



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

NELMA DO SOCORRO CHAVES DOS SANTOS

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM  
UM HOSPITAL MATERNIDADE**

Palmas  
Julho/2016

NELMA DO SOCORRO CHAVES DOS SANTOS

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM  
UM HOSPITAL MATERNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Palmas  
Julho/2016



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**

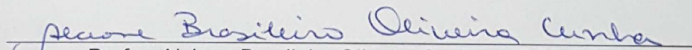
**Nelma do Socorro Chaves dos Santos**

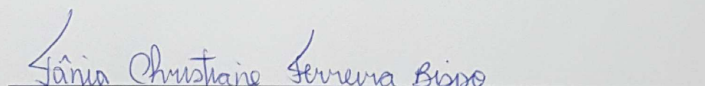
**“Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em um  
Hospital Maternidade”.**

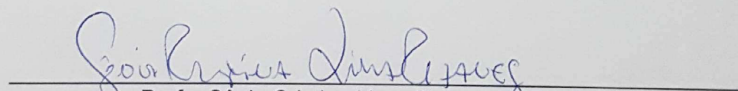
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 07 de julho de 2016

Banca Examinadora:

  
Profa. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha – ISC/UFBA

  
Profa. Tânia Christiane Ferreira Bispo – UNEB

  
Profa. Sônia Cristina Lima Chaves – ISC/UFBA

Salvador  
2016

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por me fortalecer e iluminar meus caminhos.

Aos meus pais (*in memoriam*), que partiram antes de me ver concretizar esse sonho.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alcione Cunha, pela orientação na condução deste trabalho e por me tranquilizar todas as vezes que pensei que não daria certo.

A amiga-irmã Ana Claudia Dias Bastos, pelo incentivo e colaboração nesse processo de aprendizado.

A Maristela Resende pelo apoio e ajuda sem medidas.

Aos amigos de turma de mestrado, que dividiram comigo seus conhecimentos e experiências.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva, pela dedicação e em dividir seus conhecimentos.

A Sônia Malheiros, secretária acadêmica da PPGRS, pela paciência e cuidado durante o curso e por agilizar os processos burocráticos.

Aos profissionais do serviço de acolhimento com classificação de risco do HMDR

A Secretaria Estadual de Saúde por oportunizar aos servidores, formação junto a Universidade Federal da Bahia.

Grata.

## RESUMO

O Programa Rede Cegonha propõe o Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em obstetrícia como uma de suas diretrizes, lançada pelo Governo Federal através da portaria nº 1.459 em 2011, para apoiar as maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil. Este estudo avaliou o grau de implantação do A&CR em uma maternidade pública. Trata-se de um estudo avaliativo do tipo avaliação do grau de implantação que utilizou uma abordagem qualitativa visando analisar as facilidades e desafios da implementação do dispositivo. Foi elaborado o modelo lógico do A&CR e para subsidiar aferição do grau de implantação das ações foram identificadas dimensões, critérios e parâmetros de julgamento, identificando facilidades, dificuldades e desafios para a implantação dessa diretriz. Os dados foram obtidos através de análise documental, 18 entrevistas semiestruturadas e observação de campo. As informantes-chaves foram os profissionais que atuam no A&CR (coordenador, enfermeiro, técnico em enfermagem), e usuárias do serviço. A análise dos dados foi feita com base na matriz, apresentando 43 itens para padrão de julgamento. O acolhimento com classificação de risco foi considerado satisfatório com 71% de implantação das ações. O julgamento do grau de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Maternidade Dona Regina Siqueira Campos foi considerado satisfatório, expressando também uma diminuição na avaliação para parcialmente satisfatório, nos critérios presença de grupo condutor do A&CR; resolutividade no atendimento; atendimento em tempo oportuno, escuta qualificada, e ainda no critério instrumentos de avaliação do nível de satisfação da usuária no atendimento do serviço, por não ter sido identificado o uso de tal instrumento. Considera-se relevante a experiência do A&CR para viabilizar o acesso em tempo oportuno, e para a própria responsabilização dos profissionais de saúde em relação à usuária e efetivação do vínculo de confiança.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Classificação de risco, Modelo de Assistência, Grau de implantação.

## ABSTRACT

The Program RedeCegonha (freely translated as Stork Network) proposes Welcoming with Risk Rating in obstetrics as one of its guidelines, launched by the Brazilian Federal Government through Ordinance No. 1459, in 2011, to support maternity and obstetric services in Brazil. This study evaluated the degree of implantation of Welcoming with Risk Rating in a public maternity. It is an evaluative study, from the kind implantation, that used a qualitative approach in order to analyze the facilities and challenges of the device implementation. It was elaborated the logical model of the Welcoming with Risk Rating and to support the assessment of the implantation degree of the actions, it was identified dimensions, criteria and judging criteria, identifying facilities, difficulties and challenges for the implementation of this guideline. Data were collected through document review, 18 semi-structured interviews and field observation. The key informants were the professionals who work in the Welcoming with Risk Rating (coordinator, nurse, nursing technician), and users of the service. Data analysis was based on the matrix, with 43 items to judgment standard. The Welcoming with Risk Rating was satisfactory with 71% of implementation of the actions. The judgment of the degree of implementation of the Welcoming with Risk Rating in the Maternity Hospital Dona Regina Siqueira Campos was considered satisfactory, also expressing a decrease in the assessment to partially satisfactory, in the criteria presence of Welcoming Risk Rating conductor group; resoluteness in attendance; timely service, qualified listening and also in the criteria evaluation tools of user satisfaction level on service attendance, for not have been identified the use of such instrument. It is considered relevant the Welcoming with Risk Rating experience to enable access in a timely manner, and for their own accountability of health professionals in relation to the user and to establish a trust bond.

**Key words:** Welcoming, Risk Rating, Assistencial Model, implantation Degree.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos.....	15
3. MARCO REFERENCIAL.....	16
3.1 Elementos Conceituais.....	16
3.1.1 Organização das redes de atenção.....	16
3.1.2 A política Nacional de Humanização e seus desdobramentos.....	17
3.1.2.1 Modelo de Assistência ao Parto – A Rede Cegonha.....	18
3.1.2.2 O acolhimento com classificação de risco.....	23
4. METODOLOGIA.....	26
4.1 Tipo de Estudo.....	26
4.2 Local da Pesquisa.....	27
4.3 Fontes de Dados e Técnicas de Coleta.....	28
4.4 Aspectos Éticos e Orçamento.....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1 Descrição do Modelo Lógico do Protocolo Acolhimento com Classificação de Risco. .....	35
5.2 Grau de implantação do A&CR no HMDR.....	37
5.3 Facilidades e dificuldades na implantação do A&CR no HMDR.....	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
7. RECOMENDAÇÕES.....	50
8. REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE A.....	55
APÊNDICE B.....	58
APÊNDICE C.....	59
APÊNDICE D.....	61
APÊNDICE E.....	62
APÊNDICE F.....	63
APÊNDICE G.....	64

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Síntese dos componentes da Rede Cegonha.....	21
Quadro 2 - Distribuição do número de informantes por categoria profissional, Palmas TO,2016.....	29
Quadro 3 - Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia, no HMDR.....	32
Quadro 4 - Distribuição dos escores em percentil por padrão de julgamento.....	34
Quadro 5 - Matriz de julgamento para avaliação do Grau de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia, no HMDR (completo).....	44
Quadro 6 - Síntese das facilidades da implantação do A&CR no HMDR.....	47
Quadro 7 - Síntese das dificuldades e desafios da implantação do A&CR no HMDR.....	48



## **LISTA DE DIAGRAMAS**

Diagrama 1 - Modelo lógico do programa rede cegonha.....	22
Diagrama 2 - O Modelo Lógico do Protocolo Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) para HMDR.....	36
Diagrama 3 - Modelo lógico do fluxo de atendimento no A&CR do HMDR.....	37

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

ACR	Acolhimento com classificação de risco
A&CR	Acolhimento e Classificação de Risco
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primaria de Saúde
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégias
HMDR	Hospital e Maternidade Dona Regina
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PQM	Plano de Qualificação de Maternidades
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RC	Rede Cegonha
SHU	Serviço Hospitalar de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SSVV	Sinais Vitais
UCI	Unidade de Cuidados intermediários
UCINCA	Unidade de Cuidados intermediários Canguru
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## 1. INTRODUÇÃO

A partir de meados da década de 80, importantes mudanças nas políticas voltadas para a saúde da mulher configuravam um novo paradigma, contrapondo-se ao modelo existente que privilegiava o binômio mãe-bebê e enfocava a atenção à mulher apenas no ciclo gravídico e puerperal. Tanto a reivindicação da atenção à saúde integral em todas as fases da vida quanto a de um novo modelo de assistência à gravidez e parto têm os mesmos pressupostos: empoderar a mulher, priorizar a saúde, e garantir o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (MAIA, 2010).

No Brasil, a implantação do SUS no início dos anos 90 vem possibilitando a incorporação de tecnologias nas diversas áreas e ações realizadas. Muito se avançou nos últimos 20 anos na elaboração de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher, cujo marco normativo foi influenciado fortemente pelo movimento feminista, redefinindo-se os aspectos da atenção ao parto. Em 2000, surge a Política de Humanização do Pré-natal e Parto (PHPN), sendo sua principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e Puerpério às gestantes e ao recém-nascido (MAIA, 2010).

No âmbito da atenção hospitalar, um dos dispositivos incorporados a partir de 2003, foi a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) organizando a atenção nas urgências e emergências mediante o Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2014a). Esse e outros programas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, são ações que vem sendo direcionadas de forma mais sistemática no SUS, como parte dos esforços intergovernamentais para redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil (CAVALCANTI et al., 2013).

Neste contexto, o Programa Rede Cegonha descreve o Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em obstetrícia, sendo uma de suas diretrizes lançada pelo Governo Federal através da portaria nº 1.459 em 2011, para apoiar as maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil (BRASIL, 2014b).

Por sua vez o Acolhimento e Classificação de Risco é uma estratégia capaz de acolher a mulher no ciclo gravídico puerperal e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência e emergência nos hospitais e maternidades.

Deste modo, viabiliza concretizar o princípio da equidade, já que possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada usuário. Permite assim, refletir e mudar os modos de realizar a assistência, pois questiona a clínica do trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o próprio acesso aos serviços. É considerada como uma intervenção potencialmente decisiva na reorganização da promoção da saúde em rede e dos processos de trabalho, podendo contribuir para maior satisfação do usuário e trabalhadores, ao aumentar a eficácia clínica e também por funcionar como estimulador de mudanças (formação de equipe de referência, gestão compartilhada da clínica, valorização do trabalho em saúde, etc.) (SENRA, 2010; MITRE SM et al., 2012; BRASIL, 2014b).

Franco et al., (1999), evidenciaram uma ampla compreensão do termo acolhimento, que dentro da política e enquanto diretriz operacional propõe uma inversão na lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, em que o serviço assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Diante disso, propõe: Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde garantindo a acessibilidade universal, assim, o serviço assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde, e por fim, qualifica a relação trabalhador-usuário que deve se dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Em que pese uma melhor gestão com qualidade dos serviços, associado à humanização do atendimento aos clientes e profissionais, Júnior & Matsuda, (2012) ressaltam, que ao falar em Acolhimento em especial no Serviço Hospitalar /emergência, é necessário que além de escuta e intenções, aconteçam ações em todos os níveis hierárquicos para que o resultado seja o “descongestionamento” e a resolução dos casos, de acordo com

a necessidade de cada agravo, em seu devido tempo e local. Nessa perspectiva Mitre SM et al., (2012) acrescenta que o acolhimento, ao ampliar o acesso dos usuários ao SUS na Atenção Primária de Saúde (APS), quando associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita principalmente a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde.

Desde a década de 90 algumas experiências concretas voltadas para a implantação de ações articuladas à vigilância da saúde e ações programáticas estão em curso voltadas para a melhoria da acessibilidade, do acolhimento e vínculo no âmbito da Atenção Primária. Neste contexto experiências exitosas como a operacionalização e reorganização do sistema de acolhimento foi evidenciado em São Paulo (SP); em Vitória da Conquista (BA) medidas adotadas com mecanismos e fluxos para o encaminhamento de usuários nos sistemas de serviços e em Betim (MG) o indicativo de experiência concreta, a constituição de uma “equipe de acolhimento”, que resultou na melhoria da recepção aos pacientes e no aumento da oferta dos serviços de saúde (SOLLA, 2005; SILVA et al., 2010; MADEIRA, 2006; GIOVANELLA et al., 2003).

Madeira, (2006) discute a experiência do Hospital Sofia Feldman que inseriu nas suas práticas a participação do controle social; gerenciamento balizado por planejamento estratégico situacional; gestão em saúde baseada na lógica do cuidado, com avaliação diária da assistência pelos usuários como sendo basicamente as responsáveis pela assistência humanizada. O autor conclui ainda que as práticas cotidianas para criar ferramentas de construção de novos arranjos institucionais são capazes de alimentar a luta pela cidadania mediante uma discussão crítica sobre nossos processos de trabalho, efeitos, e repercussões de nossas ações nos usuários e na instituição.

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, 2014b).

Compreender o acolhimento como fator de mudança, implica a competência de se colocar no cotidiano dos trabalhadores o hábito de “mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento seguimentos importantes dos serviços de saúde”, como sujeitos que se propõem a construção de algo novo a fazer no tempo presente àquilo que será nosso objeto futuro (FRANCO et al., 1999).

Conhecendo-se os desafios na implantação de uma tecnologia desse porte em que avaliar riscos e vulnerabilidade implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, sendo as portas de entrada dos serviços de saúde responsáveis em demandar o atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, acolhimento e classificação de risco configura-se como uma importante ferramenta de intervenção na reorganização e implementação da promoção da saúde em rede, extrapolando o espaço de gestão local definindo no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência da macro e micropolítica (BRASIL, 2006; SHIROMA e PIRES, 2011).

Nesse contexto essa pesquisa pretende avaliar qual o grau de implantação do acolhimento e classificação de risco em um hospital Maternidade em Palmas – Tocantins?

## **2OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1 Geral**

Avaliar o grau de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) no hospital maternidade, como uma das diretrizes das boas práticas para o programa Rede Cegonha.

### **2.2 Específicos**

- Elaborar o modelo lógico do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia no HMDR;
- Aferir o grau de implantação das ações do A&CR com base em critérios selecionados
- Identificar facilidades e desafios para a implementação dessa diretriz.

### **3 MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1 Elementos Conceituais**

##### **3.1.1 Organização das redes de atenção**

Os Modelos de atenção conferem a “razão de ser”, a racionalidade, a lógica que orienta a ação, preconizando modos tecnológicos de intervenção em saúde resultantes da equalização entre necessidades, determinantes, demanda e oferta de serviços (PAIM, 1999). Isso significa pensar a organização dos serviços de saúde buscando viabilizar a oferta do cuidado, de modo integral e garantindo a acessibilidade aos mesmos.

Portanto, o processo de busca e obtenção do cuidado em saúde representa o objetivo central de um sistema de saúde. Enquanto aspecto legal, a garantia de acesso está prevista na Legislação Brasileira. Contudo, dificuldades e obstáculos existentes no processo de atenção são referidos em diversos estudos (Travassos, et al.,2008), em particular na atenção às crianças e às mulheres em processo de parto (SANTOS et al., 2000; LEAL et al., 2005; SCHIMIDT & MADS, 2004; RAMOS & MADS, 2003).

Para contribuir para uma melhor organização dos serviços de saúde voltada para esse grupo, resguardando o direito ao parto e nascimento, foram estabelecidas as redes de saúde no âmbito da assistência ao parto, enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. E tem como objetivo, promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, e sanitária e eficiência econômica (PINHEIRO et al., 2006).

Por sua vez, as Redes de Atenção à Saúde são entendidas como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).



### 3.1.2 A Política Nacional de Humanização e seus desdobramentos

Brasil, (2014a) define por humanização um modo de fazer inclusão traduzida pelo seu método: o método da tríplice inclusão. Ou seja, nos espaços de atenção, gestão e formação em saúde – dos sujeitos, dos coletivos e dos efeitos que esse processo produz. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003, é uma política de saúde. Também chamada de HumanizaSUS. Ela não inaugura o tema humanização no sistema de saúde, mas muda seu sentido e estratégias. Construída para enfrentar e superar os desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde (PASCHE et al., 2010).

A PNH apresenta-se como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários (BRASIL, 2014a; PASCHE et al., 2010).

Arranjos coletivos de cogestão, a exemplo, de Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho de Humanização, Ouvidorias, Colegiado Gestor e outros são dispositivos que promovem a participação dos sujeitos no planejamento, execução e avaliação das práticas de saúde, permitindo disparar processos de mudança, sendo capazes de alterar dinâmica comunicacional e de concentração e circulação de poder nas organizações de saúde (PASCHE et al., 2011).

Brasil, (2014) descreve que a PNH vem apostando, compondo e articulando estratégias e agenciando experiências de apoio ao SUS. Destaca, portanto, experiências de apoio institucionais voltadas para humanização do parto e nascimento, experimentada no Plano de Qualificação de Maternidades (PQM) e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste proposto em 2009. O plano serviu para balizar a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), lançado em 2011, configurado como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito a atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS.

A PQM foi ação organizada e coordenada pela Política Nacional de Humanização e pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégias (DAPES), através de áreas

técnicas de saúde da criança e aleitamento materno e saúde da mulher, com a meta de qualificar 26 maternidades e aprimorar 16 estados da Amazônia Legal e do Nordeste. O plano traz a idéia de que reverter o atual panorama da assistência obstétrica e neonatal requer a produção de mudanças na cultura das organizações e inclusão de valores éticos, os quais sustentam novo sentido as práticas (Pasche et al., 2010). Sendo designado pelo ministério da saúde as maternidades um apoiador, que a partir de um plano de ação, com quatro diretrizes organizativas da intervenção: o acolhimento das gestantes, com classificação de risco (A&CR), a garantia do direito ao acompanhante com classificação da ambiência, gestação democrática, e a constituição de cuidados.

#### 3.1.2.1 Modelo de Assistência ao Parto – A REDE CEGONHA

Foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria Ministerial Nº. 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha (RC) que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, aborto e ao puerpério seguros, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Tem como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, a participação e a mobilização social e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (CAVALCANTI, 2013; BRASIL, 2011).

Entre as principais ações previstas estão ampliar o acesso e proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças; incentivar a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida, implementar o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto e organizar a rede de atenção à saúde da mulher e infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade. Essas ações devem favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgências obstétricas,

garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal, impactando assim nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.

A Rede Cegonha amplia o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) sob o ponto de vista da extensão territorial, como também reforça sua trajetória de se trabalhar como apoio institucional realizado nas maternidades. A RC vem agregando às diretrizes de humanização do PQM, como o Acolhimento com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito de acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiência (BRASIL, 2014b).

Nesse sentido a organização da RC está estruturada em quatro pilares (componentes): Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à criança e ainda o sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Quanto ao pré-natal o custeio é de 100%, garantindo-se o fornecimento de kits para as Unidades Básicas de Saúde bem como para as gestantes, além de garantia de todos os exames indicados durante o acompanhamento da gestação (BRASIL, 2011).

Na implementação dessa estratégia, foram considerados os critérios epidemiológicos como índices de mortalidade materna e infantil, além de aspectos como densidade populacional. Na sua operacionalização, tem-se investido um conjunto de recursos e estratégias de parcerias para um trabalho Interfederativo. O foco estratégico da RC está na redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente em seu componente neonatal.

O Programa tem como objetivos fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. E como diretrizes, garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Neste estudo foi priorizado o componente relacionado ao parto e nascimento (Diagrama I) que se refere entre outros, à suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais, a ambiência das maternidades orientadas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da ANVISA (BRASIL, 2011).

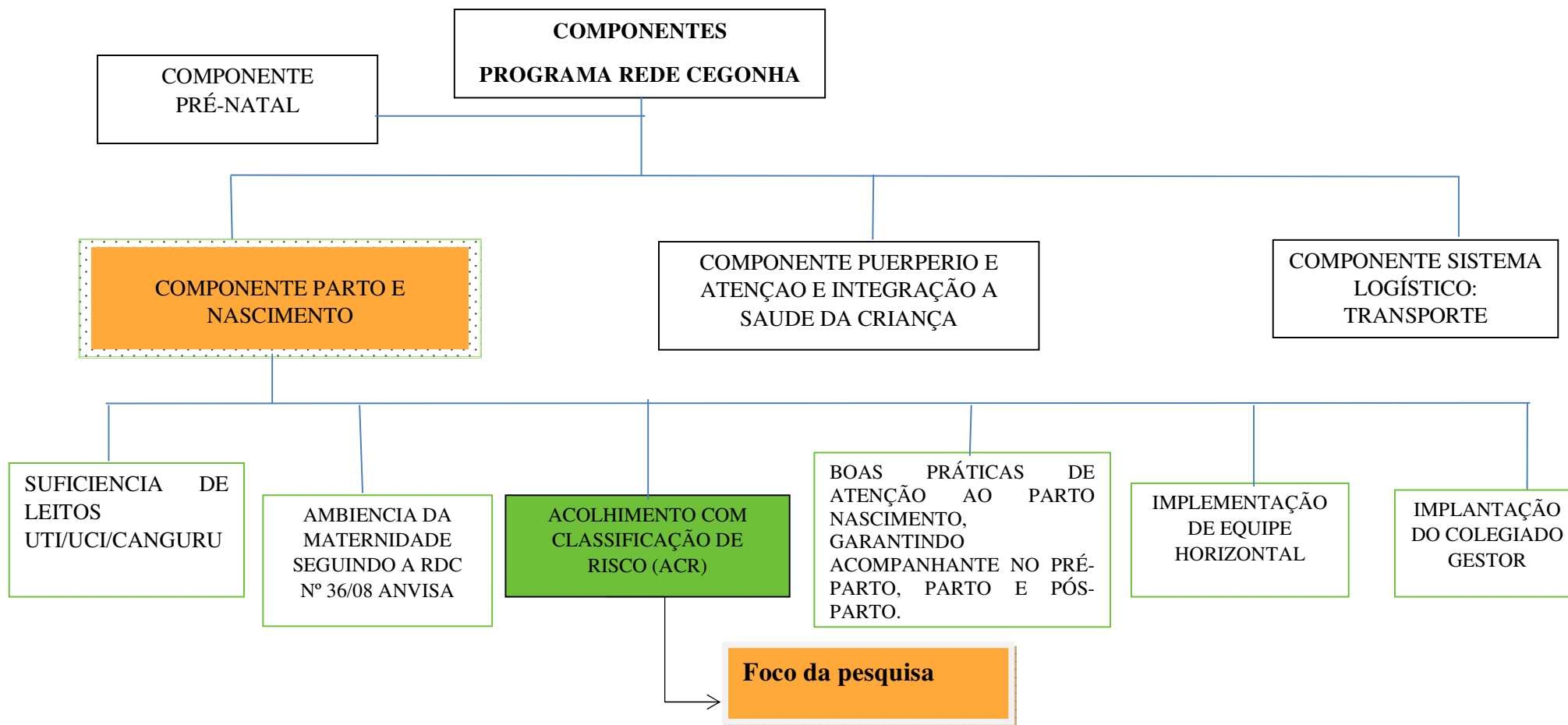
Ressaltando que os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Quadro 1- Síntese dos componentes da Rede Cegonha

Componente PRÉ-NATAL:	Componente PARTO E NASCIMENTO:	Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:	Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:
<p>Pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS); Captação precoce da gestante e qualificação da atenção; O acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;</p>	<p>Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru);Ambiência das maternidades orientadas pela resolução da Diretoria Colegiada(RDC) nº 36/2008 da ANVISA; Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;</p>	<p>Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento</p>	<p>Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha.</p>
<p>Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco; Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto</p>	<p>Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica neonatal</p>	<p>Busca ativa de crianças vulneráveis; Implantação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados a saúde sexual e à saúde reprodutiva</p>	<p>Implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; a implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames)</p>
<p>Qualificação do sistema e da gestão da informação; Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva; Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; Apoio às gestantes nos deslocamentos para consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.</p>	<p>Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal e à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.</p>	<p>Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; orientação e oferta de métodos contraceptivos.</p>	<p>Garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.</p>

Fonte: Brasil, (2011) Programa Rede Cegonha.

Diagrama 1 – Modelo lógico do programa rede cegonha



Elaborado pela autora a partir da fonte: Brasil, (2011) Programa Rede Cegonha

### 3.1.2.2 O acolhimento com classificação de risco

Dentre as diretrizes da Rede Cegonha (RC) está o Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) em obstetrícia, apoia as maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil. Com objetivos de ampliar o acesso e proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças; incentivar a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida, implementar o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto; organizar a rede de atenção à saúde da mulher e infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e ainda reduzir a mortalidade materna e infantil. Favorecendo a organização das portas de entrada dos serviços de urgências obstétricas, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal, impactando assim nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2011).

No dicionário Aurélio a palavra ACOLHIMENTO

É o ato ou efeito de acolher, recepção. Atenção, consideração. Refúgio, abrigo, agasalho. ACOLHER significa dar acolhida ou agasalho a. Dar acolhida a; receber. Atender. Dar crédito a, dar ouvidos a. Admitir, aceitar. Tomar em consideração; atender a. Abrigar, agasalar. Agasalar-se, hospedar-se. Abrigar-se, recolher-se. Refugiar-se; amparar-se (FERREIRA, s/d,p.27).

A tradução de acolhimento, enquanto recepção nos remete a pensar em ato, mas não deve se limitar ao ato de receber e nem a um único setor, a recepção da unidade de saúde deve ser uma sequência de atos e modos que compõe o próprio processo de trabalho em saúde. O significado do verbo acolher dá ideia de ação do acolhimento, assim considera aquilo que o outro traz, ouvi e considera suas queixas. Nascimento, (1981) faz distinção entre “acolhida” e “acolhimento”, sendo o primeiro o ato de acolher e o segundo o modo de acolher.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, através de princípios como atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para a equipe multiprofissional e ainda qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania. Assim o acolhimento deixar de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as necessidades dos cidadãos (FRANCO et al., 1999; BRASIL, 2006).

Este dispositivo pode ser entendido como uma intervenção. Esta é vista como um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) que estão organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma “situação problema”. E o dispositivo definido como tradução das diretrizes em arranjos operativos que irão funcionar visando promover mudanças nos processos de trabalho inseridos nas práticas de atenção e gestão. (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000; FILHO, 2009; MITRE et al., 2012).

O acolhimento aparece ainda como uma ferramenta, uma estratégia, e arranjo tecnológico utilizado para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde, garantindo acesso em serviços humanizados, resolutos e de qualidade com a responsabilização coletiva dos trabalhadores as necessidades dos usuários (Leite et al.,1999; Sena-Chompré et al., 2000; Schimith et al., 2004). Para Cavalcante Filho et al., (2009) o conceito de acolhimento na atenção primária de saúde foi introduzido como dispositivo para ampliar acessibilidade aos serviços de saúde, estruturar o processo de trabalho centrado nas necessidades da população, com potencial para formar novas maneiras de produzir o cuidado.

O primeiro país a desenvolver o sistema de ACR foi a Austrália, na década de 1990, e utilizava-se 5 níveis de classificação de pacientes que, do ponto de vista de espera para o atendimento, entendia que o tempo de espera poderia variar entre zero e 120 minutos (JUNIOR &MATSUDA, 2012).

O manual de classificação de risco, é define como uma ferramenta de apoio à decisão clinica que se desenha no propósito de que a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permite um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidencias científicas existentes. Basicamente são realizadas orientações e analise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida, evitando assim, peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica evitando demora, que resultam em desfechos desfavoráveis, e por fim viabilizando acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso (BRASIL, 2014b). Para a classificação do risco são identificadas grupo de prioridade e cores, conforme descritas para melhor entendimento:

- **1º Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha) – Emergência:** Atendimento imediato pela equipe médica e de enfermagem, encaminhando diretamente para o pré-parto e parto (PPP), Bloco cirúrgico ou Sala vermelha.
- **2º Grupo – Prioridade I (Laranja) - Muito Urgente:** Atender em até 10 minutos e encaminhar para consulta médica priorizada.



• **3º Grupo – Prioridade II (Amarelo) – Urgente:** Atender em até 30 minutos e encaminhar para consulta médica prioritizada. Reavaliar periodicamente.

• **4º Grupo – Prioridade III (Verde) - Pouco urgente:** Atender em até 120 minutos e encaminhar para consulta médica sem priorização. Informar expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente. Pacientes 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.

• **5º Grupo – Prioridade IV (Azul) - Não urgente:** Encaminhar para o Serviço Social para atendimento, orientação e encaminhamento para a Atenção Básica (UBS) através de documento escrito (anexos elaborados), para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência.

O protocolo de classificação de risco também utiliza categorias de classificação, identificadas e comentadas a seguir:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental
2. Avaliação da respiração e ventilação
3. Avaliação da circulação
4. Avaliação da dor (escalas)
5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos)
6. Fatores de risco (agravantes presentes)

➤ **Avaliação sumária do nível de consciência:** Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

➤ **Análise Primária:** o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

• **Vias Aéreas:** incapacidade de manter via aérea pérvia, estridores inspiratórios e expiratórios representam grave risco.

• **Respiração:** a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apnéia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Pode haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.

• **Circulação:** a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.

• **Hemorragia:** na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

Foi realizado estudo avaliativo do tipo grau de implantação que utilizou uma abordagem qualitativa visando analisar as facilidades e desafios da implementação do dispositivo.

Para Contandriopoulos et al, (2000) “avaliar” consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Por implantação entende-se a transferência, em nível operacional, de uma intervenção sendo que o processo de implantação de uma intervenção representa uma etapa distinta e posterior à decisão de adotar uma mudança. Discutindo ainda, que a avaliação da implantação demonstra bem a utilidade do tipo de avaliação e permite ampliar o leque de parâmetros considerados quando se trata de julgar o valor de uma intervenção. A avaliação de implantação consiste em estudar a relação entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação tendo como principal objetivo identificar fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção (CHAMPAGNE & DENIS, 2000).

Neste estudo, foi realizado um estudo de caso único (Yin, 2015), voltado para a avaliação do grau de implantação de uma intervenção, que se faz por meio da comparação entre o que está previsto nos documentos da intervenção (política, plano, programa) com as ações desenvolvidas na prática.

Para tanto, foi necessário descrever os principais componentes da intervenção contemplando minimamente: os objetivos, as ações necessárias e resultados esperados a partir da elaboração do modelo lógico da intervenção.

Para elaboração do modelo lógico (ML) foram analisados documentos ministeriais/portarias e legislações (Brasil, 2014b). Neste estudo, foi abordado o componente 01 da análise de implantação, voltado para a avaliação do grau de implantação de uma intervenção, que se faz por meio da comparação entre o que está previsto nos

documentos da intervenção (política, plano, programa), a partir do qual foram definidas dimensões e critérios para análise (Quadro 3).

O Modelo Lógico preliminar descreve a sequência de eventos relacionados com a mudança decorrente da intervenção, sintetizando os principais elementos do programa em uma figura de como o programa funciona. É apresentado sob a forma de um esquema visual que explica como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados (Medina et al., 2005). Cassiolato & Guerresi, (2010) completam que o modelo lógico compartilha a compreensão das relações entre os recursos disponíveis para as ações programadas e as mudanças ou resultados que se espera alcançar.

Champagne e Deniset al., (2000) destacam que a intenção do modelo lógico operacional é apresentar o ideal que a intervenção deveria produzir se as atividades e ações planejadas fossem realizadas, mas não leva em consideração possíveis barreiras para execução e as mudanças desejáveis. E ainda que represente as relações entre objetivos proposto pela intervenção e seus efeitos, incluindo as relações entre atividades planejadas e as mudanças ou resultados que a intervenção pretende alcançar.

## **4.2 Local da Pesquisa**

O Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos é uma instituição assistencial de saúde de natureza pública, criada em 1999, sua estrutura física era um hotel da cidade e foi transformado em unidade hospitalar, sob a gestão e gerência da Secretaria Estadual de Saúde, classificada como Hospital de Porte III, credenciado como Serviço Especializado de Assistência à Mulher e ao Recém-Nascido de Alto Risco, e é a única maternidade exclusivamente pública de referência em alto risco em Tocantins.

Localizado na região Capim Dourado, ponto estratégico na Rede de Atenção à Saúde do Estado do Tocantins, referência para a região centro sul do estado em atendimento de urgências/emergências clínicas e cirúrgicas ginecológicas - obstétricas; alta complexidade em neonatologia (Macro – Região); atendimento as vítimas de violência sexual; ambulatório de gestação de alto risco e medicina fetal; cirurgias eletivas ginecológicas; laqueaduras tubárias - referência para média e alta complexidade, com abrangência estadual. O Hospital é também a única referência estadual para pacientes

cirúrgicos neonatais, sendo a única maternidade pública que conta com a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) no Tocantins.

### **4.3 Fontes de Dados e Técnicas de Coleta**

Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas:

Análise documental - através de documentos oficiais e relatórios técnicos, que possam dar evidência do funcionamento do A&CR no Hospital, como livros de registros de atendimento, manuais técnicos produzidos pela equipe do A&CR, portarias ministeriais, e ainda produção científica.

Entrevistas semiestruturadas - Aplicadas a profissionais que atuam no A&CR compreendendo o coordenador, enfermeiros e técnicos em enfermagem, após explicação dos objetivos da pesquisa, oferecido ao informante um tempo de 2 horas para entrega do mesmo, tempo necessário, visto que, o profissional estava desenvolvendo sua atividade laboral (apêndice C). Também foram informantes chaves, as usuárias do serviço, visando acrescentar o olhar do usuário atendido no Hospital (apêndice D). Nesse caso, a entrevista deu-se na recepção do hospital, onde as usuárias aguardavam após classificação de risco, abordadas uma a uma, e solicitado que participasse da pesquisa, explicando a importância da mesma, e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice E).

Observação sistemática – Embasada nos pressupostos do manual de acolhimento com classificação de risco em obstetrícia, publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, e mediante roteiro de observação (apêndice B). A pesquisadora considerou importante observar o funcionamento na prática do serviço, aumentando assim, a validade das “falas” dos informantes chaves.

Dados secundários – produzidos pelo HMDR, documentos elaborados por gestores institucionais.

Como informantes chaves dessa pesquisa foram identificadas: 01 enfermeiro coordenador, 05 técnicos em enfermagem e 05 enfermeiros assistenciais, e ainda 07 usuárias. No critério de exclusão da pesquisa: 02 usuárias não aceitaram participar da

pesquisa, totalizando 18 informantes. Para a garantia do anonimato dos mesmos foi utilizado letras como código para substituição dos nomes, devidamente identificadas como U (usuária), T (técnico em enfermagem), E (enfermeiro), e ainda, EC (enfermeiro coordenador).

Os profissionais de enfermagem envolvidos na pesquisa foram 06enfermeiras (incluindo uma coordenadora do serviço) que se caracterizam pelo período de experiência no serviço entre 3 a 6 anos de atividade laboral, e 05técnicos em enfermagem destacando um período de 6 a 15 anos de tempo de serviço no HMDR. A equipe de enfermagem em sua maioria foi capacitada para atuação no serviço de ACR, a capacitação é feita de 2 em 2 anos segundo relato da coordenadora do serviço, identificando 2 técnicos e uma enfermeira que ainda não passaram por capacitação.

As usuárias caracterizam-se pela faixa etária entre 27-34 anos, com formação no ensino médio completo na sua maioria, identificando ainda 02 usuárias com ensino superior completo. A história gestacional na sua maioria é de primeira gravidez, e com residência em Palmas.

Quadro 2 – Distribuição do número de informantes por categoria profissional, Palmas TO, 2016.

Informante chave	n	%
Enfermeiro	5	28
Técnico em enfermagem	5	28
Coordenador	1	5
Usuário	7	39
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados. Elaboração própria.

A análise dos dados foi feita com base na matriz, apresentando 44itens para padrão de julgamento, elaborada em função do modelo lógicopreliminar do programa. A planilha contempla dimensões, critérios, e padrão para viabilizar o julgamento do grau de implantação. Onde a dimensão infraestrutura, refere-se aos critérios estrutura física e

ambiência no serviço, equipe de recursos humanos no A&CR, equipe de retaguarda para os atendimentos no ACR e retaguarda complementar, ambos, se necessário, e que neste estudo foi identificado como retaguarda ao desdobramento do atendimento no A&CR, visto que, não é requisito para implantação do serviço de classificação de risco (Quadro 3).

A dimensão acesso ao serviço e ao atendimento foi avaliada como critério, se o usuário entende que o hospital tem localização de fácil acesso a carros e linhas de ônibus, sinalização em portas de entrada e internamente no hospital, e se existia espaço adequado para embarque e desembarque de carros e ambulância.

A dimensão manual, rotinas de trabalho e protocolos, tem como critérios a utilização pelo serviço de fichas para classificação do risco obstétrico, normas e rotinas a partir do protocolo de A&CR; atendimento e capacitação, evidenciando nessa dimensão, os critérios de atendimento da equipe multiprofissional caso seja necessário, e capacitação para o A&CR (Quadro 3).

E por fim temos a dimensão melhoria do atendimento a usuária e acompanhantes, com critérios como resolutividade no atendimento e a existência de instrumentos avaliativos para a melhoria do serviço.

Foram estabelecidos critérios, formulados com base na revisão de literatura sobre o tema, para cada critério selecionado, foram descritos os padrões esperados, identificando a situação considerada como “satisfatório”, “parcialmente satisfatório”, “pouco satisfatório” e “insatisfatório”, com suas respectivas pontuações. Levando em consideração o foco do estudo foi atribuído peso para dimensão infraestrutura e acesso ao serviço e ao atendimento (40 pontos), dimensão manual/protocolos e atendimento/capacitação (40 pontos), e ainda 20 pontos para a dimensão escuta qualificada e melhoria do atendimento a usuária e ao acompanhante (Quadro 3).

No critério estrutura física e ambiência do serviço, foram determinados padrões como a presença de: sala de espera, recepção com balcão baixo e sem barreira de comunicação, sala exclusiva para classificação de risco, luminosidade adequada, banheiros masculino e feminino, ar condicionado, computador e cadeiras; e ainda, equipe de retaguarda para atendimento no A&CR, e retaguarda complementar caso seja necessário identificado com padrões relacionados à equipe multiprofissional, e recursos que viabilizem a efetivação de

esclarecimento diagnóstico; equipe de recursos humanos para atuação no A&CR (Quadro 3).

No critério acesso ao serviço e ao atendimento com os padrões: local de fácil acesso de transporte público, existência de espaço adequado para embarque e desembarque de ambulâncias e sinalização na porta de entrada e área interna do hospital.

Os critérios como fichas de classificação de risco e protocolo tiveram como padrões o registro de verificação de cuidados de enfermagem (verificação de sinais vitais) da usuária pelo técnico em enfermagem; encaminhamento conforme classificação de risco; Atendimento alcançável de qualquer profissional da equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social, fisioterapeuta etc.); Realização de capacitação para atuação no A&CR, existência de registros de treinamentos ou capacitações para os profissionais que ali atuam (enfermeiro e técnico). E ainda a formação de grupo de condução do A&CR e equipe matricial de humanização.

A última dimensão é vista como a escuta qualificada e a melhoria do atendimento a usuária e acompanhante, que traz como critério a resolubilidade do atendimento e instrumentos avaliativos para melhoria do serviço. Cito alguns padrões a serem julgados: atendimento em tempo oportuno (pouco tempo de espera); presença de instrumento de avaliação do nível de percepção de satisfação da usuária no atendimento do serviço, existência de monitoramento de indicadores e de divulgação e participação em eventos inerentes ao A&CR.

Quadro 3 - Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia, no HMDR.

<b>Dimensão</b>	<b>Critérios</b>	<b>Padrão de julgamento</b>
Infraestrutura (35 pts.)	Estrutura física e ambiência no serviço (10 pts.)	Presença de sala de espera (1); recepção com balcão baixo e sem barreira de comunicação (1); sala exclusiva para classificação de risco (1); luminosidade adequada (1); Banheiros masculino e feminino (1); Presença de ar condicionado (1), Cadeiras suficientes (1), computador (1); consultório de enfermagem (1); sala para classificação de risco com saída direto na para recepção(1).
	Equipe de recursos humanos no ACR (10 pts.)	Presença de Enfermeiro, Técnicos em enfermagem na Classificação de Risco em todos os horários (ininterruptos) - (10).
	Equipe de retaguarda Para o atendimento no ACR (10 pts.)	Presença de: equipe multiprofissional (assistente social (3), psicólogo (4), fisioterapeuta (1); Seguranças e agente de portaria (1) e recepcionista (1)
	Retaguarda complementar ao ACR (5 pts.)	Presença de: consultórios médico (1); centro cirúrgico (1); sala de PPP (Pré-parto e pós-parto) -(1); laboratório e serviço de imagem (Rx e ultrassonografia) -(1); Cardiotocografia e sonar (1).
Acesso ao serviço e ao atendimento (5 pts.)	Área de embarque e desembarque de ambulância; Localização fácil do hospital com acesso fácil a carros e linhas de ônibus; Sinalização em porta de entrada e área interna do hospital (5 pts.)	Existência de: espaço adequado para embarque e desembarque de ambulâncias (usuários) - (2); Local de fácil acesso de transporte pública (2), e sinalização na porta de entrada e área interna do hospital (1).
Manual e rotinas de trabalho / Protocolo (10 pts.)	Fichas para classificação do risco obstétrico; Normas e rotinas. (10 pts.)	Existência de: manual de ACR (documento que descreve o passo a passo das atividades desenvolvidas no setor) -(5); Fichas de classificação de risco(5)
Atendimento e capacitação (20 pts.)	Atendimento multiprofissional (10 pts.)	Registro do atendimento na recepção e acolhimento da usuária (preenchimento de GPA) (1); Registro de verificação de cuidados de enfermagem (verificação de sinais vitais) da usuária pelo técnico em enfermagem (2); encaminhamento conforme classificação de risco (1); Atendimento alcançável de qualquer profissional da equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social, fisioterapeuta etc.)- (1); Acolhimento e atendimento da enfermeira que classifica o risco obstétrico com orientação e



		direcionamento da usuária (2); Atendimento médico conforme classificação do grau de risco obstétrico (2); Encaminhamento ao serviço social e/ou outro profissional da equipe (1);
	Capacitação para oACR (10 pts.)	Realização de capacitação para atuação noACR (5) Existência de registro de treinamento ou capacitação para os profissionais que atuam no ACR – enfermeiros e técnicos em enfermagem- (5).
Formação de equipe (10 pts.)	Equipe matricial de humanização e condução do ACR (10 pts.)	Presença de equipematricial de humanização (5),Grupo de condução do ACR (5).
Escuta qualificada e melhoria do atendimento a usuária acompanhante (20 pts.)	Escuta qualificada (10pts)	Orientação à usuária quanto ao tempo de espera (5); Informação a usuária quanto à classificação de risco (5).
	Resolutividade do atendimento(5 pts.)	Atendimento em tempo oportuno (pouco tempo de espera) -(3); Viabilização de exames que esclareçam diagnósticos e respaldem a conduta dos profissionais que realizam a assistência (2).
	Instrumentos avaliativos para melhoria do serviço (5 pts.)	Presença de instrumento de avaliação do nível de percepção de satisfação da usuária no atendimento do serviço (2); Existência de monitoramento de indicadores (2); Existência de divulgação e participação em eventos inerentes ao ACR (1).
Total = 100 pontos		

Fonte: elaborado pela autora a partir do protocolo do A&CR em obstétrica (BRASIL, 2014b).

E assim com a soma da média de cada critério ou padrão foi possível obter a pontuação máxima para as diferentes subdivisões estimando o grau de implantação do acolhimento com classificação de risco na maternidade. Após a coleta de dados foram distribuídos em planilhas Excel, planejando as respostas obtidas. Respeitando na média aritmética uma casa decimal. Dessa forma foi possível elaborar uma análise quantitativa e qualitativa das diversas respostas.

Os dados foram levantados e consolidados na matriz de julgamento com a diferença percentual entre a pontuação máxima e a obtida em cada dimensão de acordo com os quartis estipulados, e a partir da somatória dos valores observados em cada critério foi possível classificar o grau de implantação em:

Quadro 4 – Distribuição dos escores em percentil por padrão de julgamento.

<b>Julgamento</b>	<b>Escore final (%)</b>
<b>Satisfatório</b>	7,5 - 10
<b>Parcialmente satisfatório</b>	< 7,5 - 5,0
<b>Pouco satisfatório</b>	< 5,0 - 2,5
<b>Insatisfatório</b>	< 2,5

Fonte: elaborado pela autora.

#### 4.4 Aspectos Éticos e Orçamento

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde coletiva da Universidade Federal da Bahia, através do parecer nº 1.460.632, de 22 de março de 2016 (anexo I).

A pesquisa seguiu as normas do CNS – Conselho Nacional de Saúde - resolução nº 466/2012 no que concerne a confiabilidade dos dados, sigilo das informações, garantia de anonimato e uso dos dados apenas para fins científicos. E a portaria da Secretaria de Saúde (SESAU) do Estado do Tocantins nº 796 de 27/06/2014 que regulamenta a coleta de dados para fins de pesquisa em Unidade sob Gestão da SESAU (anexo II).

Todos os que concordaram em participar da pesquisa, preencheram e assinatura o Termo de Consentimento Livre e esclarecido – TCLE (apêndice E), para coordenador do

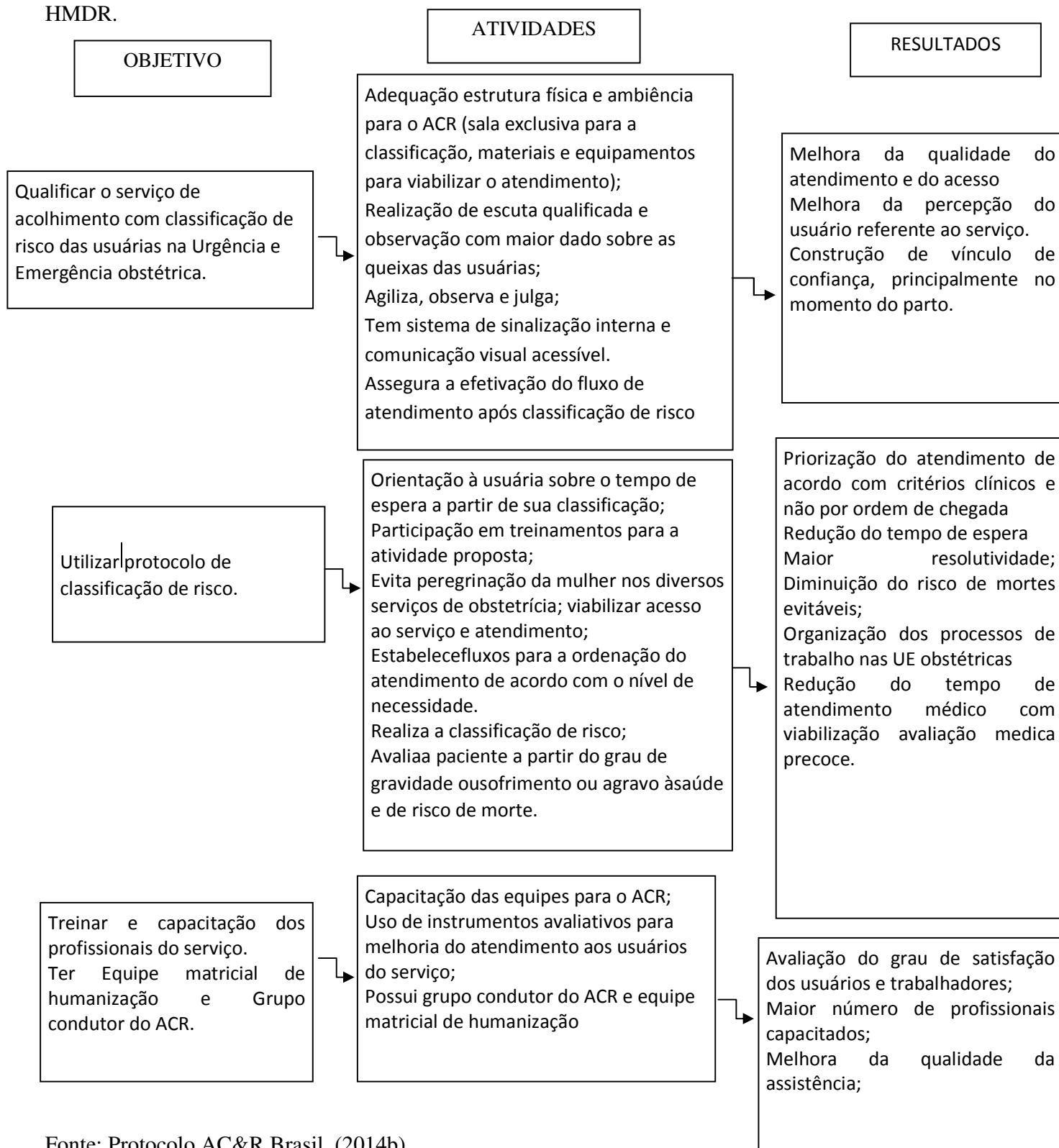
serviço apêndice B, para equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico em enfermagem) apêndice C, e ainda apêndice D para usuárias do serviço. Sendo o termo de anuência institucional devidamente assinado (apêndice F) pelo gestor. A pesquisa foi realizada com recursos próprios da pesquisadora.

## **5 RESULTADOS E DICUSSÃO**

### **5.1 Descrição do Modelo Lógico do Protocolo Acolhimento com Classificação de Risco**

O modelo lógico elaborado considerou como principais objetivos da intervenção a necessidade de ter uma equipe qualificada no serviço de acolhimento com classificação de risco das usuárias na Urgência e Emergência obstétrica, mediante adequação de estrutura física e infraestrutura instalada, assim como, escuta qualificada, agilidade, observação e julgamento, assegurando efetivo fluxo de atendimento após classificação do risco. Entendendo que o segundo objetivo, utilização do protocolo do A&CR, evita que a usuária peregrine por diversas unidades hospitalares sem resolutividade de seu problema, estabelecendo ordenação no atendimento a partir do nível de risco. O objetivo de treinar e capacitar movimenta a equipe para o desenvolvimento do serviço, com consequente qualificação de todos os envolvidos no serviço, assim como ter um grupo condutor do A&CR responde as indicações do protocolo, possuindo a responsabilidade de entre outras, desenvolver meios de avaliação do serviço, que possam melhorar o serviço ao trabalhador e o atendimento ao usuário.

Diagrama 2 - O Modelo Lógico do Protocolo Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) para HMDR.



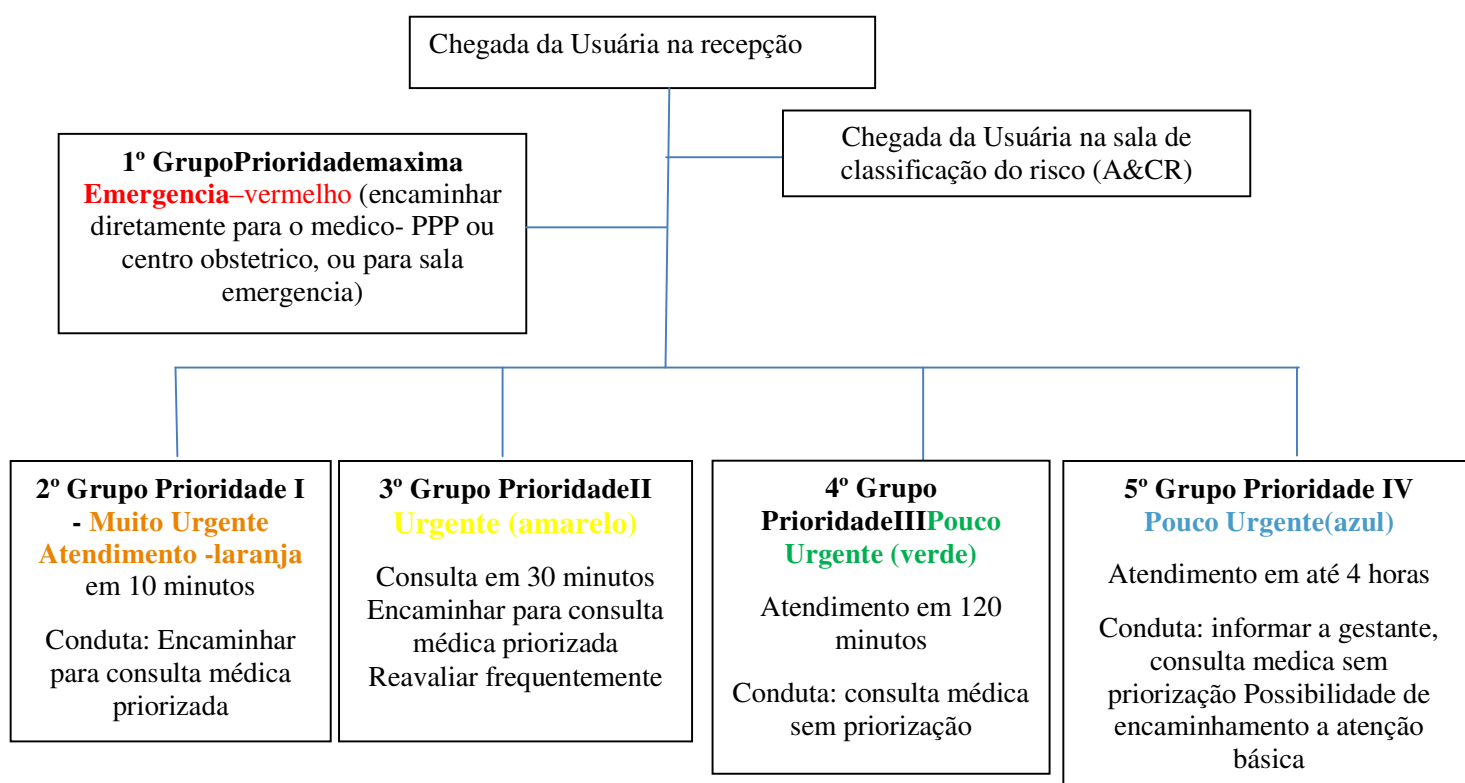
Fonte: Protocolo AC&R Brasil, (2014b)

## 5.2 Grau de implantação do A&CR na HMDR

O Acolhimento com Classificação de Risco foi considerado satisfatório com **71%** de implantação das ações identificadas no Modelo lógico. A partir das diferentes técnicas de coleta, houve convergência, sendo bastante favoráveis os resultados observados, descritos na Matriz de Análise (Quadro 5).

Essa unidade hospitalar iniciou o processo de discussão sobre a implantação do A&CR com a elaboração de requisitos para referência e contra referencias no serviço. Atividades foram iniciadas para divulgar, capacitar e assegurar a implantação com vista ao querer da gestão local e estadual. A adequação da estrutura e ambiência, a sensibilização de toda equipe multiprofissional, a elaboração do formato desse dispositivo e a proposta de um novo modelo de assistência tomava corpo a partir da decisão dos gestores para implantação. Abaixo modelo do fluxo do A&CR no HMDR, conforme protocolo (Diagrama 3).

Diagrama 3 – Modelo lógico do fluxo de atendimento no A&CRdo HMDR



Fonte: Protocolo de acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2014b).

A gestante chega à sala de A&CR e são verificados os SSVV pela técnica em enfermagem, logo em seguida a enfermeira inicia a escuta qualificada e classifica a gestante.

(T1):“O Técnico chama a paciente na recepção para ser classificada e atendida posteriormente pelo médico”.

(T4):“acolher a paciente conforme a sua necessidade no momento acolhendo sua principal queixa”.

(T3): “é acolher, orientar e encaminhar para consultório médico”.

(T2): “A paciente é acolhida na sala de classificação de risco, ouvido suas queixas; verificação de sinais vitais, e classificada quanto ao atendimento conforme informações colhidas”.

(E1): “Acolher a paciente conforme sua necessidade do momento, de acordo com suas queixas, para melhorar o atendimento”.

(E3): “é feita mediante a queixa principal da usuária, anamnese direcionada, breve, objetiva e resolutive, e escuta qualificada por parte do enfermeiro responsável por esse serviço”.

(EC): "Através da escuta, justamente com avaliação dos SSVV, a enfermeira registra e classifica, colocando a cor correspondente".

A dimensão estrutura física, obteve **classificação satisfatória** nos critérios voltados para estrutura física e ambiência. Assim como, na presença de equipe de recursos humanos no A&CR 24 horas ininterruptos; acesso ao serviço e ao atendimento; existência e utilização de fichas de atendimento no A&CR; atendimento multiprofissional caso seja necessário. Contudo foi evidenciada uma menor pontuação nos critérios referentes à presença de grupo condutor do A&CR, e de instrumentos de avaliativos para melhoria do serviço; na presença de equipe de retaguarda; resolutividade do atendimento, e escuta qualificada.

(E1): “Porta aberta- livre demanda”.

(T1): “Grande demanda de pacientes atendidas; Falta de estrutura para internação das pacientes”.

(T4): “Falta de estrutura para ter melhor acolhimento”.

(E1): “Falta de estrutura, de material, quantidade insuficiente de profissional médico”.

(E2): "Superlotação, desconhecimento dos usuários quanto ao tipo de atendimento realizado nos serviços de saúde, UBS, UPA, HMDR. Fatos estes que dificultam uma abordagem mais adequada da paciente, e maior resolutividade da assistência prestada”.

Apesar de todos os profissionais de enfermagem avaliar em satisfatório para os critérios a seguir: a existência de sala exclusiva para a classificação de risco da usuária, de possuir equipe para o A&CR; retaguarda complementar caso o atendimento evolua para realizações de exames, e possuir equipe multiprofissional para atendimento da usuária caso seja necessário; o critério infraestrutura e ambiência foram referidos por esses profissionais como inadequados. Enquanto que 57% das usuárias do serviço entendem que o espaço físico é adequado para o atendimento, mas foi ressaltado que a superlotação é um problema que compromete esse critério, evidenciado nas falas:

(T1): “Grande demanda de pacientes atendidas. Falta de estrutura para internação das pacientes”.

(T3): “É a alta demanda das pacientes e pouco espaço”.

(U3): “Demora demais, falta de informação”.

(U4): “Atendimento regular”.

(U5): “Foi logo atendida, achou muito bom o atendimento”.

(U7): Relata ter sido “atendida em 30 minutos, e achou atendimento regular”.

Por ser um centro de referência para gestação de alto risco no Estado, a demanda na unidade é muito grande, havendo muitas vezes sobrecarga de tarefas o que resulta em uma assistência prejudicada com dificuldades no desenvolvimento do A&CR, além de elevado número de pacientes com agravos, que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde, mas que continuam procurando pelo serviço hospitalar de emergência (JUNIOR e MATSUDA, 2012).

(E2): “Superlotação, desconhecimento dos usuários quanto ao tipo de atendimento realizado nos serviços de saúde, UBS, UPA, HMDR. Fatos estes que dificultam uma abordagem mais adequada da paciente, e maior resolutividade da assistência prestada”.

(E3): “Os desafios do ACR se acentuam devido à demanda excessiva recebida pelo hospital Maternidade Dona Regina (HMDR), assim como pela falta de estrutura física para acomodar bem pacientes e acompanhantes que recorrem a esse serviço”.

Santos et al., (2003) discute o acesso dos usuários aos serviços do SUS, que deve ser feito, preferencialmente, a partir das unidades de atenção básica (UBS e USF), sendo feita a referência para outros níveis, conforme necessidade de recursos humanos e tecnologia aplicadas para realizar o diagnóstico e resolver a afecção existente. Referindo também a

superlotação das salas de espera e dos corredores das salas de urgência, associada às elevadas taxas de ocupação de leitos de observação, e destaca fatores determinantes, a exemplo, diferentes concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm para definir a urgência e a inadequação arquitetônica e tecnológica dos hospitais, em particular dos hospitais de Urgências.

A avaliação foi satisfatória no critério **equipe de recursos humanos no A&CR**. Não há interrupção no desenvolvimento das atividades de enfermeiros e técnicos em enfermagem, o que foi reforçado nas respostas dos profissionais de enfermagem. Vindo ao encontro com o preconizado pelo protocolo do A&CR (BRASIL, 2014b).

O critério **retaguarda complementar ao A&CR, caso seja necessário** foi avaliado como satisfatório. Ao passo que o critério **equipe de retaguarda para o atendimento no A&CR** obteve uma diminuição na pontuação por não possuir psicólogo no plantão noturno, o que foi mencionado como dificuldade no desenvolvimento do serviço. Ressaltada por uma enfermeira (20%), que respondeu negativamente os dois critérios como mostram a seguir:

(E5): “Não há psicólogo no período noturno”.

(E5): “Não ter laboratório e serviço de imagem direto no ACR”.

A ideia de que a equipe de retaguarda deve ser ligada diretamente ao A&CR foge a proposta do Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, que é favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência e emergência (Brasil, 2014), assim a equipe de retaguarda e retaguarda complementar seria usada conforme desdobramentos do atendimento, e não vinculada ao serviço de A&CR.

A disponibilidade de serviços de retaguarda, não é aqui vista como vinculados ao A&CR para efetivação de atendimento, mas como complemento resolutivo do atendimento que caminha para tal necessidade. Travassos e Martins, (2008) trazem o acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre outros, ligados à organização dos serviços, que se referi à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Prevalecendo a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associado à oferta.



O critério acesso ao serviço e ao atendimento foi identificado como **satisfatório**. 100% dos informantes responderam que o HMDR é um local de fácil acesso e com espaço adequado de embarque e desembarque para ambulância, com sinalização interna de identificações. Vale ressaltar que apesar do resultado, a autora em sua observação de campo percebeu fragmentação de alguns aspectos importantes do processo de trabalho do serviço. A usuária é pouco esclarecida do tempo que poderá aguardar ser atendida; as fichas de atendimento não são usadas devidamente, há um déficit de informação sobre as queixas da usuária, identificando a **escuta qualificada** como **parcialmente satisfatória**.

Na matriz de julgamento a abordagem PROCESSO, corresponde a 40 pontos, na dimensão manual e rotinas de trabalho/protocolos foi observada a existência de fichas para classificação de risco e protocolo de atendimento do A&CR de fácil acesso aos profissionais, além de planilha em Excel para registro do atendimento e geração de indicadores de atendimento. Apesar de ser observado que o registro dos sinais vitais em algumas fichas de atendimento é reduzido à pressão arterial e temperatura. Esse critério foi avaliado como **satisfatório no julgamento de implantação**.

Fica claro o conhecimento da equipe quanto ao fluxo de atendimento do A&CR, destacando-se algumas respostas:

(E3): “as pacientes que precisam do HMDR, dão entrada na recepção para elaboração de ficha de atendimento logo em seguida, são chamadas pelos técnicos em enfermagem responsáveis pela aferição de sinais vitais; atendidas/consultadas pelo enfermeiro. Após terem o risco avaliado, são orientadas a retornar à recepção, aguardar em frente a consultório médicas, ou não encaminhadas diretas a sala de emergência, caso necessário, para posterior avaliação médica”.

(E2): “A paciente faz uma ficha de atendimento (GPA) na chegada da usuária à maternidade, cadastro, sala do ACR, classificação de risco, atendimento médico, caso necessário internação”.

(T3): “Acolhido pela recepção, passa pelo acolhimento e depois para o consultório médico”.

(T2): “A paciente é acolhida na sala de classificação de risco, ouvido suas queixas; verificação de sinais vitais, e classificada quanto ao atendimento conforme informações colhidas”.

(T5): “Identificar a gravidade de cada paciente, conforme a classificação das cores, orientar quanto ao tempo de espera”.

No critério **capacitação para o A&CR**, 80% dos enfermeiros, 60% dos técnicos em enfermagem e o coordenador responderam ter recebido capacitação para atuação no setor, e o coordenador afirma ainda, que é realizada a cada dois anos para todos, tendo resultado parcialmente satisfatório na avaliação do julgamento.

No critério referente à presença de **equipe matricial de humanização, e de grupo condutor do A&CR**, apesar da confirmação da existência desses critérios através da análise documental e do instrumento de observação, há divergência nas respostas dos profissionais onde 40% (2) não responderam ou não sabem da existência da comissão, enquanto que 40%(2) dizem existir a comissão e apenas 20% (1) afirma não existir. Evidenciando não está claro para a equipe, as ações desenvolvidas pela comissão de condução do A&CR o que nos leva a pensar que eles associam as atividades que participam a outros grupos de educação (rodas de conversa, educação em serviço, etc.).

O critério **resolutividade do atendimento**, que identifica o atendimento em tempo oportuno e garantia de internação caso necessário, foi avaliado como **parcialmente satisfatório**. 42% das Usuárias disseram ter esperado até 1 hora para ser atendida. O mesmo percentual diz ter esperado até 3 horas, e 14.3% diz não saber por quanto tempo esperou, relatando a falta de informação sobre seu atendimento, expressando queixas de demora e superlotação, evidenciadas nas respostas a seguir:

- (U1): “Demora demais, denominando péssimo o atendimento”.
- (U3): “Demora demais, falta de informação”.
- (U4): “Responde ser regular o atendimento”.
- (U6): “Esperou 30 minutos, e achou o atendimento bom”.
- (U7): “Rapidamente foi atendida, e avalia o mesmo como regular”.
- (U5): “Foi logo atendida, atendimento muito bom”.
- (U3): “Fui avaliada com classificação verde, vim só mostrar exame”.
- (U1, U2, U3, U4, U5): “Meu acompanhante pode entrar para acompanhar”.

O critério instrumento avaliativo para melhoria do serviço e equipe matricial de humanização/grupo condutor do A&CR foram avaliados como **parcialmente satisfatório**, visto que não foi citado pelos informantes e nem observado pela autora instrumentos que avaliem a percepção da usuária do serviço no A&CR, e nem a ação do grupo condutor no A&CR.

Na observação realizada pela autora, as usuárias não estavam esclarecidas ou ignoravam as orientações do tempo de espera que sua classificação de risco preconiza. Sabiam que cores haviam sido classificadas. E a maioria referiu que foi permitido ter acompanhante no processo de atendimento.

O fluxo de atendimento grande, usuárias que poderiam ter sido atendidas em unidade de pronto atendimento, os encaminhamentos dos municípios pouco resolutivos, ora por conta de déficit médico especialista, ora pelo déficit de material, favorecem o estrangulamento das portas de entrada. Pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores de saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas (BRASIL, 2006).

Quadro 5 – Matriz de julgamento para avaliação do Grau de Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco em obstetrícia, no HMDR (completa).

Abordagem	Dimensão	Critérios	Padrão de julgamento	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Pouco satisfatório	Insatisfatório	Ponto Obtido	Fonte de evidência
Estrutura (40pts.)	Infraestrutura (35 pts.)	Estrutura física e ambiência no serviço (10 pts.)	Presença de sala de espera (1); recepção com balcão baixo e sem barreira de comunicação (1); sala exclusiva para classificação de risco (1); luminosidade adequada (1); Banheiros masculino e feminino (1); Presença de ar condicionado (1), Cadeiras suficientes (1), computador (1); consultório de enfermagem (1); sala para classificação de risco com saída direto na para recepção (1);	10 a 7,5	<7,5a 5,0	<5,0 a 2,5	-2,5	<b>7,0</b>	Roteiro de entrevista semiestrutura da Observação
		Equipe de recursos humanos no ACR (10 pts.).	Presença de Enfermeiro, Técnicos em enfermagem na Classificação de Risco em todos os horários (ininterruptos) - (10).	10 a 7,5	<7,5a 5,0	<5,0 a 2,5	-2,5	<b>10</b>	Observação Roteiro de entrevista semiestrutura da
		Equipe de retaguarda Para o atendimento no A&CR (10 pts.)	Presença de: equipe multiprofissional (assistente social (3), psicólogo (4), fisioterapeuta (1); Seguranças e agente de portaria (1) e recepcionista (1)	10 a 7,5	<7,5a 5,0	<5,0 a 2,5	-2,5	<b>6,0</b>	Observação Roteiro de entrevista semiestrutura da Análise documental
		Retaguarda complementar ao ACR (05 pts.)	Presença de: consultórios médico (1); centro cirúrgico (1); sala de PPP (Pré-parto e pós-parto) -(1); laboratório e serviço de imagem (Rx e ultrassonografia)-(1); Cardiotocografia e sonar (1)	5-4	< 4-2	<2-1	0	<b>5,0</b>	Observação Roteiro de entrevista semiestrutura da
	Acesso ao serviço e ao atendimento	Área de embarque e desembarque de ambulância;	Existência de: espaço adequado para embarque e desembarque de ambulâncias (usuários) - (2); Local	5-4	< 4-2	<2-1	0	<b>4,0</b>	Observação Roteiro de entrevista

	<b>(05 pts.)</b>	Localização fácil do hospital com acesso fácil a carros e linhas de ônibus; Sinalização em porta de entrada e área interna do hospital (5 pts.)	de fácil acesso de transporte pública (2), e sinalização na porta de entrada e área interna do hospital (1);						semiestruturada
Processo (40 pts.)	Manual e rotinas de trabalho / Protocolo (10 pts.)	Fichas para classificação do risco obstétrico; Normas e rotinas. (10 pts.)	Existência de: manual de ACR (documento que descreve o passo a passo das atividades desenvolvidas no setor) -(5); Fichas de Classificação de risco (5)	10 a 7,5	<7,5a 5,0	<5,0 a 2,5	-2,5	<b>10</b>	Observação Análise documental Roteiro de entrevista semiestruturada
	Atendimento e capacitação (20 pts.)	Atendimento multiprofissional (10 pts.)	Registro do atendimento na recepção e acolhimento da usuária (preenchimento de GPA) (1); Registro de verificação de cuidados de enfermagem (verificação de sinais vitais) da usuária pelo técnico em enfermagem (2); encaminhamento conforme classificação de risco (1); Atendimento alcançável de qualquer profissional da equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta etc.)- (1); Acolhimento e atendimento da enfermeira que classifica o risco obstétrico com orientação e direcionamento da usuária (2); Atendimento médico conforme classificação do grau de risco obstétrico (2); Encaminhamento ao serviço social e/ou outro profissional da equipe (1);	10 a 7,5	<7,5a 5,0	<5,0 a 2,5	-2,5	<b>8,0</b>	Observação Roteiro de entrevista semiestruturada

		Capacitação para o ACR (10 pts.)	Realização de capacitação para atuação no ACR (5) Existência de registro de treinamento ou capacitação para os profissionais que atuam no ACR – enfermeiros e técnicos em enfermagem- (5).	10 a 7,5	<7,5a 5,0	<5,0 a 2,5	-2,5	<b>5,0</b>	Roteiro de entrevista semiestrutura da Análise documental
	Formação de equipe (10 pts.)	Equipe matricial de humanização e grupo de condução do A&CR (10pts.)	Presença de grupo de humanização (5), Comissão de condução do ACR (5).	10 a 7,5	<7,5a 5,0	<5,0 a 2,5	-2,5	<b>5,0</b>	Análise documental Roteiro de entrevista semiestrutura da
Resultado (20pts)	Escuta qualificada e melhoria do atendimento a usuária e acompanhante (20 pts.)	Escuta qualificada (10pts)	Orientação à usuária quanto ao tempo de espera(5); Informação a usuária quanto à cor da classificação de risco (5).	10 a 7,5	<7,5a 5,0	<5,0 a 2,5	-2,5	<b>5,0</b>	Observação Roteiro de entrevista semiestrutura da Análise documental
		Resolutividade do atendimento (5 pts.)	Atendimento em tempo oportuno (pouco tempo de espera) -(3); Viabilização de exames que esclareçam diagnósticos e respaldem a conduta dos profissionais que realizam a assistência (2).	5-4	< 4-2	<2-1	0	<b>3,0</b>	Roteiro de observação e de entrevista
		Instrumentos para avaliação para melhoria do serviço (5 pts.)	Presença de instrumento de avaliação do nível de percepção de satisfação da usuária no atendimento do serviço (2); Existência de monitoramento de indicadores (2); Existência de divulgação e participação em eventos inerentes ao ACR (1).	5-4	< 4-2	<2-1	0	<b>3,0</b>	Análise documental Roteiro de observação e de entrevista
<b>Total</b>	<b>100</b>							<b>71</b>	

Fonte: elaborado pela autora.

### 5.3 Facilidades e dificuldades na implantação do A&CR no HMDR

A identificação das facilidades encontradas a partir da implantação do A&CR pela maternidade (quadro 6) diz respeito à melhora no atendimento a usuária por nível de gravidade, a organização dos processos de trabalho e a agilidade no atendimento.

Quadro 6 - Síntese das facilidades da implantação do A&CR no HMDR.

<b>Facilidades referidas pelos informantes a partir da implantação do A&amp;CR.</b>
(T3): “Melhorou o estilo de classificação de tempo de atendimento”.
(T1): “Os pacientes se sentiram mais acolhidos e humanizados”.
(T5): “Melhor qualidade de atendimento ao usuário; conforme a classificação menor tempo de espera”.
(T4): “Um atendimento, mas, maior qualidade, pois a paciente é atendida pelas suas necessidades de qualquer lugar que venha sempre as portas abertas”.
(T2): "Agilidade ao atendimento para os usuários e profissionais".
(EC) “Interesse da equipe que participou das capacitações e a infraestrutura já existente”. “Beneficiou as pacientes e os servidores por organizar a forma de atendimento/espera dos que procuram o serviço”.
(E3): “A implantação do ACR proporcionou à maternidade uma melhor organização do fluxo de atendimento; garantia do tempo de espera ao paciente; definição de papéis/atribuições a cada servidor, bem como integração dos mesmos; atendimento imediato e qualificado a pacientes cujo quadro clínico expresse emergência ou urgência; integração com a rede de apoio, que assegura a continuidade do atendimento à mulher; entre outros”.
(E5): “Melhorou a agilidade do atendimento médico seguindo a classificação podendo ainda apresentar maiores benefícios de acordo com orientações prestadas aos usuários e servidores”.
(E1): “Um atendimento de melhor qualidade, pois a paciente é atendida pela sua necessidade, queixa e não por ordem de chegada”.
(E2): "Melhoria da qualidade do atendimento, diminuição do tempo de espera nos casos de maior risco, melhoria da eficácia do serviço".

As dificuldades encontradas para a implantação do A&CR são referentes às questões estruturais, e as práticas dos atores envolvidos (Quadro 7). A falta de espaço físico, e a superlotação da maternidade, provocando conflitos entre usuários e profissionais.

Desafios como o atendimento à usuária conforme classificação de risco, respeitando o prazo estabelecido dessa classificação, o encaminhamento de usuárias da rede de atenção primária sem necessidade, a superlotação e a falta de estrutura foram tratadas aqui.

Quadro 7 - Síntese das dificuldades e desafios da implantação do A&CR no HMDR

<b>Dificuldades referidas pelos informantes a partir da implantação do ACR</b>
(T3): “é a alta demanda das pacientes, e pouco espaço...”.
(T1): “Grande demanda de pacientes atendidas; Falta de estrutura para internação das pacientes”.
(T4): “Falta de estrutura para ter melhor acolhimentos”.
(T4): "Conscientizar a paciente quanto ao atendimento e o tempo de espera".
(EC): “garantir que de acordo com as cores classificadas, sejam atendidas dentro do prazo estabelecido, pela grande demanda de atendimento”.
(E2): "Superlotação, desconhecimento dos usuários quanto ao tipo de atendimento realizado nos serviços de saúde, UBS, UPA, HMDR. Fatos estes que dificultam uma abordagem mais adequada da paciente, e maior resolutividade da assistência prestada”.
(E3): “Os desafios do ACR se acentuam devido à demanda excessiva recebida pelo hospital Maternidade Dona Regina (HMDR), assim como pela falta de estrutura física para acomodar bem pacientes e acompanhantes que recorrem a esse serviço”.
(E1): “Falta de estrutura, de material, quantidade suficiente de profissional médico. Pacientes encaminhada da UBS sem necessidade; superlotação da unidade”.
(E4): “Falta de profissionais, espaço físico, leitos”.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) foi identificado como um facilitador para a melhora no acolhimento e atendimento mais humanizado, melhorando o tempo e a qualidade do atendimento, garantindo a equidade, invertendo a lógica da triagem e da fila, evitando que as mulheres peregrinem em busca de acesso para ganhar seus bebês e qualifica o cuidado, há importância na atitude do profissional em garantir informação à usuária e familiares sobre todos os procedimentos e processo de atendimento (classificação de risco, medicações, observação clínica, exames e encaminhamentos).

O julgamento do grau de implantação do Acolhimento e Classificação de Risco no Hospital Maternidade Público Dona Regina Siqueira Campos **foi considerado satisfatório**. Expressando também a diminuição da avaliação para **parcialmente satisfatório** nos critérios que dizem respeito à presença de grupo condutor do A&CR; a resolutividade no atendimento, nos padrões de julgamento atendimento em tempo oportuno e escuta qualificada, e ainda o critério instrumentos de avaliação do nível de satisfação da usuária no atendimento do serviço, por não ter sido identificado o uso de tal instrumento.

Esse trabalho focou o item A&CR no HMDR, contudo não colocou ênfase na discussão sobre escuta qualificada nem na trajetória das gestantes, e ainda considera relevante a realização de um comitê de Experts para validar a matriz de julgamento, não sendo possível no decorrer do estudo.

## 7 RECOMENDAÇÕES

O acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Essa postura, conforme percebida pelos entrevistados, permitiu a constatação de fatores que facilitam esse atendimento e evidenciou situações que geram dificuldades nas relações (RAMOS & MADS, 2003). Desse modo, o presente estudo recomenda:

- a) Viabilizar capacitação e Incentivar a participação equipe do A&CR
- b) Tornar efetivo o trabalho do grupo condutor do A&CR no HMDR
- c) Aplicar instrumentos avaliativos do nível de satisfação das usuárias e do trabalhador sobre o serviço
- d) Assegurar que o profissional psicólogo faça cobertura de escala também no período noturno
- e) Garantir e reforçar a importância da escuta qualificada
- f) Garantir o efetivo registro das queixas e sinais vitais da usuária, minimizando a fragmentação de informações.
- g) Monitorar e avaliar a efetividade do A&CR no HMDR
- h) Garantir a informação à mulher e aos acompanhante/familiares do tempo de espera previsto na classificação de risco para atendimento.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª Edição. 2006. Brasília- DF. (Série B. Textos básicos em Saúde). Autores: Neves, Claudia. A. B. & Rollo. Adail. ISBN: 85-33412668-1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

\_\_\_\_\_. 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, 2014b.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva, et al. Um modelo lógico da rede cegonha. *Phyts Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 23 (4): 1297 – 1316, 2013.

CASSIOLATO M.; GUERESI S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília, setembro de 2010. Disponível em: [www.ipardes.gov.br/pdf/multissetorial/nota\\_tecnica\\_IPEA.pdf](http://www.ipardes.gov.br/pdf/multissetorial/nota_tecnica_IPEA.pdf). Acessado em: 22 de outubro de 2015.

CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean - Louis. Análise de Implantação. In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas (Z.M.A. Hartz, org.). Rio de Janeiro, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, André - Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean - Louis; PINEAUT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas (Z.M.A. Hartz, org.). Rio de Janeiro, 2000.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, s.d.

FILHO J. B. Cavalcante; VASCONCELOS S.E.M.; CECCIM R.B.; GOMES L.B.. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface Comum. Saúde Educ. 2009; 13(31):315-328.

FILHO, Serafim Barbosa Santos. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí. Rio Grande do Sul. 2009.

FRANCO, Túlio Bueno; BUENO Wanderlei S.; MERHY, Emerson E.. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 1999, Rio de Janeiro; 15(2): 345-353.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; MENDONÇA, MH. Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde em Debate, RJ, v 27, n 65, p 278-289, Set./dez. 2003.

JÚNIOR, J. A. Belluci; MATSUDA, Laura Misue. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. Relato de Experiência. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 217-225.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sócio demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de Saúde Pública, 39 (1)100-7. 2005.

LEITE, J.C.A., MAIA, C.C.A; SENA, R.R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm 1999; 52(2):161-168.

MADEIRA, Lélia Maria; DUARTE, Elysângela Dittz, input Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. 112p.

MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional./Mônica Bara Maia. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189p.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 41-64.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do sistema único de

saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8): 2071-2085, 2012.

NASCIMENTO, A. Dicionário de Sinônimos. 3ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1981.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. de. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro MEDSI, 1999 p. 473-487.

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, [S.l.], v.4, n.4, p.pt-pág. 105-117, dez.2010. Disponível em: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>. Acesso em: 28 fev.2016. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.838>.

PASCHE, Dário Frederico; EDUARDO Passos, in Élide Azevedo Hennington. "Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública Five yearsoftheNationalPolicyofHumanization: thetrajectoryof a publicpolicy." *Ciênc. saúde coletiva* 16(2011): Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51833852>. Acessado em: 19 de fevereiro de 2016.

PINHEIRO, Roseni, et. al. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS /UERJ: CEPESQ. 2006. p.65.

RAMOS D. D. ; LIMA, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19:27-34.

SANTOS, José Sebastião; SCARPELINI, Sandro; BRASILEIRO Sérgio Luis L.; FERRAZ, Clarice Aparecida; DALLORA, Maria Eulália L. V.; SÁ, Marcos Felipe Silva. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2003; 36: 498-515.

SANTOS I.S.; BARONI, R. C.; MINOTTO, I.; KLUMB A. G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34:603-9.

SCHIMITH M. D.; LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20:1487-94.

SENA-Chompré R.; LEITE, JCA; MAIA, CCA; GONZAGA RL; SANTOS, FCO. Acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. *CogitareEnferm* 2000; 5(2):51-57.

SENRA, Carlos N. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas. Belo Horizonte, 2010.

SHIROMA, L. M. B; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(1):14-17.

SILVA, Ligia Maria Vieira da, et al., 2010. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 10 (supl. 1): S132-S143 nov.,2010.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. 2005; 4:493-503.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2008. p. 215-243.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e método (recurso eletrônico) / Robert K. Yin; (tradução: Cristhian Matheus Herrera). – 5.ed – Porto Alegre: Bookman, 2015.

## APÊNDICE A – COM EVIDÊNCIAS DO ESTUDO EM DESTAQUE

Critérios	Padrão de julgamento	Evidências
Estrutura física e ambiência no serviço (10 pontos)	Presença de sala de espera (1); recepção com balcão baixo e sem barreira de comunicação (1); sala exclusiva para classificação de risco (1); luminosidade adequada (1); Banheiros masculino e feminino (1); Presença de ar condicionado (1), Cadeiras suficientes (1), computador (1); consultório de enfermagem (1); sala para classificação de risco com saída direto na para recepção (1);	<p><b>E3:</b> “Falta de estrutura física, falta de condições de trabalho e colaboração e atendimento de alguns setores sobre o que é e como funciona o ACR”.</p> <p><b>E4:</b> “Falta de estrutura, de material, quantidade insuficiente de profissional médico. Pacientes encaminhada da UBS sem necessidade; superlotação da unidade”.</p> <p><b>E5:</b> “Superlotação, desconhecimento dos usuários quanto ao tipo de atendimento realizado nos serviços de saúde, UBS, UPA, HMDR. Fatos estes que dificultam uma abordagem mais adequada da paciente, e maior resolutividade da assistência prestada”.</p> <p><b>T4:</b> “Falta de estrutura para ter melhor acolhimento”.</p> <p><b>T2:</b> “Grande demanda de pacientes atendidas; Falta de estrutura para internação das pacientes”.</p> <p><b>T1:</b> “é a alta demanda das pacientes, e pouco espaço”.</p>
Equipe de recursos humanos no ACR (10 pontos)	Presença de Enfermeiro, Técnicos em enfermagem na Classificação de Risco em todos os horários (ininterruptos) - (10).	Observado que todos os plantões ininterruptamente há enfermeiro e técnico em enfermagem. Associado a 100% de relatos assertivos dos profissionais.
Equipe de retaguarda Para o atendimento no ACR (10 pontos).	Presença de: equipe multiprofissional (assistente social (3), psicólogo (4), fisioterapeuta (1); Seguranças e agente de portaria (1) e recepcionista (1)	<p>Observado a existência de Equipe multiprofissional, no período de 24 horas para o ACR.</p> <p>As respostas dos profissionais do ACR reforçam tal observação, 100% dos técnicos em enfermagem e 80% dos enfermeiros respondem existir equipe de retaguarda.</p> <p><b>E3:</b> “não há psicólogo no período noturno”.</p>
Retaguarda complementar ao ACR (05 pontos)	Presença de: consultórios médico (1); centro cirúrgico (1); sala de PPP (Pré-parto e pós-parto) -(1); laboratório e serviço de imagem (Rx e ultrassonografia)-(1); Cardiotocografia e sonar (1)	<p>Identificado que o critério retaguarda complementar está contemplado na sua totalidade, com resposta de 100% dos técnicos em enfermagem e 80% dos enfermeiros.</p> <p><b>E3:</b> “Não ter laboratório e serviço de imagem direto no ACR”.</p>
Área de embarque e desembarque de ambulância; Localização fácil do hospital com acesso fácil a carros e linhas de ônibus; Sinalização em porta de entrada e área interna do hospital (05ptos).	Existência de: espaço adequado para embarque e desembarque de ambulâncias (usuários) - (1); Local de fácil acesso de transporte pública (1), e sinalização na porta de entrada e área interna do hospital (1);	No instrumento de observação foi evidenciada a existência desse critério, assim como os profissionais e usuárias responderam positivamente para os padrões mencionados.

Fichas para classificação do risco obstétrico; Normas e rotinas. (10pontos)	Existência de: manual de ACR (documento que descreve o passo a passo das atividades desenvolvidas no setor) -(5); Fichas de Classificação de risco (5)	Observado a existência de manual de ACR e fichas para classificação de risco, sendo controlado também em planilha Excel, Somando 100% dos profissionais.
Atendimento multiprofissional (10pontos)	Registro do atendimento na recepção e acolhimento da usuária (preenchimento de GPA) (1); Registro de verificação de cuidados de enfermagem (verificação de sinais vitais) da usuária pelo técnico em enfermagem (2); encaminhamento conforme classificação de risco (1); Atendimento alcançável de qualquer profissional da equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta etc.)- (1); Acolhimento e atendimento da enfermeira que classifica o risco obstétrico com orientação e direcionamento da usuária (2); Atendimento médico conforme classificação do grau de risco obstétrico (2); Encaminhamento ao serviço social e/ou outro profissional da equipe (1);	<p>Na Observação percebo que os sinais vitais algumas vezes são reduzidos a PA e Temperatura.</p> <p><b>E3:</b> “as pacientes que precisam do HMDR, dão entrada na recepção para elaboração de ficha de atendimento logo em seguida, são chamadas pelos técnicos em enfermagem responsáveis pela aferição de sinais vitais; atendidas/consultadas pelo enfermeiro. Após terem o risco avaliado, são orientadas a retornar à recepção, aguardar em frente a consultório médico, ou não, encaminhadas direto a sala de emergência, caso necessário, para posterior avaliação médica”.</p> <p><b>E4:</b> “Atendimento na recepção=&gt; acolhimento pelo enfermeiro =&gt;consultório médico =&gt; encaminha para o setor indicado com orientação”.</p> <p><b>T5:</b> “Feito à ficha na recepção é encaminhada ao ACR”.</p> <p><b>E2:</b> “A paciente faz uma ficha de atendimento (GPA) na cegada da usuária à maternidade, cadastro, sala do ACR, classificação de risco, atendimento médico, caso necessário internação”.</p> <p><b>T3:</b> “Acolhido pela recepção, passa pelo acolhimento e depois para o consultório médico”.</p> <p><b>T2:</b> “Paciente da entrada em hospital, passa pelo cadastro e depois ao /ACR”.</p> <p><b>T1:</b> “O Técnico chama a paciente na recepção para ser classificada e atendida posteriormente pelo médico”.</p> <p><b>T1:</b> “É feita através de consulta de enfermagem e aferição de SSVV”.</p> <p><b>T4:</b> “Acolhendo as queixas e verificação os sinais vitais para classificação de forma correta a sua queixa”.</p> <p><b>T2:</b> “A paciente é acolhida na sala de classificação de risco, ouvido suas queixas; verificação de sinais vitais, e classificada quanto ao atendimento conforme informações colhidas”.</p> <p><b>T3:</b> “é acolher, orientar e encaminhar para consultório médico”.</p> <p><b>T5:</b> “Identificar a gravidade de cada paciente, conforme a classificação das cores, orientar quanto ao tempo de espera”.</p> <p><b>T5:</b> “Acolher a paciente conforme a sua necessidade no momento acolhendo suas principais queixas”.</p> <p><b>E3:</b> “Atendimento na recepção (ficha de atendimento) e encaminhada ao ACR”.</p>



Capacitação para o ACR (10 pontos)	Realização de capacitação para atuação no ACR (5) Existência de registro de treinamento ou capacitação para os profissionais que atuam no ACR – enfermeiros e técnicos em enfermagem- (5).	60% dos técnicos em enfermagem e 80% dos enfermeiros relatam terem recebido capacitação para atuação no ACR. O coordenador do ACR relata que foi capacitado, e que há capacitação a cada 2 anos.
Equipe matricial de humanização e Grupo de condução do ACR(10 pontos)	Presença de equipematricial de humanização (5), grupo de condução do ACR (5).	Nos documento analisados foi constituído uma comissão para conduzir o ACR. O coordenador responde que há grupo de humanização no HMPDR, assim como grupo de condução do ACR. Tendo ainda <b>40%</b> dos enfermeiros respondendo q existe comissão de condução do ACR, <b>40%</b> não sabem ou não responderam e <b>20%</b> responderam não haver essa comissão.
Escuta qualificada (10pts)	Orientação à usuária quanto ao tempo de espera (5); Informação a usuária quanto à cor da classificação de risco (5).	<b>T2:</b> “Melhorar a qualidade do atendimento; Informação sobre o tempo de espera dos usuários e familiares; Diminuição do tempo de espera nos casos de maior risco. Nos casos agudos, a definição do tempo de espera permitirá a compreensão dos usuários quanto ao atendimento”. <b>U3:</b> “classificada em verde, vim para mostrar exames”.
Melhoria do atendimento a usuária e acompanhante (05 pontos)	Atendimento em tempo oportuno (pouco tempo de espera) - (3); Viabilização de exames que esclareçam diagnósticos e respaldem a conduta dos profissionais que realizam a assistência (2).	<b>42.8%</b> das usuárias disseram ter esperado até 1 hora para ser atendidas. O mesmo percentual diz ter esperado até 3 horas, e <b>14.3%</b> diz não saber por quanto tempo esperou. Evidenciando com falas: <b>U1:</b> “Demora demais, denominando péssimo o atendimento”. <b>U3:</b> “Demora demais, falta de informação”. <b>U4:</b> “Responde ser regular o atendimento”. <b>U6:</b> “Esperou 30 minutos, e achou o atendimento bom”. <b>U7:</b> “Rapidamente foi atendida, e avalia o mesmo como regular”. <b>U5:</b> “foi logo atendida, atendimento muito bom”.
Instrumentos avaliativos para melhoria do serviço (5pontos)	Presença de instrumento de avaliação do nível de percepção de satisfação da usuária no atendimento do serviço (2); Existência de monitoramento de indicadores (2); Existência de divulgação e participação em eventos inerentes ao ACR (1);	60% dos profissionais não reconhecem a existência da comissão de condução do ACR. EC: “ter capacitação a cada 02 anos”. Não foi observado instrumento de avaliação de satisfação da usuária e trabalhador no ACR.
<b>100</b>		



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**APÊNDICE B**

**RESULTADO DA PONTUAÇÃO POR DIMENSÃO – MATRIZ DE JULGAMENTO**

ABORDAGEM	DIMENSÃO	CRITÉRIO	OBTIDOS	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
ESTRUTURA (40pts)	INFRAESTRUTUR A (35pts)	Estrutura física e ambiência (10pts)	7	Satisfatório
		Equipe de RH para o A&CR (10pts)	10	Satisfatório
		Equipe de retaguarda (10pts)	6	Parcialmente satisfatório
		Retaguarda complementar (5pts)	5	Satisfatório
	<b>SUBTOTAL 28 PTS – dimensão avaliada como SATISFATÓRIO</b>			
	ACESSO AO SERVIÇO E AO ATENDIMENTO (5pts)	Área de embarque e desembarque de ambulância; Localização fácil do hospital com acesso fácil a carros e linhas de ônibus; Sinalização em porta de entrada e área interna do hospital (5 pts.)	4	Satisfatório
<b>SUBTOTAL 4 PTS – Dimensão avaliada como SATISFATÓRIO</b>				
PROCESSO (40pts)	MANUAL E ROTINAS/PROTOCOLO (10pts)	Fichas para classificação do risco obstétrico; normas e rotinas. (10 pts.)	10	Satisfatório
	ATENDIMENTO E CAPACITAÇÃO (20 PTS.)	Atendimento multiprofissional (10 pts.)	8	Satisfatório
		Capacitação para o A&CR (10 pts.)	5	Parcialmente satisfatório
	FORMAÇÃO DE EQUIPE (10 PTS.)	Equipe matricial de humanização e grupo de condução do A&CR (10pts.)	5	Parcialmente satisfatório
<b>SUBTOTAL 28 PTS – Dimensão avaliada como SATISFATÓRIO</b>				
RESULTADO (20pts)	ESCUA QUALIFICADA E MELHORIA DO ATENDIMENTO (20PTS)	Escuta qualificada (10pts)	5	Parcialmente satisfatório
		Resolutividade do atendimento (5pts)	3	Parcialmente satisfatório
		Instrumentos avaliativos (5pts)	3	Parcialmente satisfatório
<b>SUBTOTAL 11 PTS – Dimensão avaliada como PARCIALMENTE SATISFATÓRIO</b>				

**71% das ações avaliadas estão implantadas.** Com menor pontuação no que se referi às abordagens PROCESSO E RESULTADO. Estando as dimensões escuta qualificada/melhoria do atendimento, e ainda atendimento e capacitação, no critério capacitação para equipe do A&CR, PARCIALMENTE SATISFATÓRIO em sua implantação.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**APÊNDICE C**

**Roteiro de observação no ACR do HMPDR identificando**

**AESTRUTURA FÍSICA: EXISTE?**

Presença de sala de espera ( ) SIM ( ) NÃO.

Recepção com balcão baixo e sem barreira de comunicação ( ) SIM ( ) NÃO.

Sala exclusiva para classificação de risco ( ) SIM ( ) NÃO

Luminosidade adequada ( ) SIM ( ) NÃO

Banheiros masculino e feminino ( ) SIM ( ) NÃO

Presença de consultórios médico ( ) SIM ( ) NÃO

Centro cirúrgico ( )SIM ( )NÃO

Sala para classificação de risco com conexão direta para recepção ( ) SIM ( )NÃO

Sala para classificação de risco, mas sem conexão direta para recepção ( )SIM ( ) NÃO

Sala de PPI - Pré-parto e indução ( ) SIM ( )NÃO

Sala de observação ( ) SIM ( )NÃO

PPP-Pré-parto e pós-parto ( ) SIM ( )NÃO

Local de fácil acesso de transporte publica ( ) SIM ( )NÃO

Presença de espaço adequado para embarque e desembarque de usuários e

Com sinalização ( ) SIM ( )NÃO

Presença de seguranças ( ) SIM ( )NÃO

Agente de portaria ( ) SIM ( )NÃO

Recepcionista ( ) SIM ( )NÃO

Enfermeira ( )SIM ( )NÃO. Psicóloga ( ) SIM ( )NÃO.

Assistente social ( )SIM ( ) NÃO. Médico ( ) SIM ( )NÃO

Técnico em enfermagem ( ) SIM ( )NÃO

Presença de laboratório ( ) SIM ( )NÃO. Serviço de imagem ( ) SIM ( )NÃO

Rx e ultrassonografia ( ) SIM ( )NÃO.

Cardiotocografia ( ) SIM ( )NÃO.

Eletrocardiograma ( ) SIM ( )NÃO Sonar ( ) SIM ( )NÃO

**OS PROCESSOS: EXISTE?**

O acolhimento e atendimento da enfermeira que classifica o risco obstétrico com orientação e direcionamento da usuária a continuação do atendimento ( ) SIM ( )NÃO

Atendimento médico conforme classificação de grau de risco obstétrico ( )SIM( NÃO

Encaminhamento ao serviço social e/ou outro profissional da equipe ( ) SIM ( )NÃO

Existência de manual de acolhimento e classificação de risco ( )SIM ( )NÃO

Registro de atendimento na recepção e acolhimento da usuária para preenchimento de GPA ( ) SIM ( )NÃO

Registro de verificação de cuidados de enfermagem (verificação de SSVV) da usuária pelo técnico em enfermagem e encaminhamento a sala para classificação de risco ( ) SIM ( )NÃO

Atendimento alcançável de qualquer profissional da equipe multiprofissional (psicólogo; assistente social; fisioterapeuta etc.) ( ) SIM ( )NÃO

Presença de equipe multiprofissional para atuar na recepção e no acolhimento com classificação de risco–ACR (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos em enfermagem)( ) SIM ( )NÃO

Existência de equipe para o ACR conforme protocolo ( ) SIM ( )NÃO

Existência de mecanismos de garantia de atendimento com demais profissionais caso necessários ( ) SIM ( )NÃO

Registro de treinamento ou capacitação dos profissionais que atuam no ACR (enfermeiros, médicos e técnico em enfermagem) ( ) SIM ( )NÃO

Formação de grupo de humanização ( ) SIM ( )NÃO

Comissão de condução do ACR ( ) SIM ( )NÃO

Atendimento em tempo oportuno (pouco tempo de espera) ( ) SIM ( )NÃO

Garantia do internamento e resolução do problema ( ) SIM ( )NÃO

Nível de percepção de satisfação da usuária no atendimento do serviço ( ) SIM ( )NÃO

Existem avaliações dos serviços ( ) SIM ( )NÃO

Existe monitoramento de indicadores ( ) SIM ( )NÃO

Existe divulgação e participação em eventos inerentes ao ACR ( ) SIM ( )NÃO

Existe aplicação de instrumento de satisfação do usuário ao serviço ( )SIM ( )NÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA  
 APÊNDICE D

**Roteiro de entrevista para o Coordenador do serviço de A&CR**

**Nome (opcional):**

1. Tempo de trabalho no HMDR

( ) 0-3anos ( ) 3-6anos ( ) 6-9anos ( ) 9-12anos ( ) 12-15 anos ( ) mais de 15 anos

2. Qual o objetivo do A&CR?

3. Como se dá o fluxo de atendimento do A&CR no HMDR?

4. Quantos membros da equipe atuam no A&CR?

5. Qual a função da equipe de enfermagem?

6. Qual a função do profissional médico nesse processo?

7. Existe no HMDR laboratório, serviço imagem (RX/Ultrassom, ECG, Sonar) para atendimento da usuária no A&CR (caso necessite)? ( ) Sim ( ) Não

8. Existe um livro de registro de atendimento das usuárias atendidas no A&CR?

( ) Sim ( ) Não

9. Existe uma equipe multiprofissional (psicólogo, serviço social, cirurgiões, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.) para atendimento dessa usuária caso necessite?

( ) Sim ( ) Não

10. Como é feita a classificação de risco?

11. Considera sua estrutura física adequada? ( ) Sim ( ) Não

12. Existe manual ou protocolo para A&CR? ( ) Sim ( ) Não

13. Houve capacitação dos técnicos envolvidos? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, com que periodicidade? ( ) 2anos ( ) 3 anos ( ) 4 anos

14. Vocês enfrentam problemas? ( ) Sim ( ) Não

15. Quais os principais desafios no desenvolvimento das ações?

16. Quais os principais fatores foram favoráveis no momento da implantação do A&CR?

17. Quais as facilidades que o programa proporcionou?

18. Que melhoria você observa com a implantação do A&CR no HMDR?

19. O HMDR é um local de fácil acesso para as usuárias ( ) Sim ( ) Não

20. Existe Comissão de Condução do A&CR no HMDR? ( ) Sim ( ) Não



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**APÊNDICE E**

**Roteiro de entrevista semiestrutura - profissionais atuantes no A&CR**

1. Há quanto tempo trabalha no HMDR?  
( ) 0-3anos ( ) 3-6anos ( ) 6-9anos ( ) 9-12anos ( ) 12-15 anos ( ) mais de 15 anos
2. Qual a sua função? ( ) enfermeiro ( ) Técnico
3. Qual o objetivo do A&CR?
4. Como é feita a classificação de risco?
5. Como se dá o fluxo de atendimento?
6. Você foi capacitado (a) para o A&CR?( ) Sim ( ) Não
7. Considera a estrutura física adequada? ( ) Sim ( ) Não
8. Existe sala específica para a classificação de risco? ( ) Sim ( ) Não
9. Existe no HMDR laboratório, serviço imagem (RX/Ultrassom, ECG, Sonar) para atendimento da usuária no A&CR (caso necessite)? ( ) Sim ( ) Não
10. Existe uma equipe para o A&CR (técnico em enfermagem, enfermeiro)?  
( ) Sim ( ) Não
11. Existe um livro de registro de atendimento das usuárias no A&CR? ( ) Sim ( ) Não
12. Vocês têm manuais ou protocolo de A&CR? ( ) Sim ( ) Não
13. Existe uma equipe multiprofissional (psicólogo, serviço social, etc.) para atendimento dessa usuária caso necessite? ( ) Sim ( ) Não
14. Vocês enfrentam problemas? ( ) Sim ( ) Não
15. Quais os principais desafios no desenvolvimento das atividades no A&CR?
16. Em sua opinião, quais as facilidades que o programa proporcionou?
17. Existe Comissão de condução do A&CR no HMDR? ( ) Sim ( ) Não
18. O HMDR é um local de fácil acesso para as usuárias? ( ) Sim ( ) Não



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**APÊNDICE F**

**Roteiro de entrevista para a usuária do Serviço**

**1. Nome (Opcional):**

2. Qual sua idade? ( ) de 11 a 14 anos ( ) de 15 a 18 anos ( ) de 19 a 22 anos ( ) de 23 a 26 anos ( ) de 27 a 30 anos ( ) de 31 a 34 anos ( ) de 35 a 38 anos ( ) de 39 a 42anos ( ) maisque 43anos

3. Qual a sua escolaridade?

- ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino fundamental incompleto  
( ) Ensino médio completo  
( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino superior completo  
( ) Ensino superior incompleto

4. História Gestacional:

Número de gestação \_\_\_\_\_

Número de Parto \_\_\_\_\_

Número de Aborto \_\_\_\_\_

5. Município de residência:

6. Avaliação do atendimento:

6.1 Estrutura:

a) O espaço físico é adequado para o seu atendimento ( ) Sim ( ) Não

b) Com relação à recepção? (local de preenchimento ficha atendimento) possui: ( ) Ar condicionado ( ) cadeiras ( ) computadores ( ) Numero de recepcionistas suficientes

c) Você esperou? ( ) sim ( ) Não. Se sim, ( ) de pé ( ) sentada

d) Quanto tempo esperou? ( ) Até 1 hora ( ) Até 2 horas ( ) Até 3 horas ( ) Até 4 horas ( ) Mais de 5 horas

e) Quem fez sua avaliação de risco? ( ) enfermeiro ( ) Técnicos enf. ( ) assistente social ( ) médico ( ) outro profissional. Qual? \_\_\_\_\_

f) Quanto tempo levou da chega até o atendimento? ( ) 30 min. a 1 hora ( ) de 1 hora a 2 horas ( ) de 2 horas a 4 horas ( ) de 4 a 6 horas

g) Qual a cor que você foi classificada? ( ) amarelo ( ) verde ( ) laranja ( ) azul ( ) vermelho

h) Seu (sua) acompanhante pode entrar com você? ( ) Sim ( ) Não

i) Que tipo de transporte usou até aqui? ( ) carro próprio ( ) ônibus ( ) moto ( ) carro da prefeitura

j) O que achou do atendimento? ( ) bom ( regular ( ) péssimo. Outros \_\_\_\_\_.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**APÊNDICE G**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa que faz parte de dissertação de mestrado inserida no Curso de Mestrado Profissional com concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC, da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Se houver dúvida sobre questões éticas estamos à disposição para os devidos esclarecimentos.

**Informações sobre a pesquisa:**

Título do Projeto: Implantação do acolhimento com classificação de risco em um hospital maternidade – Palmas, Tocantins.

Pesquisadora Responsável: Nelma do Socorro Chaves dos Santos.

Orientadora: Dra. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

A pesquisa tem por objetivo Avaliar o grau de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) como uma das diretrizes de boas práticas para o programa Rede Cegonha. A pesquisa será desenvolvida no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina no município de Palmas mediante aplicação de questionário ao usuário do serviço, funcionários do A&CR. Após esclarecimentos (informações) sobre o tema da pesquisa será solicitado sua assinatura, que autoriza a pesquisadora a utilizar os dados coletados para fins, exclusivamente científicos e, sua identidade e o que for discutido durante a realização das entrevistas serão mantidos em sigilo.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária). Ressaltamos que sua participação é voluntária, que não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em



despesas pessoais, retribuição monetária e ou privilegio institucional e que você é livre para encerrar a sua participação a qualquer momento, sem que haja necessidade de justificar sua decisão.

O resultado da pesquisa será apresentado em formato de dissertação e estará disponível no site do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, devendo ser encaminhado por e-mail a todos os sujeitos da pesquisa.

Contatos da pesquisadora responsável: 706 Sul, Alameda 12, Lote 12, Residencial Grand Park Veredas, Apto nº 405, CEP 77022392, Plano Diretor Sul. E-mail: [ensantos@gmail.com](mailto:ensantos@gmail.com), contatos telefônicos: (63) 84115777. E contato ISC UFBA: fone 32847438, e-mail: [cepisc@iufba.br](mailto:cepisc@iufba.br)

Local e data: Palmas - Tocantins, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Concordo em participar do estudo “Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em um Hospital Maternidade” .

Fui devidamente informada e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como me foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Não concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

**OBS: Deverão ser assinadas duas vias, 01 ficará com a pesquisadora e 01 com o (a) participante.**