

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O.



PESQUISA

Acolhimento com classificação de risco: percepção dos enfermeiros em uma maternidade pública

Embracement with home risk rating: perception of nurses in a public maternity

Acogida con la calificación de riesgo: percepción de enfermeras em una maternidad pública

Laise Ramos e Silva¹, Maria Eliane Martins Oliveira Rocha²

RESUMO

O estudo possui o objetivo de analisar a percepção dos enfermeiros de uma maternidade de referência sobre o Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização. Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a março de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, com sete enfermeiros. Para análise utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, elaborando-se discursos síntese, fruto de fragmentos de falas individuais reunidos por similaridade de sentidos. Dos relatos surgiram dois temas: benefícios e dificuldades do Acolhimento com Classificação de Risco. Como benefícios, apontou-se a organização e humanização no atendimento. Como dificuldades, a resistência de profissionais e a grande demanda de atendimento. Assim, evidencia-se mudanças na qualidade do atendimento ao usuário, porém ainda são necessárias estratégias que consolidem a efetiva implantação das diretrizes de Acolhimento com Classificação de Risco proposta pela Política de Humanização e Rede Cegonha. **Descritores:** Acolhimento. Humanização da assistência. Enfermagem.

ABSTRACT

The study aims to analyze the perception of nurses of a reference maternity on the Reception with Risk Classification in the context of the National Humanization Policy. This is a descriptive research with a qualitative approach. Data were collected from February to March 2014, through a semi-structured interview with seven nurses. For the analysis, the methodological process of Discourse of the Collective Subject was used, elaborating discourses synthesis, fruit of fragments of individual speeches reunited by similarity of senses. From the reports, two themes emerged: benefits and difficulties of the Reception with Risk Classification. As benefits, it was pointed out the organization and humanization in care. As difficulties, the resistance of professionals and the great demand for care. Thus, there is evidence of changes in the quality of customer service, but strategies are still needed to consolidate the effective implementation of the Reception with Risk Classification guidelines proposed by the Humanization Policy and Stork Network. **Descriptors:** User embracement. Humanization of assistance. Nursing.

RESUMEN

El estudio tiene el objetivo de analizar la percepción de los enfermeros de una maternidad de referencia sobre el Acogimiento con Clasificación de Riesgo en el contexto de la Política Nacional de Humanización. Investigación descriptiva con enfoque cualitativo. La recolección de datos ocurrió de febrero a marzo de 2014, por medio de una entrevista semiestructurada, con siete enfermeros. Para el análisis se utilizó el proceso metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo, elaborándose discursos síntesis, fruto de fragmentos de palabras individuales reunidos por similitud de sentidos. De los relatos surgieron dos temas: beneficios y dificultades del Acogimiento con Clasificación de Riesgo. Como beneficios, se apuntó la organización y humanización en la atención. Como dificultades, la resistencia de profesionales y la gran demanda de atención. Así, se evidencian cambios en la calidad de la atención al usuario, pero todavía son necesarias estrategias que consoliden la efectiva implantación de las directrices de Acogimiento con Clasificación de Riesgo propuesta por la Política de Humanización y Red Cigüeña. **Descriptor:** Acogimiento. Humanización de la atención. Enfermería

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Uninovafapi. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira na Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: laiseramos2@hotmail.com. ² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Professora Assistente da Universidade Estadual do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: memo10@hotmail.com

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O.

INTRODUÇÃO

A situação dos serviços de emergência obstétrica é motivo de preocupação para a sociedade brasileira, uma vez que observa-se persistentes taxas de morbimortalidade materna e perinatal, superlotação nas urgências gineco-obstétricas, pressão por novos atendimentos e peregrinação das mulheres por vários serviços para encontrar vaga no momento do parto, acarretando o que se tem chamado de inoportunidade da assistência (BRASIL, 2012; FIGUEIROA et al., 2017).

Esse quadro gerou a necessidade de reorganizar e normatizar o atendimento às pacientes tendo em vista uma melhoria na qualidade da assistência as usuárias nas portas de entradas do sistema de saúde. Assim, considerando a Política Nacional de Humanização (PNH), instituiu-se a Rede Cegonha, em 2011, que consiste numa rede de cuidados que visa, dentre outras medidas, assegurar à mulher a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro. Nesse contexto, destaca-se que a Rede Cegonha garante a realização de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) nos serviços de atenção obstétrica e neonatal como medida destinada a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2011; 2014).

O acolhimento deve ser visto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, desencadear cuidado integral e modificar a clínica, uma vez que, propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo de princípios como garantia de acessibilidade universal, deslocamento do eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificação da relação

R. Interd. v. 11, n. 3, p. 103-113, jul. ago. set. 2018

trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários e de cidadania (FIGUEIROA et al., 2017; BRASIL, 2014).

A classificação de risco é uma proposta recente no Brasil, datada de 1993, inicialmente foi utilizada como um método de triagem. Contudo, atualmente está vinculada ao conceito e prática de acolhimento (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2012). Dessa forma, a avaliação dos níveis de risco é um atendimento em que se analisa a situação de saúde do usuário e o classifica em cinco níveis de risco traduzidos em cores: vermelho (atendimento imediato), laranja (emergência), amarelo (urgência), verde (prioridade não urgente) e azul (consultas de baixa complexidade), considerando o tempo possível de espera pelo atendimento da equipe de saúde. Essa prática é entendida como uma postura ética e profissional para o atendimento por nível de complexidade e visa diminuir o risco de mortes evitáveis, assim, sua implantação nas portas de entrada do sistema de saúde, configurando-se em um dispositivo essencial para a efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2009; 2014).

O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo técnico assistencial que permite a identificação das prioridades para atendimento segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário, atentando ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, proporcionando, a atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2009; 2010).

Nesse entendimento, destaca-se a importância de estudos que demonstrem como os profissionais de saúde e usuários estão sentindo e significando a implantação do ACR. Contudo, observa-se que pesquisas abordando a temática

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O. em serviços obstétricos ainda são pouco exploradas. Considerando que o ACR na porta de entrada das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico, acredita-se que essa pesquisa preenche lacunas dos estudos realizados. Desta forma, levantam-se as seguintes questões norteadoras: Qual a percepção dos profissionais enfermeiros sobre o ACR? Quais os benefícios e/ou dificuldades existentes para o atendimento no serviço de emergência obstétrica?

Esta investigação teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros de uma maternidade de referência sobre o acolhimento com classificação de risco no contexto da política nacional de humanização.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em uma maternidade pública, localizada no município de Teresina-PI. A instituição é a maior maternidade do Estado do Piauí, sendo referência para gestação de alto risco. O local priorizado para coleta dos dados foi o setor de urgência e emergência, pois é a porta de entrada da instituição, sendo o lugar onde é realizada a classificação de risco.

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2014. A população deste estudo constituiu-se de 100% dos profissionais lotados na classificação de risco, totalizando 7(sete) enfermeiros, com média de idade de 36 anos (com variação de mínima 24 e máxima de 52 anos) e prevalência do sexo feminino (71,4%). O tempo médio de formação foi de 7(sete) anos (com variação mínima 2,0 e máximo de 17,0). O tempo médio de experiência com classificação de risco foi de 11 (onze) meses e de trabalho na instituição foi de 3 (três) anos. Com relação à formação complementar, verificou-se que a

Acolhimento com classificação de risco...

maioria (71,4%) dos profissionais possuía pós-graduação lato sensu e já realizaram capacitação na área de classificação de risco.

Os critérios de inclusão foram: ter no mínimo 6 (seis) meses de experiência no setor e está na escala de atendimento do serviço no período dos meses de fevereiro e março de 2014. Os critérios de exclusão foram estar afastados do serviço por férias ou licença médica.

O instrumento utilizado foi elaborado pelas pesquisadoras e consta de um roteiro semiestruturado, composto por questões abertas. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no próprio serviço, em ambiente privativo, no horário de trabalho, em data previamente agendada. Foram gravadas em formato MP3, tiveram a duração média de 25 minutos, tendo sido transcritas na íntegra posteriormente.

Para análise e organização dos dados, utilizou-se o processo metodológico do Discurso do sujeito coletivo (DSC), que é um discurso síntese, fruto dos fragmentos de discursos individuais reunidos por similaridade de sentidos. Tal discurso, é formulado na primeira pessoa do singular e elaborado pelo pesquisador e analista de discurso (GONDIN; FISCHER, 2009; LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003).

Este método tem como fundamento a teoria da representação social e seus pressupostos sociológicos, e a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado extraindo-se de cada um dos depoimentos as ideias centrais (IC) e expressões chave (ECHs) semelhantes que vão compor um ou vários discursos-síntese que são os discursos do sujeito coletivo (DSC) (GONDIN; FISCHER, 2009). Para esta apresentação optou-se por não mostrar os discursos individuais e as ECHs, e sim os DSC que as contém, representados por DSC 1, DSC 2, DSC 3 e DSC4 para diferenciá-los.

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O.

Com base nas recomendações (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003), a análise seguiu os seguintes passos: 1) leitura de cada depoimento singular; 2) agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema; 3) extração das expressões-chave (ECHs) de cada depoimento; 4) agrupamento das expressões-chaves de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar; 5) extração da ideia central (IC) de cada agrupamento de ECHs; 6) composição dos discursos do sujeito coletivo correspondentes a cada ideia central. Após análise dos dados fez-se o confronto com a literatura, utilizando-se as recomendações do Ministério da Saúde e evidências científicas relacionadas às questões envolvidas nos discursos.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os preceitos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em 2 (duas) vias. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí, sob o parecer Nº 535.160/ 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com base nos resultados encontrados, apresenta-se a seguir os temas e suas respectivas ideias centrais e os discursos do sujeito coletivo, em seguida a análise dos mesmos. Ressalta-se que os discursos representam o coletivo dos enfermeiros entrevistados e, conforme a técnica é apresentada como se fosse uma única pessoa falando. Contudo, compõe-se por fragmentos de relatos dos sete enfermeiros.

Tema 1: Benefícios do Acolhimento e Classificação de Risco.

As manifestações dos sujeitos permitiram identificar duas ideias centrais: 1. Ferramenta de organização e 2. Humanização no atendimento; que estão relacionadas ao entendimento que os enfermeiros possuem acerca dos “benefícios do ACR na maternidade”, dando origem a dois discursos coletivos.

Ideia central: ferramenta de organização

O ACR é uma metodologia utilizada para dar prioridade no atendimento das pacientes que se encontram em maior risco, impossibilitando o agravamento do quadro de saúde, além da segurança de saber que as pacientes que estão aguardando atendimento podem realmente esperar um pouco mais. É importante por conta do andamento do serviço. Por que como aqui se trabalha com urgência e prioridade, que é a paciente gestante, ficava tumultuado. Após a implantação do ACR e com as explicações que são dadas, sobre o parto, procedimentos e prioridades, diminui a ansiedade das gestantes e familiares, reduzindo, assim, a briga por atendimento imediato. (DSC1).

Através do DSC1, evidencia-se que o entendimento sobre o ACR vem ao encontro do que o Ministério da Saúde (MS) preconiza sobre o atendimento nas urgências obstétricas, uma vez que, tem como um dos parâmetros acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco e não por ordem de chegada (BRASIL, 2012), além de corroborar com o componente parto e nascimento da rede cegonha, que propõe a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, como forma de garantia de acesso e humanização do atendimento (BRASIL, 2014).

No discurso dos participantes foi consenso a percepção do ACR como sendo um novo modelo de reorganização, que consiste em atender o usuário que procura o serviço, avaliando suas queixas/necessidades e classificando-o para o atendimento de acordo com o grau de prioridade.

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O.

Expressam que houve mudanças com a implantação do ACR, que esse novo método veio como forma de orientar o atendimento no serviço, proporcionando uma resposta mais rápida aos clientes que estão com problemas de saúde e necessitam de assistência imediata.

Estudos demonstram o ACR como um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal. Fato que auxilia na redução de complicações gestacionais e na taxa de mortalidade por causas diretas, além de diminuir a ansiedade das pacientes e a quantidade de conflitos por atendimento, melhorando, assim, a qualidade da assistência a clientela que procura o serviço (BRASIL, 2012, 2014; FIGUEIROA et al., 2017) .

Em obstetria, o acolhimento apresenta peculiaridades inerentes às necessidades e às demandas relativas ao processo gravídico, como a investigação de queixas comuns no período gestacional, por exemplo, cefaleia, náuseas, vômitos e visão turva, que podem camuflar situações clínicas demandando ação rápida; isso exige preparo das equipes de saúde para escuta qualificada e capacidade de julgamento clínico preciso (BRASIL, 2014).

Todos os entrevistados possuíam o entendimento que é indispensável que o enfermeiro que atua na classificação de risco saiba encaminhar as pacientes corretamente, estabelecendo prioridades no atendimento dos casos graves, reduzindo o risco de complicações, evitando desfechos desfavoráveis devido à demora no atendimento e aumentando a expectativa de vida.

Dessa forma, o ACR atua como uma das medidas de qualificação do cuidado, pois orienta uma análise sucinta e sistematizada que possibilita identificar situações que ameaçam a vida, bem como organizar as diversas demandas das usuárias

Acolhimento com classificação de risco...

e prover respostas mais adequadas a cada caso (NASCIMENTO et al., 2011).

Apesar do entendimento sobre o ACR estar embasado nas orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, a implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco é considerada recente, o que demanda treinamento devido à mudança do funcionamento do serviço. Nesse sentido, o treinamento técnico mostra-se fundamental para adequar a classificação de risco, fazendo com que o enfermeiro siga o fluxograma do MS e possa avaliar as condições clínicas das pacientes, seu nível de consciência, ventilação e circulação, sua dor, seus sinais vitais e seus sintomas, considerando os fatores de risco e possibilitando o atendimento por prioridade clínica.

Ideia central: humanização no atendimento

O acolhimento é o primeiro atendimento que a paciente recebe na chegada ao serviço. Todos os profissionais de saúde devem praticá-lo, com empatia e resolutividade. Eu recebo a paciente, tendo uma escuta ativa e tentando identificar o problema apresentado por ela, buscando dar uma resposta à queixa apresentada, para que ela não fique perdida dentro do sistema e do serviço. O ACR traz uma assistência mais completa, pois a paciente é vista de uma maneira bem abrangente e ninguém fica sem atendimento, todas são ouvidas e tem o atendimento garantido de acordo com suas prioridades. (DSC2).

Ao analisar o discurso, verifica-se que a proposta de acolhimento é evidenciada na relação do profissional com a cliente, disposto a ouvi-la e orientá-la. Uma vez que, busca-se identificar a queixa apresentada e dar resolutividades a mesma. Contribuindo para abolir a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica. O DSC2 retrata, ainda, que as pacientes não saem do serviço sem antes receberem algum tipo de atendimento. Tal fato ocorre para cumprir o que determina a política do ACR atendendo a todos que procuram o serviço e, devido à falta de um

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O. sistema de contrarreferência que integre o usuário do serviço à rede básica (NASCIMENTO et al., 2011).

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2009, 2014).

Através do discurso dos participantes percebe-se que uma fonte de satisfação dos trabalhadores é o sentido dado para o trabalho que realizam, mais especificamente, na abrangência do atendimento oferecido. Com a escuta ativa e qualificada pode-se identificar as principais queixas dos usuários, buscando-se dar resolutividade ao atendimento, além da redução da ansiedade em relação ao parto e procedimentos que iram ser realizados.

O atendimento humanizado/acolhedor é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais (BRASIL, 2014; FIGUEIROA et al., 2017).

Percebe-se que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções. Desse modo, constitui-se numa ação de inclusão e humanização que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde

Acolhimento com classificação de risco...

(ROSSANEIS et al., 2011; GARLET et al., 2009; BRASIL, 2010).

Tema 2: Dificuldades no Acolhimento e Classificação de Risco

Ao serem questionados sobre fatores limitantes e dificuldades na realização das atividades, as expressões-chave que deram origem aos discursos remetem-se principalmente a resistência dos profissionais e a elevada demanda de atendimento. Assim, conforme os discursos surgiram duas ideias centrais (IC): 1. Resistência de alguns profissionais, e 2. Grande demanda de atendimento, que se remetem a dois discursos coletivos.

Ideia central: resistência de alguns profissionais.

Inicialmente, eu me sentia só no serviço, sobrecarregada e desmotivada para realizar as orientações e classificação, pois não tinha a colaboração da equipe. O pessoal da recepção, por exemplo, queriam organizar os pacientes por ordem de chegada, e eu, toda vez, tinha que ficar explicando, como devia ser feito. Os médicos e acadêmicos de medicina, ainda, não dão a devida importância e tem certa resistência em colaborar, às vezes, eles não respeitam a classificação de risco e não anexam as fichas de classificação ao prontuário da paciente. Isso está melhorando com o tempo, mas ainda sinto falta de uma maior autonomia da enfermagem. (DSC3).

Evidencia-se que no processo de trabalho existem dificuldades na integração e na compreensão em relação ao significado do ACR entre os diferentes funcionários da instituição. Há que se ressaltar como apontado pela maioria dos entrevistados, que muitas vezes a classificação de risco não é valorizada pelos profissionais médicos e que a própria enfermagem senti-se insegura na sua atuação.

Por não se tratar de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O.

sido atendidas pelo médico, a classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que deve se basear em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012; BRASIL, 2009).

Através do discurso, observa-se a necessidade de treinamentos periódicos para a sensibilização da equipe e empoderamento dos profissionais sobre os preceitos do ACR. Ressaltando-se que o trabalho multidisciplinar deve ser valorizado em detrimento daquele em separado de cada profissão.

A análise dos DSC1 e DSC2 mostram que os enfermeiros possuem um conceito bastante homogêneo sobre o ACR, condizente com as propostas de humanização. Contudo, ainda têm sua atuação limitada por fatores socioculturais e institucionais como apontado no DSC3, reconhecendo como barreiras a falta de autonomia da enfermagem, que tem medo de ousar, sentindo-se insegura na sua atuação, e de uma visão em conjunto com a equipe sobre os aspectos de acolhimento e classificação de risco (NASCIMENTO et al., 2011a; ROSSANEIS et al., 2011).

O enfermeiro é o profissional indicado pelo MS para proporcionar a classificação de risco, realidade observada no serviço de saúde em análise; dentre os profissionais que se dedicam à classificação, a maioria receberam treinamento em serviço, contudo, a educação permanente é primordial para garantir a qualidade da assistência ao paciente e aos seus familiares e a segurança da equipe de saúde. Na maternidade, a implantação do acolhimento e classificação de risco é considerada recente, o que demanda treinamento e sensibilização devido à mudança do funcionamento do serviço.

O acolhimento e a classificação de risco se organizam pelo fluxograma do MS, assim o treinamento periódico dos profissionais de enfermagem é fundamental para uma classificação padronizada que obedeça ao protocolo, devido as peculiaridades próprias do atendimento gravídico que demandam raciocínio clínico e ação rápida (FIGUEIROA et al., 2017; MICHILIN et al., 2016) .

O projeto de acolhimento requer que o mesmo não seja um ato isolado, mas sim um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares e comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos. Assim, apesar das propostas de mudanças do modelo de atenção da saúde, que pregam a integralidade e a humanização da assistência, hoje se torna um grande desafio desenvolver uma assistência de qualidade com a falta de recursos humanos sensibilizados para o desenvolvimento dessa prática, dificultando o ACR (BRASIL, 2009; 2014).

Nesse sentido, a estruturação de sistemas de saúde na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS, no que se refere à atenção à urgência em geral ou obstétrica, requer repensar a estruturação do espaço intra-hospitalar com a manutenção e treinamento de recursos humanos, sensibilizando-os para esses princípios (BRASIL, 2014).

Através da análise das dificuldades apontadas pelos relatos destaca-se que o funcionamento do serviço de urgência/emergência obstétrica requer reavaliações constantes, no qual os resultados deverão ser discutidos com a gestão e os trabalhadores para compartilhar as dificuldades e criar estratégias de enfrentamento.

Ideia central: grande demanda de atendimento

A demanda de paciente é desproporcional a quantidade de profissionais. Além disso, dificilmente eu classifico a paciente como vermelho, a maioria é verde, e alguns azuis, são casos que seriam resolvidos em

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O.

maternidades de periferias e na unidade básica de saúde, através do pré-natal. E isso faz com que ocorra um inchaço no serviço, trabalha-se com a maternidade superlotada, sem vaga na casa, e acaba comprometendo a qualidade da assistência as pacientes. Essa seleção deveria ser feita na rede, o próprio SAMU trás para cá gestantes de baixo risco, sem contar as que procuram a maternidade porque acham que o atendimento é mais rápido que na atenção básica. (DSC4).

Estudos realizados com o objetivo de descrever a implantação do ACR em um hospital público de média complexidade constaram que grande parcela dos pacientes que buscam atendimento no setor de urgência poderia ter seu problema resolvido na atenção primária ou ambulatorial (ROSSANEIS et al., 2011; FIGUEIROA et al., 2017). Evidencia-se através do DSC4 que essa realidade assemelha-se à encontrada na maternidade estudada, pois, grande parte dos atendimentos são classificados como de baixa complexidade, situação que superlota o serviço e compromete a assistência dos casos graves que não tem os cuidados disponíveis em outros níveis do sistema.

As principais queixas que motivam a busca pelo atendimento, independentemente da paridade: contração uterina, perda do tampão mucoso ou de conteúdo vaginal, perda de líquido amniótico pela via vaginal, sangramento vaginal e dor no baixo ventre ou suprapúbica; essas são, de maneira geral, situações que poderiam e deveriam ser atendidas na atenção básica. Destaca-se que a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, estabelece que a Atenção Básica à Saúde é responsável pelo atendimento às urgências, como componente pré-hospitalar fixo (BRASIL, 2011).

Muitas destas queixas são comuns no período gestacional, e as mulheres, ao serem atendidas nas unidades de saúde em que são acompanhadas no pré-natal, poderiam ser examinadas para identificação dos casos com indicação precisa de encaminhamento para o serviço de referência, diminuindo a sobrecarga

deste e fortalecendo a rede de atenção (BRASIL, 2011; MICHILIN et al., 2016).

Contudo, os usuários não podem ser considerados como “inadequados” para instituição e encaminhados sem a garantia de que serão atendidos em outro serviço, uma vez que, a missão do ACR é ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência, garantindo atendimento resolutivo e humanizado àqueles que se encontram em sofrimento de qualquer natureza (GARLET et al., 2009; ROSSANEIS et al., 2011).

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva é um dos fatores que acaba levado à procura ao atendimento nas emergências, não somente gestantes em situações de urgência, como também àquelas em condições de saúde não graves, que juntas no mesmo ambiente, dificultam a visualização e o estabelecimento de prioridades no atendimento (BRASIL, 2014; MICHILIN et al., 2016; FIGUEIROA et al., 2017).

Dessa forma, cabe ao profissional do ACR, embasado em dados clínicos, em informações objetivas, subjetivas e experiência, avaliar o grau das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2009). A cliente que se encontra com algum agravo, quando procura o serviço de emergência, quer encontrar profissionais que lhe atendam rapidamente, e espera desses, resolutividade ao seu problema, independente de quão grave lhe pareça os sintomas. Por isso, torna-se necessário uma revisão e reestruturação da rede de atenção à saúde, caso contrário, os serviços de emergência continuarão servindo como porta de entrada pelos

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O. usuários que não tem suas necessidades atendidas na atenção primária e ambulatorial (NASCIMENTO et al., 2011a).

Estudo realizado na cidade de Botucatu-SP corrobora com o DSC4, pois evidenciou-se que os encaminhamentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ao hospital de referência foram excessivos. Duas hipóteses explicativas para este fato podem ser levantadas: a primeira é relativa à possível insegurança do médico regulador e demais profissionais do SAMU 192 no que se refere ao atendimento obstétrico, motivando encaminhamentos desnecessários; a segunda está relacionada à inexistência de efetiva rede de atenção na área obstétrica, resultando em fragilidade nas articulações entre os serviços e revelando diferentes modos de operar o trabalho nos vários níveis de complexidade (MICHILIN et al., 2016).

Destaca-se que os participantes expressam que a ausência de contra-refêrencia entre o serviço e as unidades básicas de saúde (UBS), além da inexistência de contato prévio por parte das UBS sobre os pacientes orientados a procurar o serviço torna-se um dos motivos da superlotação da maternidade e espera por atendimento. Nota-se a necessidade do estabelecimento de vínculo permanente do usuário ao serviço.

A inadequada ou inexistente referência e contrarreferência, o desconhecimento da população da oferta de serviços de saúde ou a utilização inadequada dos mesmos faz com que o ACR se torne ineficiente em alguns aspectos, já que o atendimento prestado aos usuários classificados como menos graves se torna superficial, e a assistência de casos graves é prejudicada (NASCIMENTO et al., 2011a). Dessa forma, observa-se que a falta de uma adequada implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências obstétricas, também é um dos fatores associado à

Acolhimento com classificação de risco...

superlotação do serviço. Fazendo com que, as verbas tornem-se insuficientes, o gerenciamento de recursos seja precário, além de levar a inexistência de leitos de retaguarda (GARLET et al., 2009; ROSSANEIS et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2011a; BRASIL, 2014; MICHILIN et al., 2016; FIGUEIROA et al., 2017).

Apresenta-se como uma agravante a redução do número de leitos, uma medida nacional posta em prática, desde 2010, que levou a uma diminuição de quase 42 mil leitos no SUS em todo o País nos últimos anos. A redução da oferta de leitos e a falta de profissionais e materiais, associadas a maior demanda, intensificam situações como: 1) peregrinação das parturientes pelas maternidades; 2) internações de gestantes de alto risco em maca, cadeira ou no chão; e 3) transferências de gestação de alto risco devido à ausência de recurso material ou recursos humanos (profissional competente) para assistir ao parto/nascimento (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014; FIGUEIROA et al., 2017).

CONCLUSÃO

Os dados empíricos obtidos nos discursos demonstraram que a implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco na instituição ocorreu de modo efetivo, porém, a execução enfrenta dificuldades relatadas pelos enfermeiros o que limita o processo de manutenção da classificação de risco.

Evidenciose como benefícios do acolhimento com classificação de risco, a organização e humanização do atendimento. As dificuldades destacadas dizem respeito à resistência dos profissionais e elevada demanda de atendimento.

Acredita-se que a emergente demanda de usuários vem afirmar a necessidade de estratégias de ampliação das diretrizes de ACR proposta pela

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O. Política de Humanização e Rede Cegonha. Dessa forma, sugere-se a implantação de treinamentos e sensibilização de todos os profissionais do setor de urgência, assim como, a implementação efetiva da regulação de leitos obstétricos e neonatais, e a consolidação de uma rede integrada de atendimento com referência e contrarreferência.

Pontua-se como limitação, o fato do estudo não ter envolvido outros profissionais que também integram a equipe de ACR, assim como pacientes e familiares, apesar de evidente a importância da enfermagem na equipe e a sua colaboração enquanto agente de mudanças. O trabalho multidisciplinar deve ser valorizado em detrimento daquele em separado de cada profissão. Todavia, a sua contribuição reside na possibilidade de impulsionar o monitoramento dos fluxos de atendimento em serviços com acolhimento e classificação de risco que podem evidenciar estratégias metodológicas válidas a serem aplicadas em outras unidades de saúde e os resultados servir como subsídios para melhoria dos serviços de classificação de risco oferecidos à população.

Portanto, sugere-se novos estudos voltados para a percepção dos demais profissionais da equipe de saúde, bem como a satisfação das gestantes e familiares sobre esta ferramenta, pois, estudos em serviços de emergência obstétricos ainda são pouco explorados.

REFERÊNCIA

ASSUNÇÃO, M.F; SOARES, R.C; SERRANO, I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. *Serv Soc Rev* [Internet]. v.16, n.2, p. 5-35, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/14401/15183> DOI: 10.5433/1679-4842.2014v16n2p5. [Acesso em: 05 fev. 2016].

BRASIL., Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459/GM, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede R. Interd. v. 11, n. 3, p. 103-113, jul. ago. set. 2018

Cegonha. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html [Acesso em: 05 fev. 2014].

BRASIL., Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília; 2012. ISBN 978-85-334-1767-0.

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

BRASIL., Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. 5. reimpressão. Brasília; 2010. ISBN 85-334-1268-1.

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; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. **Diário Oficial da União**, 8 jul 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/07/2011&jornal=1&pagina=69&totalArquivos=208> [Acesso em: 05 fev. 2014].

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 423/ 2012. Normatiza a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. **Diário Oficial da União**, nº 70, 11 abril. 2012. seção 1, p. 195. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html. [Acesso em: 15 mai. 2014].

FIGUEIROA, M.N. et al. Acolhimento e classificação de risco em emergência obstétrica. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022041>. [Acesso em: 22 mar. 2018].

GARLET, E.R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto - enferm**, v.18, n. 2, p. 266-72, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>. [Acesso em: 15 mai. 2014].

Silva, L.R.; Rocha, M.E.M.O.
GONDIN, S.M.G; FISCHER, T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Revista do Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 09-26, 2009.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A.M. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa** (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

MICHILIN, N.S. et al. Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service. **Rev Bras Enferm** [Internet]., v. 69, n.4, p. 625-30, 2016. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690408i>.

NASCIMENTO, E.R.P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Rev Eletr Enf** [Internet]. v.13, n. 4, p: 597-603, 2011. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>.

NASCIMENTO, E.R.P. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v. 19, n. 1, p. 84-8, 2011a.

NONNENMACHER, C.L; WEILLER, T.H; OLIVEIRA, S.G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Rev Eletr Enf** [Internet]. v. 14, n. 3, p. 541-9, 2012. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a10.htm>.

ROSSANEIS, M.A. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Rev Eletr Enf** [Internet]. v. 13, n. 4, p. 648-56, 2011. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>. [Acesso em: 15 mai. 2014].

Submissão: 10/08/2017

Aprovação: 26/04/2018