimento, acontece por meio de um espaço onde o vínculo é criado pelas posturas de escuta e responsabilização. Marques e Lima (2004) corroboram com essas idéias quando afirmam que o acolhimento, dentro de uma perspectiva humanizada, significa muito mais do que tratar bem os pacientes, pressupondo respeito, interesse e responsabilização pelos problemas/necessidades dos mesmos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 21), “o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários”. Nesse sentido, se aplicado de forma correta, o acolhimento proporciona uma otimização tanto de tempo quanto de trabalho do profissional em saúde, garantindo a acessibilidade dos usuários (SOUZA; LOPES, 2003).

Outra questão a salientar é a satisfação do usuário, pois o fato deste dispositivo possibilitar a regulação do acesso dos mesmos por meio de ações e serviços mais adequados, faz com que aumente o contentamento destes em relação ao SUS (SCHIMITH; LIMA, 2004). Ainda que o serviço não esteja apto a resolver algumas demandas do usuário, cabe a ele prover o encaminhamento deste, de forma que algum ponto do sistema seja capaz de responder às necessidades de tal indivíduo (SOUZA; LOPES, 2003), ou seja, utilizando o princípio da referência e contra-referência.

Em se tratando do acolhimento na atenção obstétrica, cabe ressaltar que “a maternidade segura é um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher de tomar suas decisões de maneira bem informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução” (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p. 12). Assim, em consonância com tais direitos, acolher refere-se a “uma postura de escuta e compromisso em fornecer respostas às

necessidades do usuário de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos” (BRASIL, 2008, p. 21).

Então, o processo de acolhimento da mulher e de seu acompanhante no serviço de saúde inclui o fornecimento de informações desde as mais simples até as mais complexas (BRASIL, 2001), o que permite que profissionais e usuárias compartilhem saberes, garantindo assim, para essa mulher, dignidade e segurança em um momento tão particular de sua vida.

3.3.1 Acolhimento com classificação de risco

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a atenção em saúde para que a mesma torne-se mais resolutiva. A avaliação de riscos e vulnerabilidade implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico do usuário (BRASIL, 2004a), estabelecendo uma perspectiva de atendimento integral ao mesmo.

Santos Júnior et al. (2005) afirmam que é missão do ACR ser instrumento capaz de acolher o cidadão, garantindo um melhor acesso aos serviços de urgência e emergência, mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento e crítica de quem está acolhendo.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 20), “é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento”. Isto demanda da equipe de atendimento responsabilização para com o estado de saúde do usuário, garantindo a efetividade dos pressupostos da humanização.

Surge então, padronizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), um sistema de cores (vermelho, amarelo, verde e azul) que classifica os pacientes segundo prioridade de atendimento (0, 1, 2, 3, respectivamente), e a qual são destinadas áreas específicas dentro das unidades de atendimento em saúde. A área vermelha abrange pacientes que necessitam de atendimento imediato, pois apresentam-se em condições de: politraumatismo grave, traumatismo cranioencefálico grave, queimaduras em mais de 25% da área corporal, alterações do estado mental ou coma, desconforto respiratório grave, entre

outras. A área amarela abrange pacientes que devem ser atendidos o mais rapidamente possível, estando em condições de: politraumatismo leve, cefaléia intensa de início súbito, traumatismo cranioencefálico leve, diminuição do nível de consciência, convulsão, dor torácica, desmaio, etc. A área verde refere-se ao atendimento de pacientes em condições agudas ou não, que podem esperar até trinta minutos para o atendimento e que necessitam de consulta simples. A área azul compreende os pacientes de baixa complexidade e que podem esperar atendimento segundo a ordem de chegada ao serviço (BRASIL, 2004b).

A partir de tal categorização são realizados os atendimentos e estabelecidas as condutas, de acordo com a necessidade de cada usuário, centrando a atenção no nível de complexidade, não por ordem de chegada. Nesta lógica, otimiza-se recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes de saúde, atendendo ao usuário segundo suas necessidades.

Contudo, para a adaptação de tal protocolo a área de obstétrica, foram necessários alguns ajustes e adaptações. Na UCO do HCPA foi desenvolvido um protocolo específico, embasado em literatura pertinente, o qual classifica as emergências em obstetrícia segundo as cores preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Considerando o exposto, aliar a temática do ACR à atenção obstétrica configura-se como um avanço no atendimento dessas usuárias, pois possibilita que a prestação do cuidado seja realizada de forma mais eficiente e resolutiva, respeitando a dignidade e o direito da mulher à decisão informada e co-responsável sobre sua assistência.

3.4 O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO CENTRO OBSTÉTRICO

Os prováveis riscos implicados no atendimento fragmentado, desvinculado e desorganizado dos serviços de emergência obstétrica, fizeram com que se realizasse uma reflexão sobre os cuidados prestados às parturientes na UCO do HCPA, a fim de se pensar sobre os processos de trabalho e sobre como os mesmos influenciavam no potencial que o parto/nascimento tem em tornar-se uma experiência transformadora na vida da mulher (SALAZAR; FALK, 2008).

Nesse sentido, profissionais envolvidos na atenção e na gestão dos serviços que atuam na UCO, iniciaram discussões sobre a temática da Humanização e sobre como tais referenciais ligados à mesma, poderiam ser adequados para a realidade da emergência obstétrica.

A implantação de uma modalidade de atendimento diferenciado compreendeu um processo que em envolveu a equipe multiprofissional, e uma articulação muito grande entre as chefias dos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia, e de Enfermagem Materno-Infantil, junto à administração do HCPA. Desse envolvimento foram pactuados os objetivos para a efetivação do acolhimento, em consonância com os pressupostos do Ministério da Saúde.

No mesmo ano, em 2007, foram abertas vagas para a especialização em Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, oferecida pelo Ministério da Saúde, das quais duas foram ocupadas por profissionais que atuavam na UCO. Essa especialização gerou então dois projetos para a efetivação das idéias que já estavam sendo discutidas pela equipe multiprofissional, no sentido de implantar o ACR.

À medida que o planejamento sobre as mudanças que deveriam ser efetivadas foi realizado, emergiu como objetivo de tal modificação nos processos de trabalho, a melhora no atendimento à gestante - a fim de diminuir o tempo de espera por atendimento, aumentar a capacidade resolutive e realizar articulações com a rede de saúde (SALAZAR; FALK, 2008).

Contudo, para que o ACR fosse colocado em prática, era necessário que houvesse a adesão dos profissionais que atuam na UCO, de forma que a proposta fosse entendida e que as condutas relacionadas ao atendimento das gestantes fossem uniformizadas, convergindo para um atendimento resolutivo, mas de forma que fortalecesse a subjetividade de cada paciente, por meio da escuta e da integralidade. Foram realizadas, então, algumas sensibilizações com a equipe, treinamentos para categorias específicas e esclarecimentos de dúvidas, visto que a partir daquele momento a dinâmica de atendimento na emergência obstétrica seria modificada.

Um protocolo de atendimento foi criado, adaptando-se as cores propostas pelo Ministério da Saúde para o ACR, as quais são o vermelho, o amarelo, o verde e o azul. Este protocolo foi construído em conjunto, pela equipe da UCO, a

qual identificou as condições e patologias associadas à gestação que mais freqüentemente eram atendidas na emergência obstétrica, estratificando os riscos de maneira decrescente (ANEXO I). Para cada cor foi atribuído um tempo máximo de espera, sendo os mesmos: mínimo, vinte minutos, sessenta minutos e cento e vinte minutos, para as cores: vermelho, amarelo, verde e azul, respectivamente (ANEXO II).

Outra modificação realizada quando na implantação desse projeto, foi a atribuição de uma graduação do profissional médico, específica para cada modalidade de risco apresentada pela paciente (ANEXO III). Visto que na UCO atuam doutorandos da faculdade de medicina, residentes em seus três anos de formação e médicos contratados, era necessária uma responsabilização das categorias mais experientes em casos mais urgentes, para que a agilidade e resolutividade no atendimento fossem garantidas.

Dessa maneira, em primeiro de setembro de 2007, iniciou-se o Acolhimento com Classificação de Risco na UCO, o qual é um modelo de atendimento que ainda está em vigor. As experiências dos profissionais da saúde que participaram nessa implantação e que fazem essa modalidade de acolhimento são o objeto de estudo deste trabalho.

4 METODOLOGIA

A seguir será abordada a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

O estudo desenvolvido foi do tipo qualitativo. Segundo Polit e Hungler (1995, p. 270), essa abordagem de pesquisa é descrita como “holística – preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades – e naturalista – sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador”. Ainda sobre o estudo qualitativo, Lüdke e André (1986) consideram que esse tipo de pesquisa é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

Especificamente, a metodologia utilizada foi a do estudo de caso que, para Lüdke e André (1986), tem como principais características visar a descoberta, enfatizar a interpretação em um contexto e retratar a realidade de forma completa e profunda. A escolha por essa abordagem deu-se pelo tipo de estudo, o qual reflete sobre algo singular, que tenha valor em si mesmo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Neste estudo, o caso a que nos referimos é o processo de implantação do ACR na UCO.

4.2 Campo de estudo

O estudo realizou-se na Unidade de Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), integrando a rede de hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação e Cultura (MEC). Este hospital configura-se como principal campo de estágio para os alunos de graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS.

4.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu os profissionais da saúde que participaram e trabalharam na implantação do ACR na UCO. Os critérios de inclusão no estudo compreenderam ter participado da implantação do acolhimento no âmbito assistencial; ter apresentado condições de saúde para a realização da entrevista; e, ter disponibilidade para relatar as experiências profissionais que envolveram o processo. Considerou-se critério de exclusão ter participado na implantação do ACR, mas não ser profissional da área da saúde.

Para a composição da amostra utilizou-se o critério de saturação de dados proposto por Denzin e Lincoln (2005), no qual a coleta estende-se até que não seja mais possível acrescentar novas informações aos dados obtidos. Baseando-se nesse critério, o estudo foi composto por sete profissionais da saúde, de diferentes categorias profissionais, dos quais um era médico, quatro eram enfermeiras e duas técnicas de enfermagem.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados sobre as experiências de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na UCO foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, as quais, de acordo com Lüdke e André (1986), se desenvolvem a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as adaptações necessárias.

Segundo Gil (2007), a entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos, configurando-se como uma técnica muito eficiente para obtenção de dados em profundidade sobre o comportamento humano. Foram levantadas questões em relação à participação dos informantes no ACR, conforme apêndice A.

As entrevistas foram gravadas por meio de dispositivo de áudio digital do tipo *Mídia Player* Portátil 3 (MP3) e transcritas para facilitar a realização da análise.

4.5 Análise dos dados

Para Polit e Hungler (1995), o propósito da análise dos dados é impor alguma ordem sobre um corpo grande de informações, de modo que possam ser tiradas algumas conclusões gerais sobre o que se está pesquisando. Para tal, realizou-se a construção de um conjunto de categorias descritivas, as quais surgiram desde a fundamentação teórica para a realização do estudo e caracterizaram-se como base conceitual do mesmo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Identificar as experiências para a implantação do acolhimento com classificação de risco na UCO, por meio de entrevistas, foi o objetivo a que se propuseram as categorizações. Realizaram-se leituras sucessivas do material transcrito, dividindo-o em seus elementos componentes, não se restringindo ao que está explícito e buscando sempre conteúdos latentes (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

4.6 Aspectos éticos

As diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitadas, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 196/1996, adotando-se os referencias básicos da bioética, tais como a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça (BRASIL, 1996).

As gravações provenientes das entrevistas foram arquivadas e serão guardadas por cinco anos, sendo então destruídas após esse período, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 196/1996 (BRASIL, 1996).

Aos participantes da pesquisa foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o qual, dentre outras premissas, garantiu esclarecimentos durante o curso da pesquisa e informou aos participantes sobre a liberdade de recusa a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo, garantindo a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (BRASIL, 1996). Acredita-se que as entrevistas não

envolveram riscos aos participantes, à exceção do desconforto causado pelo tempo despendido.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO IV) e pelo Grupo de Pesquisa e Pós Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob número 09347 (ANEXO V).

6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A seguir serão apresentados os temas originados a partir da análise e interpretação dos dados gerados a partir das categorizações, conforme metodologia proposta por Lüdke e André (1986).

6.1 O entendimento sobre a proposta de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco

Para o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma ação tecno-assistencial, a qual pressupõe mudança na relação profissional-usuário. De forma complementar, a classificação de risco alia-se a esse dispositivo promovendo uma ordenação das necessidades de saúde dos usuários, diferenciando-se do conceito de triagem, visto que todos os usuários são atendidos (Brasil, 2004b).

Nesse sentido, Ramos (2001) afirma que o acolhimento compreende as posturas que o trabalhador em saúde deve procurar desenvolver, no sentido de colocar-se no lugar do usuário, atendendo suas necessidades, ou direcionando-as, quando necessário, para pontos do sistema capaz de resolvê-las. Por meio de um espaço no qual se desenvolve o vínculo e a responsabilização, é possível humanizar as relações entre usuários e trabalhadores de saúde, originando processos de intervenção (SOUZA; LOPES, 2003).

Schimith e Lima (2004) corroboram com essas idéias definindo o acolhimento como a capacidade de uma equipe estar solidária às demandas do usuário, podendo estruturar a relação entre a população e esta equipe, proporcionando uma relação humanizada. Ainda, afirmam que o projeto de acolhimento e produção de vínculo deve ser compartilhado por toda a equipe, para que o mesmo se concretize no trabalho. Tal compartilhamento não fica evidenciado quando analisa-se os relatos transcritos que seguem:

“[...] foi uma sugestão, ou pressão, nem sei se dá pra dizer pressão, mas foi algo entre essas duas coisas. Uma vontade da administração central, ou do Grupo de Trabalho em Humanização com a administração central. Uma vontade da administração central em modificar algumas coisas no centro obstétrico [...]”. (Informante 4)

“[...] não chegaram e perguntaram: o que vocês acham? Disseram: - Gurias, na verdade vai ser aquilo que vocês sempre fazem, mas agora vai ter um nome, e vai ter cores [...]” (Informante 1)

Backes, Filho e Lunardi (2006) ressaltam que é preciso estimular o trabalhador a participar ativamente do processo de construção de uma proposta de humanização, como a exemplo de implantação do acolhimento. Auxiliar o trabalhador a tomar consciência da realidade, para então transformá-la, é importante para que a mudança não seja entendida como uma prática imposta, vertical e fragmentada.

Dessa maneira, para que a atitude de mudança no fazer em saúde ocorra, é necessária uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, para que a escuta e a resolução dos problemas do usuário seja compromisso de toda a equipe multiprofissional (BRASIL, 2004b). A questão da escuta é ressaltada por diversos autores (SCHIMITH; LIMA, 2004; MARQUES; LIMA, 2004; ROSSI; LIMA, 2005), mas no que tange a prática cotidiana, a mesma parece ser desvalorizada pelos profissionais no serviço, como pode-se observar no seguinte relato:

“o acolhimento não foi muito bem entendido pela equipe que trabalha no CO, e quando eu falo equipe, não to falando só da enfermagem, mas também da equipe médica e administrativa [...] Porque acolhimento, eles entendem, entendiam, não sei se entendem agora, que é técnico, mas não, é tu conversar com a paciente [...] quando não tinha o que fazer, entre aspas, que tu tava conversando com a paciente, parecia que tu tava no ócio [...]”. (Informante 7)

O exposto, sobre o “conversar com a paciente”, também é destacado por Souza e Lopes (2003, p.10), que citam o “saber ouvir” e o “estar disponível para a escuta do outro”, como uma condição necessária ao profissional que realiza o acolhimento. No que se refere a essa temática, Merhy (1998) ressaltava que, para que mudanças ocorram no setor da saúde e no SUS, é condição crucial que se modifiquem os modos como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu objeto de trabalho – objeto este que ele define como a vida e o sofrimento dos indivíduos e coletividade.

Em relação com ao objeto de trabalho, pode-se observar que, dentro da equipe, alguns trabalhadores têm uma visão mais ampliada, o que possibilita as

interações. Essa visão pode ser descrita como de aceitação, ausência de julgamento e solidária para com as queixas do usuário, como pode-se observar:

“Eu acho que com acolhimento tu consegue conhecer melhor a paciente. Tu consegue saber o outro lado da moeda, porque muitas vezes elas vem aqui, não é só pelo trabalho de parto, é por outros motivos, e a gente consegue conhecer isso no acolhimento [...]” (Informante 2)

Pressupõe-se então, que avaliar riscos e situações de vulnerabilidade – objetivos da classificação de risco – implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico. O usuário muitas vezes pode não apresentar sinais visíveis de problemas físicos, mas pode estar muito angustiado, demandando um atendimento que considere esse maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2004b).

Em consonância com o exposto, adotar uma postura que demonstre interesse e consideração pelo indivíduo em suas particularidades é de grande importância para a concretização do cuidado embasado nos princípios da humanização (ROSSI; LIMA, 2005). Contudo, tal atitude não pode configurar-se como único objetivo de um serviço que adota o acolhimento. Oferecer qualidade assistencial através da resolutividade e conhecimento científico é de extrema importância, fato este que pode-se identificar na fala a seguir:

“[...] acolhimento também tem sinônimo de resolutividade, não adianta tu escutar o usuário, as queixas do usuário, e tu não dar solução pras queixas dele, independente de não estar ligado à obstetrícia, mas é ver o usuário como um todo, inserido num contexto.” (Informante 3)

Além disso, a resolutividade não pode ser entendida dentro do sistema de saúde como uma atitude de “fazer por”, mas sim, de “fazer com” o usuário (ROSSI; LIMA, 2005). Souza e Lopes (2003) consideram que o acolhimento também deve configurar-se como um processo de estímulo à autonomia do usuário quanto ao seu cuidado, com a finalidade de auxiliar o mesmo no desenvolvimento de uma consciência cidadã.

Campos e Amaral (2007) corroboram com Souza e Lopes (2003) quando afirmam que a finalidade do trabalho clínico deve ser ampliado além da busca da produção de saúde. Considerar a ampliação do grau de autonomia do usuário, para que o mesmo amplie sua capacidade de lidar com seu próprio sistema de

dependências, é uma forma de introduzir o mesmo escolhas referentes ao seu estado de saúde e a sua terapêutica.

6.1.1 A organização do atendimento

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento tem como proposta principal reorganizar o serviço no sentido de garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, oferecendo sempre uma resposta positiva ao usuário. Para os autores, os princípios básicos dessa modalidade de atendimento são: atender a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário; e reorganizar o processo de trabalho – essa reorganização tem a finalidade de deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, no caso, uma equipe de acolhimento.

No entanto, a organização do trabalho proposta pelos autores anteriormente citados, não se configura como realidade para a equipe de saúde que participou desta pesquisa, como pode-se observar no relato:

“eu já iniciei várias consultas, mas aquilo que eu inicio, nem sempre é dado continuidade. Muitas vezes é uma consulta que eu fiz com a paciente, que não tem registro, digamos assim, porque na verdade, quando o médico chega, ele faz, refaz, toda a consulta que eu fiz. Alguns profissionais trabalham mais integrados, então assim, se eu disse que eu vi a altura uterina, que eu já pesquisei isso, que eu avalei a paciente, auscultei BCFs, ele confia naquilo que eu falei e continua a partir daí, e registra aquilo que eu fiz. Mas, a grande maioria não.” (Informante 6)

Dessa maneira, a integração do trabalho em equipe e o compartilhamento de saberes valorizam as potencialidades dos seus diferentes membros. Aumentar a capacidade dos trabalhadores em distinguir problemas, identificar riscos e agravos e adequar respostas à complexidade dos problemas trazidos pelos usuários é papel do ACR (BRASIL, 2004b).

Embasando-se nesse entendimento é que se utilizam nesse processo os protocolos que orientam as atitudes a serem tomadas frente a diferentes tipos de demandas de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Nesse âmbito, a tecnologia de avaliação com classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-

estabelecido, de grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004b). Sobre a complexidade, cabe ressaltar um dos relatos que enfatiza a supervalorização das queixas mais graves e a pouca valorização das queixas menos graves:

“o vermelho eles respeitam bastante, a equipe sai. Quando eu digo equipe, me refiro a todo mundo, todo mundo que trabalha no CO.” (Informante 7)

“[...] então os deboches, pode esperar 60 minutos, pode esperar 120 minutos, é azul pode esperar 120 minutos. E aquela emergência ia enchendo, enchendo, tu não tinha mais onde botar mãe, e ai começava a dar um nervosismo, porque daí elas realmente esperavam 120 minutos, por coisas que podiam ser resolvidas logo.” (Informante 1)

Em meio a tais constatações, salienta-se que os protocolos orientam a intervenção multiprofissional e legitimam a atuação da equipe, qualificando a atenção. A utilização desses proporciona à equipe que faz o acolhimento uma maior segurança relacionada às condutas. Os questionamentos usuários sobre outros que “passam na frente”, ou que se sentem prejudicados, podem ser minimizados com a divulgação ampla do processo utilizado, como de fato é realizado no centro obstétrico no qual foi realizado o presente estudo (ANEXO V). Sobre estas constatações, ressalta-se:

“[...] pra nós ficou muito bom em relação as pacientes, porque a gente pode ter as prioridades e fica com um respaldo de ter uma explicação pra dar.” (Informante 1)

Em adição a isto, há percepção dos profissionais que há mudanças na organização do trabalho, porque as atividades são partilhadas por vários profissionais, como observa-se a seguir:

“[...] mas a gente entendeu que pra nós era um caráter diferente, não um caráter de triagem e de mandar paciente embora, mas um caráter de organização do atendimento, e que é a equipe que faz isso aí, não é uma atribuição da técnica de enfermagem, ou a enfermeira que faz, ou o médico que faz, mas todo mundo participa junto, porque o fluxograma da classificação de risco, foi feito, foi encabeçado, juntamente com todo mundo.” (Informante 4)

Entretanto, utilizar o ACR como diretriz operacional requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que implica tanto em protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo, como na reorganização do serviço a partir da reflexão e problematização dos próprios processos de trabalho, possibilitando a todos a resolução dos problemas do usuário (BRASIL, 2004b).

Souza e Lopes (2003) ressaltam que com esse formato de acolhimento, há uma otimização tanto de tempo quanto de aproveitamento do trabalho, garantindo impacto na acessibilidade do usuário. Essas características configuraram-se como fatores importantes para a implantação desse dispositivo no centro obstétrico:

“as principais mudanças eram com relação à prontidão, velocidade de resposta, para uma paciente que chega em emergência, ou quais as pessoas que iriam atender isso aí, e como é que a gente ia organizar. Na verdade, a classificação de risco tem um caráter de organização de riscos no CO. Também quais outras coisas que a gente deveria mudar com relação à atenção, ao encaminhamento, à referência.” (Informante 4)

Contudo, Merhy e Franco (2005, p.4), constataam que “nem sempre novas formas de organizar o processo de trabalho resultam em modos radicalmente novos de produzir o cuidado, que sejam capazes de impactar os processos de produção da saúde”. Dessa forma, acredita-se que, apesar dos esforços e das mudanças implantadas, pouco foi o reflexo no atendimento das pacientes, conforme observa-se abaixo:

“[...] às vezes tem dias que tu fica sem paciência, porque tá cheio, e eles demoram, demoram, demoram. E dependendo do residente, a gente pede pra dar uma agilizada lá na frente, porque tem um monte de pacientes aguardando. E tu não pode dizer pra paciente que a queixa dela não é importante, pra ela é né? Ela tem dúvidas [...]” (Informante 5)

Optar por realizar o ACR implica em um comprometimento com a resolutividade e a responsabilização no sentido de dar continuidade a atenção do usuário, estabelecendo as articulações necessárias com os outros serviços de saúde e garantindo a eficácia dos encaminhamentos realizados.

Há aspectos desfavoráveis relatados pelos participantes quanto à resolutividade e continuidade do processo de implantação, que são apontados no relato:

“e aqui no CO foi uma coisa assim, que começou e depois nunca mais... Tem até umas coisas assim pra terminar no computador, tipo o protocolo, o protocolo da entrada das pacientes, colocar no sistema [...]” (Informante 3)

“[...] mas nós não temos nem, sei lá, 50% de resolutividade, dos casos que realmente seriam coisas resolutivas com o acolhimento bem implementado.” (Informante 6)

6.1.2 As diferenças percebidas entre triagem e ACR

Segundo a definição dos Descritores em Ciências da Saúde (BIREME, 2009), triagem consiste na separação e classificação de pacientes ou causalidades para determinar prioridade de necessidades e tratamento em local apropriado. Já acolhimento, de acordo com definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.5), é “um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários”.

Apesar das diferenças conceituais, muitas vezes essas noções se confundem, principalmente no âmbito dos serviços de saúde. Acolhimento tem sido identificado de algumas formas errôneas, ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2004b).

O entendimento do acolhimento não ter apenas a dimensão espacial, está expresso nas falas dos sujeitos da pesquisa, como segue:

“[...] (o acolhimento) não é restrito a essa porta de entrada, não é centrado, a uma única pessoa, qualquer pessoa faz o acolhimento. E não é também destinada uma sala com uma placa escrita “acolhimento”, então, não é um lugar específico também.” (Informante 3)

“[...] mas qualquer lugar é lugar pra ti acolher, tu tem que acolher desde a chegada da paciente.” (Informante 7)

A classificação de risco, uma vez que objetiva organizar o atendimento e prover a resposta mais adequada e resolutiva a cada caso, muitas vezes é realizada em caráter de triagem, visto que os pressupostos dos referenciais de

humanização que compõe o acolhimento não são efetivados. Observa-se tal constatação a seguir:

“mas a idéia era essa, [...] que tivesse uma enfermeira fazendo o acolhimento ali na frente, e não simplesmente a classificação de risco que é uma coisa que a técnica hoje faz. O acolhimento envolve muito mais coisas do que isso. (Informante 6)

“[...] na verdade a gente já trabalhava com uma classificação de risco, só que não tinha nome, né? As técnicas eram treinadas a questionar as queixas das pacientes e elas davam prioridades, mas não tinha nada por escrito [...]” (Informante 5)

Entretanto, o acolhimento difere-se da triagem, pois não é apenas uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Nesse sentido, percebe-se que as diferenças entre triagem e acolhimento não estão presentes no entendimento da equipe integrante do estudo, como podemos observar nos relatos:

“[...] de repente a gente viu que a coisa não era bem assim, que nós íamos continuar fazendo o que a gente sempre fez, né (?), só que daí com um nome e um cartãozinho (Informante 1)

“[...] na verdade, foi só protocolado o que já existia ali, né? Então foi colocado algumas normas e rotinas pro que já se fazia ali ter um registro. (Informante 6)

Backes, Filho e Lunardi (2006), em trabalho realizado sobre o processo de humanização do ambiente hospitalar, centrado no trabalhador, afirmam que a participação dos trabalhadores no processo, de forma comprometida, foi fundamental para que os mesmos desvelassem o significado da humanização. Dessa maneira, acredita-se que seria importante para esta equipe expressar suas idéias e opiniões em relação ao tema acolhimento, a fim de que os mesmos pudessem refletir sobre suas práticas e sobre os diferentes significados para cada integrante da equipe.

Assim sendo, retomando o ressaltado por Merhy e Franco (2005, p.4), que nem sempre novas formas de organizar o processo de trabalho, resultam em novos modos de produzir o cuidado, pode-se inferir que a percepção na equipe sobre alguma mudança é variada, como pode-se observar no relato que segue:

“[...] muitos acharam que não mudou nada, muitos acharam que foi pior. Mais ou menos a mesma quantidade acho que ficou melhor, e que piorou. A maioria achou que ficou praticamente a mesma coisa.” (Informante 4)

6.2 Os papéis da equipe que acolhe

Os desafios na busca de um modo de operar o trabalho em saúde e de construir uma relação tanto entre trabalhadores-usuários, como entre os próprios trabalhadores, edificada em preceitos de solidariedade e coletividade (MERHY, 1998), é tarefa complexa nas equipes de saúde.

A resistência à mudança não se refere apenas a questões técnicas, mas também a percepções, expectativas, preferências e conveniências de profissionais e pacientes quanto a sua assistência (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

A questão da resistência à mudança é evidenciada pela análise do trecho que segue:

“[...] e a gente sabe que tem pessoas bem resistentes em todas as áreas, não é só a médica, nesse sentido de ver o usuário como um todo. Então as pessoas relaxam. Não tem cobrança. A própria rede não tá toda estruturada. Então não há uma união, um aperto dos nós como a gente fala.” (Informante 3)

O informante ainda destaca o papel da “cobrança” como importante para a efetivação da resolutividade e do vínculo com o usuário. Portanto, pode-se refletir sobre o papel, não só das obrigações que temos enquanto profissionais da saúde, com a responsabilização pelo usuário, mas sobre as motivações que nos levam a realizar nosso fazer em saúde. Observa-se o exposto como segue:

“pra funcionar bem como deveria, deveria muito mais ter, não sei se é treinamento, se é cobrança, por parte da equipe médica, porque por nós... [...]”. (Informante 1)

“[...] não adianta uma pessoa ficar batalhando por, não digo ideologia, mas uma mudança de paradigma, sendo que as pessoas não tão nem aí, não tão envolvidas, não há cobrança.” (Informante 3)

Campos e Amaral (2007) referem que é importante assegurar a motivação dos profissionais e constituir um modo de gestão que favoreça que a maioria dos profissionais sintam-se motivada com a produção de saúde. No entanto, é preciso

que essa motivação não esteja centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário, pois dessa maneira, a mesma não se concretiza no trabalho (BACKES; FILHO; LUNARDI, 2006).

Por conseguinte, os trabalhadores devem responsabilizar-se por uma boa parte da qualidade do atendimento que ofertam, e para tal deve haver comprometimento. Comprometimento esse, que permita uma “otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção de saúde e da doença” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p.347). Logo, destaca-se a fala a seguir sobre o (des)comprometimento da equipe.

“a questão da equipe também, muito perdida, e pouco comprometida com a questão do acolhimento. Muito pouco comprometida, pra não dizer totalmente descomprometida. sabe? Banalizam essa questão do acolhimento, o importante é a classificação de risco, né?” (Informante 7)

Contudo, há profissionais que relatam ações direcionadas para um proceder em saúde orientado pela constituição de vínculo e estímulo da autonomia do usuário, como constata-se no relato que segue:

“aquele tempo, aqueles minutos que é da ficha azul, que ela vai esperar, tu não precisa ficar ali fazendo nada, tu pode ficar fazendo esse acolhimento com todas elas, durante esse tempo de espera, explicando uma coisa pra uma, fazendo elas participar. Como eu sei que as vezes é muito movimento, e os médicos são muito rápidos no consultório, ou eles explicam de um jeito, de um termo técnico que talvez elas não entendam, ou elas tem vergonha de perguntar, tu consegue conversar ali.” (Informante 2)

Outro aspecto emergente durante as entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa refere-se à presença do acompanhante junto a usuária. Campos e Amaral (2007) afirmam que a presença do acompanhante configura-se como capaz de ampliar a possibilidade do usuário de participar ativamente em suas decisões de saúde. No entanto, pode-se identificar no trecho transcrito abaixo, certo descontentamento com a não efetivação dessa proposta, ainda que a mesma esteja intimamente relacionada à efetivação do acolhimento.

“os familiares continuam esperando lá fora... só que tu deixa, tu bota, tu ajeita o familiar ali, e quando tu vê eles tão saindo, entendeu... Então não é assim, não depende de nós[...]”. (Informante 1)

Porém, percebe-se que por parte de alguns profissionais há o reconhecimento do usuário como sujeito de sua própria história, fato de extrema

importância para a consolidação do acolhimento nos estabelecimentos de saúde (ROSSI; LIMA, 2005).

A responsabilização e encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida é também fato ressaltado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), estando intimamente relacionado à consideração das particularidades de cada indivíduo como destacado anteriormente, e retratado sob tom de preocupação pelo relato do informante, o qual segue:

“[...] tu acolhe a chegada dela, tu recebe ela bem, mas depois tu não dá, tu não faz o fechamento, que é o encaminhamento, entendeu. O encaminhamento dela é ao pré natal, ao pré-natal tu não sabe se ela vai ir ao pré-natal, se vai ter alguém pra atender ela lá [...]”. (Informante 7)

Dessa maneira, a aquisição de atitudes de aceitação, empatia, confiança e ausência de julgamento por parte da equipe, é fundamental na constituição de um atendimento mais humanizado, resolutivo e acolhedor. Determinar a produção do cuidado sob formas que causem impacto na saúde dos usuários do serviço é finalidade de qualquer mudança proposta, sejam estas baseadas nas relações trabalhador-usuário, ou trabalhador-trabalhador.

Ainda sobre os papéis da equipe que acolhe, pode-se destacar que as discussões sobre qual profissional dentro da equipe deve realizar o acolhimento são muitas, fato este que difere das diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) que orienta que exista uma equipe que faça o mesmo, e que o mesmo seja tarefa de toda equipe, a qual deve compartilhar os diferentes saberes em prol da resolutividade dos problemas do usuário. Sobre este aspecto, destacam-se os seguintes trechos:

“e outra coisa é que, a princípio era pra uma enfermeira classificar o risco, e a realidade é que, a princípio nós não tínhamos enfermeira pra classificar o risco. Depois entrou uma enfermeira num horário meio termo, então a gente continua classificando risco, né (?). E então, não ficou, não foi exatamente como tinha que ser, eu acho.” (Informante 1)

“[...] começaram a pensar em outras coisas, e foi se ver que, na verdade, quem deveria estar lá na frente fazendo isso, era o profissional enfermeiro [...] Na verdade, o intuito de essa enfermeira ter ido pra lá, era que se trabalhasse a política de acolhimento mesmo, coisa que hoje, [...] não se está conseguindo ser feito exatamente como se espera que a política funcione [...]”. (Informante 6)

Esse entendimento de alguns membros da equipe, de que um profissional seja mais capacitado para fazer o acolhimento e a classificação de risco, apesar de definido, não foi colocado em prática efetivamente no cotidiano do serviço. No entanto, Merhy e Franco (2005, p.3), afirmam que o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador de dimensão coletiva, e que não há nenhum perfil de trabalho que “dê conta sozinho do mundo das necessidades em saúde”.

Nesse sentido, o trabalho em saúde é percebido como de maneira fragmentada, em que cada profissional exerce suas competências técnicas restritas. Contudo, o acolhimento não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo e implica em compartilhamento de saberes, necessidades, angústias e invenções (BRASIL, 2004b).

Não se procura julgar aqui a competência técnica de cada profissional, mas sim, refletir sobre a integração do trabalho em equipe e sobre a complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais. Esses contrastes no entendimento sobre quem deveria acolher estão presentes nas seguintes falas:

“[...] ficou complicado porque de repente nós precisamos despedir uma técnica, para entrar uma enfermeira, pro tal do acolhimento com classificação de risco. Aí então ficou bem claro pra mim, acho que pra muitas colegas, que o acolhimento, quem ia fazer, era uma enfermeira.” (Informante 1)

“[...] não adianta ter só uma enfermeira, ou só um médico, porque aí iam dizer assim “aí, isso é coisa de enfermeira”, “aí, isso é coisa de médico”, só que é uma política, não é nem um programa, é política.” (Informante 3)

As interações entre os profissionais “podem conduzir o acolhimento através de diálogos e de fatores simples e mais sensíveis de interação que extrapolem o domínio normativo e direcionado” (ROSSI; LIMA, 2005, p.309). Essa interação consiste também em valorizar o conhecimento de todos que atuam na equipe, como pode ser destacado no relato a seguir:

“todo mundo tem conhecimento, desde a secretária, porque ela vai saber dizer onde é que a paciente tem que descer pra fazer um raio x, entendeu. Isso também é acolher [...] Todo mundo tem o conhecimento, mas não se junta esse conhecimento, o conhecimento é muito fragmentado”. (Informante 7)

Outro aspecto relevante é a participação da figura profissional do médico como integrante da equipe que realiza o acolhimento. Franco, Bueno e Merhy (1999), em trabalho realizado em uma equipe de saúde em Betim, Minas Gerais, ressaltam que uma das questões limitadoras do processo de implantação do acolhimento por eles vivenciado, foi a pequena inserção dos profissionais médicos na efetivação da proposta.

O descontentamento, com a pouca inserção do profissional médico e os reflexos na qualidade da assistência, podem ser observados por meio dos relatos transcritos que seguem:

“ Muitas vezes a gente tem que estar implorando pra equipe médica atender uma paciente, né. E essa parte aí, eu acho que não melhorou, e mesmo com enfermeira lá na frente, não qualificou a assistência, nesse sentido [...]” (Informante 6)

“ Dentro desse processo houve o que, muita dificuldade, muita resistência com relação as coisas que iriam ser feitas, principalmente, teve uma parte importante com relação aos residentes, que nessa nova organização, os residentes teriam que ser chamados com muito mais freqüência a prestar o primeiro atendimento; isso realmente foi difícil de abordar com eles e de convencer que poderia dar certo, que ia ser melhor pra todo mundo.” (Informante 4)

Portanto, reconfigurar o trabalho desta categoria profissional, no sentido de superar o papel central que a mesma vem ocupando, integrando-a no trabalho em equipe, é diretriz operacional indicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), que pode garantir o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.

Todavia, pode-se inferir que dentro da equipe, cada profissional tem uma postura frente a essa modalidade de atendimento, e que, dentro de uma mesma equipe, opiniões contrastantes são passíveis de ocorrer. No caso do próximo relato, a profissional entende que é a equipe que acolhe, e que isso transpõe as competências de uma categoria profissional.

“eu acho que é de cada um isso, não é porque a enfermeira tem que fazer o acolhimento, eu acho que todo mundo pode fazer o acolhimento, e o acolhimento pode ser feito em qualquer parte do setor.” (Informante 2)

Assim sendo, corrobora-se com o exposto por Merhy e Franco (2005, p.3), quando este afirma que “não há trabalhador de saúde que consiga sozinho

dar conta do complexo objeto do ato de cuidar. Desse modo, o trabalho de um técnico da saúde, de um profissional universitário ou de um auxiliar, dependem um do outro”. O mesmo vale para o acolhimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as experiências de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na UCO do HCPA foi intuito deste trabalho, configurando-se como estratégia muito importante para a avaliação dos conceitos que os trabalhadores da saúde têm sobre o acolhimento e a classificação de risco. A partir da análise dos relatos dos profissionais, pode-se inferir que o ACR na UCO, não foi entendido em sua totalidade no que tange o que a política do Ministério da Saúde propõe com o acolhimento.

A visão errônea do acolhimento como dimensão espacial não foi identificada neste estudo, mas a de triagem sim, fato este ressaltado como uma distorção na compreensão da proposta. A maior responsabilização com o usuário, o aumento da resolutividade e a articulação com a referência/contra-referência são alguns dos pontos a serem trabalhados na forma de atendimento prestada no serviço.

Visto que os trabalhadores da saúde ressaltam demasiadamente a questão da figura do profissional frente ao “acolher”, sugere-se que sejam discutidas propostas em equipe para que a complementaridade do trabalho de cada profissional seja otimizada. Tal ação pode constituir-se em uma forma do fazer em saúde pautada em referências de trabalho em equipe multiprofissional.

Dessa maneira, questiona-se a prática tradicional baseada exclusivamente no biológico e busca-se colocar em discussão a perspectiva humana na relação entre trabalhadores da saúde e usuários. No entanto, sugere-se o reconhecimento de que humanizar o atendimento significa mais do que tratar bem as pacientes, pressupondo do profissional toda sua habilidade de escuta e interesse pelo outro.

Contudo, sabe-se que a humanização não é uma técnica e que o acolhimento requer uma mudança de postura profissional. Por isso, antes de modificar o relacionamento profissional-usuário, deve-se modificar o relacionamento profissional-profissional. Tal fato é importante, pois, como ressaltam Rossi e Lima (2005), cada indivíduo apenas pode doar aquilo que tem, e se os próprios funcionários não vivenciam o acolhimento dentro da equipe multiprofissional, não se sentem comprometidos em acolher outras pessoas.

Finalmente, outra questão a ressaltar trata da participação ativa dos trabalhadores na construção das propostas de mudança dentro dos serviços. Cabe destacar este fato, pois a necessidade de modificação na atuação dos profissionais foi um achado relevante nesse estudo. A falta de diálogo, a insuficiência de discussões e a singela participação na construção da proposta fizeram com que tais ações se tornassem impostas, verticalizadas e fragmentadas. Assim, a responsabilização para uma construção efetiva de atendimento não esteve presente entre os que vivenciaram todo o processo.

Nesse sentido, sugere-se que estudos posteriores avaliem sob outra perspectiva a efetivação desses preceitos dentro da equipe e observando se a modificação no modo de operar os processos de trabalho realmente ocorreu.

REFERÊNCIAS

- BACKES, Denise Stein; FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 40, n. 2, p.221-227, 2006.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.561-571, 2005.
- BIREME. **Descritores em Ciências da Saúde**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 20 ago. 2009.
- BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br/mrecursos/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/parto_aborto_puerperio.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.
- BRASIL. **Portaria n.º 569/GM em 1 de junho de 2000**. Brasília, 2000a. Disponível em: <www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2009.
- BRASIL. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 119 p.
- BRASIL. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 48 p.
- BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em: 05 maio 2009.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas, v. 12, n. 4, p.849-859, 2007.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Ivonna S. **The Sage handbook of qualitative research**. 3. ed. California: Sage, 2005. 1210 p.

DESLANDES, Suely Ferreira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Humanização e cuidado em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.510, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300001>. Acesso em: 08 jun. 2009.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p.345-353, abr./jun. 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Epu, 1986. 99 p.

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.

MERHY, Emerson Elias. **O SUS e um dos seus dilemas**: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2009

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista. **Trabalho em Saúde**. Campinas: CEBES/LEMOS, 1998) Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2009.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

RAMOS, Donatela Dourado. **Acesso e acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

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

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p.305-310, maio/jun. 2005.

SALAZAR, Cristiano Caetano; FALK, Maria Lúcia Rodrigues. **Reduzindo as distâncias**: o acolhimento com classificação de risco adaptado à emergência obstétrica. 2008. Monografia (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Ministério da Saúde, Porto Alegre, 2008.

SANTOS JÚNIOR, Éber Assis dos. et al. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Acolhimento com classificação de risco**. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2009.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SERRUYA, Suzzane Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p.1281-1289, set./out. 2004.

SERRUYA, Suzzane Jacob; LAGO, Tania di Giacomo do; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.4, n. 3, p.269-279, jul./ set. 2004.

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.

SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.12, n.25, p.327-38, abr./jun.2008.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.483-492, jul. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2009.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Florianópolis, v.19, Supl. 2, p. 419-427. 2003.

APÊNDICE A - Questionário de Entrevista Semi-estruturada

- 1) Como se deu o processo de implantação do Acolhimento com classificação de risco na Unidade de Centro Obstétrico?

- 2) Como surgiu a idéia da implantação desse modelo de atendimento? Como foi sua experiência na implantação do Acolhimento?

- 3) Qual foi a sua participação nesse processo?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: Acolhimento com Classificação de Risco no Centro Obstétrico: experiências de implantação.

Pesquisadora: Acadêmica de Enfermagem Mariana Bello Porciuncula

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Ms. Virgínia Leismann Moretto

Declaro ter sido informado de forma clara e detalhada sobre as questões referentes à pesquisa e que a mesma tem por objetivo identificar como se deu a implantação do sistema de acolhimento com classificação de risco na UCO do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e conhecer as experiências dos profissionais na implantação desse processo.

Os esclarecimentos sobre o caráter voluntário de minha participação, bem como a possibilidade de solicitar a minha exclusão da mesma, em qualquer etapa de seu desenvolvimento, sem nenhum prejuízo ou dano, além do possível desconforto pela duração da entrevista, foram apresentados pela pesquisadora. A mesma comunicou-me sobre a gravação das entrevistas em mídia digital, através de dispositivo de Mídia *Player* Portátil 3 (MP3), e que tais gravações serão transcritas e arquivadas por 5 anos após o término do estudo, em conformidade com as resoluções das diretrizes para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

A pesquisadora garantiu proteger a confidencialidade dos dados obtidos, utilizando pseudônimos em seu relatório de pesquisa e futuras publicações, além da preservação a respeito da formação acadêmica dos profissionais participantes.

Ao assinar este documento, concordo em participar da pesquisa “Acolhimento com classificação de risco no Centro Obstétrico: experiências de implantação”, de autoria da Acadêmica de Enfermagem Mariana Bello Porciuncula, sob orientação da Prof^a. Ms. Virgínia Leismann Moretto, a qual está vinculada às disciplinas de Trabalho de Conclusão de Curso I e II, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este projeto foi avaliado e aprovado pela COMPESQ/EEUFRGS e Comitê de Ética em Pesquisa do GPPG/HCPA, cujo telefone de contato, para esclarecimentos é 51 3359-8304.

Confirmo o recebimento de uma cópia do presente termo de consentimento, tendo a outra permanecido em poder da pesquisadora.

Nome do Informante: _____

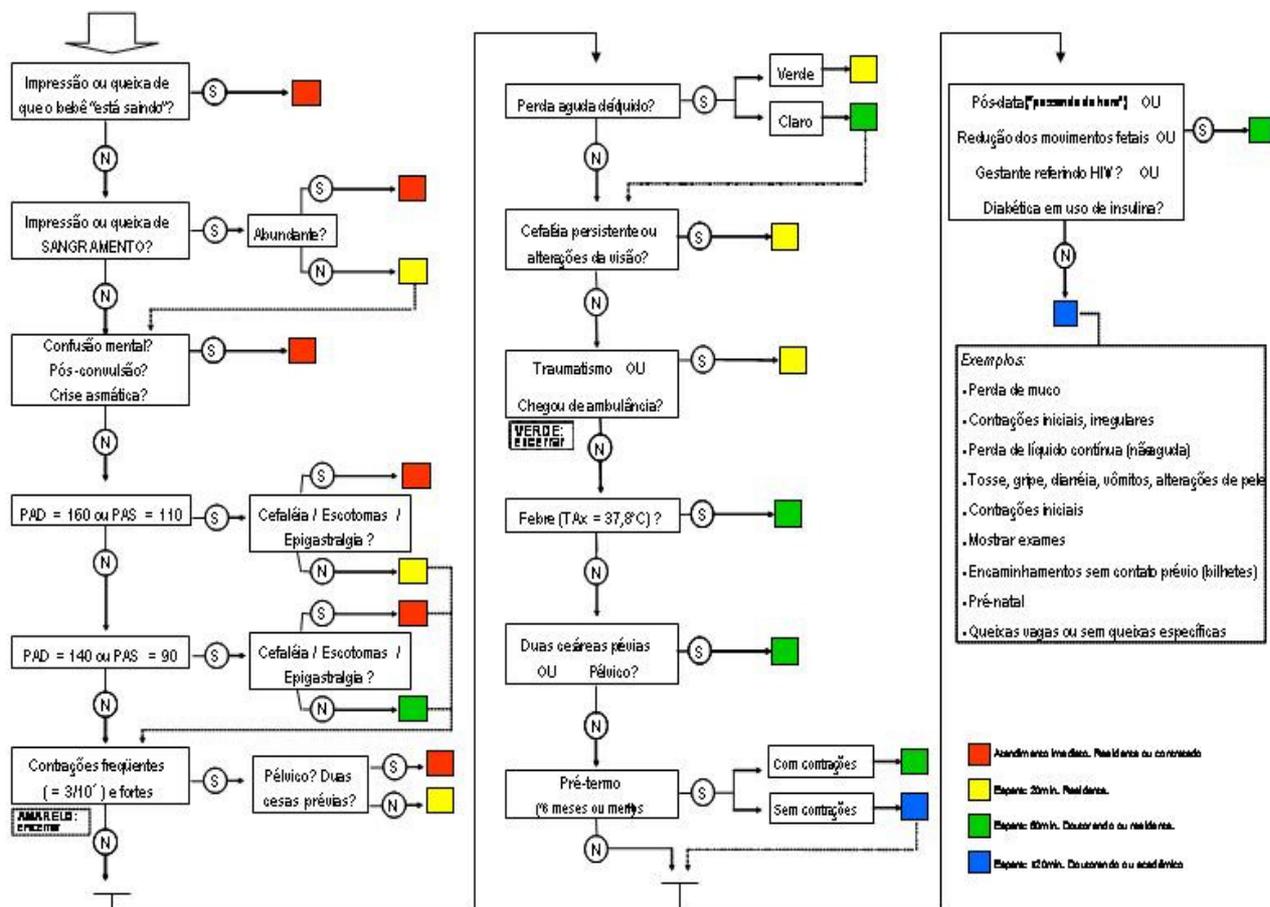
Assinatura do Informante: _____

Mariana Bello Porciuncula
Aluna / Pesquisadora
F: 8427-8672 / maribellino@gmail.com

Virgínia Leismann Moretto
Pesquisadora Responsável
F: 9714-4527 / lmoretto@terra.com.br

ANEXO I

Protocolo de Classificação de Risco da Unidade de Centro Obstétrico do HCPA



ANEXO II

Ordem de prioridades, tempo máximo de espera e preferências de atendimento nos consultórios



Ordem de prioridades, tempo máximo de espera e preferências de atendimento nos consultórios.

| | |
|---|--|
|  | Espera: mínimo Atende: contratados e residentes |
|  | Espera: 20 minutos Atende: residentes (+ doutorandos) |
|  | Espera: 60 minutos Atende: doutorandos e residentes |
|  | Espera: 120 minutos Atende: doutorandos e acadêmicos |

ANEXO III

Cartaz de divulgação da modalidade de atendimento



Seja bem- vinda!

Neste setor, as pacientes são atendidas conforme a urgência e gravidade do caso.
Aguarde a sua vez, pois você será atendida no momento apropriado.

| | |
|----------------------------|---|
| Prioridade VERMELHA | Tempo médio de espera: mínimo |
| Prioridade AMARELA | Tempo médio de espera: 20 minutos |
| Prioridade VERDE | Tempo médio de espera: 60 minutos |
| Prioridade AZUL | Tempo médio de espera: 120 minutos |

ANEXO IV**Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de
Enfermagem (COMPESQ)**

**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: Nº TCC 07/09

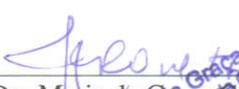
Versão 07/2009

Pesquisadores: Mariana Bello Porciuncula ; Virgínia Leismann Moretto

Título: Acolhimento com classificação de risco no Centro Obstétrico: experiências de implantação.

Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 10 de julho de 2009.


Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ EEUFGRS

ANEXO V

Carta de Aprovação do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-347**Versão do Projeto:** 03/09/2009**Versão do TCLE:** 08/09/2009**Pesquisadores:**

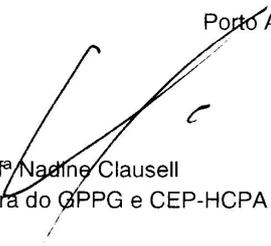
VIRGINIA LEISMANN MORETTO

MARIANA BELLO PORCIUNCULA

Título: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO CENTRO OBSTÉTRICO:
EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 08 de setembro de 2009.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA