

Percepção de profissionais sobre acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico

Ana Caroline Boff Hedlund¹, Caroline Bolzan Ilha², Izabel Cristina Hoffmann³, Juliana Biermann Krusche⁴, Lizandra Flores Pimenta⁵, Melissa Medeiros Braz⁶

RESUMO

Este estudo analisa a percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico de um Hospital de ensino no sul do Brasil. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2014 e analisados pela técnica de análise do conteúdo. Os sujeitos envolvidos compreenderam 15 profissionais. Quanto aos resultados observou-se que: não há uma compreensão sobre o significado do termo acolhimento; os profissionais não consideram a estrutura física adequada para o acolhimento; a comunicação entre profissional e parturiente é ineficaz; a contrarreferência ocorre de maneira informal; há um fortalecimento do modelo hospitalocêntrico e os pacientes não se mostram corresponsáveis no processo. Contudo, salienta-se a importância do fortalecimento da escuta; sugere-se a utilização de um protocolo específico para acolhimento, que contemple a inserção de equipe multiprofissional e a implementação do dispositivo de acolhimento com classificação de risco.

Descritores: Acolhimento; Assistência; Obstetrícia; Profissionais da Saúde

Professionals' perception about reception with risk classification on the obstetric ward

ABSTRACT

This study analyzes the perception of health professionals about reception with risk classification in an obstetric ward of a teaching hospital in southern Brazil. This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach. Data were collected in January 2014 and analyzed by the use of thematic analysis. There was 15 professionals involved, considered the subjects. In relation to the results, it was observed that: there is no understanding about the meaning of the term reception; professionals do not consider physical structure adequate to the reception; communication between professional and parturient is ineffective; the counter-reference occurs informally; there is a strengthening of hospital-centered model and the patients do not act as co-responsible in the process. However, the importance of a strengthening of listening is evident; it is suggested the use of a specific protocol for reception, which contemplates the inclusion of a multidisciplinary team and the implementation of the reception device with risk classification.

Descriptors: Reception; Assistance; Obstetrics; Health Professionals.

^{1,2,4} Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), Mangueiras, RJ, Brasil.

⁶ Doutora em Engenharia de Produção e Sistemas/ Ergonomia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou por diversas adaptações ao longo de sua trajetória, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da atenção em saúde da população brasileira. Porém, a saúde pública ainda tem apresentado uma série de problemas inaceitáveis, tais como, falta de atendimento, serviços insuficientes e em geral mal estruturados, trabalhadores insatisfeitos com suas condições de trabalho, entre outros¹.

No ano de 2000 esses problemas já eram conhecidos e em busca de alterar o cenário vigente, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH), levando em consideração que na época os hospitais eram o alvo das maiores críticas. Ainda neste ano, instituiu também o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

O objetivo primordial do PHPN é 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, na perspectiva dos direitos de cidadania e fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério².

Em 2003, o MS passou o PNAHAH por uma revisão e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), ampliando o alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS. A PNH surgiu no intuito de fortalecer, tomando-se fundamental para a concretização dos princípios do SUS, tais como o acesso universal, a integralidade da atenção e a equidade na gestão.

No que diz respeito à humanização da saúde da mulher, o antigo PAISM (Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher), criado em 1983 foi reformulado pelo Ministério da saúde em 2004, passando a se chamar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A PNAISM foi criada para reforçar a humanização no atendimento integral às mulheres em suas diferentes fases da vida. Uma de suas prioridades é promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, com diretrizes como a ampliação da adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), realização de exames de rotinas de pré-natal, abrangendo todos os níveis de complexidade na atenção obstétrica e neonatal³.

A PNH se estruturou a partir de diretrizes, ou seja, orientações gerais, dentre as quais se destaca, por sua relevância, o acolhimento. A recepção humanizada se apresenta como porta de entrada para um serviço que tem a humanização como o eixo de todas as suas práticas⁴. Receber o paciente a partir desse enfoque implica em lançar um novo olhar sobre os aspectos que compõem o processo de produção da saúde.

O acolhimento significa a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas⁵. O acolhimento é uma ação que busca uma mudança na relação do profissional com o paciente, onde o primeiro reconhece o mesmo como sujeito participante e ativo no processo de produção de saúde. É um modelo de atender os usuários, em que o profissional se propõe a ouvir o que é solicitado e assume uma postura de acolhimento e oferta de respostas. Para tanto, implica na oferta de um atendimento resolutivo e responsável, que exige também encaminhamentos para outros serviços, caso não seja possível atender a demanda específica do usuário^{6,7}.

Todos os profissionais de saúde podem fazer o acolhimento, porém, algumas portas de entrada dos serviços, como os de urgência e emergência, por exemplo, podem demandar um tipo específico de acolhimento, na modalidade de dispositivo tecno-assistencial, denominado “acolhimento com classificação de risco” (ACR)^{6,8}.

A classificação de risco é um instrumento que proporciona a organização das filas de espera e propõe outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada. Além deste, situa outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do paciente com grau de risco elevado; informar o paciente e seus familiares que ele não corre risco imediato; informar sobre o tempo provável de espera; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento⁶.

Alinhando-se aos argumentos acima descritos buscou-se saber como acontece o acolhimento em um centro obstétrico de um hospital de ensino localizado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul. Neste local não ocorre somente o atendimento a parturientes, mas a todas as intercorrências clínicas da gestação, funcionando 24 horas como um serviço de urgência e emergência.

Tendo em vista tais apontamentos, este trabalho tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico de um Hospital de ensino no sul do Brasil.

Desse modo, o presente artigo, que se trata de um recorte de um projeto maior intitulado “O Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco na Percepção de Puérperas e Profissionais de Saúde”, buscará apresentar considerações acerca dos temas mencionados, partindo das análises de entrevistas realizadas com profissionais de saúde do centro obstétrico.

Metodologia

A presente investigação constitui-se como uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória descritiva^{9,10}.

Este estudo foi realizado no Centro Obstétrico de um Hospital de Ensino localizado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 15 profissionais de saúde que atuam neste serviço, escolhidos aleatoriamente e inseridos na pesquisa de acordo com a disposição em participar da mesma. Entre os profissionais estavam: quatro enfermeiras, cinco médicas residentes do primeiro e segundo ano da especialização em Ginecologia e Obstetrícia e seis técnicas de enfermagem. As entrevistadas eram todas do sexo feminino, apresentavam idade entre 27 e 60 anos e o tempo no serviço variava entre 01 e 29 anos.

Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2014, por meio de um instrumento com questões semiabertas. A técnica adotada para coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada na qual foram apresentadas 17 questões relacionadas ao processo de acolhimento e assistência às parturientes pela equipe de saúde no centro obstétrico.

As entrevistas foram registradas através de um gravador de voz, mediante a autorização do participante. Na sequência, as mesmas foram transcritas graficamente na íntegra e foram examinadas por meio da análise de conteúdo de Minayo⁹. Para tanto, cumpriu-se as três etapas propostas pela referida autora: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. No que concerne aos princípios éticos, este estudo passou pela aprovação dos setores da instituição pesquisada, bem como pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), sob número CAAE 20991113.0.0000.5346, de processo 508.160. Respeitaram-se os direitos das participantes, levando-se em consideração o que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que apresenta as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos. Sendo assim, a coleta dos dados só foi realizada após a apresentação do Termo de Confidencialidade dos Dados da Pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dessa forma, os participantes foram identificados com a letra P (profissionais), acompanhada do número relacionado à ordem da realização das coletas.

Resultados e discussão

A partir das entrevistas realizadas e com os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo⁹, chegou-se a duas categorias de interesse: Percepção dos profissionais sobre o acolhimento e Percepção dos profissionais sobre o atendimento na porta de entrada. Do mesmo modo, estabeleceram-se as seguintes subcategorias: “o conceito de acolhimento na perspectiva do profissional”; “comunicação ineficaz”; “fortalecimento do modelo hospitalocêntrico e a frágil corresponsabilidade”; e “contrarreferência informal”. As categorias e subcategorias serão descritas na sequência, apresentando recortes do conteúdo manifesto e análise contextualizada.

1. Categoria 1: Percepção dos Profissionais sobre o Acolhimento

Quando se fala em “humanização” no atendimento em saúde, a primeira ação que deveria ser realizada por toda a equipe ao receber um paciente é o acolhimento. Acolher é, sobretudo, ofertar uma escuta sensível, na qual é necessário estar preparado para trabalhar com diferenças sociais, culturais e comportamentais. É importante estar atento, ouvir e atender com respeito à particularidade que cada paciente apresenta. Além disso, ao acolher o profissional precisa utilizar uma comunicação ao nível de compreensão do sujeito, de modo a facilitar o estabelecimento de um vínculo terapêutico.

Ao se estabelecer o vínculo, os profissionais podem melhorar a compreensão das reais necessidades do paciente. Com o reconhecimento integral desses sujeitos, o atendimento fica mais dinâmico e facilita comunicação¹¹. A criação de vínculo é uma necessidade social em saúde, uma vez que este significa o estabelecimento de uma relação contínua e capaz de responder demandas.

O acolhimento na saúde possibilita a construção de uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social como escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. Nesse contexto, no encontro profissional-paciente além de haver a identificação das necessidades, há uma busca de produção de vínculo e de estímulo à autonomia¹².

Conforme se pode observar, o acolhimento propõe uma modificação na lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, se configurando como um desafio aos profissionais. Após a análise das entrevistas, verificou-se que o termo acolhimento comporta diferentes significados e concepções para as profissionais de saúde, passando inclusive por compreensões equivocadas:

[...]Acolhimento pra mim é aquele momento em que a mãe vai passar pelo trabalho de parto [...] (P5).

Acolhimento é aquele atendimento especial que tu tem que dar pra paciente quando ela chega num posto de saúde pra primeira consulta (...) (P10).

A maioria das profissionais desconhece o significado do termo acolhimento, podendo reduzi-lo à uma prática da atenção básica ou um instrumento a ser aplicado na hora do parto, como mostram as falas acima. Ou ainda, pode ser confundido com modalidade de acolhimento técnico-assistencial, o ACR, restringindo a sua aplicabilidade à enfermagem ou à medicina:

[...] Eu acho que tem que ser uma enfermeira ou um médico [...], tem que saber um pouco de clínica [...] (P3). Eu acredito que o serviço seria bem mais eficiente se tivesse um residente [médico] ou até mesmo o preceptor [medicina] lá na frente fazendo a triagem [...] (P8).

O acolhimento perpassa qualquer nomeação de um núcleo profissional, podendo ser pensado em um sentido mais amplo, como um cuidado que não exige um conhecimento específico, mas um olhar multiprofissional no qual o sujeito possa ser visto em sua integralidade. A unidade produtora dos serviços de saúde não é de um profissional isoladamente, mas, sim, da equipe; o foco central de atenção não é somente o paciente, mas a família e seu entorno¹³.

Para algumas profissionais o acolhimento é reconhecido como um momento de escuta e uma busca de aproximar profissionais e pacientes, porém, tradicionalmente ainda é identificado, em certa medida, como uma atitude voluntária e de bondade por alguns profissionais⁶, como pode ser observado nas falas abaixo:

O acolhimento pra mim é a recepção bem feita, com educação, com carinho, com solidariedade, [...] tu vai aprendendo, no decorrer da vida [...] (P13).

Acolhimento então é toda recepção, toda a simpatia, delicadeza, bons tratos com a paciente [...] (P14).

No entanto essa atitude contraria as proposições da PNH, que propõem a ação do acolhimento como um dos seus dispositivos e não como um “ato de caridade” ou uma manifestação feita aleatoriamente de acordo com a compreensão individual. O acolhimento, dentro de uma perspectiva humanizada, vai muito além do que tratar bem um paciente, implicando numa atitude de respeito, interesse e responsabilização pelas necessidades dos mesmos¹⁴, como situam adequadamente as profissionais abaixo:

É o primeiro contato que a paciente tem contigo e tu com ela, eu acho que a gente deveria se identificar, e tentar saber com a paciente o que levou ela a procurar o serviço [...] (P8).

(...) o acolhimento a principio a maneira como tu aborda, (...) ver a necessidade, e fazer os encaminhamentos, dependendo da necessidade da paciente – se necessário avaliação, se não, fazer uma contrarreferência [...] (P15).

A humanização dos atores (usuários e profissionais de saúde) que participam do acolhimento acontece por meio de um espaço em que o vínculo é criado pelas posturas de escuta e responsabilização¹⁵. É preciso ouvir o paciente para além da dor física, pressupondo ali um sujeito repleto de questões que perpassam o orgânico e atingem o plano da subjetividade.

Para o profissional ter esta postura necessita estar capacitado, porém, quando as entrevistadas foram questionadas se o serviço em algum momento teria lhes oferecido qualificação voltada para o acolhimento, apenas uma entrevistada respondeu positivamente. As demais afirmaram ter recebido apenas orientação breve durante a formação acadêmica, sendo esta voltada prioritariamente para o manejo e procedimentos técnicos, ou ainda, apontaram o entendimento do dispositivo a partir da experiência empírica. Vejamos algumas citações:

[...] Algumas coisas da parte técnica sabe, os nossos cursos de como lidar com medicações, aparelhagem, mas do acolhimento, essa parte mais emocional eu acho que não [...] (P8).

Eu acho que a gente foi aprendendo com as experiências [...] (P9).

Olha, (risos) quando eu entrei aqui eu não recebi nada. Depois assim até tu vai aprendendo no decorrer da vida [...] (P13).

Conforme pode se observar, ainda persiste um distanciamento entre a formação acadêmica e as necessidades de saúde da população, predominando uma educação tradicional que enfatiza o conhecimento e as habilidades técnicas, em detrimento de uma formação que habilita seus graduandos a atuarem no SUS. Embora as discussões sobre o acolhimento devam aparecer como tema transversal nos cursos da área da saúde, é fundamental que os profissionais continuem se atualizando e se qualificando por meio da Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente em saúde foi apresentada na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, como uma Política Nacional. A referida política aponta a importância dos processos de qualificação dos profissionais de saúde, enfatizando que a busca do aperfeiçoamento precisa estar ligada às necessidades de saúde da população¹⁶. Não basta apenas transmitir novos conhecimentos técnicos para os profissionais, uma vez que a formação e o desenvolvimento dos mesmos precisam transcender a dimensão fisiológica e caminhar na constituição de práticas qualificadas que assegurem uma atenção humanizada. Há então um movimento de reorientação na saúde, que se transpõe de uma abordagem individualista para outra mais relacional¹⁷.

2. Categoria 2: Percepção dos Profissionais Sobre o Atendimento na Porta de Entrada

Em nosso país, muitos serviços de atendimento às urgências e emergências convivem com extensas filas nas quais as pessoas disputam o atendimento sem critério de risco, levando em consideração apenas a ordem de chegada. Esse contexto aponta para um modelo ultrapassado de compreensão e de responsabilidade pública sobre a saúde e nos remete diretamente ao que propõe a PNH: ações que mudem o padrão de assistência ao usuário nos serviços públicos do Brasil e que melhorem a qualidade e a eficácia dos atendimentos prestados por estas instituições.

Partindo desse pressuposto, a PNH ressalta a importância do acolhimento e do ACR nas unidades de urgência e emergência, com o objetivo de humanizar o cuidado, reduzir a fila e o tempo de espera para o atendimento e propor uma reflexão acerca dos moldes de operar a assistência. Estas duas tecnologias, acolhimento e ACR, portanto, “têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, de acordo com a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho¹⁸.”

No centro obstétrico onde foi realizada a pesquisa não ocorre o ACR, embora o serviço funcione 24 horas como um setor que atende urgências e emergências obstétricas. Tendo em vista tal fato, buscou-se ouvir das profissionais de saúde como elas percebem o atendimento na porta de entrada deste local. Vejamos algumas opiniões apresentadas:

[...] as pacientes graves, elas não tem uma forma de seleção a não ser pela própria técnica de enfermagem, que julga se a paciente é grave ou não. Não tem um protocolo específico de sinais vitais [...] não é formalizado nenhuma forma de critério [...] É um acolhimento caótico (P1).

Acho um pouco confuso, o paciente é recebido pela secretária [...] A triagem é feita pelo técnico de enfermagem, classificando se é urgente ou não. Não tem uma enfermeira fixa lá na frente para classificar. E pela superlotação [...] (P2).

Os depoimentos apontam que o atendimento na porta de entrada se apresenta confuso e, conforme pode ser observado quem realiza a classificação quanto a risco é a técnica de enfermagem. Vale ressaltar que a Portaria 2.048/2009 do Ministério da saúde, aponta que o ACR “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos².”

Outros aspectos ressaltados por todas as profissionais dizem respeito à inadequação da estrutura física e a falta de recursos pessoais. As entrevistadas consideram a porta entrada um lugar pequeno, superlotado, feio, desconfortável, com pouca privacidade e com um número baixo de profissionais disponíveis.

[...]eu acho que é muito ruim, as pacientes não tem um local muitas vezes pra sentar, pra aguardar o atendimento, o atendimento é feito de forma demorada, então às vezes a gente deixa de atender melhor até pelo volume e temos poucos funcionários [...] (P5).

Muito falho (...) muito mecânico, verifica, senta, passa esse aqui [...]. A gente poderia ter uma sala de espera melhor, mas assim eu acho tudo isso muito feio, parece um cubículo, é um cubículo, muito escuro, as cadeiras horríveis, tudo muito apertado (P9).

A estrutura física é apontada também como fator limitante ao acesso do acompanhante da paciente com a mesma durante o período de espera e a realização do atendimento:

[...] não fica acompanhante na entrada, elas ficam aguardando sozinhas [...] pela falta de estrutura física. (P2)

Não, não é permitida a entrada de acompanhante e eu acho muito precário o espaço ali, por que a gente não tem nenhuma sala de entrevista na verdade, é direto a sala de exame [...] (P3).

[...] as pacientes que estão ali na frente escutam o que está sendo falado com a outra, então falta privacidade, [...] que ela pudesse se sentir mais a vontade, o que não acontece, o nosso espaço físico não nos permite. (P10).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), que regulamenta, especificamente, o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal no Brasil - RDC nº 36/2008, prevê a inclusão de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Reiterando o que propõe a Lei nº 11.108/2005, relacionada à inserção do acompanhante, a RDC nº 36/2008 destaca que a instituição que oferece assistência obstétrica deve garantir o direito à privacidade da gestante e seu acompanhante, assim como dispor de estrutura física adequada para a permanência do mesmo¹⁹.

As profissionais do centro obstétrico, por sua vez, reconhecem a importância da presença do acompanhante durante o acolhimento e avaliação:

[...] por exemplo, se essa paciente está com dor, ela não vai absorver o que o profissional está falando [...] então essa pessoa que está junto talvez ajudaria até a compreender o que está acontecendo (P11).

[...] acho que eles deveriam deixar pelo menos um acompanhante, pra elas ficarem mais assim, um pouco mais se sentindo melhor, mas olha o tamanho daquilo lá! (P13).

Observa-se a necessidade de uma transformação no espaço físico e aqui se aplica o conceito de ambiência. A PNH utiliza o termo ambiência para definir a necessidade de mudança na estrutura dos serviços de saúde. Segundo Brasil²⁰ “ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”.

Para além da mudança de espaço físico, verifica-se a importância de uma “mudança de paradigma” e a “mudança de paradigma na assistência à saúde envolverá a formulação de novos modelos conceituais, a criação de novas instituições e a implementação de uma nova política^{17:318}.

Verifica-se, desse modo, a necessidade de um novo modo de operar, que ofereça espaço adequado, levando em consideração que o mesmo só será possível com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, das práticas e dos processos de trabalho²⁰.

2.1 - Subcategoria 1: Comunicação Ineficaz

Etimologicamente, o termo comunicar provém do latim “comunicare” e significa pôr em comum. Portanto, a comunicação pode ser entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas.

Esta subcategoria demonstra que na percepção das profissionais, na maioria das vezes, o tempo de espera para o atendimento e os procedimentos realizados nas parturientes não são comunicados a elas. Do mesmo modo, revela que as informações fornecidas a respeito do motivo da liberação ou da internação das mulheres no centro obstétrico não ficam claras e não dão a garantia de que orientação foi compreendida. A percepção das profissionais sobre o tempo de

espera demonstrou que nem todas as entrevistadas fornecem informações a respeito e que, quando isso ocorre nem sempre é feito de maneira clara e precisa. Quando questionadas se informam às parturientes se irá demorar ou não para receberem o atendimento, as mesmas afirmaram:

Não, a gente não consegue dar conta de dar informação lá fora e de atender ali dentro. Então geralmente quem diz mais ou menos o que está sendo feito com a paciente é a secretária (P2).

Não comunica [...] nunca parei pra pensar nisso [...] (P5).

Do mesmo modo, parece haver uma falta de cuidado em relação à importância de esclarecer às pacientes quais os procedimentos realizados. Segundo os depoimentos esse dado nem sempre é compartilhado:

Nem sempre [...] às vezes a paciente está sendo internada ou vai passar por um procedimento e ela não é informada [...] isso não acontece aqui, infelizmente não acontece (P8).

[...] depois eu conversei com ela e expliquei o que eu fiz. Mas foi depois que aconteceu [...] depende muito da situação (P15).

A comunicação e o acolhimento precisam caminhar juntos, pois dependem da capacidade de escutar e de dialogar entre os semelhantes²¹. No entanto, isso nem sempre ocorre. Durante as entrevistas ficou evidente também que não há esclarecimento sobre os motivos que levam a paciente permanecer internada no centro obstétrico, como aponta a profissional abaixo:

[...] eu tenho certeza que algumas saem sem saber. [...] Acho que deixa muito a desejar [...] dá-se a conduta e joga na mão as vezes do doutorando [aluno do sexto ano da medicina] a responsabilidade de orientar. Muitas vezes a gente faz isso, não é o certo, mas na correria, é o que a gente consegue fazer (P5).

O ato de informar sobre o que irá ocorrer durante o atendimento, é de extrema importância, uma vez que coopera para o estabelecimento de vínculo, podendo produzir ação terapêutica e melhora nas relações de assistência em saúde⁷. No entanto, verifica-se aqui uma comunicação fragilizada, em que ocorre uma assimetria e ausência de diálogo²².

Quando isso ocorre, “há, assim, forte tendência à exclusão do outro, uma vez que o profissional da saúde sabe de antemão o que é melhor para o seu paciente; é treinado para, a partir da queixa, diagnosticar e intervir na cura do corpo doente²³.” No entanto, é necessário estar atento ao fato que os pacientes são sujeitos capazes de decisão e diálogo e não cabe ao profissional na assistência à saúde reforçar as estratégias de infantilização.

2.2 - Subcategoria 2: Fortalecimento do Modelo Hospitalocêntrico e a Frágil Corresponsabilidade

Apesar das dificuldades estruturais no serviço, a maioria das profissionais têm a percepção de que há resolutividade no serviço. Quando questionadas se os atendimentos lhe parecem resolutivos, concluem:

Acho que sim, a maioria, até quando é baixo risco a gente, mesmo não precisando estar ali a gente acaba ou pedindo exame ou fazendo medicação (P3).

Eu acho que sim, até que são, por que [...] na Unidade básica poderiam resolver muita coisa, que a gente vê que vem pra cá [...] (P6).

Sim [...] mas consultas que poderiam ser feitas nos postos de saúde. Olha de 50 a 60% dos atendimentos que vem ao CO [centro obstétrico] não são daqui [...] (P9).

Observa-se nos depoimentos acima que muitos atendimentos realizados não são considerados demanda do serviço terciário, e poderiam ter sido manejados na atenção primária. Na prática, no nível terciário é que acaba ocorrendo a concentração da procura por atendimento, devido à falta de resolutividade nos níveis anteriores²⁴.

Ocorre que as Unidades Básicas ofertam um número limitado de fichas de atendimento, não funcionam 24 horas, não apresentam a possibilidade de realizar procedimentos de investigação imediata do diagnóstico, etc. Nesse contexto, as

pacientes deixam de buscar a consulta na Unidade Básica de Saúde mais próxima por avaliá-la como uma assistência menos qualificada, de pouca tecnologia e opta por buscar o seu atendimento diretamente nas emergências hospitalares.

Porém, é necessário substituir o modelo hospitalocêntrico por um modelo que estabeleça maior integração entre os serviços de saúde. Ser resolutivo é também, perceber que nenhum serviço, isoladamente, dispõe de recursos humanos, financeiros, competência e tecnologia para responder de maneira integral à saúde da população.

Do mesmo modo, torna-se imprescindível que os pacientes se co-responsabilizem nesse processo, o que não parece ser uma prática das parturientes que frequentam o local da pesquisa, conforme apontam as profissionais entrevistadas:

Os problemas geralmente são resolvidos. Se há falha é por que às vezes a paciente não volta pra mostrar exame (P4).

Acho que em parte [...] Muitas também não entendem o que a gente pede. A gente fala e não se cuidam quando vê tão ali de novo. A gente pede repouso e não faz [...] (P11).

A responsabilização precisa ser mútua, ou seja, uma co-responsabilização entre paciente e profissionais de saúde/serviço. "(...) os serviços de saúde deveriam trabalhar para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com (as) dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos (...)”²⁵. Mas a autonomia do paciente exige um olhar pautado na integralidade do mesmo, uma vez que só se pode pensar no conceito de autonomia, tendo em vista a dimensão social, histórica e psíquica de cada sujeito. Como se pode ver, caímos novamente no conceito de acolhimento e sua importância atrelada à escuta.

2.3 - Subcategoria 3: Contrarreferência Informal

A contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade para qual o paciente é encaminhado, podendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. Já a referência acontece quando o paciente é encaminhado para um atendimento com nível de especialização mais complexo, tais como os hospitais e as clínicas especializadas²⁶.

É necessário estar atento, porém, ao fato de que a hierarquização dos serviços não pode se tornar um mero instrumento de transferência de responsabilidades entre as unidades do sistema. Quando os processos de referência e contrarreferência ocorrem, há um fortalecimento na rede de atenção à saúde, podendo inclusive se efetivar para os usuários o princípio da integralidade²⁷. Isso ocorre nas ocasiões em que se identifica que a demanda pertence a outro nível de atenção e o usuário é encaminhado para dar continuidade à assistência.

Durante as entrevistas foi perguntado às profissionais se elas orientam às pacientes a retornar à Unidade básica de saúde mais próxima de suas casas, sendo observado que a maioria delas faz uma orientação verbal e desconhece o documento de contrarreferência padrão no hospital, nomeando a ficha de consulta como tal:

Pra unidade básica, não, por que eu escrevo a conduta na fichinha de consulta, ficha ambulatorial, eu coloco conduta embaixo, retorno se necessário, [...] e aí ela fica com a segunda via e ela leva junto com ela, e eu peço pra ela mostrar ou se ela for retornar ela mostrar aqui [...] (P2).

Em geral não, a gente dá a segunda via da ficha de consulta, que é onde tem todo o atendimento [...] e eu sempre costumo colocar a conduta ali, pra ir à Unidade Básica, isso sim. Mas assim, algo a mais por escrito não, a gente não tem tempo pra isso (P5).

Identifica-se que a falta de capacitação e de um protocolo específico de encaminhamento gera nas profissionais de saúde dúvidas sobre os documentos formais do serviço que podem ser utilizados como instrumentos legais de contrarreferência para outras instâncias.

Considerações Finais

Ao tentar traduzir sob a forma de pesquisa a compreensão do processo de acolhimento e assistência no trabalho de parto a partir da percepção do profissional de saúde entende-se que o objeto escolhido foi pleno de possibilidades para entender e, sobretudo, para ampliar as propostas e a pesquisa nessa área de estudos. No cenário deste estudo

observou-se que não há um consenso em relação ao que se compreende pelo termo acolhimento, observando que, em alguns casos, o mesmo é confundido com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). O não entendimento do acolhimento parece estar relacionado à fragilidade na formação e a própria instrumentalização em serviço. Verificou-se também que a maioria das profissionais considera fundamental a presença do (a) enfermeiro (a) durante a recepção da paciente, porém os materiais do MS apontam que qualquer profissional de saúde pode se responsabilizar pelo acolhimento dos usuários.

Um dos papéis fundamentais do hospital é contribuir para a continuidade do cuidado fazendo uma adequada contrarreferência após o atendimento. Entretanto, os resultados mostram que na prática não encontramos um sistema de saúde harmonioso que contribua para o bom funcionamento da rede. Nesse contexto, seria importante o estabelecimento de uma política institucionalizada para tornar a contrarreferência um processo contínuo e operante.

O centro obstétrico encontra-se superlotado, não só de urgências e emergências, mas com casos ambulatoriais, que poderiam estar sendo absorvidos pela atenção primária. A partir disso, verificou-se também o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, a informalidade nos encaminhamentos (contrarreferência), realizados de forma verbal ou em documento não padronizado pelo serviço.

No setor investigado observou-se a carência de projetos que fortaleçam a educação permanente em saúde aos profissionais, em especial na temática do ACR. A equipe referiu não estar recebendo qualificação no que diz respeito ao acolhimento e demonstraram não buscar novos conhecimentos através da educação permanente, deixando a desejar no que diz respeito ao conhecimento e a compreensão de políticas públicas fundamentais. Por sua vez, o que se observa na prática é a fragmentação no processo de trabalho, comprometendo questões importantes referentes ao processo de humanização.

Para melhor qualificação do serviço sugere-se a utilização de um protocolo específico para acolhimento, que contemple a inserção de diferentes núcleos profissionais, ofertando um olhar multiprofissional no qual o sujeito possa ser visto em sua integralidade.

Identifica-se como urgente a implementação do dispositivo de acolhimento com classificação de risco (ACR), sendo sugerido que o mesmo possa se efetivar pela iniciativa de residentes de diferentes núcleos profissionais. No entanto, para que o mesmo ocorra é necessário superar os entraves impostos pelo espaço físico e assumir uma postura desafiadora, voltada para uma “mudança de paradigma”.

Contudo, para que essa mudança seja efetiva, é importante sempre levar em consideração que trabalhamos com sujeitos com direito à autonomia, e que por trás de sua demanda, há uma dimensão social, histórica e psíquica que merece ser acolhida em sua singularidade.

Referências Bibliográficas

1. Garcia AV, Argenta, CE, Sanchez, KR, Thiago, MLS. O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis*. 2010; 20 (3): 811-834.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.048 de 02 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.
3. Rios CTF, Vieira, NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem com um espaço para educação em saúde. *Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva*, 2007; 12(2):477-486.
4. Rios IC. *Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Editora Áurea; 2009.
5. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Brasília. Rev. bras. enferm.* 2013; jan-fev. 66(1): 31-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília: MS; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2. ed. 5. reimp. Brasília: MS; 2010.
8. Nascimento ERP, Hilsendegerl BR, Caroline N, Guilherme M B, Kátia CGB. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011 out/dez;13(4):597-603. [citado em: 27 fev. 2014]. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11812/10180>>.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
11. Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães RP, Lima T de. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. REME rev. min. enferm. 2008; abr.-jun. 12(2): 271-277.
12. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? [citado em: 19 fev. 2014]. Disponível em: < <http://www.uff.br/saude-coletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf> >
13. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface - Comunic, Saúde, Educ; 5(9):150-153, ago. 2001. [citado em: 12 fev. 2014]. Disponível em:< <http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>>.
14. Marques GQ, Lima MADS. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), 2004 abr; 25(1):17-25.
15. Souza AC de, Lopes MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? um relato de experiência. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre 2003 abr; 24(1): 8-13.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília; 2005.
17. Capra F. O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1982.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília; 2004.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2008, n. 105. Sessão 1, p. 50-53.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010; p.5..32 p.
21. Crescêncio JM. O Atendimento no ambulatório de um hospital Público de Grande Porte tendo o acolhimento como Referência: A visão do Usuário. Porto Alegre, 2010. [citado em: 21 fev. 2014]. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3082/2/Jainmara%20Martins%20Cresc%C3%AAncio.pdf>>.
22. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p.71. 268 p., il. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS; v. 3.
24. Degani VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de saúde. Dissertação de mestrado, UFRGS, 2002, p.26. [citado em: 1 mar. 2014]. Disponível em <: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf?sequence=1> >.
25. Campos GW. Subjetividade e administração de pessoal. In: Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1997; p.50.
26. Fratini JRG, Saube R, Massaroli A. Referência e Contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc. Cuid. Saude, 2008; Jan/Mar; 7(1):065-072.
27. Hoffmann IC, Ressel LB, Maria de LDB. Women s pathway in prenatal care at public sceneries. JNUOL 2010; 4(3):44-52. [citado em: 5 mar. 2014]. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/47446961_Womens_pathway_in_prenatal_care_at_public_sceneries>.

Ana Caroline Boff Hedlund

Endereço para correspondência – Rua: Ery de Almeida Lima, nº143, ap 401, Bairro: Camobi,
CEP: 97105-120, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: ana.hedlund@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5927611127247464>

Caroline Bolzan Ilha – carol.ilha@hotmail.com

Izabel Cristina Hoffmann – izabel.h@gmail.com

Juliana Biermann Krusche – juliana.krusche@gmail.com

Lizandra Flores Pimenta – lliflopim@gmail.com

Melissa Medeiros Braz – melissabraz@hotmail.com

Enviado em 04 de agosto de 2014.

Aceito em 16 de setembro de 2015.

