



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE

SHEILA DO SOCORRO FERNANDES DA ROCHA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO:
proposta de readequação do instrumento de registro

BELÉM-PARÁ
2018

SHEILA DO SOCORRO FERNANDES DA ROCHA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO:
proposta de readequação do instrumento de registro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gestão e Saúde na Amazônia - Mestrado Profissional Gestão e Serviços em Saúde da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Saúde, sob orientação da Prof.^a Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy.
Linha de Pesquisa: Gestão e Planejamento em Saúde.

Volume I

BELÉM-PARÁ
2018

SHEILA DO SOCORRO FERNANDES DA ROCHA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO: proposta de readequação do instrumento de registro.


Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM GESTÃO E SAÚDE.

Aprovada em 03 de abril de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Programa de Pós-Graduação Gestão e Saúde na Amazônia - Mestrado Profissional Gestão e Serviços em Saúde. Área de Concentração: Saúde e Ciências Biológicas, Linha de Pesquisa: Gestão e Planejamento em Saúde.

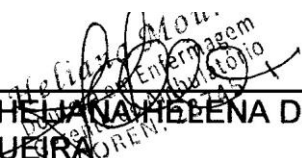
Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima
Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional
Gestão e Serviços em Saúde/FSCMP

Banca Examinadora:



Dr.^a **MARIA ELIZABETE DE CASTRO RASSY.**

Orientadora



Dr.^a **HELIANA HELENA DE M. NUNES**
NOGUEIRA

Examinadora



Dr.^a **LAURA MARIA VIDAL**

Examinadora



Msc **ANTÔNIO DE PADUA SERRA DA SILVEIRA**

Examinador

À Deus

[...] por me ter dado a chance de transformar emoções em ações, aprimorar competências e habilidades;

A minha mãe Helena Rocha (in memoriam) e meu pai Dorivaldo Gatti

[...] por todo amor, dedicação, educação e ensinamentos;

A minha família

[...] minha fortaleza, pelo amor, parceria, apoio e paciência para o alcance deste objetivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força interior, luz que me guia e conduz, razão de todas as bênçãos de minha vida;

Ao meu esposo Paulo Sena, principal razão de prosseguir com meus objetivos em vez de viver em minhas limitações. Seu apoio foi essencial para que eu não ficasse no conforto de meus hábitos;

Aos meus filhos: Paulo Júnior e Paulo Ricardo, razão do meu viver, pela compreensão das ausências;

Aos amigos e apoiadores, pela disponibilidade e colaboração, incentivo e intervenções;

A minha orientadora Dr^a Elizabete Rassy, que de forma singular compartilha conhecimentos e sabedoria, fomentando ao ensino e pesquisa.

ROCHA, Sheila do Socorro Fernandes da. **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO**: proposta de readequação do instrumento de registro. 2018. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão e Serviços de Saúde) - Diretoria de Ensino e Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém (PA), 2018.

Área de Concentração: Saúde e Ciências Biológicas.

Linha de Pesquisa: Gestão e Planejamento em Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Maria Elizabete de Castro Rassy.

RESUMO

Estudo qualitativo, do tipo descritivo exploratório, de natureza aplicada, desenvolvido com 16 enfermeiros do setor de urgência e emergência obstétrica de um hospital de referência do Estado do Pará, realizado de maio a junho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada. Objetivou descrever a visão dos enfermeiros da triagem obstétrica que atuam no acolhimento da usuária, quanto à aplicabilidade do instrumento de coleta de dados da classificação de risco, em uso na Instituição e identificar as sugestões e propostas dos mesmos para readequação do referido instrumento, com apresentação de proposta. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em pesquisa. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram organizados em três categorias: conhecimentos sobre o Acolhimento com Classificação de Risco; dificuldades e limites frente ao instrumento de registro do Acolhimento com Classificação de Risco e contribuições e propostas para readequação do instrumento de registro do Acolhimento com Classificação de Risco. Os achados apontam que os saberes dos enfermeiros sobre a temática estão atrelados as vivências, práticas e qualificação profissional. Revelaram-se aspectos dificultadores quanto a aplicabilidade do instrumento, como incerteza para o que registrar; repetição de dados e incompletude nos fluxogramas e discriminadores ante a realidade assistencial; não compatibilidade dos discriminadores e os níveis de prioridade diante do perfil de atendimento e a superlotação do setor; refletindo na demora da realização do processo de classificar e evidenciou-se comprometimento no atendimento. Potencializando uma ação resolutiva elaborou-se, em conformidade com as contribuições dos enfermeiros, proposta de readequação do instrumento de registro do Acolhimento e Classificação de Risco para favorecer à praticidade e otimização na execução dos registros e do serviço de classificação de risco, a fim de qualificação da assistência aos usuários.

Descritores: Enfermagem, Triagem, Acolhimento, Classificação, Registro de enfermagem

ROCHA, Sheila do Socorro Fernandes da. **RECEPTIVITY WITH OBSTETRIC RISK CLASSIFICATION**: proposal to readjust the registration instrument. 2018. 130p. Dissertation (Professional Master in Management and Health Services) - Direction of Teaching and Research of the Santa Casa de Misericórdia Foundation of Pará, Belém (PA), 2018.

Area of Concentration: Health and Biological Sciences.

Research Line: Health Planning and Management.

Advisor: Prof.^a. Dr^a. Maria Elizabete de Castro Rassy.

ABSTRACT

A qualitative exploratory and descriptive study of an applied nature developed with 16 nurses from the urgency and emergency sector of a referral hospital in the State of Pará, conducted in May, June 2017, through a semistructured interview. The purpose of this study was to describe the nurses' vision of obstetric screening that act on the user's, as to the applicability of the data collection instrument of the risk classification, in the general version and to identify suggestions and proposals for the re-adaptation of said instrument, with presentation of proposal. The search project was approved by the Research Ethics Committee. The data were submitted to Bardin content analysis. The results were organized in 3 categories: knowledge about the reception with risk classification; difficulties and limits for the registration instrument of the reception with the risk classification and contributions and proposals for the readjustment of the registration instrument of reception with the risk classification. The findings indicate that the nurses' knowledge about the theme is linked to experiences, practices and professional qualification. Difficulties have been revealed regarding the applicability of the instrument, as uncertainty for which register; repetition of data and incompleteness in flowcharts and discriminators before the reality of care; isn't compatible with the discriminators and the levels of priority in front of the service profile and an overcrowding of the sector; reflecting in the delay of the accomplishment of the classification process and evidenced the commitment in the service. In accordance with the contributions of the nurses, proposal was made for the readjustment of the registration instrument of the reception and classification of risk to favor the practicality and optimization in the execution of the records and to perform the risk classification service, in order to a qualification of assistance to users.

Descriptors: Nursing; Obstetric Urgency; Risk rating, Record nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Hospital Centenário Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP).....38

FIGURA 2 - Nova unidade Materno-Infantil “Dr. Almir Gabriel”, anexo a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), inaugurada em 2013.....39

GRÁFICO 1 - Distribuição dos profissionais enfermeiros da triagem obstétrica da FSCMP, segundo a faixa etária, Belém/Pará (2017)48

GRÁFICO 2 - Distribuição dos profissionais enfermeiros da triagem obstétrica da FSCMP, segundo o sexo, Belém/Pará (2017)49

GRÁFICO 3 - Distribuição dos profissionais enfermeiros da triagem obstétrica da FSCMP, segundo o tempo de atuação no setor, Belém/Pará (2017)50

GRÁFICO 4: Distribuição das categorias e subcategorias obtidas a partir das verbalizações dos entrevistados, com base na análise de conteúdo de Bardin.....51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ATS	Australasian Triage Scale
CEP	Comitê Ético de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CR	Classificação de Risco
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
DTAS	Diretoria Técnica Assistencial
ESI	Emergency Severity Index
FSCMP	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
PACR	Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMI	Programa Materno Infantil
PNH	Política Nacional de Humanização
PE	Prontuário Eletrônico
PPP	Pré - parto, Parto e Puerpério
RC	Rede Cegonha
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SHE	Serviços Hospitalares de Emergência
STM	Sistema de Triagem de Manchester
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
URs	Unidades de registro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de compromisso de utilização de dados
TO	Triagem Obstétrica

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	13
1.2 JUSTIFICATIVA	15
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo Geral	18
1.3.2 Objetivos Específicos	18
2. REFERÊNCIAS CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS	19
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL	19
2.2 HUMANIZAÇÃO NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRICIA	24
2.3 O REGISTRO DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	33
3. MÉTODOS	37
3.1 TIPO DE PESQUISA	37
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	37
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	41
3.5 COLETA DE DADOS /PROCEDIMENTOS.....	41
3.6 ANÁLISE DE DADOS	42
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS	44
3.8.1 Riscos	44
3.8.2 Benefícios	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1 PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	46

4.2 PARTE II: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.	50
4.2.1 Categoria I: Conhecimento sobre ACCR	52
4.2.2 Categoria II: Dificuldades e limites frente a aplicabilidade do instrumento de registro do ACCR.....	56
4.2.3 Categoria III: contribuições e propostas para readequação do instrumento de registro do ACCR	68
5. READEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO DE REGISTRO DO ACCR DA FSCMP..	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	89
APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (TCLE)	90
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÕES DE ÁUDIOS.....	93
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	94
APÊNDICE D TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)	96
APÊNDICE E - QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)	97
APÊNDICE F - QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011).....	124

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A reprodução da vida é um dos momentos singulares da humanidade, tornando essa fase da mulher de extrema significância para si e seus familiares, pelas mudanças que pode causar nas relações existentes, no modo de viver e na transformação de hábitos. Envolvendo durante o seu processo ações de todos que buscam o seu êxito.

Muitos são os esforços governamentais para garantir a gestante e seu concepto, o direito a uma assistência à saúde de modo Universal, equânime, íntegra e, por conseguinte, assegurar as recomendações estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A criação de estratégias e diretrizes exemplifica a ruptura de paradigmas em tal processo. Entretanto o aumento da demanda a procura de ações e serviços de saúde que promovam a redução da morbimortalidade materno-infantil, bem como a reduzida disponibilidade estrutural na área terciária da assistência, especificamente no núcleo obstétrico - neonatal, resulta em superlotação dos serviços e dificuldade no acesso. Fato complicador no desenvolvimento e prática da humanização e resolubilidade no atendimento às gestantes e recém-nascidos, indicando baixo desempenho do sistema de saúde.

Nesse contexto é que o Governo Federal propõe a reorganização e a normatização do atendimento nos Serviços Hospitalares de Urgência em todo território nacional, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências e da Política Nacional de Humanização, contemplando estratégias para o Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2009).

Em 2011 a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha (RC) tendo como objetivo fornecer qualidade de atendimento às mulheres e crianças. No seu artigo 1º, descreve a Rede Cegonha (RC) como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2014). A RC adota algumas estratégias para melhoria do processo de trabalho obstétrico e neonatal e tem como diretriz o Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) nas entradas dos serviços de urgência obstétrica (BRASIL, 2014).

Essas políticas visam ampliar o acesso, reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento, diminuir o risco de mortes evitáveis, a extinção das triagens por profissional não qualificado e a priorização de acordo com critérios clínicos em vez da ordem de chegada (BRASIL, 2009). Configura-se como ação potencialmente decisiva na reorganização dos serviços de saúde em rede por propiciar assistência resolutiva e humanizada àqueles em situações de risco (SOUZA et al., 2013).

O objetivo da classificação de risco é oferecer subsídios essenciais para melhorar a qualidade da assistência e do fluxo de pacientes que procuram as unidades de urgência/emergência, e garantir a organização e clareza das áreas físicas nestas unidades, que devem ser divididas por eixos e áreas. Assim, quando o paciente chega ao setor de emergência é acolhido pelo enfermeiro que faz a escuta qualificada para classificar com cores conforme critérios de risco (BRASIL, 2009). Segundo Souza et al. (2011), para o enfermeiro que atua na Classificação de Risco (CR) é importante a habilidade da escuta qualificada, avaliação e registro completo da queixa principal, saber trabalhar em equipe, ter raciocínio crítico e agilidade para tomada de decisões, e ainda o conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial para o melhor encaminhamento do usuário.

As ações propostas para esse profissional atuar são de grande relevância na qualificação do serviço, sendo um dos dispositivos fundamentais o uso de um instrumento sistematizado, que contextualize as informações de modo preciso e direto, conduzindo de modo técnico as ações para uma boa classificação de risco e melhora da resolubilidade assistencial.

Entretanto a utilização dessa ferramenta pode não estar sendo eficientemente praticada nas urgências obstétricas, por complexidade nos dados e pouco entendimento dos profissionais quanto seu uso, bem como sobre o processo de classificação de risco como um todo. Além disso, poucos são os estudos direcionados a análise do instrumento de coleta de dados, para saber se este é um fator determinante na adequada CR, bem como se seu uso está apropriado ao serviço assistencial e se há clareza de entendimento por parte do profissional atuante quanto a sua prática, existindo mais ênfase ao exercício da CR como um todo.

Havendo o propósito de ampliar as discussões acerca do uso de tecnologias leves no processo do cuidado, em específico a ficha para CR, por entender que este é fator auxiliar na tomada de condutas no atendimento das urgências obstétricas,

supomos estar contribuindo para a qualidade do serviço prestado no setor e na efetivação da política pública humanizada da assistência.

Este estudo teve como objeto: o instrumento do Acolhimento com Classificação de Risco na visão dos enfermeiros da triagem obstétrica.

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Na gestão da saúde o grande desafio na construção e efetivação do SUS como política pública, é promover no cotidiano da assistência ao usuário os princípios da universalidade, equidade e integridade, de modo a realizar uma assistência à saúde com responsabilidade e resolubilidade. Fazendo parte desse processo gestor, está a classificação de risco.

A classificação de risco nas urgências e emergências, em especial na obstetrícia, é um instrumento reorganizador do processo de trabalho, na tentativa de qualificar e tornar eficaz o resultado planejado de promoção à saúde da gestante. Onde através de dados subjetivos, biológicos e sociais verifica-se o risco patológico da usuária para que se possa orientar, priorizar e decidir quanto aos encaminhamentos necessários para a resolução do problema da mesma.

Frente à necessidade de se organizar a fila de espera nos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE), utilizando outra ordem de atendimento que não seja a ordem de chegada, o HumanizaSUS adotou o sistema Classificação e Avaliação de Risco que, somado à diretriz do acolhimento, tem como objetivos principais garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; fornecer informações ao usuário e ao familiar sobre o tempo provável de espera. Além disso, o sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR) objetiva, também, minimizar a desfragmentação do processo assistencial ao proporcionar pactuações, entre redes internas e externas de atendimento a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuário (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Há vinte anos exerço a profissão de enfermeira e há treze sendo enfermeira obstétrica integrante da equipe de servidores de uma Triagem Obstétrica (T.O), vivencio na prática a frequência de atendimentos realizados diariamente no setor e, observo o quanto é imprescindível para a promoção à saúde e resolubilidade na assistência, a aplicabilidade da Classificação de Risco (CR) durante o acolhimento da usuária no setor, em virtude principalmente da elevada demanda a procura do serviço.

O quantitativo elevado da demanda ocasiona superlotação no setor, tempo de espera elevado para atendimento, déficit de resolubilidade e autonomia de enfermagem em casos que fogem ao perfil de atendimento do serviço, por falta de suporte na rede de atendimento e/ou efetivo fluxo com os serviços externos a Instituição.

No contexto hospitalar, em especial nos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE), a elevada demanda de pacientes que procuram por atendimento, compromete diretamente a qualidade dos serviços prestados porque as abordagens dos profissionais se tornam focadas segundo a ordem de chegada do cliente e não de acordo com o seu grau de necessidade. Fatos como esse, revelam a necessidade de aprofundar questões que emergem a respeito do acesso pelos usuários a esses serviços (BRASIL, 2009).

No que concerne à Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), cenário desse estudo, apresentou no ano de 2017 a demanda de 41.597 (3.466/mês) atendimentos na Triagem Obstétrica (T.O.). Nesse processo, o instrumento de coleta de dados do acolhimento com classificação de risco contribuiu para subsidiar o enfermeiro quanto às decisões gerenciais referentes à necessidade de recursos humanos, planejamento da assistência e organização dos serviços a fim de suprir a demanda de atendimentos do setor.

Durante a aplicabilidade do instrumento, os dados serão coletados, organizados e registrados, a fim de possibilitar o planejamento das necessidades de cada usuária, pois o registro da enfermagem é uma ferramenta que documenta efetivamente as ações assistenciais da equipe, valorizando de modo legal sua existência. Entretanto, na T.O da FSCMP observo fragilidades no registro dos dados que subsidiam a classificação de risco, principalmente quando o atendimento requer rapidez na assistência, por iminência dos casos, prejudicando a qualidade das informações.

Diante do exposto acima, a escolha do objeto de estudo para a pesquisa do mestrado, baseou-se nessas inquietações estabelecidas ao longo do exercício profissional na T.O, e principalmente no setor de classificação de risco, o que motivou a contribuir para melhorar essa atividade de suma importância na assistência à saúde da usuária, realizando reflexões sobre a temática a ser investigada e conseqüentemente a possíveis inovações para a prática na T.O, ao perceber que os enfermeiros da T.O poderiam desconhecer ou pouco reter conhecimento sobre a classificação de risco, bem como dos aspectos legais que o instrumento de registro

de dados da CR tem para si e para Instituição. Percebe-se a oportunidade em investigar o conhecimento dos mesmos a respeito do assunto em questão, bem como de causar uma provocação do repensar dessa ação importante, necessária e obrigatória ao cumprimento da Política Nacional de Humanização.

1.2 JUSTIFICATIVA

A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária (VERSA et al., 2014). Nesse sentido, o acolhimento que significa a humanização do atendimento, é a ferramenta que pressupõe garantir o acesso de todas as pessoas a uma atenção inicial. Diz respeito, ainda, à escuta dos problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Ou seja, é o acolhimento que garante, como objetivo final do trabalho de saúde, a resolubilidade efetiva do problema do usuário (OLIVEIRA et al., 2016).

Os serviços de saúde, especialmente os serviços de emergência dos hospitais públicos e privados do nosso país, funcionam como porta de entrada para pessoas que buscam atendimento para diferentes tipos de problemas de saúde. Adicionalmente, considerando o aumento da demanda que busca atendimento desses serviços, e ainda, buscando reorganizar e agilizar o atendimento de acordo com as reais necessidades dos pacientes, foi criado o Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco (PACR) que é de responsabilidade do enfermeiro (BRASIL, 2009).

Contudo, para eficácia da aplicação desta ferramenta é necessário que o enfermeiro possua domínio de todos os componentes que o cercam e, por este motivo, torna-se imperativo conhecer e aprofundar o conhecimento quanto à aplicação do PACR (CAMARA et al., 2015).

Esta pesquisa tem justificativa no fato de que o setor da triagem obstétrica é dinâmico e, por vezes, com alta rotatividade, o que requer uma assistência rápida e resolutiva, com técnicas eficazes e precisas. Fator que determina que o instrumento de levantamento de dados seja coerente com as características do setor, respeitando a quantidade de informações solicitadas e o tempo hábil para sua aplicação.

Segundo Padilha; Haddad e Matsuda (2014), os registros de enfermagem são fontes de documentação das ações e atividades exercidas pela equipe, tornando-se uma forma de garantir e comprovar a prestação do cuidado e a qualidade. Eles ainda fornecem informações específicas para a continuidade do cuidado, além de subsidiar a elaboração de um plano assistencial efetivo e individualizado. Legalmente, são considerados como documentos para embasar questões jurídicas, educacionais e de pesquisa, além de servirem como uma forma de comunicação entre a equipe, fornecendo subsídios para as condutas.

De acordo com Pereira (2014), o ato de registrar as ações realizadas pela equipe indica a qualidade da assistência que está sendo prestada e comprova a boa prática profissional, além do cumprimento ético-legal exigido pela profissão de enfermagem. A Resolução n° 429/12 do Conselho Federal de Enfermagem dispõe quanto à obrigatoriedade do registro das ações profissionais no prontuário do usuário. Bem como a Resolução n° 423/12, prioriza ao enfermeiro a prática da classificação de risco e orienta a necessidade do adequado registro de enfermagem nessa ação.

Verificando o instrumento de classificação em uso observe algumas fragilidades que podem estar contribuindo para a inadequada classificação da usuária, ou a demora de sua execução, a citar:

- Campo para abordagem inicial não especificando claramente o que deve ser registrado, havendo menção específica em documentar aferição de pressão arterial, pulso, temperatura, nível de dor e existência de alergia medicamentosa;

- Campos de classificação com vinte fluxogramas gerais em que cada um apresenta discriminadores em quantidades variadas, com características, sinais e sintomas que justificam a classificação de risco. Fato que dificulta a localização precisa e agilidade no processo;

- Dificuldade em localizar de modo mais ágil alguns sinais e sintomas que justifiquem a classificação;

- Campos com mesmos sinais e sintomas, levando a dúvida interpretação;

- Presença de diagnósticos clínicos em vez de sinais e sintomas;

- Ausência de determinadas situações nos fluxogramas e discriminadores de classificação que são perfil de atendimento do setor, como exemplo: violência sexual seguida de gravidez;

- O instrumento não contempla um registro detalhado, as informações são fragmentadas e não está totalmente apropriado ao serviço assistencial predominante na Instituição.

Observando a realização dessa ação pelos enfermeiros da T.O da FSCMP e sendo conhecedora do cenário real, a autora da pesquisa em questão observou fatores que poderiam ser relevantes nas situações de descontinuidade e desconformidade da assistência prestada, pois a escolha de inclusão da usuária em determinada categoria classificatória, por vezes, não é determinada por fatores pré-estabelecidos em decorrência de seu dado clínico, e sim por uma interpretação pessoal do profissional que correlaciona o estado de saúde da usuária com um eixo de classificação, conforme seu entendimento. O que compromete a uniformidade, a generalidade e confiabilidade da classificação. Com base na problemática exposta e a partir do interesse pelo assunto, seguido da busca de pesquisa e estudos relacionados ao tema, formulou-se como questões norteadoras do estudo:

- Os enfermeiros que atuam na triagem obstétrica estão enfrentando dificuldade para preencher o instrumento utilizado no acolhimento com classificação de risco?
- Qual a contribuição dos enfermeiros para readequar o instrumento de coleta de dados aplicado no acolhimento com classificação de risco?

Neste contexto, a visão da equipe atuante no serviço de acolhimento da triagem obstétrica de uma maternidade de alta complexidade, que operacionaliza a classificação de risco, é importante para se verificar a aplicabilidade dessa atividade no setor, a fim de pontuar as fragilidades existentes e a possibilidade de implementações, com propostas de modificações consistentes e melhoras na readequação do instrumento para classificação de risco das usuárias, com vistas aos maiores agravos observados no curso do atendimento, com propósito de priorizar e qualificar a assistência, de modo resolutivo e de acordo com as normas vigentes. Como fornecerá subsídios para qualificar o ACCR da Instituição e fomentará as discussões acadêmicas sobre a temática.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

✓ Descrever a visão dos enfermeiros da triagem obstétrica que atuam no acolhimento da usuária, quanto à aplicabilidade do instrumento de coleta de dados da classificação de risco, em uso na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

1.3.2 Objetivos Específicos

✓ Identificar as sugestões e propostas dos enfermeiros do Acolhimento com Classificação de Risco da Triagem Obstétrica para readequação do instrumento de coleta de dados da classificação de risco em uso na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará;

✓ Apresentar proposta de readequação do instrumento do acolhimento com classificação de risco, pautado nas contribuições dos enfermeiros do setor de triagem da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

2. REFERÊNCIAS CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde, sendo especialmente voltadas, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (TEIXEIRA et al., 2014). Entende-se que a gravidez constitui um período marcado por grandes transformações, em que a mulher e seu companheiro assumem responsabilidades pela vida de um novo ser que vai chegar (MARQUES et al., 2014). Neste sentido, Cassiano et al. (2014) afirmaram que o acompanhamento da evolução dos indicadores de saúde materno-infantil é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de eventuais avanços ou retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal seja marcada pela humanização e qualidade da assistência prestada, porém isso exige que os profissionais de saúde envolvidos com a atenção obstétrica adotem condutas baseadas no acolhimento, facilitando o acesso das gestantes a serviços de saúde, com ações prioritárias que perpassem todos os níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária (BRASIL, 2011). Nesse sentido, Silva et al. (2014) ressaltam que a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante desde o atendimento ambulatorial até o nível hospitalar no momento do parto constituem o cenário de políticas públicas de saúde materno-infantil.

As políticas públicas de saúde destinadas ao atendimento das necessidades e dos direitos da mulher e da criança são definidas seguindo desde princípios meramente reprodutivos, voltados apenas para a concepção e anticoncepção, até aqueles mais amplos, voltados para garantir uma melhor qualidade de vida da mãe e do bebê (SARDINHA, 2014). Para Cassiano et al. (2014), mulheres e crianças representam, quase sempre, a parcela mais vulnerável da sociedade diante de condições adversas de vida.

Durante muitos anos, no Brasil, o modelo econômico adotado promoveu uma significativa concentração de renda, com reflexos bastante negativos sobre os indicadores de saúde materno-infantil. Embora as condições atuais sejam mais adequadas, tenham sido registradas melhorias na qualidade da atenção ao binômio

mãe-filho nos últimos anos, Almeida e Szwarcwald (2012) acreditam que o acesso igualitário para uma adequada assistência à gestação e ao parto ainda se mostra insuficiente. A institucionalização da proteção de saúde materno-infantil no Brasil ocorre com a reforma sanitária de Carlos Chagas, na década de 20, desenvolvendo-se em períodos subsequentes por força dos dispositivos legais e programáticos (ARAÚJO et al., 2014).

Os programas de saúde materno-infantil foram amplamente utilizados nos serviços de Saúde Pública, na década de 70, até meados da década de 1980, como resposta do governo a alguns problemas sanitários selecionados como prioritários (FARIAS, 2015). Apesar dos vários programas, dois delinearam os contornos da assistência à mulher: Programa Materno-Infantil (PMI) implementado no ano de 1975 e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 (BRASIL, 2011).

Tanto a política quanto o programa dizem respeito a uma forma epistemológica e uma forma substantiva, porém as políticas são diretrizes do sistema de saúde, enquanto os programas são modos de operacionalizar essas diretrizes (BRASIL, 2011a). Cada um destes programas foi construído em contextos históricos diferentes: o primeiro, de uma conjuntura política do período de regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura, e o segundo, discutido e implantado no período de transição democrática, fruto de negociação com o movimento de mulheres (ARAÚJO et al., 2014).

Os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira, principalmente o movimento feminista, contribuíram para a construção de novas políticas públicas a partir da década de 1980. Isso resultou na consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000, pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltada à atenção materna infantil (FARIAS, 2016). Estas definições são importantes para a compreensão de algumas características que se verifica nos processos de trabalho organizados para a assistência à mulher nas unidades básicas, nesses momentos históricos.

O primeiro momento foi um período compreendido a partir da Segunda metade da década de 1970 até meados da década de 1980, quando os serviços se organizam fundamentados no Programa Materno-Infantil, enquanto que o segundo momento compreendeu até a criação do SUDS, quando os serviços se organizam

desenvolvendo programas por meio das ações básicas da saúde, combinando-se com atenção médica individual. Concepção que orienta o PAISM é a integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

Meados da década de 1980 observa-se no cenário nacional um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista (SARDINHA, 2014). As mulheres passam a expor suas reivindicações que dizem respeito às temáticas (que também se tornam públicas): direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, descriminalização do aborto, democratização da educação para a saúde, e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico (CEOLIN et al., 2014).

O interesse pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM (ALVES; SCHMIDT; PAVANATTO, 2013).

Segundo Lima et al. (2016), este novo Programa passou a ser prioridade do Ministério da Saúde por ter amplo respaldo no movimento de mulheres e por representar, no conjunto das suas concepções, um substancial avanço em relação à proposta anterior (Programa Materno-Infantil). O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 2011).

A partir de 1984, começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais documentos técnicos que iriam nortear as chamadas "ações básicas de assistência integral à saúde da mulher", englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e puerpério. Posteriormente foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade (BRASIL, 2011).

Nesse período, várias experiências alternativas foram feitas em saúde: capacitação de profissionais, novas práticas educativas em saúde da mulher, bem como formas alternativas de atendimento (MARQUES et al., 2015). Um dos maiores desafios do Brasil para atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio é a sua alta taxa de mortalidade perinatal, em particular nas regiões mais pobres. A organização da rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido é premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças (BRASIL, 2014).

Na busca pela melhoria da assistência materno infantil, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o programa Rede Cegonha. A Rede Cegonha é uma importante estratégia do Governo Federal, uma vez que objetiva a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduza, dessa forma, os índices de mortalidade maternos infantis (MARQUES et al., 2015).

Uma atenção de qualidade durante o pré-natal reflete numa redução da mortalidade neonatal e materna. A mortalidade neonatal, especialmente a neonatal precoce, é aquela que acontece entre o primeiro e o sétimo dia de nascimento (MELO et al., 2011). Enquanto a morte materna é considerada a que ocorre durante a gravidez, em um período de 42 dias após o término da gestação e, até um ano após o parto, sendo considerada morte materna tardia (PESSOA JÚNIOR et al., 2011). Nesses períodos, deve ser garantida a integralidade das ações, devendo os profissionais de saúde levar em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais, e culturais das mulheres, da sua família e do casal que espera a chegada do filho (BRASIL, 2011).

O pré-natal não se resume apenas a uma consulta ou solicitação de exames, é algo superior, pois envolve o ato de acolher e de reconhecer as necessidades de saúde, cultura e estabelecimento de vínculos. Essa assistência se desenvolve em um processo dialógico que visa à promoção da saúde feminina. É um momento onde os vínculos se tornam mais firmes, dando margem para a interação entre quem cuida e quem é cuidado (DUARTE; ALMEIDA, 2014). Nesse contexto, a assistência de enfermagem proporciona um efetivo contato entre enfermeiro e gestante, possibilitando a esse profissional identificar sinais e sintomas que determinam as condições de saúde da grávida, como também detectar outros aspectos essenciais

que favorecem uma gestação saudável, sem riscos para mãe e concepto (COSTA et al., 2014).

Apesar de ser perceptível a contribuição efetiva do enfermeiro para o bom andamento da assistência pré-natal, ainda há entraves que impossibilitam uma assistência de qualidade. Dentre eles destacam-se: a infraestrutura das unidades de saúde insuficientes, a falta constante de materiais e instrumentos necessários ao atendimento, o acúmulo de funções administrativas e assistenciais desenvolvidas pela enfermeira e carência de recursos humanos. Soma-se a esses, a falta de preparo técnico daqueles que assistem a gestante, bem como o desconhecimento acerca de questões éticas e legais que envolvem a assistência à mulher durante a gravidez, resultando em omissão de cuidado (VERAS; MORAIS, 2011).

Nesse contexto, a assistência de enfermagem proporciona um efetivo contato entre enfermeiro e gestante, possibilitando a esse profissional identificar sinais e sintomas que determinam as condições de saúde da grávida, como também detectar outros aspectos essenciais que favorecem uma gestação saudável, sem riscos para mãe e concepto (BRASIL, 2012).

A atenção obstétrica e neonatal deve ser respaldada por características como a qualidade e a humanização. Com isso, é dever dos gestores, serviços e profissionais de saúde, acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade, respeitando-os como sujeitos de direitos. Salienta-se que no contexto da atenção básica, as consultas de pré-natal de baixo risco podem ser realizadas pelo enfermeiro. Essa atribuição é respaldada por um roteiro pré-definido pelo Ministério da Saúde e pela Lei 7498/86 que trata do exercício profissional da enfermagem (COFEN, 2013).

Nesse entendimento, o enfermeiro nas suas atribuições de acompanhar a gestação deve realizar: ações educativas tanto para as gestantes como para suas famílias; consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; visita domiciliar se necessário; coleta de material para exame citopatológico. E ainda, solicitar exames de rotina; orientar quanto ao tratamento, conforme protocolo do serviço; encaminhar gestantes de alto risco para o médico; favorecer a dialógica mediante a formação de grupos de gestantes, de sala de espera e manter o cartão da gestante devidamente preenchido e atualizado a cada consulta (ARAUJO et al., 2014; BRASIL, 2012).

É imprescindível que seja feito o registro de todas as informações possíveis no prontuário e cartão da gestante, inclusive, os diagnósticos de enfermagem, prescrições e os resultados alcançados. Dessa forma foi assegurada a comunicação

entre os profissionais que compõem a equipe de saúde, com vistas a uma assistência de qualidade, respaldada nos princípios basilares do SUS. Cabe ainda ao enfermeiro contribuir para que os anseios e medos da gestante sejam minimizados, considerando a cultura, os hábitos e o modo de viver de cada mulher (CEOLIN et al., 2014).

2.2 HUMANIZAÇÃO NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRICIA

O SUS já concretizou vários avanços e conquistas, mas ainda existem lacunas quanto ao seu acesso de modo a cumprir suas diretrizes, principalmente pela existente fragilidade de regulação dos serviços e pouca disponibilidade de efetivos estabelecimentos de saúde funcionantes (ARAUJO et al., 2014).

Embora o acesso e a disponibilidade de profissionais para a assistência tenham se ampliado, ainda se observam muitas lacunas na qualidade da prestação de serviços, principalmente no sentido da garantia da integralidade e da singularização do cuidado conforme as necessidades da população brasileira. Observa-se no cotidiano dos serviços a fragmentação das ações e sua organização incipiente para operarem na lógica das linhas de cuidado (BRASIL, 2014, p. 6).

O acolhimento é uma estratégia da Política Nacional de Humanização, que preconiza o atendimento de todos com o olhar integral, com atenção especial à escuta, a resolução e condução de cada caso.

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 construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2009, p. 18).

Segundo a Política Nacional de Humanização “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações” (BRASIL, 2006).

Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2006).

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde (CAVALCANTE et al., 2013).

Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2014).

Em 2002 entrou em vigor a Portaria do Ministério de Saúde nº 2.048, com o intuito de organizar e normatizar os serviços de urgência e emergência nos Estados, Distrito Federal e Municípios (RODRIGUES et al., 2015). Segundo Espírito Santo et al. (2016), a portaria propõe uma série de mudanças, tanto estruturais quanto operacionais, no que diz respeito ao atendimento às urgências e emergências em todo o território nacional.

A Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências de triagem classificatória de risco. De acordo com esta Portaria, este processo deve ser realizado por profissional da saúde, de nível superior, mediante capacitação específica (OLIVEIRA et al., 2013). Para tanto há indicação de utilização de protocolos pré-estabelecidos, para avaliar o grau de urgência das queixas dos usuários (SCHOLZE, 2013). Assim deve-se considerar a ordem de prioridade das áreas verde, amarela e vermelha para o atendimento dos usuários (BRASIL, 2002).

A classificação de risco qualifica a triagem, permitindo que os profissionais identifiquem às demandas de atenção à saúde prioritária, e dê preferência para atendimento dos casos mais graves (ESPIRITO SANTO et al., 2016).

Os desafios enfrentados para consolidação da classificação de risco efetiva no serviço de Urgência e Emergência são muitos e de acordo com Cavalcante et al. (2013), esse fato está amplamente relacionado à grande demanda e a fragilidade da infraestrutura da unidade. Além disso, na opinião de Oliveira et al. (2013), o número reduzido de profissionais e o déficit de orientações destinadas aos usuários também são fatores agravantes dessa realidade.

Certamente, uma das possíveis soluções seria o fortalecimento do diálogo entre usuários e profissionais e promoção de ações educativas em saúde visando à compreensão, a colaboração e o protagonismo dos usuários na Instituição de saúde

(ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). Outra possibilidade de qualificar a assistência é a disponibilidade de um enfermeiro para prestar o atendimento na sala de triagem e conseqüentemente realizar a classificação de risco (BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015).

Além de permitir melhor organização da assistência, Luchtemberg e Pires (2016) afirmam que a portaria permite articular o serviço, definir fluxos e referências resolutivas, a portaria tornou-se elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Destaca-se, ainda, a regionalização com referência pactuada e hierarquia resolutiva como a opção mais oportuna para operacionalizar a proposta de "acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva, estabilização e referência adequada, de responsabilidade de todos os níveis da rede assistencial" (RODRIGUES et al., 2015).

De acordo com Bellucci Júnior e Matsuda (2012) sobre essa nova proposta, o processo de acolhimento com classificação de risco é uma alternativa viável que possibilita a vivência desta primeira atenção preconizada. Sendo assim, o acolhimento pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades que os usuários utilizam para satisfazerem as necessidades de saúde. Porém, quando o acolhimento é ignorado, não há produção de responsabilização com o usuário, pois o acolhimento propõe principalmente reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado (TOMBERG et al., 2013).

O acolhimento é um processo contínuo e não apenas uma etapa do atendimento que ocorre nas portas dos serviços de saúde, de forma que este atendimento deve envolver todos os trabalhadores da saúde nas diferentes áreas de atuação, pois a hospitalização representa, para muitos, um momento de fragilidade e de medo (MAESTRI et al., 2012). Na opinião de Pinheiro (2015), a crise na saúde reflete-se no atendimento oferecido à população, cujos traços mais evidentes são a impessoalidade e o descompromisso dos trabalhadores da saúde. É necessário alterar essa forma de trabalhar e produzir ações para minimizar o sofrimento do usuário.

Com o aumento da demanda pelos serviços de urgência, foram criados os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco (PACR) cujo objetivo é reorganizar e agilizar o atendimento de acordo com as reais necessidades de cada usuário (SOUZA; SILVA, 2013). Nesse sentido, o papel do enfermeiro se destaca, em virtude de este estar na linha de frente como responsável pela aplicação do protocolo

e respectiva classificação para posterior atendimento dos pacientes de acordo com a prioridade indicada (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Para Versa et al. (2014), os objetivos da triagem ou da classificação de risco são:

- I. Identificar rapidamente os pacientes em situação de risco de morte;
- II. Determinar a área mais adequada para tratar o doente que se apresenta ao serviço de emergência;
- III. Reduzir o congestionamento nas áreas de tratamento do serviço de emergência, para melhoria do fluxo de pacientes;
- IV. Garantir a reavaliação periódica dos pacientes;
- V. Informar aos pacientes e famílias o tipo de serviço de que necessita e o tempo estimado de espera.
- VI. Assegurar as prioridades em função do nível de classificação;
- VII. Contribuir com informações que ajude a definir a complexidade do serviço, casuística, eficiência, carga de trabalho, consumo de recursos e satisfação do usuário;
- VIII. Priorizar apenas o acesso ao atendimento e não fazer diagnóstico.

São vários os sistemas para classificação de risco em uso no mundo. Entre os sistemas de triagem mais utilizados, destacam-se quatro:

a) Emergency Severity Index (ESI)

É um sistema de triagem utilizado nos Estados Unidos desde 1999. A prioridade é definida com base em um único fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a adequada assistência. Não há determinação quanto ao tempo para atendimento. Cada Instituição determina a sua norma interna. Apresenta cinco níveis de prioridade:

- a) Nível 1: emergente: avaliação médica imediata;
- b) Nível 2: urgente: recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento;
- c) Nível 3: os sintomas relacionam-se à doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida;
- d) Nível 4: pacientes com queixas crônicas, sem ameaça à função de órgãos vitais;
- e) Nível 5: os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos.

A previsão dos recursos é utilizada apenas para pacientes menos graves; sendo assim, os que necessitam de dois, um ou zero recursos são classificados como 3, 4 e 5, respectivamente.

b) Australasian Triage Scale (ATS)

Na Austrália, em meados dos anos 70, desenvolveu-se uma escala de cinco prioridades baseada em tempo-alvo e cor. Nos anos 1990, foi modificada e adotada como parte da política de triagem pelo *Australasian College for Emergency Medicine-ACEM* e em 2000 passou a se chamar Australasian Triage Scale (ATS).

Compreende cinco categorias de urgência. A cada uma dessas categorias corresponde uma série de descritores clínicos, que vão desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais. Não contém parte específica para crianças. É aplicada por enfermeiros, que utilizam essa lista de descritores clínicos para atribuir uma categoria de urgência, assim descritas:

- a) Categoria 1: imediata ameaça à vida - imediato;
- b) Categoria 2: iminente ameaça à vida - 10 minutos;
- c) Categoria 3: potencial ameaça à vida - 30 minutos;
- d) Categoria 4: pacientes sérios potencialmente -60 minutos;
- e) Categoria 5: pacientes menos urgentes - 120 minutos.

c) Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

Foi editada em 1998 e é baseada no estabelecimento de uma relação entre um grupo de eventos sentinelas, que são definidos pelos diagnósticos da *International Classification of Diseases, 9th revision - CID-9 CM* (posteriormente atualizada pela CID 10 CM), e as condições mais frequentes apresentadas pelos doentes que procuram o serviço de urgência. Foi implantada no Canadá em 1999 e é utilizada amplamente em todo o país. A escala apresenta cinco níveis, que correspondem a uma cor e tempo-alvo, assim descritos:

- a) Nível 1: reanimação - azul: imediato;
- b) Nível 2: emergente - vermelho: 15 minutos;
- c) Nível 3: urgente - amarelo: 30 minutos;
- d) Nível 4: menos urgente ou semiurgente - verde: 60 minutos;
- e) Nível 5: não urgente - branco: 120 minutos.

d) Sistema de Triagem de Manchester (STM)

Foi desenvolvido pelo Manchester Triage Group e começou a ser utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996 e no Brasil em 2008, razão pela qual foi analisado de forma particularizada nesta pesquisa.

Conforme Acosta, Duro e Lima (2012) a triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo o mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade exceder a capacidade.

Assim como nos outros sistemas, o STM possui cinco categorias ou níveis. A cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, como se segue:

- a) Nível 1: emergente, vermelho, imediato;
- b) Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;
- c) Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;
- d) Nível 4: pouco urgente - verde: 120 minutos;
- e) Nível 5: não urgente - azul: 240 minutos.

Os quatro sistemas de triagens possuem algumas características em comum: o objetivo é identificar e separar rapidamente o doente em situação de risco de morte e que precisa ser atendido imediatamente dos que podem esperar com segurança o atendimento médico; possuem cinco categorias de urgências; a numeração das categorias de urgência vai do 1-mais urgente ao 5-menos urgente; a dor é um importante critério para medir a urgência; asseguram a reavaliação periódica dos pacientes; contribuem com informações que ajudam a definir a complexidade do serviço e dos fluxos internos; determinam a área mais adequada para atendimento conforme risco; a triagem é realizada pelo enfermeiro.

Em relação ao STM, apresenta um número de vantagens identificadas para sua utilização, como: é internacionalmente reconhecido, confiável e avaliado profissionalmente; tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde; sustenta o conceito de auditoria individual sobre as triagens realizadas pelos profissionais de triagem; o conceito pode ser expandido para outros serviços de emergência com características diferentes; oferece roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão e disponibiliza um pacote dedicado de treinamento em triagem.

O Ministério da Saúde lançou o Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) em Maternidade como estratégia de mudanças na organização do processo

de trabalho em saúde para garantir o acesso e a integralidade (ESPIRITO SANTO et al., 2016).

Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizados àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza (SOUSA et al., 2013).

O profissional de saúde, o usuário dos serviços de urgência/emergência e a população constroem estratégias coletivas que promovem mudanças nas práticas dos serviços. O acolhimento é uma destas estratégias. Tradicionalmente, o acolhimento no campo da saúde é identificado ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos (MURASSAKI et al., 2016).

É um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (PINTO et al., 2014). Segundo Murassaki et al. (2016), esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento (SOUZA; SILVA, 2013).

O acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas, partindo do pressuposto da eficácia no atendimento. Com o auxílio de protocolos preestabelecidos, orienta o atendimento de acordo com o nível de complexidade, e não por ordem de chegada, exercendo, dessa maneira, "uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos" (BRASIL, 2002).

O procedimento ocorre da seguinte maneira: após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em: VERMELHO, ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência); AMARELO, ou seja, urgência (será atendido com prioridade sobre os

usuários classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação); VERDE, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os usuários classificados como VERMELHO e AMARELO); e AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar poderá ser atendido após todos os usuários classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE. Nenhum usuário poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade de Saúde de referência (BRASIL, 2014a).

Os usuários classificados como VERMELHO devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de usuários classificados como VERMELHO considerados PRIORIDADE I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência com acionamento de sinal sonoro. Os usuários classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30min ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Os usuários classificados como VERDE também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os usuários classificados como VERMELHO ou AMARELO. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Usuários classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente. Usuários classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde. Observação importante: Todos os usuários classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Saúde (BRASIL, 2014a).

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico (BRASIL, 2014). Em síntese, a responsabilização

para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. Nesse sentido, o acolhimento que significa a humanização do atendimento, é a ferramenta que pressupõe garantir o acesso de todas as pessoas a uma atenção inicial (CAMARA et al., 2015).

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso (VERSA et al., 2014). 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, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto (BRILHANTE et al., 2016).

A garantia do acolhimento e a classificação de risco em obstetrícia é uma das diretrizes propostas pela Rede Cegonha (2011) do Ministério da Saúde. A proposta é direcionar a reorganização dos processos de atendimento dos serviços obstétricos e neonatais. O acolhimento corresponde à atenção integral da clientela desde a sua entrada no serviço de saúde até o momento de alta hospitalar (MARQUES et al., 2015).

A classificação de risco em obstetrícia é norteada por um protocolo de atendimento e organização de fluxos, baseado nos sinais e sintomas apresentados por cada gestante e tem como finalidade ordenar a demanda do serviço e identificar a paciente crítica ou mais grave a fim de se possibilitar um atendimento rápido e seguro (BRILHANTE et al., 2016).

O “Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR)”, lançado pelo MS em 2014 visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos, além de auxiliar o profissional de saúde a partir do julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente. Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com

qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2014a).

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde (PINTO et al., 2014).

O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento (VERSA et al., 2014).

O REGISTRO DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Florence Nightingale foi uma enfermeira britânica, famosa pelo tratamento de feridos na guerra da Crimeia. Seu trabalho destacou-se não somente na assistência aos enfermos, como também na organização do ambiente hospitalar e na contribuição no campo da estatística, com a utilização de métodos de representação visual de informações. Considerada a mais importante precursora da enfermagem como profissão, ela utilizava dados coletados da assistência prestada, analisando-os e organizando-os de forma que eram transformados em fontes importantes de informações para a melhoria do atendimento. Além disso, atribuiu significado aos registros de enfermagem, e em 1856, em seu livro *Notas sobre enfermagem*, escreveu que os fatos observados pela enfermeira deviam ser relatados ao médico de forma precisa e correta (MORAIS et al., 2015).

Os registros de enfermagem são caracterizados como anotações de enfermagem, destinados a toda equipe de saúde e são fundamentais para a efetivação do Processo de Enfermagem ou Sistematização da Assistência de

Enfermagem (SAE). Podem ser classificados em: gráficos, sinais gráficos de checagem na prescrição médica e de enfermagem e anotações descritivas, compostas por dados numéricos de ordem biológica - por exemplo controles de enfermagem; e narrativa escrita, que descreve todas as ações de cuidados com o paciente e família (MAZIERO et al., 2013).

A não realização dos registros de enfermagem, ou a realização do registro de forma inadequada, explicita uma assistência descomprometida com o cuidado, além de trazer danos para a Instituição de saúde e dificuldade para constatar a assistência prestada pelo enfermeiro e sua equipe (MAZIERO et al.; 2013 MORAIS et al., 2015).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em atenção a importância aos registros da enfermagem, através da Resolução 429/2012, dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do usuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte tradicional ou eletrônico, bem como a Resolução 0516/2016, que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorre essa assistência, estabelece critérios de atuação do profissional, dentre eles: acolher a mulher e seus familiares e registrar no prontuário da mulher as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa.

Diante deste cenário sobre os registros de enfermagem surge a implementação do Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco nos setores de emergência obstétrica dos hospitais brasileiros que é recente, o que reforça a necessidade de avaliação dessa implementação (OLIVEIRA et al., 2016), porém, segundo Brilhante et al. (2016), quando a triagem é realizada por enfermeiros obstétricas, tem-se elevada satisfação das pacientes, principalmente em relação ao tempo de espera. A Resolução COFEN - 423/2012, garante ao enfermeiro a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência.

No serviço de saúde, a Enfermagem, seja de nível primário, secundário ou terciário deve zelar por um atendimento de qualidade ao paciente, pois uma assistência realizada com acurácia por parte do profissional, resulta em um serviço mais eficiente e de qualidade, modificando os modos de prestar assistência, visando o atendimento humanizado e a promoção de uma assistência integral, de forma que

cada profissional possua uma visão holística do ser humano a ser atendido (SILVA BOHN et al., 2015).

Quando se trata da emergência hospitalar, Zem; Montezeli e Peres (2012) afirmam que as funções do enfermeiro, neste setor, compreendem a escuta da história do paciente, exame físico, execução de tratamento, orientação aos doentes e a coordenação da equipe de enfermagem. Aliando conhecimento científico e capacidade de liderança, agilidade e raciocínio rápido e a necessidade de manter a tranquilidade.

Segundo Guedes; Henriques e Lima (2013), tratando-se do acolhimento como um instrumento de trabalho da enfermagem, devem ser utilizados na emergência como dispositivo tecno-assistencial que permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois se faz necessário uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, de acordo com Souza e Silva (2013) se faz necessário prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso, de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços. Em síntese, acolhimento com Classificação de Risco se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde (SAKAI et al., 2016).

Na opinião de Almeida e Alves (2013), a classificação de risco diferencia-se do tradicional conceito de triagem, tendo em vista que na triagem tradicional pode haver exclusões, já na classificação de risco todos os clientes serão atendidos. Segundo Guedes e Henriques (2013), a sala de triagem classificatória de risco é uma área física obrigatória nas unidades de atendimento de urgência, sendo o seu principal objetivo identificar as prioridades, de modo que ela é fundamental em qualquer serviço de emergência. As emergências que trabalham com a classificação de risco, cujos enfermeiros são responsáveis, utilizam-se de cinco níveis de risco para a classificação dos usuários que buscam atendimento médico, os quais correspondem a priorização no atendimento, sendo cada um dos níveis representado por cores de acordo com o protocolo de Manchester (SILVA e BOLPATO, 2013).

Diante do caso clínico cada cor representa um tempo para o atendimento, sendo vermelho indicado para atendimento imediato, laranja atendimento quase imediato (até 10 minutos de tolerância), o amarelo tempo de espera de até 60 minutos, verde até duas horas e o azul até 4 horas (PINHEIRO, 2015). Pinto et al. (2014) alertam que, o enfermeiro ao receber este paciente na emergência deve avaliar os sinais vitais do

indivíduo (temperatura, pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca) levando em consideração a queixa deste que em muitos casos é a dor. A partir daí deve classificá-lo em uma das categorias e cores citadas.

É seguro afirmar que ao enfermeiro cabe o acolhimento com classificação de risco, baseado em evidências científicas, sendo uma delas o uso do Sistema de Triagem de Manchester, que tem como finalidade a priorização do atendimento dos usuários nos serviços de urgência em emergência e a garantia da política de saúde instituída pelo Ministério da Saúde (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

Os profissionais que atuam no atendimento de urgência e emergência devem receber treinamentos específicos e educação continuada, para garantir uma assistência técnica e científica, como também domínio de suas emoções e conhecimentos de seus limites e de suas possibilidades, para atendimento de vítimas em situação de urgência e emergência (SAKAI et al., 2016). Em emergências, a criança costuma ser a principal vítima, pois necessita de uma atenção especial diante de suas especificidades de saúde, na qual precisam de recursos especializados para seu atendimento emergencial (FRANCO, 2015).

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo é do tipo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa de natureza aplicada. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Ainda esta mesma autora afirma que a pesquisa qualitativa prioriza as informações fornecidas pelos participantes, percebido como a pessoa mais importante no processo de investigação. Considerando a atenção que o pesquisador confere à obtenção dos dados, à captação do ponto de vista do participante, pois os resultados obtidos serão, portanto, uma consequência natural da própria investigação (MINAYO, 2010). A preocupação enquanto pesquisadora neste estudo foi retratar a perspectiva dos participantes.

A pesquisa de natureza aplicada objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos e envolve verdades e interesses locais (SAUAIA, 2015).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), no setor de urgência e emergência obstétrica.

A FSCMP trata-se de uma Instituição pública, credenciada pelo SUS. Segundo dado obtido em seu site foi fundada em fevereiro de 1650, há 368 anos, e o seu fundador é desconhecido. Em 12 de julho de 1667, ganhou do Rei D. Afonso VI de Portugal, o diploma de fundação e declarou seu protetor, concedendo-lhes as mesmas intenções, graças, privilégios e regalias da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa.

Em 26 de abril de 1990, o Governo Estadual do Pará autorizou o poder executivo a construir a FSCMP, através da Lei Complementar 003/90 nos termos do artigo 23 da Constituição do Estado do Pará. Em 1998, a Instituição conquistou o título de Hospital Amigo da Criança concedido pelo Fundo das Nações Unidas para Infância

(UNICEF), em 1999 recebeu o prêmio “Galba de Araújo” do Ministério da Saúde, referente à Humanização do Pré-natal, Parto e Puerpério (PPP). Em 2004 foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC nº 2378 de 26 de outubro, bem como recebeu o prêmio “Fernandes Figueira” de humanização da assistência em unidades de Terapia Intensiva Neonatal, pelo Ministério da Saúde, dentre outros marcos (RELATÓRIO DE GESTÃO DA FSCMP, 2016).

FIGURA 1: Hospital Centenário Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP).



Fonte: <http://www.santacasa.pa.gov.br/noticias/detalhe/?id=279>. Acesso em 22 out. 2015.

É uma Instituição composta por um Complexo Hospitalar de 48.312m² formado pelo Hospital Centenário (Fig.1), Unidade Materno-Infantil “Dr. Almir Gabriel” (Fig.2), Pavilhão da Gerência de Assistência Nutricional, Refeitório, Gerência de Processamento de Roupas e Espaço Acolher. Atende pacientes procedentes dos 144 municípios do Estado, de forma regulada ou espontânea; tendo como missão: “Prestar assistência à saúde da mulher e da criança de forma humanizada e com qualidade,

atuando como hospital geral, de ensino e pesquisa, articulado com as Políticas Públicas” (RELATÓRIO DE GESTÃO DA FSCMP, 2016).

FIGURA 2: Nova unidade Materno-Infantil “Dr. Almir Gabriel”, anexo a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), inaugurada em 2013.



Fonte: <http://www.santacasa.pa.gov.br/noticias/detalhe/?id=279>. Acesso em 22 out. 2015.

Atua diretamente nas áreas: Assistência à saúde (Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde do adulto), com prestação de serviços ambulatoriais e de internação hospitalar com 486 leitos, além do Ensino e Pesquisa (Residência Médica em Pediatria, Neonatologia, Nefrologia Pediátrica, Radiologia e Anestesiologia; Residência Multiprofissional, Mestrado em Gestão e Saúde na Amazônia; Programa de educação Permanente; Pesquisa, entre outros). Atualmente a Instituição é referência estadual na assistência à saúde materna e neonatal de alto risco, no atendimento às vítimas de escarpelamento, às vítimas de violência sexual, atenção ao portador de doença hepática, aborto legal e banco de leite humano.

No que concerne à maternidade dispõe de 165 leitos distribuídos em unidades de cuidados de médio e alto risco, Centro obstétrico, setor de pré – parto, parto e puerpério (PPP) e setor de urgência e emergência obstétrica.

No setor de urgência e emergência obstétrica é realizado o acolhimento com classificação de risco a fim de definir a prioridade de atendimento da usuária. Este funciona nas 24 horas, de forma ininterrupta, de modo não regulado e sim por livre demanda ou referenciada. É estruturado operacionalmente com uma recepção, sala vermelha com 01 leito, sala de observação com 09 leitos, 15 poltronas e 01 posto de enfermagem, sala para realização de procedimento de aspiração manual intrauterina (AMIU) com 5 leitos, 01 sala para parto normal de urgência, uma sala para realização de exame de ultrassonografia, 5 consultórios médicos, 01 consultório para o serviço psicossocial, 3 consultórios para enfermagem, sendo dois desses para o acolhimento de risco, uma sala para coordenação do setor e local para o repouso da equipe.

Conta com uma equipe multiprofissional, com servidores em regime estatutário, contratados e/ou terceirizados, os quais estão relacionados às funções de: gerente, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, serviço psicossocial, agente de portaria, recepção, higienização, auxiliar administrativo entre outros. Todos os enfermeiros do setor realizam o acolhimento de risco, ficando em média um por turno para a prática dessa atividade.

No ano de 2017, segundo dados do Relatório de Gestão do referido ano, foram realizados 10.460 partos (média 872/mês), sendo 5.263 partos normais (50,4%) e 5.197 partos cesáreos (49,6%), dentre outros procedimentos por causas clínicas de intercorrências obstétricas e/ou ginecológica. Como também foram prestados 41.597(3.466/mês) atendimentos.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com 16 (dezesesseis) enfermeiros, distribuídos nos três turnos, que atuam no setor de urgência e emergência obstétrica e realizam o preenchimento do instrumento de classificação de risco durante o acolhimento das usuárias na FSCMP, sendo um deles o coordenador do setor de urgência; que voluntariamente aceitaram participar. Representando 84,20% do total de enfermeiros atuantes no setor.

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

3.4.1 Critérios de inclusão

Enfermeiros que atuam diretamente no setor de T.O. que preenchem o instrumento de classificação de risco durante o acolhimento das usuárias na FSCMP.

3.4.2 Critérios de exclusão

Enfermeiros atuantes no acolhimento com classificação de risco na triagem obstétrica, que se encontrarem de férias ou licenças no período da pesquisa de campo.

3.5 COLETA DE DADOS /PROCEDIMENTOS

A coleta de dados ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa - CEP da FSCMP, sob CAAE número: 66942217.6.0000.5171. E foi desenvolvida no período de maio e junho de 2017, contou com a participação de dezesseis (16) enfermeiros que atuam no ACCR da TO da FSCMP, nos turnos manhã, tarde e noite, selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos e aceitação dos mesmos em participar da pesquisa. Inicialmente foi realizada a apresentação oral sobre o tema, especificando o objetivo da pesquisa e seu propósito.

Posteriormente foram realizadas nos consultórios de enfermagem da TO, as entrevistas semiestruturadas, previamente agendadas, em tempo variáveis, com um mínimo de quinze (15) minutos e o máximo de trinta (30) minutos, sendo aplicado o instrumento de coleta de dados (apêndice C), juntamente com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A) e o termo de autorização de gravação de áudio (apêndice B). As mesmas foram gravadas com prévio autorizo dos participantes e destruídas após transcrição dos dados.

Para as entrevistas semiestruturadas, utilizou-se um instrumento com perguntas abertas e fechadas, que foi composto de duas partes:

A Parte I foi destinada à caracterização dos participantes da pesquisa por meio da obtenção de dados sócios demográficos e profissionais, segundo as variáveis: data de nascimento, sexo, titularidade, tempo de serviço na triagem obstétrica da FSCMP e a Parte II, àqueles pertinentes as observações em relação ao instrumento do

acolhimento com classificação de risco, com o intuito de identificar as possíveis dificuldades dos profissionais com o sistema e seus conhecimentos sobre a temática.

A entrevista semiestruturada mostrou-se adequada a esta pesquisa, servindo como eixo orientador ao desenvolvimento da mesma. Entendemos como entrevista semiestruturada aquela que combina perguntas abertas e fechadas possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sugerido sem que o entrevistador fixe a priori determinadas respostas ou condições, focalizando em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes as circunstâncias momentâneas à entrevista (MANZINI, 2013).

Com base nos resultados e aceite dos participantes na readequação do instrumento do ACCR, procedeu-se com elaboração da readequação do mesmo, considerando-se as sugestões dos participantes e as referências conceituais e contextuais sobre a temática. O instrumento do ACCR readequado, foi apresentado para a coordenação do setor de urgência e emergência e coordenação da maternidade da Instituição, a fim de conhecimento, colaboração e avaliação de deferimento. Com aprovação e ajustes dos referidos gestores, foi encaminhado ao setor da Diretoria Técnica Assistencial/ DTAS, Assessoria de Qualidade para possíveis ajustes em conformidade com os padrões institucionais.

No término dessa tramitação o instrumento foi direcionado a Assessoria de Informática da Instituição, visando ser alterado para documento digital e em condições de aplicabilidade no sistema informatizado vigente no setor da T.O. Procedeu-se a inserção parcial do instrumento readequado nas bases de dados do Sistema Soul MV, no prontuário eletrônico/PE, e está em uso no referido setor desde setembro 2017.

O instrumento de registro do ACCR readequado é uma ferramenta assistencial destinada ao uso do enfermeiro para Classificação de Risco das usuárias que procuram atendimento no setor de urgência e Emergência Obstétrica da FSCMP, e pode ser consultado nas bases de dados do PE, com acesso pela INTRANET da Instituição.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados referentes à 1ª etapa do estudo (parte I) – caracterização dos participantes, que trata do perfil dos participantes deste estudo foi descrito por meio da estatística descritiva no programa *Microsoft Excel* 2013.

Na análise qualitativa das questões abertas que corresponde à 2ª fase do estudo (parte II) foi utilizado o Método de Análise de Conteúdo, Bardin (2011).

Bardin (2011) considera a análise de conteúdo, como um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam à “discursos” extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas vão desde o cálculo de frequências, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos. É uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absorve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito - do não dito - retido por qualquer mensagem.

As entrevistas foram gravadas em formato digital, conforme aspectos éticos, e posteriormente transcritas no *Microsoft Office Word 2016* para análise e categorização, segundo o método de Bardin (2011).

A análise de conteúdo possui três polos cronológicos que são: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento do material. Para o desenvolvimento do corpo de análise utilizou-se os três polos cronológicos propostos por Bardin (2011). O primeiro momento foi a fase de organização dos dados propriamente dita. A pré-análise corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A atividade inicial, chamada de leitura “flutuante”, consistiu em estabelecer contato com os documentos a serem analisados e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Estando o universo demarcado, procedemos a constituição do corpus, que é o conjunto de documentos para ser submetido a procedimentos analíticos, o que implica em atender as principais regras, como a da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

No segundo momento, realizou-se a exploração do material, onde se constituiu de conjuntos diferenciados de informações e significações, através de Unidades de Registro. As unidades de registro foram construídas a partir do critério semântico, ou seja, categorias temáticas dos recortes dos depoimentos, possibilitando a elaboração e construção da categorização (BARDIN, 2011).

No terceiro momento, o tratamento dos resultados, que correspondeu à inferência e à interpretação, foi uma fase de reflexão, da intuição, com embasamento

dos materiais empíricos. Procedeu-se à leitura e releitura de cada grupo, a classificação por temas e a construção das categorias.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo ocorreu após ser submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da FSCMP, sob CAAE número: 66942217.6.0000.5171 (ANEXO A), e todos os procedimentos relativos à produção de dados somente foram iniciados com a autorização da Direção do Hospital e execução dos tramites necessários para autorizar esta pesquisa.

Para atender a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a concordância do entrevistado em participar do estudo foi obtida através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo esclarecimentos sobre: o objetivo do estudo, o papel do pesquisador na instituição, segurança ao anonimato, o caráter sigiloso das informações, o direito de não participação em qualquer momento ou desistência no decorrer do estudo e a garantia de destruição das gravações após transcrições das informações obtidas, pois conforme prevê a Resolução acima, as entrevistas serão utilizadas somente para esta pesquisa e guardadas por 5 (cinco) anos, bem como não serão identificadas os participantes da pesquisa, fato garantido pelo uso de pseudônimos, onde foi adotado a letra “E”, seguida de um número que não corresponde a sequência de sua participação na pesquisa.

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

3.8.1 Riscos

Toda pesquisa que envolve seres humanos, apresenta riscos, nesse sentido, é de fundamental importância deixar claro que a pesquisadora tomou as devidas precauções no decorrer da pesquisa em cumprimento da Resolução nº 466/12 – do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Com a finalidade de resguardar os participantes do risco da perda do anonimato e perda da privacidade, as entrevistas foram realizadas em local reservado e sem a presença de terceiros, e foram utilizadas identificações alfanuméricas para os depoentes, evitando assim, sua exposição.

No caso de o participante ter se sentido constrangido por alguma pergunta da pesquisa, o mesmo poderia não responder, sem prejuízo de sua participação.

Os riscos para o pesquisador, no caso de pouca adesão à pesquisa, foram minimizados com esclarecimentos aos participantes quanto aos objetivos, importância e benefícios do estudo, a fim de maior inclusão no grupo dos participantes.

Os riscos para a Instituição foram minimizados cumprindo as normas vigentes supracitadas, com aplicação do TCLE, TCUD e Termo de autorização de gravação de áudio; a fim de resguardá-la nos casos de acusações indevidas.

3.8.2 Benefícios

Os benefícios que foram oriundos desse estudo, sem dúvida, refletirão nas usuárias atendidas no setor de triagem da FSCMP, pois a partir da adequação do instrumento de acolhimento de classificação de risco, a equipe de enfermagem poderá corrigir fragilidades e proporcionar a melhoria contínua dos processos de trabalho no hospital para estas usuárias. Estes benefícios se estendem tanto para os profissionais de enfermagem que atuam no setor de T.O., como para as usuárias do setor, que terão o tempo reduzido de espera para o atendimento, o que possibilitará para estas um atendimento mais eficiente e resolutivo.

Além disso, acredita-se que a pesquisa ofereceu subsídios para qualificar o profissional, valorizando seus conhecimentos inerentes ao setor, pois favoreceu novas bases de reflexões e motivações, visando inovar as práticas assistenciais, inclusive com propósito também, de integração da equipe multiprofissional e fortalecimento da relação usuária e profissionais de saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta etapa propôs analisar e discutir os principais resultados apresentados nesta pesquisa na fase empírica do trabalho, considerando os depoimentos dos enfermeiros participantes deste estudo.

Optou-se por iniciá-lo apresentando na parte I uma breve caracterização dos participantes no que se refere a dados sócios-demográficos e profissionais. Em sequência, na parte II, considerando a questão norteadora, os objetivos e o referencial teórico, buscou-se identificar e analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre ACCR, as dificuldades e limitações quanto ao instrumento de registro do ACCR, as contribuições e propostas dos enfermeiros para readequação do instrumento de registros do ACCR e posteriormente apresentação da proposta de readequação do instrumento de registro do ACCR, elaborada com base nas informações dos deponentes.

4.1 PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Essa etapa propõe apresentar breve caracterização dos profissionais enfermeiros que fizeram parte dessa pesquisa, no que se referem aos dados: idade, sexo, titularidade e tempo de serviço na TO; os quais foram apresentados em tabelas e gráficos e analisados por meio de estatística descritiva. Para codificar os participantes da pesquisa optou-se pela identificação utilizando as iniciais de E.

Tomando como referência as informações obtidas durante o processo de coleta de dados, pode-se afirmar que, participaram da pesquisa 16 enfermeiros que atuam com ACCR na TO. Referente a faixa etária de maior relevância entre os participantes, corresponde entre 46 a 55 anos (6; 37,50%). No que se diz respeito ao sexo é notável que 15 (93,75%) dos participantes são do sexo feminino. Quanto a titularidade, verificou-se que 16 (100%) dos participantes são enfermeiros especialistas em obstetrícia e 8 (50%) deles possuem outras pós-graduações. No tocante ao tempo de trabalho na TO, 12 (75 %) atuam no setor entre 1 e 15 anos de serviço. O tempo médio de serviço é de 10 anos. Na tabela a seguir, apresenta-se as caracterizações dos deponentes.

TABELA 1: Caracterização dos profissionais enfermeiros da triagem obstétrica da FSCMP, 2017.

Entrevistado	Idade	Sexo	Titularidade	Tempo (em anos) de trabalho na triagem obstétrica (TO) da FSCMP
E1	39	Feminino	Enfermagem obstétrica, do trabalho, em centro cirúrgico e central de esterilização.	5 ANOS
E2	48	Feminino	Enfermagem obstétrica e saúde pública	4 ANOS
E3	49	Feminino	Enfermagem obstétrica e UTI adulto	8 MESES
E4	46	Feminino	Enfermagem obstétrica	10 ANOS
E5	45	Feminino	Enfermagem obstétrica	17 ANOS
E6	54	Feminino	Enfermagem obstétrica	14 ANOS
E7	41	Feminino	Enfermagem obstétrica e pediátrica	8 ANOS
E8	56	Feminino	Enfermagem obstétrica	14 ANOS
E9	43	Feminino	Enfermagem obstétrica	17 ANOS
E10	-	Feminino	Enfermagem obstétrica	11 ANOS
E11	52	Feminino	Enfermagem obstétrica	9 ANOS
E12	51	Feminino	Enfermagem obstétrica	7 ANOS
E13	58	Feminino	Enfermagem obstétrica e do trabalho	5 ANOS
E14	29	Feminino	Mestre em gestão e saúde Enfermagem obstétrica e ginecológica, preceptoria e na parte de educação superior	4 ANOS
E15	59	Feminino	Enfermagem obstétrica	20 ANOS
E16	45	Masculino	Enfermagem obstétrica	13 ANOS

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Observa-se no gráfico 1 que há maior frequência de profissionais de enfermagem com idade entre 46 e 55 anos, que atuam na triagem obstétrica da FSCMP. A faixa etária predominante está entre 36 a 55 anos, total de 11 participantes dos 16, com idade média de 48 anos, sendo a idade mínima 29 anos e máxima de 59 anos.

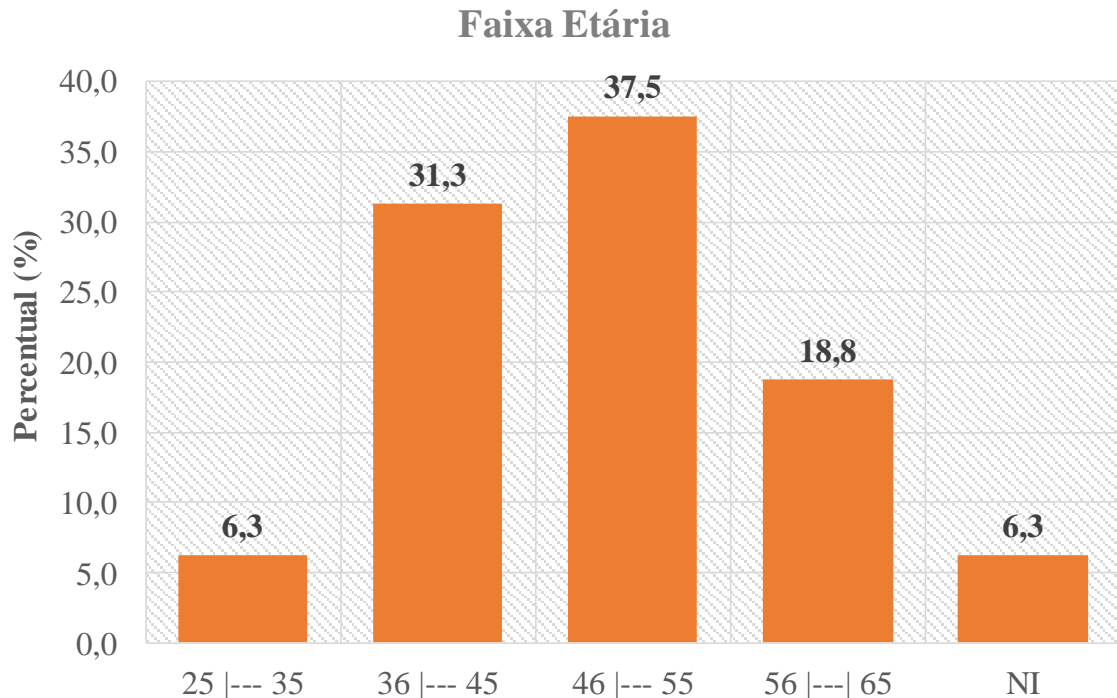
Um perfil de adultos com considerada experiência, dentro de um ambiente especializado. Importante ressaltar a vivência adquirida com o passar dos anos por parte dos profissionais, uma vez que as instituições buscam nos mesmos, conhecimento, habilidade, saúde e disponibilidade para as atividades.

Machado (2016, p. 3) em sua pesquisa sobre as características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico afirma que:

Na fase denominada de “Maturidade profissional”, encontram-se os indivíduos com idade entre 36-50 anos (40,1%). São profissionais em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas de enfermagem. Já preparados e devidamente qualificados, estes se inserem, em definitivo, no mercado de trabalho. Neste momento, as escolhas são guiadas pela lógica racional e feitas com olhar atento as oportunidades de

trabalho. Ele assume a plenitude de sua vida profissional e passa a ter domínio de suas habilidades e destrezas cognitivas. Já, quase sempre, com o diploma de especialista nas mãos e com a certeza quanto a área em que vai se firmar profissionalmente, ele busca se garantir nas melhores oportunidades de trabalho.

GRÁFICO 1: Distribuição dos profissionais enfermeiros da triagem obstétrica da FSCMP, segundo a faixa etária, Belém/Pará (2017).



Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

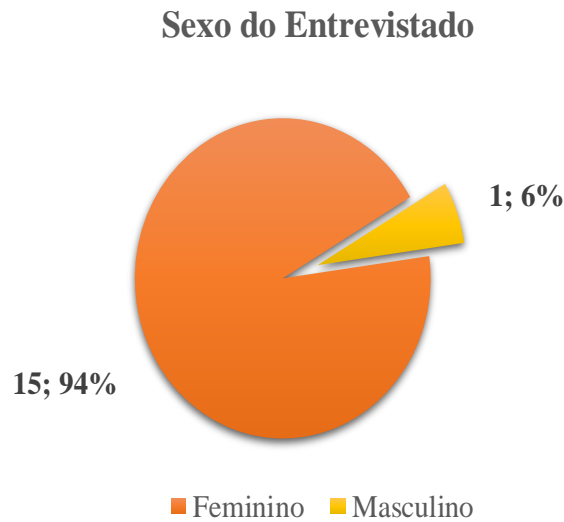
Verifica-se no gráfico 2 que o sexo feminino é predominante entre os profissionais de enfermagem que atuam na triagem obstétrica da FSCMP, correspondendo a 15 (93,75%) dos 16, o que não compromete a qualidade do ACCR, tendo em vista que as ações desenvolvidas independem desse fator para serem praticadas.

Dos Santos (2014), constatou em seus estudos que no acolhimento e classificação de risco 8 (72,7%), eram enfermeiras e 3 (27,3%), eram enfermeiros. Portanto, prevalecendo mais pessoas do sexo feminino. Enfatizou o papel da mulher na história da enfermagem e sua evolução no mercado do trabalho.

O gênero feminino possui relevância na profissão da enfermagem, inclusive este grupo prevalece desde práticas de saúde instintivas. Segundo Ravagnani, 2015, a mulher é a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde da raça humana, o que de acordo com Souza et al., 2014, isto porque a divisão social do

trabalho, na estrutura familiar dos grupos primitivos, contemplou-a como responsável pelo cuidado com crianças, idosos e doentes.

GRÁFICO 2: Distribuição dos profissionais enfermeiros da triagem obstétrica da FSCMP, segundo o sexo, Belém/Pará (2017).



Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

No que se refere a titularidade, verifica-se que 16 (100%) dos participantes são enfermeiros especialistas em obstetrícia e 8 (50%) deles possuem outras pós-graduações. Fato que torna a equipe qualificada e capacitada a exercer a atividade do ACCR de modo técnico, apropriado e com habilidade, em conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde.

A inclusão do assunto ACCR na grade curricular do especialista, possibilita que os enfermeiros recebam informações e conhecimento sobre a temática, favorecendo que este esteja apto a identificar sinais e sintomas que determinem condições de saúde da usuária e possíveis riscos a agravos, para uma melhor assistência de enfermagem.

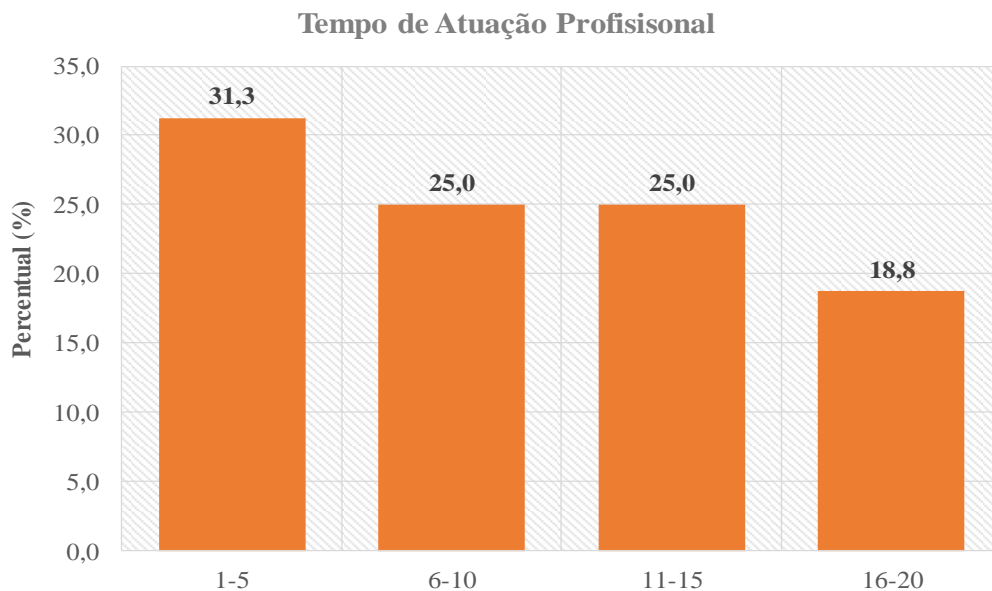
Na opinião de Teodoro (2012), os cuidados oferecidos por enfermeiros especialistas são cruciais e determinantes para a classificação dessa experiência como “boa” ou “má”, e na forma como está vivência será lembrada.

O gráfico 3 mostra que a respeito do tempo de atuação profissional no setor da TO, 12 (75 %) dos participantes atuam no setor entre 1 e 15 anos de serviço. O tempo médio de serviço é de 10 anos, com tempo mínimo de 1 ano e máxima de 20 anos. O que favorece ao bom desenvolvimento das atividades, segurança nas condutas,

propriedade de conhecimento no que refere aos protocolos assistenciais e melhor integração entre a equipe.

Vale destacar a relevância da experiência adquirida ao longo dos anos de profissão, visto que as instituições procuram nos profissionais, fundamentalmente conhecimento, habilidade e expertise para realização das atividades (TEODORO, 2012).

GRÁFICO 3: Distribuição dos profissionais enfermeiros da triagem obstétrica da FSCMP, segundo o tempo de atuação no setor, Belém/Pará (2017).



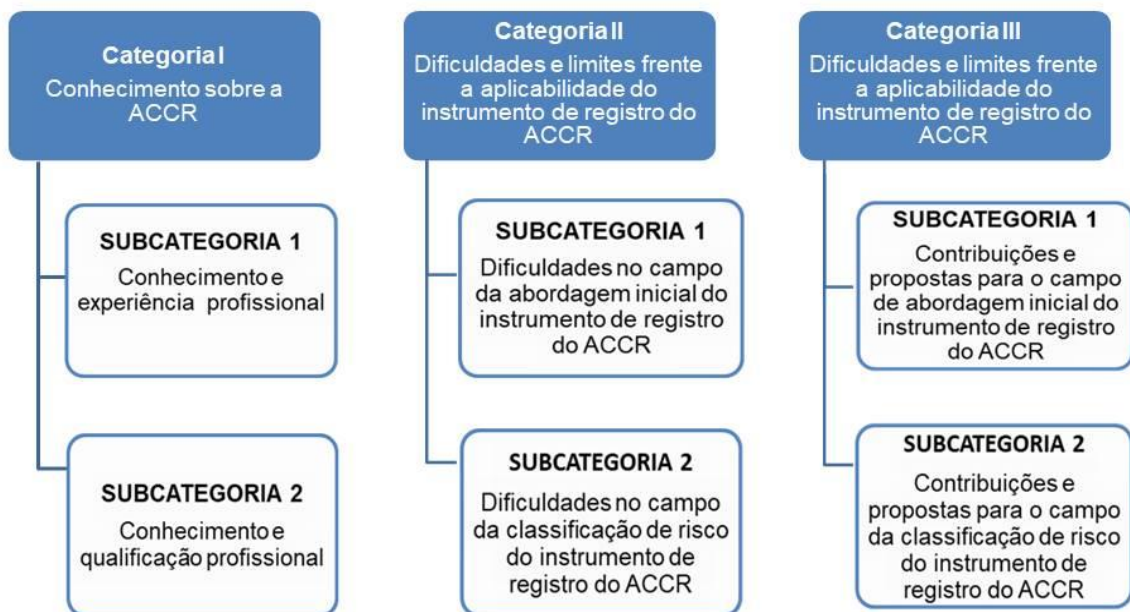
Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

4.2 PARTE II: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

Nesta etapa foram analisados e sistematizados os principais resultados apresentados nesta pesquisa, considerando as respostas dos enfermeiros participantes deste estudo nas questões para avaliação do instrumento de registro do acolhimento com classificação de risco (APÊNDICE C). Da análise dos resultados obtidos das categorias empíricas, procurou-se alcançar o objeto deste estudo, delineando as categorias temáticas, que constituíram o eixo norteador da pesquisa em consonância aos objetivos propostos.

Nesta fase da pesquisa foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin (2011) que permitiu a construção de três categorias analíticas (gráfico 4), que emergiram em função das unidades de registros (URs), a saber: CATEGORIA I: Conhecimento sobre o ACCR, CATEGORIA II: Dificuldades e limites frente a aplicabilidade do instrumento de registro do ACCR e CATEGORIA III: Contribuições e proposta para readequação do instrumento de registro do ACCR. Estas categorias mostram a visão dos enfermeiros da TO quanto o ACCR, sugestões e propostas dos enfermeiros da TO para readequação do instrumento de registro do ACCR da FSCMP

GRÁFICO 4: Distribuição das categorias e subcategorias obtidas a partir das verbalizações dos entrevistados, com base na análise de conteúdo de Bardin.



Fonte: Elaboração própria do pesquisador (2017)

4.2.1 Categoria I: Conhecimento sobre ACCR

O ACCR é uma das diretrizes da Rede Cegonha que regula o fluxo de pacientes nas urgências e emergências obstétricas, objetivando reestruturar o método de acesso ao serviço, melhorar a qualidade e resolubilidade assistencial. Por intermédio do ACCR são estabelecidos os critérios de acessibilidade mais apropriados às necessidades de saúde da usuária, sendo viáveis os encaminhamentos adequados aos riscos detectáveis.

Esta categoria emergiu da necessidade da pesquisadora em analisar e descrever a visão dos enfermeiros sobre o ACCR e de seu instrumento de registro, composto por dois tópicos: abordagem inicial e classificação de risco. Decorrentes das unidades de registros a partir das verbalizações dos participantes para o questionamento “Você conhece a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco?”, observou-se o conhecimento dos enfermeiros sobre a temática e de onde emanava esse domínio.

Verificou-se nos relatos que 16 unidades de registro(URs)/16 enfermeiros já possuíam conhecimento sobre a temática “Acolhimento com Classificação de Risco”, como pode ser constatado nas falas a seguir:

Sim. Através da especialização e na vida profissional. (E2)

Sim. Veio do dia a dia que a gente foi montando, depois a gente fez um curso dado pela Instituição, e aos poucos a gente está adequando de acordo com a vivência. (E 10)

Sim. O Ministério da Saúde fez em 2014 um treinamento [...] em relação ao instrumento, como classificar e o objetivo da classificação. (E 14)

Diante dos depoimentos, observa-se que os enfermeiros apresentavam domínio sobre a temática, dos processos necessários para sua execução, da importância dessa ação e de seu papel como membro da equipe de urgência diante do estado mórbido grave. Uma equipe de saúde capacitada e de conhecimento apropriado qualifica a assistência com condutas adequadas em todas as fases dos procedimentos, contribuindo com decisões acertadas de respaldo científico e a humanização do cuidado.

O Ministério da Saúde (2014) ressalta que o ACCR leva à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento

clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente. Portanto, sendo importante o enfermeiro ser dotado de conhecimentos específicos na área atuante.

Os estudos de Dos Santos (2014), demonstra ser primordial o conhecimento sobre o acolhimento e a classificação, pois nas atividades executadas pelo enfermeiro na triagem/classificação de risco, evidenciou-se a avaliação do usuário e a tomada de decisão, definindo a classificação e priorização do atendimento no serviço de urgência conforme a gravidade.

Considerando a importância de o enfermeiro ter domínio de saberes sobre a CR emergiram duas subcategorias que propõe expor de que forma os participantes do estudo aprimoram seus conhecimentos sobre a temática, a saber: conhecimento e experiência profissional e conhecimento e qualificação profissional.

4.2.1.1 Subcategoria 1: Conhecimento e experiência profissional

A Rede Cegonha é uma iniciativa do MS com finalidade de qualificar a assistência materno infantil, orientando através do seu Manual de Acolhimento com classificação de Risco (2014) critérios necessários para melhor organização e acessos aos serviços de urgência obstétrica. Dentre eles manifesta a importância da existência de uma equipe integrada e com profissionais conhecedores de todo o processo à ACCR. Acredita-se que a experiência profissional potencializa maior segurança nas condutas e resultados satisfatórios, principalmente nos casos iminentes de morte, onde o tempo de ação interfere diretamente na manutenção da vida.

Verifica-se nas expressões 6URs/16 enfermeiros informaram que o conhecimento adquirido sobre o ACCR advém principalmente de vivências profissionais e experiências cotidianas no trabalho, expressadas da seguinte forma:

Sim, tenho prática, a vivência do dia a dia na triagem. (E 1)

Sim. Foi no meu setor colocado essa classificação. Foi na prática diária do serviço. (E 7)

Sim. Fomos treinados pela prática profissional do dia a dia no atendimento com a gestante. Principalmente com a gestante de alto risco. (E8)

Os participantes do estudo demonstraram através de seus relatos, ser sabedores da temática e sentiam-se confortáveis na prática assistencial. Percebe-se nesses relatos que vivências anteriores garantiam condutas seguras em casos complexos, os quais são perfil do setor. O profissional com conhecimento prático associado ao teórico certamente possui domínio nas ações, beneficiando as usuárias com qualidade nas condutas e resolubilidade nos casos apresentados.

Em seu estudo Dantas (2015) reforça em relação à prática profissional e a dificuldade no exercício da especialidade obstétrica em decorrência da pouca experiência. Refletindo que conhecimento prévio qualifica a assistência e pode ser o diferenciador no acesso profissional. Além disso, as dificuldades podem surgir pela insegurança, falta de prática e destreza ao assumir cuidados e executar procedimentos com os pacientes, administração hospitalar e liderança ao assumir sua função e iniciação de suas atividades como profissional enfermeiro. (DOS SANTOS, 2014)

Para Bolzan (2017) é necessário que o profissional de saúde possua qualificação adequada e habilidades fundamentais como conhecimento, avaliação e senso crítico. Essa última característica se desenvolve com experiência, sensibilidade e uso da observação. A experiência mobiliza os conhecimentos teóricos e práticos das enfermeiras e favorece o aperfeiçoamento de competências nesse processo de trabalho (PRUDÊNCIO et al., 2016).

4.2.1.2 Subcategorias 2: Conhecimento e qualificação profissional

Nesta subcategoria, 7URs/16 dos entrevistados acrescentaram em suas verbalizações a busca de qualificação e conhecimentos sobre o ACCR por outras fontes complementares de informação, indicando que a apropriação e agregação de dados sobre a temática foram adquiridas por interesse próprios, participação em cursos, capacitações, treinamentos e leituras, como observado nas verbalizações a seguir.

Conheço de cursos, oficinas, não oferecidos pela Instituição, mas com vagas para a instituição. (E4)

Sim. Conheço da busca de leituras, principalmente quando a gente se viu na necessidade de participar do acolhimento e classificação de risco. (E5)

Sim. Obtido através de treinamentos pelo Ministério da Saúde, vários treinamentos, até curso. (E 15)

Verifica-se por meio das verbalizações que o aprimoramento profissional é uma característica presente na equipe, principalmente pela necessidade de estar apto ao serviço de urgência e emergência, com propriedade de conhecimento e segurança nas atitudes. Estando em consonância as disposições da Resolução COFEN 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e as concepções da Política Nacional de Humanização do SUS, o qual enfatiza que o enfermeiro deve conter conhecimentos, competências e habilidades que garantam inflexibilidade no técnico-científico ao procedimento que será realizado no contexto do processo de enfermagem.

A integração dos saberes profissionais é um fato necessário na atuação de uma equipe de urgência e emergência. Portanto, cada membro que compõe essa equipe deve estar ciente de sua responsabilidade na busca constante e permanente de conhecimentos acerca de sua área de atuação, em consonância com o perfil assistencial do setor no qual exerce suas funções. Estando, pois, em condições técnicas-científicas para partilhar seus habilidades e experiências, bem como contribuindo na excelência assistencial.

Santos (2014) que ao demonstrar como conheceram o acolhimento e a classificação de risco em que do total de onze enfermeiros, seis (54,5%) afirmaram o conhecimento a partir do serviço/setor/Instituição de trabalho, e os outros foram apresentados às primeiras informações na faculdade e em pesquisa na internet.

Melo (2014, p. 9) sobre este assunto menciona que:

O acolhimento com classificação de risco requer do profissional enfermeiro comprometimento e pensamento crítico, para que, ao realizar a classificação e triagem, não incorra em falhas que possam inviabilizar todo o processo. O enfermeiro, no que se refere ao processo de triagem e classificação, necessita de constante qualificação e uma vasta experiência clínica.

Além disso, verifica-se também, ser comum para 10 URs/16 dos participantes a questão da insatisfação quanto ao não treinamento sobre a temática para todos os enfermeiros que atuam com o ACCR. Fatos observados nos relatos:

Não fui treinada, fui aprendendo no dia a dia da prática. Não houve treinamento. (E 1)

Sem treinamento, não veio da Instituição [...] (E5)

Na realidade eu não recebi o treinamento, foi no meu setor colocado essa classificação e com o tempo nós pegamos os protocolos e estudamos como é feito. (E7)

Nós não tivemos treinamento. (E 13)

Os resultados mostram a necessidade do processo de treinamento institucional em todas as fases de implantação e implementação do ACCR, para que o mesmo se torne viável, efetivo e de compreensão para toda a equipe de saúde e facilite sua aplicabilidade. Sua ausência é um fator limitante para o pleno funcionamento do serviço.

A pesquisa realizada por Monteiro (2012) que objetivou avaliar o efeito do treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência apontou que na opinião dos entrevistados o treinamento favoreceu a melhoria no atendimento e nas práticas assistenciais.

4.2.2. Categoria II: dificuldades e limites frente a aplicabilidade do instrumento de registro do ACCR

O ACCR é de responsabilidade do enfermeiro, conforme preconiza a Resolução COFEN nº 423/2012, o qual deve ser dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Dentre as atividades estabelecidas nessa ação está o registro dos dados adquiridos e das atividades exercidas no decorrer do acolhimento e classificação da usuária. Para tanto, a FSCMP, cenário deste estudo, elaborou instrumento de registro próprio, a fim de contribuir com as transcrições de informações, composto de três campos: Dados do usuário, dados iniciais e classificação de risco. Na análise dos resultados daremos ênfase aos dois últimos campos por serem específico do enfermeiro.

Considerando o questionamento: você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Verificou-se que 16 URs/16 enfermeiros pontuaram apresentar dificuldades na aplicabilidade do referido instrumento, em uma ou mais partes que o compõe. Serão apresentados e discutidos os pontos que sobressaltam por frequência ou relevância para esta categoria, através das subcategorias: dificuldade no campo da

abordagem inicial do instrumento de registro do ACCR, dificuldades no campo de classificação de risco do instrumento de registro do ACCR e qualificação profissional.

4.2.2.1 Subcategoria 1: Dificuldade no Campo da Abordagem Inicial do instrumento do instrumento de registro do ACCR

“O ACCR, como diretriz operacional, deve utilizar da avaliação clínica para estratificar o atendimento, a partir da priorização dos casos mais graves.” BELLUCCI JÚNIOR et al., (2015, p. 86). Para tanto o enfermeiro acolhe a usuária em espaço físico apropriado a fim de realizar a anamnese e exame físico necessários para coleta de dados que subsidiarão suas condutas. Tendo como obrigação documentar as informações que julgar pertinentes e importantes diante dos procedimentos conduzidos e adequados à saúde da usuária, com intuito de respaldo jurídico profissional e institucional.

Na TO esses dados são registrados no campo da abordagem inicial. Se verificou com os enfermeiros quais aspectos desse campo não estavam em conformidade, ou não se adequavam a realidade da prática profissional do setor e as dificuldades encontradas.

Em seus depoimentos 8URs/16 dos enfermeiros manifestaram satisfação por não terem dificuldade quanto aos dados a serem registrados. Vejamos as expressões:

Quanto à abordagem inicial não tenho dificuldade. (E10)

Eu creio que ali no registro não precisa. Eu acho que está adequado a parte de registro. (E11)

Eu acho que não. Eu acho que está adequado e está muito claro. (E15)

Diante dos depoimentos pode-se perceber que, no campo abordagem inicial do instrumento de registro do ACCR, os participantes manifestaram não ter dificuldade quanto quais dados são necessários a serem documentados no prontuário e optaram por manter a formatação existente.

Entretanto, de 2URs/16 enfermeiros sinalizaram incerteza e interesse em alterar a apresentação desse campo por entenderem não estar claro ou, seria positivo já constar os dados a serem registrado nessa fase. Vejamos abaixo alguns depoimentos:

Eu nunca entendi, essa observação [...] o que eu joga na observação é a parte do exame físico da paciente [...]. Tenho dificuldade de esclarecimento, porque só está aqui queixa principal e observação [...]. (E 3)

[...] então a gente fica assim sem norte nesse sentido, com incerteza [...] eu acho importante registrar, constar o que registrar, é interessante. (E 9)

Esse campo abordagem inicial do instrumento de registro do ACCR é composto de dois espaços abertos: queixa principal e observações, destinados para o profissional fazer o registro de dados, tais como: estado geral da usuária, nível de consciência e orientação, motivo de sua vinda ao setor de urgência, identificação de dados obstétricos e morbidades. Sem, contudo, especificar quais itens devam ser documentados, ficando a subjetividade do enfermeiro escolher. Há também locais indicados para registro do nível de dor, processos alérgicos e da aferição dos níveis pressóricos.

Considerando os depoimentos sobre a temática, alguns participantes expressaram que a estrutura atual da abordagem inicial, não apresenta clareza quanto a quais dados são importantes registrar nesses espaços abertos, dificultando, por vezes, a compreensão quanto seu manuseio e permitindo que cada profissional documente o que bem achar conveniente. Tal fato, pode provocar prejuízo jurídico por falta de dados consistentes, objetivos e importantes os quais respaldem licitamente a classificação de risco da usuária. Como manifestado pelo participante E 5: "...essa forma de escrita que vai ficar na subjetividade do profissional que tá atendendo, cada um vai colocar o que ele julga necessário e isso talvez seja um ponto negativo."

Conforme regulamenta a Resolução 358/2009 COFEN:

A coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) é um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

No que se refere aos registros de enfermagem, Nagliate (2013), em seu estudo, ressalta que os mesmos são meios de comunicação contínua entre a equipe de saúde, que subsidia o planejamento e a continuidade da assistência em tempo hábil. Entretanto são passíveis de irregularidades. A fim de se evitar tais falhas sugere maior completabilidade nos dados, os quais devem ser claros e objetivos, para evitarmos riscos à saúde do usuário, bem como os registros devem estar em conformidade para

uso de diversos fins como pesquisa, auditoria, processos jurídicos, planejamento, entre outros.

Ainda com referência aos registros de enfermagem, Silva TG (2016) em sua pesquisa sobre o conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem, enfatizou: “É a partir da coleta de dados que o enfermeiro poderá conhecer o outro, saber das suas reais necessidades e propor medidas que melhorem sua condição”. (Silva TG, 2016, p. 26)

4.2.2.2 Subcategoria: Dificuldades no Campo da Classificação de Risco do instrumento registro do ACCR.

São vários os fatores que potencializam o insucesso do ACCR. Estudos revelam o desconhecimento do protocolo do ACCR por parte da equipe de saúde e às dificuldades de entendimento dos fluxos no ACCR. Enfatizando que a clareza do fluxograma de atendimento é fundamental para a qualidade do gerenciamento e do cuidado nos SHE, segundo BELLUCCI Júnior, José Aparecido et al. (2012).

O campo de classificação de risco do instrumento da FSCMP consta de 20 fluxogramas para diferentes possíveis problemas. Nesses fluxogramas encontram-se discriminadores gerais e específicos, os quais são os sinais e sintomas utilizados para classificar a usuária e estabelecer seu nível de prioridade clínica para o atendimento. Cabe ao enfermeiro responsável pela ação, optar pelo melhor fluxograma que se adeque a sintomatologia e sinais da usuária, detectáveis na anamnese e exame físico.

Para operacionalizar o atendimento a cada fluxograma classificatório é atribuído os cinco níveis de prioridade, identificados pelas cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Sendo pré-estabelecido pelo Ministério da Saúde (2014) o tempo alvo máximo aceitável para o primeiro atendimento médico. A saber: Nível 1: emergente, vermelho, imediato; Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos; Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos; Nível 4: pouco urgente - verde: 120 minutos; Nível 5: não urgente - azul: 240 minutos BRASIL (2014)

Em cada nível consta sinais e sintomas (discriminadores) que elucidam o motivo da escolha pelo referente nível. Em posterior a classificação, o enfermeiro procederá com os encaminhamentos necessários e em conjunto com a equipe de saúde do setor, propiciará a melhor assistência da usuária.

Concernente a este campo os participantes relataram possuir dificuldades na operacionalização. Há unanimidade, 16URS/16 dos enfermeiros, enfatizaram que o campo de classificação não tem clareza em sua apresentação e não consta de dados suficientes, o que dificulta sua aplicabilidade. Vejamos nos relatos:

[...] eu não encontro o que classificar, qual o risco para determinada situação que não consta mesmo no sistema [...] (E 1)

Nós não encontramos no sistema um fator que realmente enquadre a paciente. Falta mesmo no sistema. (E 2)

Muita dificuldade porque ele não é funcional, a palavra é essa, ele não é funcional. Ele te dá à classificação mais de uma forma ainda muito confusa, não muito clara [...] (E5)

De acordo com os relatos dos participantes percebe-se as fragilidades existentes no instrumento, as quais destacaremos, a seguir, as cinco mais relevantes e com maior frequência para subcategoria 2: **insatisfação com a Classificação de risco por estar inadequada ao perfil assistencial da Instituição; Incompletude nos fluxogramas e discriminadores; Repetição de dados; Localização dos discriminadores nos níveis de prioridade e Tempo prolongado para realização da classificação de risco.** Vejamos a seguir:

Insatisfação com a Classificação de risco por estar inadequada ao perfil assistencial da Instituição.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde lançada em 2011 com a perspectiva de melhorar a organização, funcionamento e resolubilidade da rede assistencial na área materno -infantil (PROGIANTI, 2014). A FSCMP é uma das instituições que está pactuada a RC, sendo referência estadual em gestação de alto risco, recebe em suas instalações gestantes procedentes de vários municípios, com os mais diversos casos obstétricos.

Para cumprir o que preconiza a rede e garantir assistência as gestantes com qualidade e segurança nos casos de urgência e emergência, implantou a classificação de risco obstétrico, conforme prevê a Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, a qual efetiva o acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrico e neonatal.

Considerando que a FSCMP é um hospital que procura a excelência no atendimento a gestação de alto risco e vítima de violência, bem como presta assistência aos mais diversos casos ginecológicos, gravidez de risco habitual, dentre outros, verifica-se que 3 URs/16 deponentes manifestaram que o instrumento de registro da classificação de risco não se adequava completamente ao perfil assistencial da Instituição. Vejamos alguns relatos:

[...] vêm as gestantes de baixo risco; vêm às consultas de pré-natal; vem àquela menina que acha que está grávida e quer fazer a ultrassom, o BHCG; vêm as pacientes de ginecologia, que está sendo uma demanda muito grande; enfim, a classificação não atende ao perfil [...]. (E8)

A classificação de risco na triagem, ela não é voltada para obstetrícia, diretamente para urgência obstétrica [...] a gente encontra muita dificuldade [...]. (E 10)

[...] chega situações que nós não temos no risco, que é a nossa realidade. E a gente não tem como classificar[...] Está muito bom o do Ministério da Saúde, mas não está se adequando para nossa realidade. (E 15)

Observa-se através dos depoimentos que os participantes consideram o atual instrumento pouco adequado a complexidade de atendimento realizado no setor de urgência e emergência, dificultando seu preenchimento correto e a própria classificação de risco da usuária.

O ACCR requer apresentar dados em conformidade com o setor ao qual está sendo aplicado. A CR em uso na TO foi elaborada com base no sistema de triagem de Manchester, utilizada nas urgências e emergências de modo geral. O que atende aos requisitos mais amplos para os diversos casos de agravos a saúde materna. Entretanto, não contempla situações específicas e rotineiras da Instituição, sendo propício readequá-la em conformidade a realidade do setor e contemplando situações mais comuns vivenciadas.

Mourão (2017) em seu estudo que apresentou como cenário o setor de urgência e emergência obstétrica da FSCMP, evidenciou a desarticulação da rede de atenção à saúde, impactando na superlotação da maternidade e mudança do perfil de alta complexidade para atendimentos outros passíveis de resolução no pré-natal ou em demais serviços da rede.

Para Fernandes (2015), o instrumento de investigação para coleta de dados a ser usado no acolhimento da usuária, a fim de identificar sua queixa principal e classificá-la, deve ser elaborado com base em protocolos clínicos e considerando seu fluxo de atendimento local.

Incompletude nos fluxogramas e discriminadores

No que se refere a incompletude dos fluxogramas e discriminadores, aos sinais e sintomas ausentes e/ou inconclusivos, inapropriados e inadequados aos principais agravos atendidos no setor e ao perfil assistencial da Instituição, foi pertinente o relato de 16URs/16 participantes. Ocasionalmente, por vezes, classificação duvidosa ao caso apresentado e comprometendo a assistência prestada, como pode ser observado nas falas dos entrevistados:

[...] nos sinais e sintomas da classificação e que eu acho assim muito incompleto. É a dificuldade de encontrar, o que classificar os sinais e sintomas para definir. (E1)

Para algumas queixas da paciente, às vezes a gente não encontra. Para classificar às vezes não encontro sinais e sintomas que eu estou visualizando. (E4)

A paciente está te relatando um sinal e sintoma e tu não consegues achar na classificação. As vezes não tem. (E 6)

Todos os participantes expuseram a dificuldade em localizar sinais e sintomas que correspondesse aos principais casos e agravos atendidos no setor, ressaltando que muitos estavam ausentes. Fator limitante para uma classificação adequada aos casos.

A classificação é um processo dinâmico de identificação de riscos a agravos a saúde, e requer ações ágeis e precisas em seu desenvolvimento. Nesse contexto faz-se necessário uma apresentação de seus dados de modo objetivo, claro e de fácil compreensão e localização durante seu manuseio, bem como em conformidade com a realidade institucional, favorecendo a um atendimento rápido e seguro.

Quando não executada de modo adequada, pode haver sérios prejuízos para a usuária e para o próprio profissional. Fato de grande preocupação da equipe por entenderem que, por vezes, realizam a classificação de modo incorreto por ausência de dados no sistema. Como observado nos relatos:

[...] não encontramos nenhuma, aí a gente tem que encaixar ela em outra mais próxima e isso pode até depois acarretar algum tipo de problema para a gente [...] (E 2)

O paciente chega com uma situação x e você busca essa situação x para classificar e às vezes você não encontra. Quando encontra próximo. E no registro fica a queixa, você descreve a queixa e a classificação às vezes não está de acordo com a queixa e você assina em baixo, e é algo que me deixa preocupada [...] (E 5)

Às vezes a gente não consegue na classificação a gente fica procurando ver qual é aquela classificação. A gente até joga uma lá quase igual, parecida, mas que não é a que realmente deveria ser. (E 8)

Pereira (2014) ressalta que o enfermeiro realiza a CR através da clínica orientada para os sinais e sintomas e não para os diagnósticos, com ênfase ao uso das tecnologias de relações e de subjetividade.

A pesquisa realizada por Melo (2014) abordou o tema ACCR em obstetrícia e a importância da instrumentalização do enfermeiro no atendimento à mulher grávida. A partir de um curso realizado junto aos profissionais, foi ressaltada nas verbalizações a relevância da ACCR na padronização do atendimento. Durante a capacitação os profissionais verbalizaram a compreensão do conteúdo, elencaram algumas dificuldades e o interesse em formar uma comissão para elaboração e implementação de um protocolo específico para a obstetrícia.

Repetição de dados

Nos fluxogramas classificatórios devem constar em seus níveis de prioridade, sinais e sintomas relacionados a sua temática principal, o que propiciará ao profissional maior facilidade de escolha para classificar. Sobre o exposto, 4URs/16 participantes relataram em seus depoimentos a inquietação em relação a presença de repetição de sinais e sintomas em vários eixos, favorecendo incompreensão, dificuldade e dúvidas no momento da classificação. Vejamos as expressões:

Alguns tópicos na classificação estão muito repetitivos. (E3)

[...] tem alguns eixos repetitivos. Acho que isso tem que organizar nos grandes eixos. (E5)

Quando a gente vai ao fluxograma tem alguns sinais e sintomas muitos que estão repetidos, e a gente observa isso [...] (E14)

Em seus relatos os enfermeiros pontuaram a presença da mesma temática em alguns fluxogramas classificatórios, tornando-os repetitivos, bem como repetição de sinais e sintomas em vários níveis de prioridade e, por vezes sem relação com o fluxograma classificatório. Refletindo em comprometimento durante o processo de classificação e insegurança por incerteza na escolha adequada da classificação de

risco para a usuária. Implicando em possíveis erros no processo e conseqüentemente comprometimento na condução da melhor assistência para o caso.

Os setores de urgências possuem peculiaridades próprias e a busca elevada de pacientes com queixas, quadros e sintomatologias distintas caracteriza a dificuldade em traçar um perfil geral dos pacientes. Tal fator e o excesso de demanda também geram estresse nos trabalhadores do setor e é uma motivação à inserção do acolhimento com classificação de risco realizada por enfermeiros.

Entende-se que o campo classificatório para detectar o risco relacionado ao agravo presente no momento da consulta do enfermeiro, deve estar apresentado de forma clara, objetiva e com fluxogramas direcionados a realidade de atendimentos institucional, em conformidade com seu perfil assistencial. Apresentar sinais e sintomas que correspondam ao item destacado no fluxograma principal. Desta forma, o enfermeiro conduzirá a classificação de modo mais precisa e segura.

Nesse sentido, Camara et al. (2015) coloca que o enfermeiro é peça chave no funcionamento eficiente deste dispositivo, pois a classificação de risco é responsabilidade específica do enfermeiro. É ele quem realiza o julgamento clínico e crítico das queixas e, a partir destas informações, determinará o risco para cada caso.

Contudo, para este fim, o enfermeiro deve conhecer todas as etapas do processo de maneira holística e, além disso, ele deve observar a abrangência do ACCR, desmistificando a ideia de que se trata apenas de um local ou parte do atendimento (MOURA et al., 2014).

Localização dos discriminadores nos níveis de prioridade

A preconização do tempo alvo foi estabelecida conforme o Sistema de Triagem de Manchester (STM), modelo adotado pelo Ministério da Saúde e adaptado nas urgências e emergências brasileiras.

Entretanto, 8 URs/16 participantes do estudo manifestaram em seus depoimentos haver em determinados fluxogramas, incoerência entre a localização de alguns discriminadores (sinais e sintomas) nos níveis de prioridade. Vejamos alguns relatos:

[...] assim como tem alguns outros itens que deveriam ser dados uma classificação maior em vez do verde. Por exemplo, eu não concordo que óbito fetal fique no verde. (E 3)

Uma paciente que eu classifico como urgente, mas no meu entender ela se classificaria como muito urgente. No caso eu daria um amarelo para ela, mas ela se classificaria na realidade no laranja [...] o sistema não me dá diretrizes pra eu a colocar na cor que deveria ser a cor específica. Não está adequado. (E 7)

Uma paciente de vítima de violência ela não podia ficar esperando no amarelo, ela tinha que ser imediatamente ser atendida. Não está adequado. (E10)

Seria aí que teria que ter mudanças, nessa classificação que nós encontramos dificuldade para encaixar certo os sintomas, certas coisas que elas estão referindo que não está adequado ao nível de gravidade pelas cores registradas [...] (E11)

A Instituição atende um elevado contingente populacional por ser porta de entrada do atendimento às mulheres no período gravídico e puerperal, bem como por prestar assistência às vítimas de violências e nos mais diversos agravos ginecológicos; fato que pode comprometer sensivelmente o processo de classificação de risco. Pois, a alta demanda de usuários eleva o índice de reclassificação pela demora para o primeiro atendimento médico, e interfere na probabilidade de o enfermeiro classificar em menor tempo possível, a fim de conseguir atender a todos.

O cumprimento do tempo alvo, estabelecido para cada nível de prioridade, também sofre influência devido ao quantitativo de usuários atendidos no setor, especificamente nos níveis de prioridade: 3- urgente, 4- pouco urgente e 5- não urgente.

A superlotação nas maternidades públicas é um fato cada vez mais frequente no Brasil, comprometendo diretamente na qualidade da assistência. Diante dessa situação os profissionais de saúde procedem em suas rotinas de trabalho com atendimentos ágeis, com o mínimo de qualidade, humanização, criatividade e, por vezes, improvisação na busca de soluções eficazes as múltiplas demandas (ASSUNÇÃO, 2014)

Conforme preconiza o Ministério da saúde (2014), todas as usuárias que procuram o serviço de urgência devem receber atendimento de acordo com seu nível de prioridade por seu potencial de risco clínico. Como, por referência, destacam-se na FSCMP os atendimentos de alto risco, o quantitativo de casos em nível 1- emergente e 2- muito urgente, é significativo, provocando o não cumprimento do tempo alvo estabelecido para os níveis 3,4, e 5, mesmo com o dimensionamento de pessoal dentro dos padrões legais estabelecidos.

Elevando-se o tempo de espera para o primeiro atendimento médico, algumas usuárias evoluem seu nível de prioridade, sendo necessário reclassificá-las.

Agravando esse fato alguns sinais e sintomas estão presentes somente em um nível de prioridade, limitando a escolha especificamente para aquela cor e impossibilitando o enfermeiro em optar por outro nível de atendimento. Por esses motivos, os participantes do estudo discordam da coerência de sinais e sintomas de determinados casos em específico níveis de prioridade, por não estarem funcionais ao perfil assistencial do setor.

No estudo realizado por Correia et al. (2017), foi verificado quanto à utilização da classificação de risco, certa disparidade de informações, de forma que para alguns enfermeiros entrevistados não estava sendo realizada a classificação de risco de forma adequada, fato este evidenciado na fala do participante, que afirmaram só conseguir visualizar a triagem. Enquanto que para outros enfermeiros a classificação de risco ocorria na Instituição dentro das possibilidades, pois os mesmos ressaltaram que havia dificuldade na classificação.

A classificação de risco deve apresentar em seus níveis de prioridades sinais e sintomas coerentes com seu grau de risco à saúde da usuária, a fim de potencializar o motivo do atendimento no tempo pré-estabelecido. A não sincronia entre esses dados comprometerá a escolha do risco conveniente ao agravo apresentado pela usuária. Sendo necessários reajustes e uniformização nos campos classificatórios a fim de assegurar e fornecer subsídios científicos que contribuam no julgo crítico do profissional.

Tempo prolongado para realização da classificação de risco

Foi ressaltado pelos entrevistados quanto ao tempo prolongado para localização de uma CR apropriada ao agravo em análise e conseqüentemente o comprometimento disso na execução da assistência necessária. Afetando diretamente a qualidade no cuidado.

O tempo hábil para CR foi uma preocupação relatada nas falas dos 07 URs/16 entrevistados, como pode ser observado a seguir:

Eu não encontro o que classificar, deixando o processo mais demorado, porque a gente fica perdendo tempo procurando o que se adequar a determinada situação. (E 1)

Sim. Alguns riscos que não estão ainda colocados na nossa classificação de risco e você perde muito tempo procurando. (E3)

A gente não acha e perde muito tempo. Isso atrasa a urgência, o atendimento. Ai a demora [...] (E12)

[...] eu mesmo fico me perguntando e procurando algumas situações ali, e você perde algum tempinho, demora [...](E 16)

Nos relatos dos participantes, todos enfatizaram a dificuldade que encontram em classificar adequadamente a usuária por não localizar sinais e sintomas que se enquadrem ao caso apresentado, requerendo prolongado tempo de procura a fim de se evitar possíveis erros no procedimento. Fato que não otimiza essa atividade.

Sobre este aspecto, o Ministério da Saúde (2014) preconiza que a classificação de risco ocorra com a finalidade de evitar as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso, apontando que a classificação seja realizada da seguinte forma: o tempo médio de espera do cadastro para a classificação de risco deverá ser menor que 10 minutos, O tempo médio da classificação de risco deverá ser menor que 05 minutos e o tempo médio de espera da classificação de risco ao atendimento médico por prioridade clínica deverá ser: prioridade clínica vermelha com tempo zero, prioridade clínica laranja em até 15 minutos, prioridade clínica amarela em até 30 minutos, prioridade clínica verde em até 120 minutos e prioridade clínica azul em até 240 minutos.

Fernandes et al. (2015) observou em seus estudos que a média de espera das gestantes do cadastro ao início da classificação é de 12.3 min e o tempo de realização da classificação pelo profissional fica em média de 8.3 min, o que não contempla o esperado pelo Ministério da Saúde.

A CR é um processo de muita eficácia na gerência de fluxos, que resulta na qualidade do processo de trabalho das emergências e redução de iminências de morte por detectar riscos clínicos e determinar tempo alvo para melhor resolubilidade. Entretanto, todo o processo dessa ação requer treinamento. Em relação a essa temática houve manifesto dos deponentes quanto a ausência dos treinamentos, emergindo assim a subcategoria a seguir.

4.2.3. Categoria III: contribuições e propostas para readequação do instrumento de registro do ACCR

As experiências vivenciadas pela equipe de urgência e emergência da TO no ACCR transformou saberes em práticas aprimoradas, possibilitando um cuidado ao usuário mais próximo dos objetivos institucionais para uma assistência à saúde humanizada e com qualidade à mulher e a criança. Os enfermeiros por serem membros atuantes da equipe de saúde do setor, dotados de conhecimentos sobre a temática, são de importância significativa na construção e implementações de novas condutas assistenciais com bases técnicas – científicas.

Frente ao questionamento se os participantes concordavam em readequar o atual instrumento do ACCR da TO, todos, 16URs/16, relataram que sim, e observamos que estavam dispostos a participar do processo de implementação do mesmo no setor.

Diante do exposto, emergiu essa categoria, e com base nas respostas aos questionamentos quanto as sugestões a serem incluídas no campo de coleta de dados e nos fluxogramas de classificação do ACCR, foram identificadas duas subcategorias em que os participantes manifestaram possibilidades de readaptações no referido instrumento, a saber: **campo da abordagem inicial e campo da classificação de risco.**

4.2.3.1 subcategorias 1: contribuições e propostas para o campo da abordagem inicial do instrumento de registro do ACCR.

A abordagem inicial do instrumento de registro do ACCR especifica-se em identificar, coletar dados subjetivos e objetivos da usuária, de modo organizado para que os mesmos sejam documentados em prontuário. O enfermeiro utiliza-se da avaliação primária, observação e exame físico para assim proceder nessa etapa. Os participantes do estudo contribuíram em seus relatos com sugestões de itens os quais consideraram importantes estarem presentes nesse campo, emergindo assim essa subcategoria.

Na qual foi perceptível a concordância de 9URs/ 16 participantes em opinar quanto a alguns itens a serem acrescentados no campo da abordagem inicial, como podemos observar nas expressões a seguir:

No sistema já deveria estar incluso essas informações para a gente só acrescentar, como por exemplo: quantas gestações, número de partos, número de abortos, data da última menstruação, data provável do parto, idade gestacional. Devia ser colocado de uma forma completa e padronizado [...] (E1)

O que poderia acrescentar eu acho que saturação de oxigênio, poderia ser um parâmetro que poderia ser colocado ali naqueles sinais vitais. (E5)

[...] acrescentar dados que sejam objetivos. Esse item nessa forma objetiva seria muito bom para a gente ser mais ágil aqui, até na questão do nosso risco. (E7)

[...] eu acho essa questão tem que ser acrescentada, tem que ser colocado critérios que realmente te dê base, e esses critérios tem que ser revistos e tem que ser estabelecidos para a gente enquanto enfermeiro [...] E 16)

A maioria dos deponentes relataram ter conhecimento dos dados necessários que devem constar no campo da abordagem inicial, ressaltando que determinados itens poderiam estar explícito de modo objetivo em sua estrutura, a fim de otimizar e facilitar ao enfermeiro o registro dos mesmos. Dentre esses houve ênfase aos dados obstétricos (número de gestações, paridade e abortos; data da última menstruação, e idade gestacional), nível de consciência, procedência e saturação de oxigênio, por considerarem itens importantes como parâmetros de avaliação em casos emergenciais obstétricos.

Os participantes expressaram quanto ao bom registro da queixa principal para subsidiar a escolha da CR. DE OLIVEIRA (2013), corrobora essa ideia ao externar que o enfermeiro deve fazer uma análise sucinta e sistematizada, pois possibilita identificar situações que ameaçam a vida da usuária e sinaliza para um atendimento rápido e seguro.

Segundo De Barros (2015), a coleta de dados é uma importante base para todas as etapas assistenciais, principalmente de enfermagem. Fato que motiva a elaboração de instrumentos de coleta com variações de forma e conteúdo, para obtenção de dados mais completos possíveis em quantidade e qualidade.

A mesma autora afirma que a construção de um instrumento de coleta de dados deve representar um pouco da cultura institucional onde será utilizado. O que acreditamos ser coerente pois representará conformidade com o perfil assistencial da Instituição.

Na classificação de risco concerne ao enfermeiro durante a coleta de dados, o exame físico sucinto, verificação dos sinais vitais e, eventualmente, algum exame complementar. Em posterior procede com a classificação do usuário, conforme o quadro clínico apresentado e realiza os encaminhamentos necessários para o atendimento adequado (PRUDENCIO, 2016).

4.2.3.2 subcategorias 2: contribuições e propostas para o campo da classificação de risco do instrumento de registro do ACCR.

O campo de classificação definirá a prioridade clínica de atendimento da usuária e determinará a melhor condução possível para o caso apresentado. Seus fluxogramas possibilitam analisar diferentes realidades.

As respostas dos 16 URs/16 participantes quanto a quais os sinais e sintomas eles consideram relevantes estar presentes nos eixos de classificação? deixa evidente a necessidade que os mesmos apresentam em readequar o instrumento de registro no campo de classificação, a fim de que o mesmo seja mais funcional, proporcione otimização e agilidade no processo de atendimento da usuária, além de qualificar a assistência.

Diversas foram as manifestações dos deponentes em sugerir readequações que contribuíssem para o melhor manuseio desse campo classificatório. Destacaremos a seguir as mais relevantes por importância ou frequência: **Adequação ao perfil assistencial; otimização e agilidade no processo e reajustar os discriminadores aos níveis de prioridade.**

Adequação ao perfil assistencial

Foi comum para 12 URs/16 participantes a questão dos sinais e sintomas nos discriminadores, por vezes, estarem inexistentes, ou não relacionados ao perfil assistencial do setor, sendo necessário reorganizar, alterar, retirar, acrescentar, ajustar, organizar e rever os campos de modo que fique coerente o descrito nos fluxogramas e discriminadores (sinais e sintomas) com a realidade de atendimentos da Instituição. Vejamos alguns relatos:

Quando eu quero classificar, o que para a gente aqui é muito comum, o abdome agudo, ou gravidez ectópica, não tem um item gravidez ectópica. É um item que deveria ser acrescentado aqui na classificação. (E3)

Tem grávida que chega só com intercorrência clínica e não obstétrica. Acho que isso tem que organizar nos grandes eixos [...] os quadros alérgicos [...] também é difícil de classificar. A gente não encontra. (E5)

[...] as pacientes que são vítimas de violência [...] tem que priorizar, tem que incluir. (E 10)

Pacientes que vem e são B 24 + [...] às vezes elas não estão nem em trabalho de parto, não estão com nadinha, com sintoma nenhum. Então tem que organizar essa parte de B24. (E 13)

Segundo os relatos dos participantes, determinados casos comumente atendidos no setor não são de fácil localização ou não existem nos fluxogramas classificatórios. Sendo solicitado a inclusão dos mesmos e nos discriminadores dar ênfase aos parciais, acrescentar sinais e sintomas adequados e correlacionados a temática principal, a fim de facilitar sua localização e agilizar o processo de classificação, tornando o instrumento apropriado ao perfil assistencial predominante na Instituição e aos maiores agravos observado no curso do atendimento.

Dentre os casos relevantes citaram: vítima de violência, portadora do vírus da imunodeficiência humana, casos de abdome agudo (gravidez ectópica), aborto legal, infecções, diarreias, sofrimento fetal, iminência de eclampsia, puerpério imediato, perda de líquido amniótico, sangramentos por via vaginal, quadros alérgicos e sinais clínicos. Nos demais fluxogramas sugeriram ajustes de organização e condensação dos dados. Considera-se ser viável tais inclusões, partindo-se do pressuposto que a CR pode ser readequada a realidade local, ao perfil de cada serviço.

O processo de implantação do A&CR em Obstetrícia tem sido intensificado a partir das normativas que constituem a Rede Cegonha. Este Manual vem com a proposta de contribuir com esse movimento, não no sentido de indicar uma padronização para “toda a rede”, mas principalmente como um guia para subsidiar discussões e ajustes locais, compatíveis com as experiências em andamento e particularidades de cada território/serviço (BRASIL, 2017, p.17).

Os protocolos de classificação de risco sistematizam a avaliação e respaldam legalmente as condutas dos profissionais de enfermagem. Acrescenta-se que tais protocolos se configuram como ferramentas relevantes no cuidado, desde que adequados para a realidade da Instituição, contudo não suficientes, pois não são

capazes de atender aos aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais. Fatores necessários para a eficaz avaliação do risco de cada usuário que procura os serviços de urgência (LOPES, 2011).

Otimização e agilidade no processo

Considerando que a CR é um processo de trabalho que requer atividades dinâmicas, habilidades e conhecimento profissional a fim de conseguirmos êxitos em seus objetivos de classificar a usuária conforme sua prioridade clínica. Acreditamos que o campo classificatório deve estar estruturado de modo a propiciar otimização do processo.

No que se refere ao exposto observa-se que 09URS/16 deponentes relataram a importância de condensar discriminadores (sinais e sintomas) relacionados a determinados fluxogramas de classificação, a fim de facilitar sua busca e localização, bem como promover precisão na classificação por melhor adequação ao nível de prioridade clínica, estabelecido em cores. Vejamos as expressões:

O item dor está incluso em tudo que é classificação de risco, eu acho que ele pode ser colocado apenas em um eixo. Condensar. (E3)

Tinha que agrupar os sintomas. (E6)

O sangramento. Não ter vários sangramentos pra gente achar. Tinha que agrupar [...] (E13)

Otimização do registro, melhorar essa otimização, essa didática de lidar. Eu acho que sim, deve ser revisto [...] (E16)

Em seus depoimentos os enfermeiros propuseram que a apresentação dos fluxogramas e seus discriminadores favoreça na agilidade e localização dos mesmos pois, desta forma, implicará diretamente na otimização do processo de classificação e na efetivação do tempo alvo pré-estabelecido para sua execução.

Consideravelmente a qualidade na assistência à saúde em uma urgência obstétrica está relacionada ao rápido atendimento direcionado a cada caso, interferindo diretamente na manutenção à vida do feto e sua genitora, principalmente em agravos graves. Desde que o cuidado seja prestado com responsabilidade e respaldo científico.

É importante que o enfermeiro tenha propriedade de conhecimento dos protocolos, seus fluxogramas e discriminadores, a fim de ser um colaborador efetivo

dessa prática, por apresentar domínio nas condutas necessárias para a classificação da usuária.

Melo (2014) externa em seu estudo a necessidade de uma identificação e intervenção rápida da equipe de saúde em decorrência da variedade das especificidades clínicas nas emergências das maternidades.

Para Prudêncio (2016, p. 8) a “classificação de risco é um mecanismo indispensável para favorecer a otimização da assistência aos usuários que apresentam quadros clínicos específicos de urgência e emergência, porém não se exclui a experiência profissional e a Consulta de Enfermagem”.

Reajustar os discriminadores com os níveis de prioridade.

O protocolo de CR do serviço estabelece o nível de prioridade clínica o qual é identificado por cores - vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul – e está relacionado a gravidade do caso e a possibilidade de espera até a consulta médica. (BRASIL, 2014).

Os discriminadores (sinais e sintomas) dos fluxogramas estão presentes em todos os níveis de prioridade. E são uma das justificativas da escolha da CR. Por esse motivo devem estar coerentes entre si e com a realidade institucional.

No que se refere as informações quanto os discriminadores com os níveis de prioridade, por meio dos relatos, 9URs/16 participantes manifestaram a necessidade de reajustes. Vejamos nas expressões:

Iminência de eclampsia. Nós temos os sinais e sintomas de uma iminência e os níveis pressóricos elevados e aí na nossa classificação ela entra praticamente só com uma cor laranja. Tem que reajustar [...] (E2)

Uma paciente de vítima de violência ela não podia ficar esperando no amarelo, ela tinha que ser imediatamente ser atendida. Tem que readequar. (E 10)

As pacientes B 24, as pacientes portadoras do vírus HIV, elas também são referência nossa [...] porque também a gente não consegue checar muito bem a prioridade dela, tem que readequar [...] quando a gente vai procurar ela está só numa classificação, ela não aparece nas outras cores [...] Ela tem que estar como um eixo principal, ela tem que está bem visível pra gente poder classificar ela. (E 9)

Em seus depoimentos os participantes expressaram a não concordância do nível de prioridade de determinados discriminadores, sugerindo algumas alterações quanto a realinhar a localização dos sinais e sintomas nos níveis de prioridade clínica, considerando, entre outros fatores, a realidade de alta demanda do setor, a

prevalência de casos atendidos, o perfil assistencial da Instituição e a necessidade de cumprimento do tempo pré-estabelecido para cada nível, a fim de melhor resolatividade dos agravos apresentados no menor tempo hábil possível.

Propuseram, também, a inclusão de outros discriminadores correlacionados as principais demandas atendidas no setor, segmentando-os nos diversos níveis de prioridade, possibilitando melhor escolha na CR. A citar: inclusão de sinais e sintomas referentes a perda de líquido amniótico por via vaginal; a ausência ou redução dos movimentos fetais; a portadoras do vírus da imunodeficiência humana; a vítimas de violência; a infecções puerperais; a vítimas de arma de fogo, arma branca e traumas; dentre outros.

O intenso fluxo das maternidades requer do enfermeiro que atua na CR sapiência em diversas áreas e aprofundamento sobre condutas apropriadas para otimização do trabalho e agilidade no atendimento. Como expressado pelo participante E5: “Pra mim aquela linha de frente e a complexidade de você avaliar um paciente, dizer que ele é mais prioridade que o outro, é uma responsabilidade muito grande(...)”. Sendo relevante o proposto pelos enfermeiros quando recomendaram estratégias de readequação que favoreça a uma CR mais ágil, segura, compatível ao serviço e em conformidade ao que preconiza o Ministério da Saúde.

Os riscos obstétricos devem ser considerados para priorizar os atendimentos, o que favorece a otimização do fluxo da maternidade e a resolatividade das assistências emergenciais (PEREIRA, 2014).

Em seu estudo Mazon (2016) constatou que o ACCR é um recurso em uso nas maternidades que otimiza a assistência por priorizar as gestantes que requerem atendimento médico imediato, melhorando o fluxo de atendimento e a superlotação do setor, por ser possível detectar casos não urgentes passíveis de encaminhamentos a outros serviços ambulatoriais ou da atenção primária. Ressaltou, ainda, a importância da enfermagem nesse processo, qualificando, dignificando e humanizando o atendimento de forma integral.

5. READEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO DE REGISTRO DO ACCR DA FSCMP

Verificou-se que os participantes do estudo, profissionais atuantes na TO, compreendem que devem respeitar as recomendações previstas no protocolo do ACCR da Instituição, que norteia as condutas dessa ação, bem como, possuem apropriação do conhecimento do que essa ferramenta proporciona, por direcionar sua prática com segurança, visto que sua construção é baseada em evidências científicas e adaptáveis à realidade de cada cenário.

Diante dessas reflexões, frente as dificuldades relatadas pelos participantes, observa-se que a CR em uso na TO possui algumas fragilidades em seu instrumento de registro passíveis de ajustes, o que o tornará mais compreensivo, objetivo, funcional e de melhor manuseio pelos enfermeiros.

Considerando um dos objetivos específico desse estudo, foi elaborado como produto dessa dissertação a readequação do instrumento de registro do ACCR da FSCMP, em conformidade com as sugestões dos participantes do estudo e pesquisa sobre o tema no Portal de periódicos Capes, bases BIREME, MEDLINE, LILACS, SCIELO e, também, Google Acadêmico. O instrumento contém adequações significativas, especificamente nos campos da abordagem inicial e classificação de risco.

Sua elaboração teve como base o Manual de A&CR do Ministério da Saúde 2014, Protocolo Assistencial do ACCR do setor da TO. Sua estrutura e apresentação seguiram o padrão orientado pelo Ministério da Saúde.

O instrumento readequado sob autoria de Sheila do Socorro Fernandes da Rocha e orientação da Prof.^a. Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy, e como coautora a enfermeira Carmem Peixoto, foi elaborado procedendo-se as fases de: levantamento de dados; modelagem dos dados e desenvolvimento da readequação do instrumento de registro do ACCR.

Em posterior a sua confecção o mesmo foi apresentado para a coordenação do setor de urgência e emergência e coordenação da maternidade da Instituição, a fim de conhecimento, colaboração e avaliação de deferimento. Com aprovação e ajustes dos referidos gestores, foi encaminhado ao setor da Diretoria Técnica Assistencial/DTAS, Assessoria de Qualidade para possíveis ajustes em conformidade com os padrões institucionais. No término dessa tramitação o instrumento foi direcionado a

Assessoria de Informática da Instituição, visando ser alterado para documento digital e em condições de aplicabilidade no sistema informatizado vigente no setor da T.O. Procedeu-se a inserção parcial nas bases de dados do Sistema Soul MV, no prontuário eletrônico/PE, e está em uso no referido setor desde setembro 2017.

O instrumento de registro do ACCR readequado é uma ferramenta assistencial destinada ao uso para Classificação de Risco das usuárias que procuram atendimento no setor de urgência e Emergência Obstétrica da FSCMP, e pode ser consultado nas bases de dados do PE, com acesso pela INTRANET da Instituição.

A abordagem inicial possui a mesma formatação que a original, com campos destinados para registro da queixa principal, observação, nível de dor, níveis pressóricos e processos alérgicos. Sendo realizado as devidas inclusões de dados sugeridas pelos deponentes, referentes a procedência, nível de consciência, antecedentes pessoais, dados obstétricos, espaço destinado para registro da saturação de oxigênio, dos batimentos cardíacos fetais, da percepção dos movimentos fetais, das intercorrências da gestação atual e quanto ao pré-natal. Tais readequações ainda não inclusas no prontuário eletrônico da Instituição.

Ressalta-se que a CR requer uma avaliação sucinta, com ênfase a observações e registros de dados que norteiem o enfermeiro na escolha apropriada do nível de prioridade, respaldando-o cientificamente e judicialmente. Justifica-se tal brevidade da consulta em decorrência do tempo pré-estabelecido pelo Ministério da Saúde para realização do procedimento, correspondendo a cinco minutos.

No campo da classificação de risco procedeu-se com alterações nos fluxogramas, readequando conforme o perfil de atendimentos prevalentes no setor e consolidou-se dados, a fim de facilitar localização, reduzir dúvidas na escolha e otimizar o processo. Do mesmo modo, efetuou-se ajustes nos discriminadores gerais e específicos, enfatizando-se este último, a fim de destaque nos sinais e sintomas relevantes dos fluxogramas para que a conduta seja ágil, precisa e adequada a necessidade da usuária. Readequações essas que já estão inseridas no prontuário eletrônico da Instituição.

A equipe de enfermeiros da TO recebeu orientações individuais das autoras quanto ao instrumento de registro readequado afim de facilitar a aplicabilidade do mesmo através das instruções de manuseio. Realizado intervenções pertinentes sempre que solicitado pela equipe durante a prática cotidiana no ato de classificar.

Melo (2014) em sua pesquisa salienta que a melhoria das condições de trabalho, a qualificação do cuidado pode ser efetuada em conjunto com a equipe de saúde, ouvindo suas dificuldades e anseios e incluindo-os no processo de aprimoramento profissional. Ressalta que a troca de conhecimentos é benéfica e motiva os profissionais, fazendo-os refletir sobre suas práticas e importância das suas atribuições.

De Barros (2015, p. 19) afirma que:

São amplas as possibilidades de criação científica na enfermagem. Aos profissionais da área cabem a responsabilidade de criar, selecionar e aplicar modelos que sejam mais adequados ao tipo de serviço que prestam. Da utilização, vai surgir a avaliação crítica, que, por sua vez, poderá corroborar ou reformular o modelo, resultando em progresso do conhecimento científico da área da enfermagem.

Gratificante e enriquecedor foi partilhar saberes com a equipe de enfermeiros do ACCR da TO. Percebe-se que a coletividade pode transformar ações e qualificar condutas. Valorizar suas experiências e conhecimentos contribuíram na elaboração desta ferramenta assistencial, que acreditasse ser viável para fomentar positivamente o processo de trabalho e contribuir para uma gestão de resultados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos pela pesquisa acolhimento com classificação de risco obstétrico: proposta de readequação do instrumento de registro; pode-se delinear os principais pontos a respeito da temática.

O estudo permitiu identificar breve características sócias demográficas e profissionais dos enfermeiros que atuam no Acolhimento com classificação de risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Verifica-se que são predominantemente do sexo feminino (93,75%), encontram-se na faixa etária entre 46 a 55anos (37,50%), são especialistas em enfermagem obstétrica (100%) e possuem tempo de atuação profissional no setor entre 1 a 15 anos (75%), representando a média de 10 anos.

Considerando a avaliação dos enfermeiros quanto a aplicabilidade do instrumento do ACCR, foi possível constatar que os mesmos possuem conhecimento sobre a temática, e aprimoram seus saberes principalmente por vivências profissionais e qualificações.

Concernente as dificuldades sobre o referido instrumento, os enfermeiros enfatizaram quanto a estrutura do campo de coleta dos dados, por propiciar incertezas quanto a quais dados registrar, favorecendo o uso da subjetividade e não uniformidade de ação pela equipe. Quanto ao campo de classificação do risco expressaram que este não atende ao perfil de atendimento do setor, é pouco otimizável, por não suprir de dados substanciais nos seus fluxogramas e discriminadores que facilite ágil localização de sinais e sintomas, bem como consta de itens repetitivos, suscitando na demora para realizar o procedimento e prejuízo na assistência a usuária.

Salientando o exposto e acrescentando o fato da alta demanda de usuárias no setor, com as mais diversificadas causas e agravos, foi enfatizado que isso corrobora em elevar o tempo alvo de execução do procedimento e compromete os objetivos da diretriz em melhorar fluxos e acesso a assistência.

A operacionalização do instrumento de registro foi orientada a priore, pelos colegas de trabalho, no dia a dia da prática profissional. Houve manifestação expressiva quanto a importância do treinamento sobre a temática para os profissionais e o efeito negativo de sua não realização.

A proposta de um instrumento readequado aponta em favorecer positivamente a comunicação entre a equipe de saúde, e possibilitar mudanças significativas no cotidiano do serviço, contribuindo para uma adequada e efetiva classificação de risco, beneficiando a usuária e qualificando a assistência prestada. Ressalta-se a importância do acompanhamento do impacto de implementação desta ferramenta assistencial na Instituição para confirmação do alcance de resultados.

Por fim, após expressões positivas dos participantes, considerando as contribuições e propostas dos mesmos e pesquisa sobre o tema nas principais bases de dados, elaborou-se a readequação do instrumento de registro do ACCR, produto desta dissertação (Volume II), a fim de torná-lo mais otimizável, objetivo, funcional e de fácil manuseio pelos profissionais.

Certo de que outras possibilidades se abrem, a fim de aprimorar o instrumento, acredita-se ter fomentado os enfermeiros a serem membros ativos desse processo na construção de novas formas de pensar e refletir para um agir crítico frente a questões cotidianas.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 33, n. 4 (2012), p. 181-190, 2012.

ALMEIDA, Wanessa da Silva; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.

ALMEIDA, Danielle Juliana Alves de Salles de. ALVES, Jucivane Rodrigues. **O papel do enfermeiro na classificação de risco no serviço de emergência**. Trabalho de Conclusão de Curso. Enfermagem. BRASÍLIA/DF. 2013.

ALVES, Luciane; SCHMIDT, Maria; PAVANATTO, Anae. Programa de humanização do pré-natal e nascimento: estratégias dos profissionais enfermeiros em um município no interior do Rio Grande do Sul. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, p. 8, 2013.

AMTHAUER, Camila; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica¹. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e2779, 2016.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014.

ARAUJO, Suelayne Martins et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas Favip - Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2013.

ASSUNÇÃO, Marina Figueiredo; SOARES, Raquel Cavalcante; SERRANO, Isadora. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 16, n. 2, p. 05-35, 2014.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: **UFSCar**, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em: 25 out. 2016.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016. 281 p. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 18, p. e1178, 2016.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 82-87, 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751-757, 2012.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Deployment of the system User Embrace with Classification and Risk Assessment and the use Flowchat Analyzer. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 217-225, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002. **Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde, **Acolhimento nas Práticas de produção de Saúde**. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acessado em: 22 fev 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru**. 2 ed. Brasília/DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRILHANTE, Amanda de Freitas et al. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 17, n. 4, 2016.

BOLZAN Ilha, Caroline. **Saberes e práticas de enfermagem acerca do acolhimento com classificação de risco em centro obstétrico**, 2017. 71f. Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Santa Maria/RS, 2017

CAMARA, Rhamaia Ferreira et al. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. **Revista Humano Ser**, v. 1, n. 1, p. 99-114, 2015.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2013.

CEOLIN, Rejane et al. Educação em saúde como ferramenta para uma atenção integral à saúde da mulher: uma reflexão teórica. **Revista de Enfermagem**, v. 4, n. 4 e 5, p. 127-137, 2014.

CNS. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução n ° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 29 out. 2016.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Lei 7498/86. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: <www.portalcofen.br>. Acesso em: 22 out. 2016, v. 10, 2013.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 0516 de 2016**. Normatizar a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. [Internet]. Brasília; 2016. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/6599>. Acesso em 29 out 2016.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 423 de 2012**. Normatiza no âmbito do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Risco. [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/6599>. Acesso em 29 out 2016.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 429 de 2012**. Dispõe sobre registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte- tradicional ou eletrônico. [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/6599>. Acesso em 29 out 2016.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358 de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providencias. [Internet]. Brasília; 2009. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/6599>. Acesso em 29 de out 2016.

CORREIA, Malena de Carvalho et al. Desafio do Enfermeiro frente à Classificação de Risco. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017.

COSTA, Sarah Alves Moura et al. Rede de construção do saber: uma experiência do pet rede cegonha. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.

DANTAS, Janmilli da Costa et al. **Atuação do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente: percepções do profissional**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

DE BARROS, Alba Lucia Bottura Leite. **Anamnese e Exame físico-: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Artmed Editora, 2015.

DE OLIVEIRA, Tamires Santos; DE JESUS SANTOS, Rikchele; DA PAIXÃO FREITAS, Zaira Moura. Admissão da paciente pelo enfermeiro obstetra no contexto hospitalar: uma proposta para a prática assistencial. Revista Quare, nº 04, 2017.1 – Ciências da Saúde **Corpo Editorial**, p. 13.

DOS SANTOS, Carolina Magalhães et al. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. **Biológicas & Saúde**, v. 4, n. 15, 2014.

DUARTE, Sebastiao Junior Henrique; ALMEIDA, Eliane Pereira. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014.

ESPIRITO SANTO, Daiane Conceição et al. PET saúde redes: relato de experiência sobre triagem em unidade de urgência e emergência. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 7, n. 3, 2016.

FARIAS, Mery Anne Pereira. **Políticas públicas para as mulheres gestantes de alto risco no Instituto Cândida Vargas em João Pessoa**. 2015. 72f. Monografia (Especialização em Gestão Pública)- Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2016.

FERNANDES, Michele Suzana; HILLESHEIM, Adriana Cristina. **Implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia em unidade de emergência: relato de experiência**. 2015

FRANCO, Betina. **Análise do sistema de triagem de Manchester como subsídio para o diagnóstico de enfermagem**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2015.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários/Embracement in an emergency service: users' perception/Acogimiento en un servicio de emergencia: percepciones de los usuarios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 31, 2013.

JÚNIOR J. A. B, MATSUDA L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: Avaliação da equipe de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n.3, p. 419-428, jul./set., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000600005&lang=pt. Acessado em: 20 dez 2017.

LIMA, Poliana Remundini et al. Acesso e cuidado do recém-nascido em um programa de atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

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

LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher; PIRES, Denise Elvira Pires de. Nurses from the Mobile Emergency Service: profile and developed activities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 213-220, 2016.

MACHADO, Maria Helena et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 9-14, 2016.
MAESTRI, Eleine et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. **Enfermagem Uerj**, v. 20, n. 1, p. 73-79, 2012.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semiestruturada. Programa de Pós Graduação em Educação, **Unesp**, Marília - SP. 2013.

MARQUES, Amaro Sérgio et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 365-371, 2014.

MARQUES, Consuelo Penha Castro et al. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. 2015.

MAZIERO, Vanessa Gomes et al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 166-177, 2013.

MAZON, Bruna et al. Processo de enfermagem: acolhimento com classificação de risco a gestante. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 6, n. 16, p. 11-20, 2016

MELO, Raimunda Maria de et al. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. **Revista RENE**, v. 12, n. 4, p. 750-757, 2011.

MELO, Sarajane Rodrigues. **Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia: importância da instrumentalização do profissional enfermeiro**. (Monografia Especialização). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC). 2014.

MINAYO, M.C.S. (Org) Pesquisa Social; Teoria Método e Criatividade. 29ª Ed. Petrópolis: **Vozes**, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS- a Rede Cegonha. [Internet]. 2011. [citado 2015 Nov 20]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

MONTEIRO, Maria Goretti Soares. **Efeito do treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e enfermagem, Fortaleza, 2012.

MORAIS, Camila Guilherme Xavier et al. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Revista Acreditação**, v. 5, n. 9, p. 64-84, 2015.

MOURA, Maria Eliete Batista et al. Concepção da equipe de enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco. **Revista de enfermagem UFPE on line- ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 8, p. 2626-2632, 2014.

MOURÃO, Kellyne Quaresma. **Atendimentos de urgência e emergência obstétrica na FSCMPA: uma proposta de melhoria para o serviço**. 2017. 86 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia – Mestrado Profissional). Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, 2017

MURASSAKI, Ana Claudia Yassuko et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da dimensão resultado na perspectiva de trabalhadores. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, 2016.

NAGLIATE PC, Rocha ESB, Godoy S, Mazzo A, Trevizan MA, Mendes IAC. Programação de ensino individualizado para ambiente virtual de aprendizagem: elaboração do conteúdo registro de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: 31 jan 2018];21(Spec): [09 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

OLIVEIRA G.N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.21 no. 2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013. [acesso mar. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200500&script=sci_arttext&tlng=pt.

OLIVEIRA, João Lucas Campos et al. Atuação do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco: um estudo de metassíntese/Nurse's practice in Welcoming with Risk Classification: a meta-synthesis study. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 374-382, 2016.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 149-165, 2013.

PADILHA, Elaine Fátima; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; MATSUDA, Laura Misue. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2014.

PEREIRA, Ana Cláudia Valentim Santana. Anotações de enfermagem na sala de recuperação pós anestésicos de um hospital público do Distrito Federal. 2014.

PEREIRA, A., LIMA, A. Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE (online)**. Recife, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5420>. Acesso em: 06 Nov. 2017.

PESSOA JÚNIOR, João Mário et al. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. 2011.

PINHEIRO, Francine dos Reis. Implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência de um hospital público no sul do Brasil. 2015.

PINTO, Aline Ramos et al. Acolhimento com classificação de risco: destaques aos aspectos relevantes a sua implantação nos serviços de saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 3, 2014.

PROGIANTI, Jane Marcia; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; SÉ, Carla Coutinho Sento. A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca. **Rev. enferm. UERJ**, v. 22, n. 6, p. 742-747, 2014.

PRUDÊNCIO, Celine Pinheiro Gordo et al. Percepção de enfermeira (o) s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, 2016.

RAVAGNANI, Ana Carolina. Historia da Enfermagem. 1ª edição. **SESES**. Rio de Janeiro. 160. p. 2015.

RELATÓRIO DE GESTÃO DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DO PARÁ. Relatório de Gestão. 2015. Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/noticias/detalhe/?id=279>. Acesso em 29 nov 2017.

RELATÓRIO DE GESTÃO DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DO PARÁ. Relatório de Gestão. 2016. Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/noticias/detalhe/?id=279>. Acesso em 29 JAN 2018.

RELATÓRIO DE GESTÃO DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DO PARÁ. Relatório de Gestão. 2017.

RODRIGUES, Amanda Isabella Gomes et al. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 13, 2015.

SAKAI, Andressa Midori et al. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. 2016.

SANTOS, Carolina Magalhães et al. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. **Biológicas & Saúde**, v. 4, n. 15, 2014.

SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos. Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010). 2014. XIII, 168 f., il. Tese (Doutorado em Medicina Tropical)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SAUAIA, Antonio Carlos Aidar. **Laboratório de gestão: simulador organizacional, jogo de empresas e pesquisa aplicada**. Editora Manole, 2015.

SCHOLZE, Alessandro da Silva. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 219-226, 2013.

SILVA BOHN, Marcia Luciane et al. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco manchester/Nurses' perception on the use of the manchester risk classification system protocol. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1004-1010, 2015.

SILVA, Débora de Souza Barbosa et al. Pré-natal através do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento [Prenatal care through the Monitoring System of Humanization of Prenatal and Birth Program]. **Enfermagem Obstétrica**, v. 1, n. 3, p. 81-85, 2014.

SILVA, Joelma Alves; BOLPATO, Marieli Basso. Proposta de implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência do pronto socorro de Barra do Garças-MT. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 9, 2013.

SOUZA, F. F.; SILVA, M. J. M. Métodos utilizados no acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência e urgência. **Rev Enferm UFPI**, v. 2, p. 36-42, 2013.

SOUZA, Leonardo Lemos de et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, p. 218-232, 2014.

TEIXEIRA, Ingrid Noleto et al. A integralidade da assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.

TEODORO, Susana Filipa Franco Nunes. **Cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia promotores de conforto à mulher durante o trabalho de parto**. Mestrado, Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, 2012, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. 79f. 2012.

TOMBERG, Jéssica Oliveira et al. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro: caracterização dos atendimentos. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude. v12i1. 18694. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 80-87, 2013.

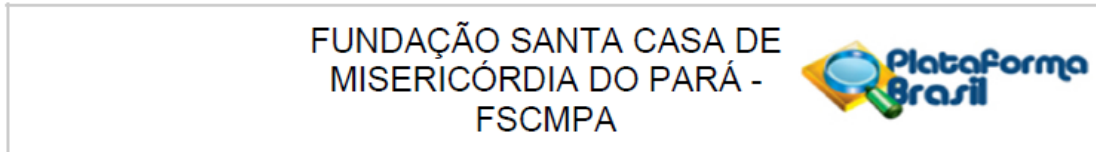
VERAS, Renata Meira; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. Práticas e significados acerca da humanização na assistência materno infantil na perspectiva dos trabalhadores da saúde. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 2, n. 2, p. 102-112, 2011.

VERSA, G. L. G. S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm [Internet]**, v. 35, n. 3, p. 21-8, 2014.

ZEM, Kelly Karine Sales; MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. 2012.

ANEXO A

Parecer consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 2.037.267

setor de triagem da FSCMP, pois a partir da adequação do instrumento de acolhimento de classificação de risco, a equipe de enfermagem poderá corrigir falhas e proporcionar a melhoria contínua dos processos de trabalho no hospital para estas usuárias. Estes benefícios se estendem tanto para os profissionais de enfermagem que atuam no setor de T.O., como para as usuárias do setor, que terão o tempo reduzido de espera para o atendimento, o que possibilitará para estas um atendimento mais eficiente e resolutivo. Além disso, acredita-se que a pesquisa qualificará o profissional, valorizando seus conhecimentos inerentes ao setor, por favorecer novas bases de reflexões e motivações, visando inovar as práticas assistenciais, inclusive com propósito também, de integração da equipe multiprofissional e fortalecimento da relação usuária e profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa mostra-se promissora porque destaca a relevância científica no sentido do monitoramento e avaliação da estratégia da Rede Cegonha no que tange a CR, se necessário, aprimorando o instrumento para CR propiciando uma maior resolutividade no atendimento prestado pelo Enfermeiro as usuárias e como relevância social pretende alcançar um maior grau de satisfação das usuárias atendidas n TO da FSCMP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a Considerar

Recomendações:

Nada a recomendar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, considerado adequado sob o ponto de vista ético.

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395		CEP: 66.050-380
Bairro: Umarizal		
UF: PA	Município: BELEM	
Telefone: (91)4009-2264	Fax: (91)4009-0328	E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E SAÚDE NA AMAZONIA
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO: proposta de readequação do instrumento de registro”** da autoria de **SHEILA DO SOCORRO FERNANDES DA ROCHA**, mestranda do Programa de Pós-graduação Gestão e Saúde na Amazônia - Mestrado Profissional da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), sob orientação da Professora Doutora **MARIA ELIZABETE DE CASTRO RASSY**. Esta pesquisa será desenvolvida no setor da triagem obstétrica e tem por objetivo: **Descrever a visão dos enfermeiros da triagem obstétrica que atuam no acolhimento da usuária, quanto à aplicabilidade do instrumento de coleta de dados da classificação de risco, em uso na FSCMP.**

Mas antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda as seguintes informações, que dizem respeito a sua participação nesta pesquisa:

- Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: consistirá em responder às perguntas da pesquisadora durante entrevista que terá auxílio de um gravador de voz. Porém, você tem a liberdade de aceitar, ou não, e se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa.
- Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.
- Para coletarmos as informações desejadas será utilizado um instrumento de pesquisa com perguntas referentes aos dados sócios demográficos e profissionais, e de questões abertas voltadas para as observações em relação ao instrumento do acolhimento com classificação de risco.
- A entrevista será realizada em uma sala reservada, previamente agendada no hospital. E levará em torno de 20 minutos do seu tempo.
- Após, as suas informações gravadas serão transcritas, por mim, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.
- Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (CEP/FSCMP)**, localizado na Rua Oliveira Belo, 395 Umarizal - Belém/Pará. Telefone: (91) 4009-2264. E-mail: comite.eticafspcampa@yahoo.com.br. Se necessário, você também pode fazer contato com a **Comissão Nacional de Ética**

em **Pesquisa** (CONEP) na página: http://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html. Também pode ver na internet a relação dos projetos aprovados nos CEP, na página: www.saude.gov.br/plataformabrasil.

- Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme disposto na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), seus complementares, e demais normas legislativas vigentes.
- É importante que você compreenda que os riscos da pesquisa quanto a possível divulgação de dados pessoais e profissionais dos participantes, que possam gerar constrangimento e danos à integridade psíquica, moral, social, intelectual, cultural e profissional; serão minimizados, pois está assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra 'E' (E1, E2, E3, E4...), por ser a letra inicial da palavra Enfermeiro, seguida de um número que não corresponde à sequência de sua participação na pesquisa.
- As informações serão mantidas em arquivo confidencial no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável por 5 (cinco) anos. Após este período, os dados serão destruídos. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a Instituição, na qual será realizado este estudo.
- Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, poderá haver benefícios no que se refere à melhoria na qualidade da aplicação do instrumento de acolhimento e classificação de risco no setor de triagem obstétrica, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa favorecer um ganho na prestação deste serviço, além da produção do conhecimento, pois no término da pesquisa será elaborada uma **Dissertação de Mestrado em Gestão e Saúde na Amazônia** e na sequência artigos para publicação em Revistas da área em âmbito nacional. Bem como, os resultados estarão à sua disposição quando finalizada e serão apresentados aos profissionais deste hospital, publicados e divulgados em outros eventos científicos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, concordo em participar desta pesquisa, assinando este Consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Autorizo a execução do trabalho de pesquisa com a divulgação dos dados obtidos neste estudo para fins acadêmicos.

Belém, _____ de _____ de _____ 2017.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Sheila do Socorro Fernandes da Rocha
Contato: (91) 981621309
E-mail: xixasfda Rocha@yahoo.com.br

Prof.^a Dr.^a Maria Elizabete de Castro Rassy
Contato: (91) 993638881
E- mail: elizarassy50@hotmail.com



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE

APÊNDICE B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÕES DE ÁUDIOS

Eu, CPF: _____, RG: _____, Através do presente termo, depois de conhecer e entender o projeto **"ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO: PROPOSTA DE READEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO DE REGISTRO"**, que tem como objeto de estudo: o instrumento do Acolhimento com Classificação de Risco na visão dos enfermeiros da triagem obstétrica da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, a ser realizado no setor de triagem obstétrica da referida Instituição; e em posterior ter assinado voluntariamente o Consentimento Livre e Esclarecido. AUTORIZO a pesquisadora Sheila do Socorro Fernandes da Rocha, Tel.: (91) 981621309 a realizar as gravações de áudio de entrevista semiestruturada, que se façam necessárias, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas gravações de áudio para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor da Prof. Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy, orientadora da pesquisa.

Belém, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE**

**APÊNDICE C
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Código alfanumérico:
2. Data de Nascimento:
3. Sexo:
4. Titularidade:
5. Tempo (em anos) de trabalho na triagem obstétrica (T.O) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP):

PARTE II – INSTRUMENTO DE REGISTRO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. Você conhece a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco?
2. Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?
3. Você concorda que o atual instrumento em uso para o registro do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP deva ser readequado?

4. No atual instrumento em uso para o registro do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP, o que você sugere incluir no campo de coleta de dados?
5. Quais os sinais e sintomas que você considera relevantes estar presentes nos eixos de classificação do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP?



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE**

APÊNDICE D

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, SHEILA DO SOCORRO FERNANDES DA ROCHA, CPF 39717186200, enfermeira obstétrica, discente do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA- MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, na linha de pesquisa GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado: **"ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO: PROPOSTA DE READEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO DE REGISTRO"**, comprometo-me em manter o sigilo, bem como, a privacidade dos dados coletados para minha pesquisa, encontrados nos **bancos de dados do arquivo, da estatística e documentos institucionais referente ao prontuário eletrônico**. Esclareço que todas as informações a serem coletadas se referem à pesquisa citada acima, a qual será realizada no período de **01/06/2017 a 31/07/2017**.

Ressalto que iniciarei toda a coleta para esta pesquisa somente após receber a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro entender que é minha à responsabilidade de cuidar da integridade das informações, de guardar sigilo dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também será de minha responsabilidade não repassar os dados coletados dos bancos de dados para pessoas não envolvidas na pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Belém, ____ de _____ de 2017.

Sheila do Socorro Fernandes da Rocha
Pesquisadora

APÊNDICE E

**QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Questões	Categoria empírica	Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Frequência
1ª-Você conhece a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco?	Aprimoramento	<p>E 1- Sim. Tenho <u>prática</u>. A <u>vivência do dia a dia</u> na triagem [...]</p> <p>E 7 - Sim. Foi no meu setor colocado essa classificação [...] e aperfeiçoando na <u>prática diária</u> do serviço.</p> <p>E 8 - Sim. Fomos treinados pela <u>prática profissional do dia a dia</u> no atendimento com a gestante. Principalmente com a gestante de alto risco.</p> <p>E12 - Sim. Recebi informação na <u>prática</u>.</p> <p>E 13 - Sim. Foi implantado e nós começamos a trabalhar [...] na <u>prática</u> do dia a dia.</p> <p>E 16 – Sim [...] eu trabalho em outro serviço que a gente atua com a classificação de risco <u>no dia a dia</u>.</p>	<p>vivência do dia a dia</p> <p>prática profissional</p>	6URs / 16

APÊNDICE E

QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011) ANÁLISE DE CONTEÚDO

Questões	Categoria empírica	Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Frequência
1ª-Você conhece a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco?	Aprimoramento	<p>E3 -Sim. Na verdade, eu <u>li e em treinamento</u>, não ofertado pela triagem [...]</p> <p>E 4 - Conheço. De <u> cursos, oficinas</u>, não oferecidos pela Instituição, mas com vagas para a Instituição.</p> <p>E 5 - Sim. Conheço da busca de <u>leituras</u>, principalmente quando a gente se viu na necessidade de participar do acolhimento e classificação de risco.</p> <p>E 6 -Sim [...] conheço de informação, <u>treinamento</u> daqui [...]</p> <p>E 9 - Sim. O conhecimento provém da Instituição mesmo, de <u>treinamento</u>.</p> <p>E 11 - Sim. Através de <u> cursos</u> e no estágio aqui na Santa Casa. Recebi <u>treinamentos</u> [...]</p> <p>E 15 - Sim. Obtido através de <u>treinamentos</u> pelo Ministério da Saúde, vários treinamentos, até <u>curso</u>.</p>	<p>Cursos</p> <p>Treinamentos</p> <p>Leituras</p>	7 URs/16

APÊNDICE E

**QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
<p>2ª-Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?</p>	<p>Satisfação no registro de dados no campo da abordagem inicial</p>	<p>E 4 – [...] <u>não precisa mudar</u> não. Porque tem um campo vasto para escrever, não é limitado.</p> <p>E 5 - No primeiro campo de coleta de informações da forma como ele está, eu acho que está ok. Aqueles dois campos de queixa e observação eu <u>acho bom</u> [...]</p> <p>E 6 - Não. Nesse momento eu <u>tenho clareza</u> no que registrar.</p> <p>E 8 - Essa parte aí eu <u>não tenho dificuldade</u>.</p> <p>E10 - Quanto a abordagem inicial <u>não tenho dificuldade</u> [...]</p> <p>E 11 - Eu creio que ali no registro não precisa. Eu acho que <u>está adequado</u> a parte de registro.</p> <p>E 14 - Nesse campo <u>não tenho dificuldade</u>.</p> <p>E 15 - Eu acho que não. Eu acho que <u>está adequado</u> e está muito claro.</p>	<p>Não precisa mudar</p> <p>Não tenho dificuldade</p> <p>Está adequado.</p>	<p align="center">8 URs / 16</p>

APÊNDICE E**QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
<p>2ª- Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?</p>	<p>Incerteza no registro de dados no campo da abordagem inicial</p>	<p>E 3- Eu <u>nunca entendi</u>, essa observação...o que eu joga na observação é a parte do exame físico da paciente [...]. Tenho dificuldade de esclarecimento, porque só está aqui queixa principal e observação.</p> <p>E 9- Então a gente fica assim sem norte nesse sentido, com <u>incerteza</u> [...]. Eu acho importante registrar, constar o que registrar, é interessante.</p>	<p>Nunca entendi</p> <p>Incerteza</p>	<p>2 URs / 16</p>

APÊNDICE E

QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011) ANÁLISE DE CONTEÚDO

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequencia
2ª- Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?	Insatisfação no Campo da classificação de risco	<p>E 8- [...] vêm as gestantes de baixo risco; vêm às consultas de pré-natal; vem àquela menina que acha que está grávida e quer fazer a ultrassom, o BHCG; vêm as pacientes de ginecologia, que está sendo uma demanda muito grande, enfim, a classificação <u>não atende ao perfil</u> [...]</p> <p>E 10 - A classificação de risco na triagem ela <u>não é voltada para obstetrícia</u> [...] a gente encontra muita dificuldade [...]</p> <p>E 15 – [...] muitas coisas vagas para nossa realidade. Está muito bom o do Ministério da Saúde, mas <u>não está se adequando pra nossa realidade.</u></p>	<p>Não atende ao perfil</p> <p>Não voltado para obstetrícia</p> <p>Não adequado a realidade</p>	3 URs / 16

APÊNDICE E**QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
2ª- Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?	Incompletude nos Fluxogramas e discriminadores	<p>E 1-[...] eu <u>não encontro</u> o que classificar [...] nos sinais e sintomas da classificação e que eu acho assim, muito <u>incompleto</u>. É a dificuldade de encontrar o que classificar, os sinais e sintomas para definir.</p> <p>E 2- Nós <u>não encontrarmos</u> no sistema um fator que realmente enquadre a paciente. Falta mesmo no sistema.</p> <p>E 3 – [...] alguns riscos que <u>não estão ainda colocados</u> na nossa classificação de risco [...] [...] alguns pontos muitos repetitivos como alguns <u>faltam</u> muito.</p> <p>E 4 - Para algumas queixas da paciente, às vezes a gente <u>não encontra</u>. Para classificar às vezes não encontro sinais e sintomas que eu estou visualizando.</p> <p>E 5 - Muita dificuldade, porque ele <u>não é funcional</u>, a palavra é essa ele não é funcional. Ele te dá à classificação mais de uma forma ainda muito confusa, não muito clara [...]</p>	<p>Incompleto</p> <p>Não encontro</p>	16 URs / 16

		<p>E 6 - Encontro muita dificuldade... A paciente está te relatando um sinal e sintoma e tu <u>não consegues achar</u> na classificação. As vezes <u>não tem</u>.</p> <p>E 7- Prejudica bastante [...] porque <u>não tem</u> no sistema os itens que eu poderia coloca-la.</p> <p>E 8 - Encontro em alguns casos, porque a gente procura na classificação atual [...] a gente <u>não consegue localizar</u> o caso com o estágio que tem lá.</p> <p>E 9 – [...] na classificação colocada pela Instituição dentro do mv, tem certos dados que <u>não são compatíveis</u>. Então fica muito difícil, a gente precisa procurar.</p> <p>E 10- [...] a gente encontra muita dificuldade, porque a gente <u>não encontra</u> muitos campos [...]</p> <p>E 11- . Tu <u>não encontras os sinais e sintomas</u> que elas referem, à gente não encontra. Encontramos muita dificuldade [...]</p> <p>E13 – [...] fica um pouco difícil para a gente colocar uma classificação que tu não encontras. Que tu <u>não tens</u> ali.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>E 12- Às vezes a gente tem que clicar um pela urgência da paciente, porque se a gente for realmente procurar o certo [...] A gente <u>não acha</u> e perde muito tempo [...]</p> <p>E14 -<u>Não encontro</u>...a gente tenta encaixar em alguma coisa que tem no sistema, sendo que não tem nada que essa paciente se enquadre.</p> <p>E15 – [...] chega situações que nós <u>não temos no risco</u>, que é a nossa realidade. E a gente não tem como classificar. É muito vago.</p> <p>E16 – [...] a gente fica procurando ali algumas situações e <u>não encontra</u> realmente o que a gente quer ...</p>		
--	--	---	--	--

APÊNDICE E**QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
2ª- Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?	Insegurança por repetição de dados	<p>E 3 - Alguns tópicos na classificação estão <u>muitos repetitivos</u>.</p> <p>E 5 – [...] tem alguns eixos <u>repetitivos</u>. Acho que isso tem que organizar nos grandes eixos.</p> <p>E 13- O sangramento. Não ter <u>vários sangramentos</u> para a gente achar.</p> <p>E 14 - Quando a gente vai ao fluxograma tem alguns sinais e sintomas muitos que estão <u>repetidos</u>, e a gente observa isso [...]</p>	repetitivos	4 URs / 16

APÊNDICE E

QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011) ANÁLISE DE CONTEÚDO

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
<p>2ª- Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?</p>	<p>Inconformidade nos níveis de prioridade clínica</p>	<p>E 2- [...] nós temos os sinais e sintomas de iminência e os níveis pressóricos elevados e aí na nossa classificação ela entra praticamente com uma cor laranja. Pela demanda que tem aqui, se nós formos, muitas vezes, dá uma laranja quando tu vê, fica um vermelho. <u>Não está adequado.</u></p> <p>E 3- perda de líquido por via vaginal abundante que está lá na classificação amarela [...] nesse aqui já está laranja. Então tem muitas coisas assim que é para dar uma organizada nessa classificação. [...] assim como tem alguns outros itens que deveriam ser dados uma classificação maior em vez do verde. Por exemplo, eu <u>não concordo</u> que óbito fetal fique no verde.</p> <p>E 5- [...] A febre com 38 ° c ela está na classificação amarela [...] mas precisa <u>rever</u> a realidade [...] de acordo com a realidade, o tempo [...]</p> <p>E 7 - Uma paciente que eu classifico como urgente, mas no meu entender ela se classificaria como muito urgente. No caso eu daria um amarelo para ela, mas ela se classificaria na realidade no laranja</p>	<p>Não está adequado</p> <p>Não concordo</p>	<p>8 URs / 16</p>

		<p>[...] o sistema não me dá diretrizes pra eu a colocar na cor que deveria ser a cor específica. <u>Não está adequado</u>.</p> <p>E 10- Uma paciente de vítima de violência ela não podia ficar esperando no amarelo, ela tinha que ser imediatamente ser atendida. <u>Não está adequado</u>.</p> <p>E11- Seria aí que teria que ter mudanças, nessa classificação que nós encontramos dificuldade para encaixar certo os sintomas, certas coisas que elas estão referindo que <u>não está adequado</u> ao nível de gravidade pelas cores registradas...</p> <p>E12 – [...] nem sempre bate, <u>não está adequado</u> a classificação, a cor, com os sinais e sintomas. Isso atrasa a urgência, o atendimento.</p> <p>E 15- o volume é muito grande perdemos tempo, então as pacientes classificadas como amarelas agente jamais, nunca consegue classificar ela em 30 minutos. Tem que <u>rever</u> [...]</p>		
--	--	---	--	--

APÊNDICE E

QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011) ANÁLISE DE CONTEÚDO

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
2ª- Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?	Tempo hábil da classificação de risco	<p>E1- Eu não encontro o que classificar, deixando o processo mais <u>demorado</u>, porque a gente fica perdendo tempo procurando o que se adequar a determinada situação.</p> <p>E 3 - Sim. Alguns riscos que não estão ainda colocados na nossa classificação de risco e você <u>perdem muito tempo</u> procurando.</p> <p>E 6 - Isso implica na <u>demora</u> da classificação [...] mas você ainda vai procurar e isso demora para você classificar.</p> <p>E 9- [...] a gente <u>perde o tempo</u> para a gente poder saber como a gente atende essa prioridade [...]</p> <p>E 12 - A gente não acha e perde muito tempo. Isso atrasa a urgência, o atendimento. Ai a <u>demora</u> [...]</p> <p>E 15- O tempo de classificação não condiz com o volume de atendimentos realizados na Santa Casa. Essa realidade é um nó. [...] tem uma diversidade clínica de pacientes que não deveriam estar aqui. Mas estão e a gente</p>	<p>Demorado</p> <p>Perde tempo</p>	7 URs / 16

		<p>tem que atender e aí <u>demora</u>.</p> <p>E16 – Eu mesmo fico me perguntando e procurando algumas situações ali, e você <u>perde</u> algum <u>tempinho</u>, <u>demora</u> [...]</p>		
--	--	---	--	--

APÊNDICE E

**QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
<p>2ª- Você encontra dificuldades ao utilizar o instrumento de coletas de dados do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP? Quais?</p>	<p>Desinformação</p>	<p>E 1- <u>Não fui treinada</u>, fui aprendendo no dia a dia da prática. <u>Não houve treinamento</u>. E 2 - <u>Não recebi treinamento</u>. E3 - Na verdade eu li e em treinamento, <u>não ofertado</u> pela triagem. E 4 – Conheço de cursos, oficina. <u>Não</u> da triagem [...] E 5 - <u>Sem treinamento</u>, não veio da Instituição [...] E 7 - Na realidade eu <u>não recebi o treinamento</u>, foi no meu setor colocado essa classificação e com o tempo nós pegamos os protocolos e estudamos como é feito. E 8 - <u>Não recebi treinamento</u> da Instituição [...] havia uma classificação de risco em que a gente com a nossa experiência a gente foi trabalhando nela [...] E 12 - Na verdade a gente não pode chamar de capacitação aquilo que você só expõe dados, mas <u>ninguém foi treinado</u>. Tanto não foi que a gente se perde. E 13 - Nós <u>não tivemos treinamento</u>. E 16 - <u>Não recebi treinamento</u> da Instituição.</p>	<p>Não houve treinamento</p>	<p>10 URs / 16</p>

APÊNDICE E**QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
3ª-Você concorda que o atual instrumento em uso para o registro do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP deva ser readequado?	De acordo com a readequação	<p>E 1- Eu acredito que <u>sim</u>, que facilite e otimize o atendimento da paciente.</p> <p>E 2- <u>Sim</u>. Com certeza.</p> <p>E 3 - <u>Sim</u>. Concordo.</p> <p>E 4 - Sim, necessita.</p> <p>E 5 - <u>Com certeza</u>. Concordo.</p> <p>E 6 - <u>Concordo</u> plenamente. Se a gente está tendo aí uma dificuldade tem que fazer aí uma modificação, para as coisas fluírem melhor.</p> <p>E 7 - Para nossa realidade eu acho que <u>precisa</u>. <u>É</u> muito <u>necessário</u> ser readequado.</p> <p>E 8 - <u>Com certeza</u>. Deve ser <u>sim</u> readequado com alguns critérios né em cima da sinalização vermelha, amarelo, verde, laranja, Azul.</p> <p>E 9 - <u>Sim</u>.</p>	<p>Sim</p> <p>Com certeza</p> <p>É necessário</p>	16URs / 16

		<p>E 10 - <u>Com certeza</u>. Na verdade, acho que tem que ser trabalhado com toda equipe obstétrica [...]</p> <p>E 11- <u>Com certeza</u>. Eu creio que nós devemos melhorar isso aí, para facilitar nossa classificação.</p> <p>E 12 -<u>Com certeza</u>.</p> <p>E 13 - <u>Sim</u>, deve ser mudado sim.</p> <p>E 14- <u>Sim</u>.</p> <p>E15 -<u>Sim. Com certeza</u>. A possibilidade de nós mesmos reavermos para melhorar e readequar à realidade do setor.</p> <p>E16- Eu acho que <u>sim</u>, deve ser revisto, discutido com a equipe [...]</p>		
--	--	---	--	--

APÊNDICE E

QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011) ANÁLISE DE CONTEÚDO

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
<p>4^a- No atual instrumento em uso para o registro do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP, o que você sugere incluir no campo de coleta de dados?</p>	<p>Sugestões e possibilidades no registro de dados.</p>	<p>E 1- No sistema já deveria <u>estar incluso</u> essas informações para a gente só acrescentar, como por exemplo: quantas gestações, número de partos, número de abortos, data da última menstruação, data provável do parto, idade gestacional. Devia ser colocado de uma forma completa e padronizado para que todos os enfermeiros que fazem a classificação de risco façam de uma forma padronizada o atendimento, pra que otimize o atendimento dela.</p> <p>E 2- Acho que sim, acho importante termos outra, seria assim, uma vista nossa, do que a gente está vendo naquele momento, como ela veio, porque que ela veio, como ela chega até nós. <u>Acrescentava</u> um subitem lá que ficava especificamente pro enfermeiro fazer anotações dessas informações.</p> <p>E 5 - O que poderia <u>acrescentar</u> eu acho que saturação de oxigênio, poderia ser um parâmetro que poderia ser colocado ali naqueles sinais vitais.</p> <p>E 6- [...] seria bom <u>acrescentar</u> pra marcar, completar e não tá digitando. Quer dizer você gasta tempo digitando [...]</p>	<p>Incluir</p> <p>Acrescentar</p> <p>Constar o que registrar</p>	<p>9URs / 16</p>

		<p>E 7 - Que seja registrado os dados obstétricos detalhadamente. Só completaria, porque aqui como é um setor de urgência, você tem que ser prático e objetivo [...] <u>acrescentar</u> dados que sejam objetivos. Esse item nessa forma objetiva seria muito bom para a gente ser mais ágil aqui, até na questão do nosso risco.</p> <p>[...] então acho que a gente pode <u>incluir</u> esse oxímetro que aqui não tem.</p> <p>[...] itens relacionados no caso a questão do seu pré-natal [...]</p> <p>E 9 – [...] o nível de consciência [...] se ela veio acompanhada, se não veio, se veio de ambulância, se veio uma referência, muitas vezes as pacientes chegam aqui sem referência [...]. Eu acho importante registrar, <u>constar o que registrar</u>, é interessante.</p> <p>E 12 - eu acho que já tinha que está lá, para ninguém nunca esquecer, porque é uma coisa importante. GPA e dum já tinha que está lá fixo [...]</p> <p>[...] seria interessante. <u>Acrescentar</u> a procedência [...]</p> <p>E 13 – [...] tem que vir os dados obstétricos pra depois o que ela tá sentindo, os sinais e sintomas.</p> <p>[...] <u>incluir</u> o SPO2 da paciente, porque eu acho que a gente deveria ter nosso oxímetro de pulso. Tem que <u>acrescentar</u>.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>E 16 – [...] rever realmente os critérios de avaliação desde o início da classificação em si. Eu acho essa questão tem que ser <u>acrescentada</u>, tem que ser colocado critérios que realmente te dê base, e esses critérios tem que ser revistos e tem que ser estabelecidos para a gente enquanto enfermeiro[...] facilitando essa abordagem.</p> <p>[...] se essa paciente de repente teve uma relação de cuidados, consulta do pré-natal, orientações do parto.</p> <p>Eu acho que é assim: priorizar paridade, multiparidade, abortamentos, partos normais, partos cesáreos, as complicações do parto, o que levou a essas complicações, se essa gestante teve alguma situação que levou de repente a abortos, números de abortos, o que levou a isso, a história regressa ou progressa da gestante, as morbidades [...] acho que tem que rever.</p>		
--	--	--	--	--

APÊNDICE E

QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011) ANÁLISE DE CONTEÚDO

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
<p>5- Quais os sinais e sintomas que você considera relevantes estar presentes nos eixos de classificação do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP?</p>	<p>Sugestões e possibilidades fluxogramas e discriminadores</p>	<p>E 1- <u>Incluir</u> casos de pacientes assintomáticos, que veio só para avaliação, pós datismo, pacientes que já vieram encaminhadas com quadro de sofrimento fetal, pacientes com redução de movimentos fetais [...]</p> <p>E 2- A ectópica, nós não temos nada que feche. Tem que <u>incluir</u>, fechar alguma coisa, não fechar diagnóstico.</p> <p>E 3 - Quando eu quero classificar, o que para a gente aqui é muito comum, o abdome agudo, ou gravidez ectópica, não tem um item gravidez ectópica. É um item que deveria ser <u>acrescentado</u> aqui na classificação.</p> <p>E 4- Eu acho que quando constam sinais vitais, eu acho que tem que abrir um leque tudo com relação a sinais vitais. Tem que <u>organizar</u>.</p> <p>B 5- Tem grávida que chega só com intercorrência clínica e não obstétrica. Acho que tem que organizar nos grandes eixos [...]</p> <p>[...] coisas assim que deixe o enfermeiro mais seguro, até mais esclarecido ao buscar as</p>	<p>Incluir acrescentar Organizar</p>	<p>12URs / 16</p>

		<p>informações. Acho que isso tem que ser revisto. Centralização é outra situação que eu não acho ali na busca.</p> <p>[...]os quadros alérgicos, pacientes grávidas com alergia, que chega com a crise alérgica, também é difícil de classificar. A gente não encontra.</p> <p>[...] as intercorrências clínicas precisam ser revistas em todos os campos.</p> <p>E 8- Naquele item parada ou redução dos movimentos fetais, tem uns itens lá que devem ser <u>acrescentados</u>, por exemplo: parada, o tempo que ela se queixa que o bebê não tá mexendo [...]</p> <p>[...] com relação a perda de líquido colocar, deveria ser acrescentado ali, na verdade com relação as ultrassonografias que elas trazem pra gente, por exemplo ILAS zero.</p> <p>E 10- A gente tem as ginecológicas de cisto de ovários, de mioma também, que não tem classificação no nosso. A gente acaba tendo as pacientes que são vítimas de violência [...] tem que priorizar, tem que <u>incluir</u>.</p> <p>E 12 - Eu acho que o atendimento seria mais ágil. Se tivesse as janelinhas. Pra gente também não ficar abrindo um monte de janela. <u>Tem que organizar</u>. Por isso que tem que agrupar. Eu já vou estar afinando a questão pra não perder o bendito do tempo.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>E 13 – <u>Incluir</u> ectópica que a gente vai lá e não acha.</p> <p>Pacientes que vem e são B 24 + [...] que não tem lá franco trabalho de parto. [...] às vezes elas não estão nem em trabalho de parto, não estão com nadinha, com sintoma nenhum. Então tem que organizar essa parte de B24.</p> <p>As vítimas de violência eu achava que tinha que mudar um pouco [...]</p> <p>E 14 - Então tem muita coisa que dá para retirar e tantas outras que tem como <u>acrescentar</u>.</p> <p>E 15- Faltam os sinais e sintomas clínicos.</p> <p>Paciente vítima de arma branca, vítima de arma de fogo e a gente não tem aí. Tem que <u>acrescentar</u>.</p> <p>A gente atende muita paciente, muita criança, doze, treze anos pra ter o bebê. Essas crianças não estão enquadradas aí [...] tem que dar uma prioridade, já dá uma laranja. E as velhinhas, setenta anos, porque a gente atende urgência ginecológica.</p> <p>E 16- [...] tem que ser revisto esses sintomas, ver o que realmente a gente tem de necessidade diante do atendimento da urgência. <u>Tem que organizar</u>.</p>		
--	--	--	--	--

APÊNDICE E**QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
<p>5- Quais os sinais e sintomas que você considera relevantes estar presentes nos eixos de classificação do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP?</p>	<p>Reajustar discriminadores nos Níveis de prioridades</p>	<p>E 2- Iminência de eclampsia. Nós temos os sinais e sintomas de uma iminência e os níveis pressóricos elevados e aí na nossa classificação ela entra praticamente só com uma cor laranja. Tem que reajustar [...]</p> <p>E 3- Relato de ausência de movimentos fetais por mais de 12 horas em 22 semanas, ou em maior que 22 semanas em risco verde. Se o atendimento do amarelo já demora muito imagine essa paciente que já está angustiada que o neném dela não mexe a tanto tempo aguardar o risco verde.</p> <p>Pacientes imunodeprimidas que estão aqui no amarelinho, que são as pacientes com CID B24, tem que <u>rever</u> a classificação dela. Ela pode chegar a trabalho de parto, trabalho de parto mais acelerado, ela pode estar chegando com outros sintomas, um sangramento, um descolamento, seja lá o que for. E não deixar isso aqui fechado só amarelinho pro B 24 [...] poderia estar <u>incluso</u> em outras situações, como trabalho de parto, franco trabalho de parto.</p>	<p>Organizar</p> <p>Incluir</p> <p>Rever</p> <p>melhorar</p> <p>Readequar</p>	<p>9URs / 16</p>

		<p>E 5- Eu acredito assim uma febre de 38° poderia aguardar 30 minutos. Pulseira amarela. Mas a gente não consegue atende-la em 30'. Ai que está o problema. E eu não sei até que ponto a gente tem que se <u>readequirar</u> a uma realidade de superlotação, ou se a gente tem que tentar resolver esse problema do tempo de espera.</p> <p>E 9- As pacientes B 24, as pacientes portadoras do vírus HIV, elas também são referência nossa [...] você vê essa dificuldade em classificar a paciente porque também a gente não consegue checar muito bem a prioridade dela, tem que readequirar [...] quando a gente vai procurar ela tá só numa classificação, ela não aparece nas outras cores [...] Ela tem que estar como um eixo principal, ela tem que está bem visível pra gente poder classificar ela.</p> <p>E 10- Uma paciente de vítima de violência ela não podia ficar esperando no amarelo, ela tinha que ser imediatamente ser atendida. Tem que <u>readequirar</u>. [...] puerpério infectado, então essas pacientes que o olhar tem que ser maior [...]</p> <p>E 11- Em relação ao nível de gravidade de cada caso. Seria aí que teria que ter mudanças, nessa classificação, que nós encontramos dificuldade pra encaixar certo os sintomas, certas coisas que elas estão referindo que não tá encaixando de</p>		
--	--	---	--	--

		<p>acordo com a [...] O nível de gravidade pelas cores registradas entendeu? Precisa <u>rever</u> muito essa classificação.</p> <p>E 13 - Pacientes que vem e são B 24 + que não tem lá franco trabalho de parto, por que às vezes ela vem parindo, às vezes não estão com dilatação. Então isso tem que ter lá, tem que. Porque a gente classifica elas como amarelas (só onde encontramos elas), mas elas estão parindo, então não são mais amarelas.</p> <p>E às vezes elas não estão nem em trabalho de parto, não estão com nadinha, com sintoma nenhum. Então tem que <u>organizar</u> essa parte de b24.</p> <p>E 14- [...] tem lá não grávida ou suspeita de gravidez com dor abdominal intensa, mas sempre no laranja. A gente poderia só <u>colocar</u> ali de acordo com a régua de dor, pra ver se teria como colocar ela. Ela tá com dor, mas é uma dor que dá pra classificar ela como amarelo, é uma dor, mas dá pra classificar como verde.</p> <p>E 15- [...] gestante vítima de arma branca e arma de fogo, é uma vermelha, claro, mas tu não tens aí escrito pra te classificar [...]</p>		
--	--	--	--	--

APÊNDICE E

QUADRO DE CODIFICAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011) ANÁLISE DE CONTEÚDO

Questões	Categoria empírica	Unidades de contexto	Unidades de registro	Frequência
<p>5- Quais os sinais e sintomas que você considera relevantes estar presentes nos eixos de classificação do Acolhimento com Classificação de Risco da FSCMP?</p>	<p>Sugestões e possibilidades na Otimização e agilidade do processo</p>	<p>E 2- Quando você classifica corretamente o <u>atendimento</u> é até mais <u>rápido</u>, já prioriza o atendimento dessa paciente.</p> <p>E 3- Alguns itens estão repetitivos de mais dentro da classificação. Acho que tem que ser ajustado, <u>organizar</u>.</p> <p>O item dor está incluso em tudo que é classificação de risco, eu acho que ele pode ser colocado apenas em um eixo. <u>Condensar</u>.</p> <p>O item sangramento também está muito repetitivo. Está tanto aqui no item sangramento, como no item perda de sangue via vaginal. A perda de sangue via vaginal já entra no item sangramento. Tem que <u>ajustar</u> realmente isso aí, tem que ser retirado.</p> <p>E 5- Tem que rever dor, em só dor, sangramento, tudo de sangramento. Sinais clínicos, tudo de sinais clínicos. <u>Agrupar</u>.</p>	<p>ajustar</p> <p>agrupar</p> <p>Atendimento rápido</p>	<p>09URs / 16</p>

		<p>E 6 - Tinha que <u>agrupar</u> os sintomas.</p> <p>E 7 - A questão do nível da dor, eu acho que deveria ter uma escala que fosse não aquela escala que a gente tem aqui no risco, mas que fosse uma escala só pra dor [...] [...] eu acho que tem que ser mais objetivo, mas de uma forma <u>condensada</u>, focada, um foco apenas. Não está sangramento em vários itens.</p> <p>E12- Paciente sangrando muito, está lá: hemorragia, sangramento, tudo que eu quero achar dentro do sangramento naquele foco lá, <u>agrupado</u>. Então eu já ia direto. Eu acho que o atendimento seria mais ágil.</p> <p>E 13- O sangramento. Não ter vários sangramentos pra gente achar. Tinha que <u>agrupar</u> [...] Tinha que agrupar ali, melhorar. Mais ou menos assim pra gente achar logo.</p> <p>E 14- [...] Então tem muita coisa que dá pra tirar e tantas outras que tem como acrescentar. Tem que <u>ajustar</u>.</p> <p>E 16- <u>Otimização</u> do registro, melhorar essa otimização, essa didática de lidar. Eu acho que sim, deve ser revisto...</p>		
--	--	---	--	--

APÊNDICE F

**QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Categorias Temática	Subcategorias	Categoria empírica	Unidades de Registro	Frequência
CATEGORIA I Conhecimento sobre o ACCR	Conhecimento e experiência profissional	Aprimoramento	vivência do dia a dia prática profissional	6URs/16
	Conhecimento e qualificação profissional	Aprimoramento	cursos treinamentos leituras	7URs/16

APÊNDICE F

**QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Categorias Temática	Subcategorias	categorias empírica	Unidades de Registro	Frequência
<p align="center">CATEGORIA II</p> <p>Dificuldades e limites frente ao instrumento de registro do ACCR</p>	<p align="center">Dificuldades no Campo da abordagem inicial do instrumento de registro do ACCR</p>	<p align="center">Satisfação no registro de dados</p>	<p align="center">Não precisa mudar</p> <p align="center">Não tenho dificuldade</p> <p align="center">Está adequado</p>	8URS/16
		<p align="center">Incerteza no registro de dados</p>	<p align="center">Nunca entendi</p> <p align="center">Incerteza</p>	2URs/16

APÊNDICE F

**QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Categorias	Subcategorias	Categorias empírica	Unidades de Registro	Frequência
<p align="center">CATEGORIA II</p> <p>Dificuldades e limites frente ao instrumento de registro do ACCR</p>	<p align="center">Dificuldade no Campo da classificação de risco do instrumento de registro do ACCR</p>	<p align="center">Insatisfação</p>	<p align="center">Não atende ao perfil Não voltado para obstetrícia Não adequado a realidade</p>	3urs/16
		<p align="center">Incompletude nos fluxogramas e discriminadores</p>	<p align="center">Incompleto Não encontro</p>	16urs/16

		Insegurança por repetição de dados	repetitivos	4urs/16
		Inconformidade nos níveis de prioridades	Não está adequado Rever Não concordo	8urs/16

		Tempo hábil da classificação de risco	Demorado Perda tempo	7urs/16
--	--	--	-------------------------	----------------

APÊNDICE F

**QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Categorias	Subcategorias	Categorias empírica	Unidades de Registro	Frequência
<p>CATEGORIA III</p> <p>Contribuições e proposta para readequação do instrumento de registro do ACCR</p>	<p>Instrumento de registro</p>	<p>De acordo com a readequação</p>	<p>Sim</p> <p>Com certeza</p> <p>É necessário</p>	<p>16URs/16</p>
<p>CATEGORIA III</p> <p>Contribuições e proposta para readequação do instrumento de registro do ACCR</p>	<p>Contribuições e propostas no Campo da abordagem inicial</p>	<p>Registro de dados</p>	<p>Incluir</p> <p>Acrescentar</p> <p>Constar o que registrar</p>	<p>9URs/16</p>

APÊNDICE F

**QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO SEGUNDO BARDIN (2011)
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Categorias	Subcategorias	Categorias empírica	Unidades de Registro	Frequência
<p align="center">CATEGORIA III</p> <p align="center">Contribuições e proposta para readequação do instrumento de registro do ACCR</p>	<p align="center">Contribuições e propostas no Campo da classificação de risco</p>	<p align="center">Fluxograma e discriminadores</p>	<p align="center">Incluir Acrescentar organizar</p>	12URs/16
		<p align="center">Reajustar discriminadores nos Níveis de prioridades</p>	<p align="center">Organizar Incluir Rever Melhorar Readequar</p>	9URs/16
		<p align="center">Otimização e agilidade no processo</p>	<p align="center">Ajustar Agrupar Atendimento rápido</p>	9URs/16