

Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Classificação de risco em emergência obstétrica: percepção e preparo da equipe multidisciplinar de uma maternidade de alto risco em Anápolis - GO

Ana Beatriz Batista Cabral
Isadora Rodrigues Bezerra
Maria Rita Filgueira Abadia
Rafaela de Souza Taveira

Anápolis, Goiás
2024

Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Classificação de risco em emergência obstétrica: percepção e preparo da equipe multidisciplinar de uma maternidade de alto risco em Anápolis - GO

Trabalho de Curso apresentado à subárea de Iniciação Científica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof. Esp. Danielle Brandão Nascimento.

Anápolis, Goiás

2024

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade de Medicina – UniEVANGÉLICA

Eu, Prof (a) Orientador Danielle Brandão Nascimento venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) **acadêmicos(as)** Ana Beatriz Batista Cabral, Isadora Rodrigues Bezerra, Maria Rita Filgueira Abadia e Rafaela de Souza Taveira, estarão sob minha supervisão para desenvolver o trabalho de curso intitulado Classificação de risco em emergência obstétrica: acolhimento e preparo da equipe multidisciplinar de uma maternidade de alto risco em Anápolis- GO. O relatório em anexo foi revisado e aprovado e será seguido até a conclusão do mesmo.

Declaro ciência quanto à publicação do referido trabalho no repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 24 de fevereiro de 2024.

Assinatura do Orientador: 

RESUMO

O protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) consiste em uma metodologia de triagem inserida dentro do contexto da prática clínica o qual é executado por equipes multidisciplinares dos serviços de urgência e emergência. Esse processo de manejo de atendimento médico age mediante a organização da demanda de pacientes que buscam o serviço de emergência, utilizando como base a identificação de prioridades, se apoiando em diretrizes como humanização e equidade dentro dos serviços de saúde nacionais. Desse modo, o presente relatório de pesquisa verificou o conhecimento e o preparo dos profissionais da área da saúde, além disso, identificou as principais dificuldades encontradas acerca da aplicação do protocolo de classificação de risco no cenário das emergências obstétricas. De modo a concretizar esses objetivos, a pesquisa foi feita sob as bases de um estudo primário observacional, em um período de segmento transversal, com perfil de avaliação descritivo e não controlado, em amostra não aleatorizada. Ademais, esse trabalho foi escrito com base na análise das respostas aos questionários (Apêndice 2 e 3) aplicados aos profissionais da área de saúde atuantes na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Anápolis, Goiás. Finalmente, referente aos resultados, inferiu-se que, em uma escala de 0 a 20, foram obtidos os valores de 13,2, para o grau de conhecimento acerca do ACCR, 15,9, para a frequência de emergências obstétricas e 12,6 para o número de gestantes que fazem pré-natal e necessitam de atendimento de emergência. Ademais, observou-se a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) como emergência obstétrica mais recorrente. Por fim, quanto aos aspectos estruturais e funcionais de aplicação do ACCR, os participantes da pesquisa responderam em favor de um bom funcionamento geral do protocolo.

Palavras-chave: Emergências. Obstetrícia. Protocolo. Humanização.

ABSTRACT

The Care with Risk Classification protocol (ACCR) consists of a screening methodology inserted within the context of clinical practice, which is carried out by multidisciplinary teams from urgent and emergency services. This medical care management process works by organizing the demand of patients seeking emergency services, using as a basis the identification of priorities, based on guidelines such as humanization and equity within national health services. Thus, this research report verified the knowledge and preparation of health professionals, in addition, it identified the main difficulties encountered regarding the application of the risk classification protocol in the scenario of obstetric emergencies. In order to achieve these objectives, the research was carried out on the basis of a primary observational study, in a cross-sectional period, with a descriptive and uncontrolled evaluation profile, in a non-randomized sample. Furthermore, this report was written based on the analysis of responses to questionnaires applied to health professionals working at Santa Casa de Misericórdia in the city of Anápolis, Goiás. Finally, regarding partial results, on a scale from 0 to 20, the values of 13,2, for the level of knowledge about ACCR, 15,9, for the frequency of obstetric emergencies and 12,6 for the number of pregnant women who undergo prenatal care and require emergency care. Furthermore, DHEG was observed as the most recurrent obstetric emergency. Finally, regarding the general structural and functional aspects of applying the ACCR, the research participants responded in favor of the protocol functioning well. However, the results showed that the physical space of the institution is not sufficient to accommodate the companion, although there was unanimity regarding the existence of privacy offerings to the pregnant woman and her companion.

Keywords: Emergencies. Obstetrics. Protocol. Humanization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Contexto histórico e ambientação teórica.....	9
2.2 Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).....	9
2.3 O trabalho de parto e as emergências obstétricas.....	10
2.4 A aplicação do acolhimento com classificação de risco nos serviços emergenciais de obstetria.....	11
2.5 Atuação dos profissionais de saúde na aplicação do ACCR nas emergências obstétricas	11
3. OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral.....	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4. METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Local do estudo	14
4.3 População e amostra.....	14
4.4 Coleta de dados	14
4.5 Análise dos dados.....	16
4.6 Aspectos éticos.....	16
5. RESULTADOS	17
6. DISCUSSÃO	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
APÊNDICES	29
Panfleto.....	29
Questionário 01	30
Questionário 02.....	31
ANEXOS	33
Anexo 1.....	33

1. INTRODUÇÃO

O protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um processo de triagem aplicado em serviços de urgência e emergência por uma equipe multidisciplinar, que tem como objetivo organizar a demanda de pacientes, através de estratégias de identificação de prioridades do ponto de vista clínico, de modo a garantir o atendimento e atenção direcionados (AMORIM *et al.*, 2021).

Nesse sentido, além de assegurar o acesso ao sistema de saúde sob uma noção de equidade, o ACCR permite a ampliação da resolutividade e da humanização preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Essa noção evoca vantagens e benefícios que se estendem não somente ao usuário do sistema de saúde, mas à equipe multiprofissional envolvida no protocolo, a exemplo da oportunidade de racionalização do processo de trabalho, a melhoria na eficácia e na efetividade do serviço e a otimização e valorização do trabalhador e do trabalho da saúde (SENRA *et al.*, 2010).

O reconhecimento de mulheres que apresentam algum grau de risco através da ACCR é altamente relevante para a redução de intercorrências neonatais, principalmente relacionadas à prematuridade, com queixas voltadas para: contrações, perda de líquido via vaginal e alteração da pressão arterial (LIMA, 2021). Dentro dessa perspectiva, exprime-se a necessidade de domínio dos profissionais, responsáveis pela aplicação da classificação de risco, de todos os componentes que cercam o setor de triagem obstétrica, mediante uma rápida assistência, com técnicas eficazes e precisas (ROCHA, 2018).

Diante desse cenário, o cerne deste trabalho permeou a busca de estratégias para avaliar o grau de competência que os trabalhadores da saúde possuem no ato da aplicação e execução global do ACCR (ROCHA, 2018), haja vista que a Portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde prevê que esse protocolo deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, diante de treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, tendo como objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes organizando cada um deles em ordem de prioridade para o atendimento (SENRA *et al.*, 2010).

Essa determinação feita pelo Ministério da Saúde instiga questionamentos a respeito de quais são efetivamente os conhecimentos e o grau de preparo de médicos obstetras, residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem no âmbito das emergências obstétricas, assim como quais as principais dificuldades encontradas na aplicação do protocolo as quais eventualmente impedem a plenitude de execução dessa modalidade de atendimento.

Portanto, a presente pesquisa possui relevância calcada na oportunidade de contato direto com os profissionais de saúde, o que possibilita a obtenção de dados em relação ao preparo técnico requerido para classificar e manejar paciente inseridas em cenários de emergências obstétricas. Além disso, fez-se presente, também, o levantamento das principais dificuldades encontradas, possibilitando a elaboração de estratégias para o preenchimento de possíveis lacunas, para futuras melhorias na área emergencial da cidade de Anápolis, abrindo, assim, um caminho para que novos aperfeiçoamentos na obstetrícia emergencial sejam explorados e disseminados.

Dentro disso, o referido trabalho de pesquisa demonstra-se relevante ao evocar a descrição da aptidão profissional e do funcionamento do ACCR em unidades emergenciais de obstetrícia, além de levantar dados em busca do preenchimento de eventuais lacunas e dificuldades encontradas pelos trabalhadores atuantes na área. Assim, o este projeto contribui com a descrição do aporte de conhecimento e performance dos profissionais de saúde responsáveis, de modo a instigar a qualificação e humanização da assistência, ampliando o acesso e proporcionando a equidade e a integralidade no cuidado da rede de atendimento em defesa da vida de pacientes em ciclo gravídico-puerperal.

Por fim, o presente estudo verifica o conhecimento e o preparo dos profissionais da área da saúde, bem como identifica as principais dificuldades encontradas acerca da aplicação do protocolo de acolhimento com classificação de risco no cenário das emergências obstétricas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contexto histórico e ambientação teórica

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (PNH) foi instituída em 2003 e teve como finalidade medular a efetivação dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a qualificar a saúde pública no Brasil e incentivar a interação solidária entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2009).

Essa política representou uma importante iniciativa pública a qual impactou diretamente na tentativa de estabelecimento de melhores perspectivas para a multiplicidade de cenários da saúde no Brasil. Nesse sentido, o panorama obstétrico configura uma das realidades alcançadas pela política, haja vista que essa implementação estabeleceu a relevância da inclusão e exaltação dos trabalhadores no processo de produção e gestão do cuidado (BRASIL, 2013).

2.2 Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

O protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) consiste em um processo de triagem inserido na prática clínica que é executado por equipe multidisciplinar atuante em serviços de urgência e emergência. Esse dispositivo de manejo de cenários clínicos é fundamentado com base no modelo Manchester Triage System (MTS), marcado por uma metodologia a qual visa a organização da demanda de pacientes que procuram o serviço de emergência, utilizando como estratégias a identificação de prioridades clínicas antes mesmo da avaliação médica (AMORIM *et al.*, 2021).

O sistema de ACCR foi estabelecido como uma das diretrizes integrantes da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS e tem como objetivo central a humanização do acesso à saúde e a promoção do princípio de equidade assegurado como um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, como benefício central constata-se a avaliação e triagem ao passo que a paciente adentra o serviço de saúde. Essa avaliação rápida promove o descongestionamento dos setores emergenciais e a redução do tempo de espera para atendimento médico, possibilitando que, condicionada à gravidade do quadro, a paciente seja precocemente atendida (SILVEIRA, 2014; BRILHANTE *et al.*, 2016; FIGUEIROA *et al.*, 2017; AMORIM *et al.*, 2021).

O ACCR consiste em um processo altamente dinâmico o qual utiliza as habilidades de escuta qualificada e a capacidade de discernimento clínico de profissionais de saúde, como enfermeiros e técnicos de enfermagem devidamente treinados, para identificar e classificar

pacientes com base em um sistema de padronização de cores que indicam a necessidade de atendimento conforme gravidade e tempo de espera (BRILHANTE *et al.*, 2016).

2.3 O trabalho de parto e as emergências obstétricas

O trabalho de parto (TP) é o processo fisiológico que vai consistir na expulsão do feto, da placenta e das membranas para o exterior do útero, através do canal de parto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas. Esse processo de parturição pode ser pré-termo, quando iniciado de 20 a 36 semanas e 6 dias de gestação, a termo se gestação de 37 a 41 semanas e 6 dias ou pós-termo, como no caso de gestantes as quais alcançam idade gestacional superior a 42 semanas (MONTENEGRO; FILHO, 2016).

Dentro desse cenário, o período compreendido pelo trabalho de parto pode ser dividido em 4 momentos: dilatação: etapa que se inicia com as primeiras contrações uterinas que alteram o cérvix e termina com a dilatação completa (subdividido em fase latente e ativa); expulsão: período o qual aborda a dilatação completa e a saída do feto; dequitação: inicia-se após o nascimento e termina com expulsão completa da placenta e, finalmente, período de Greenberg, o qual, abarcando a primeira hora após o parto, se configura como um período marcado por altos riscos de hemorragias e complicações potencialmente fatais (MONTENEGRO; FILHO, 2016).

Inserido dentro da criticidade do contexto gravídico, o conceito das emergências obstétricas vai emergir como uma gama de intercorrências que culminam em agravo da saúde materna ou fetal, bem como configuram situações que exigem intervenções médicas. Dessa forma, para que o risco emergencial seja prontamente constatado, é imprescindível a atuação de equipe e serviços habilitados e operacionalizados por condutas fundamentadas em protocolos e evidências médicas (PORCIDES, 2006; BARBOZA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, verifica-se, que o panorama emergencial obstétrico é permeado por uma prevalência de condições elucidadas principalmente por síndromes hemorrágicas, sinais de eclâmpsia, infecções do trato urinário, vômitos incoercíveis ou inexplicáveis no 3º trimestre, trabalho de parto prematuro, oligodrâmnio, amniorrexe prematura e óbito fetal (SILVEIRA, 2014; BARBOZA *et al.*, 2019).

2.4 A aplicação do acolhimento com classificação de risco nos serviços emergenciais de obstetrícia

O acolhimento está atrelado diretamente com a classificação de risco do usuário e é de suma importância se atentar que o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um instrumento destinado a incentivar a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica e, assim, garantir o acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal, impactando positivamente nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal, recebendo as mulheres de forma adequada e melhorando o vínculo delas com as Instituições e profissionais ao intervir em momento oportuno (SANTOS *et al.*, 2019).

Sob essa ótica, é possível perceber que a implementação da política de ACCR gera otimização na assistência e melhora no fluxo de atendimento. Esses benefícios são possíveis a partir da execução de uma escuta qualificada durante o primeiro contato com a gestante, a qual proporciona confiança entre o profissional e a paciente, como também identifica o diagnóstico mais fidedigno para as queixas da mulher e o grau de risco no qual ela se encontra naquele momento, melhorando, conseqüentemente, o cuidado ofertado, a organização do serviço e a estruturação do atendimento, deixando no serviço terciário apenas o público que realmente necessita desse tipo de assistência (CARVALHO *et al.*, 2018).

Dessa forma, é possível compreender a importância de implementar a política do ACCR uma vez que essa metodologia proporciona assistência de acordo com o grau de prioridade e complexidade exigida por cada quadro clínico, minimizando a superlotação dos hospitais por peregrinação das mulheres com falsos trabalhos de parto nas maternidades e, principalmente, problemáticas como internação precoce, cesarianas desnecessárias e óbitos associado a vieses de diagnósticos e atendimento tardio (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

2.5 Atuação dos profissionais de saúde na aplicação do ACCR nas emergências obstétricas

Inserido dentro do cenário obstétrico, o Acolhimento com Classificação de Risco deságua no princípio de atendimento de todas as necessidades relacionadas à complexidade do período gravídico, levando em consideração noções e logísticas de coerência e priorização de situações clínicas permeadas por maiores níveis de gravidade (AMORIM, 2021).

A atuação dos profissionais de saúde dentro da execução desse sistema consiste em um papel que demanda altas cargas de responsabilidade, conhecimento específico e habilidades pragmáticas, haja vista que essas pessoas devem possuir a competência para identificar os riscos de complicação da gestante em trabalho de parto ou não e oferecer assistência adequada de

acordo com a equidade e integralidade, assegurando um atendimento rápido, humanizado e resolutivo (SILVEIRA, 2014).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a relação entre a formação profissional e o conhecimento do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na abordagem das emergências obstétricas, analisando as principais dificuldades encontradas na aplicação do protocolo e identificando o perfil das emergências obstétricas mais frequentes em uma maternidade de alto risco em Anápolis - GO.

3.2 Objetivos específicos

- Associar a formação profissional com o grau de conhecimento do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na abordagem das emergências obstétricas.
- Identificar as principais dificuldades encontradas acerca da aplicação do protocolo de classificação de risco no cenário das emergências obstétricas.
- Identificar o perfil das principais emergências obstétricas encontradas no serviço.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo observacional transversal analítico.

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, Goiás, devido à sua capacidade de oferecer um Pronto Socorro 24 horas exclusivo para Emergência Obstétrica, com suporte imediato e individualizado para gestantes com complicações clínicas, trabalho de parto e pós-parto.

4.3 População e amostra

A população de profissionais médicos, médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que realizam o atendimento de gestantes em emergência obstétrica, é de 26 médicos, 7 residentes, 16 enfermeiros e 47 técnicos de enfermagem, perfazendo 96 profissionais de saúde. A amostra do estudo se deu por conveniência, na qual 61 profissionais da saúde foram avaliados, sendo 8 médicos, 5 residentes, 32 técnicos de enfermagem e 16 enfermeiros.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada tanto de forma virtual quanto presencial. Inicialmente, as autoras deste trabalho criaram um formulário no GoogleForms, cuja primeira página continha um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nele, os participantes podiam optar por participar voluntariamente ou não, sendo que aqueles que marcassem a opção "não" não teriam acesso às páginas subsequentes do formulário. Somente as respostas que concordassem com o TCLE e completassem o questionário foram consideradas válidas.

Após a aceitação do TCLE, os participantes eram direcionados para as perguntas dos questionários. Estes (Apêndices 2 e 3) foram validados e adaptados a partir dos trabalhos de José Aparecido Bellucci Júnior e Laura Misue Matsuda, baseados em instrumentos de avaliação do ACCR, publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (2012), além do Protocolo de Manchester. A pesquisa envolveu todos os profissionais que trabalham com atendimento de

gestantes em urgência e emergência obstétrica na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis – GO, incluindo médicos, médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os questionários continham diversas perguntas destinadas a responder aos objetivos do estudo. Para o primeiro objetivo, "Associar a formação profissional com o grau de conhecimento do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na abordagem das emergências obstétricas", os profissionais respondiam às seguintes perguntas: "Em uma escala de 0 a 20, qual o seu grau de conhecimento acerca do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)?" e "Qual o seu nível de formação?". Para o segundo objetivo, "Identificar as principais dificuldades encontradas acerca da aplicação do protocolo de classificação de risco no cenário das emergências obstétricas", as perguntas incluíam: "O ACCR torna o ambiente mais acolhedor e humano?", "Ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no ACCR?", "O espaço físico para consulta médica e de enfermagem proporciona privacidade ao usuário?", "O espaço físico é suficiente para acolher o acompanhante?", "A sinalização do ambiente é clara o suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no ACCR?", "Os trabalhadores que atuam no ACCR se comunicam frequentemente com toda a equipe do setor?", "Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo ACCR?", "As condutas a serem tomadas, descritas no protocolo, são conhecidas por todos os que trabalham no setor?" e "As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de ACCR?". Para o terceiro e último objetivo, "Identificar o perfil das principais emergências obstétricas encontradas no serviço", as perguntas incluíam: "Em uma escala de 0 a 20, com qual frequência as gestantes que necessitam de atendimento obstétrico de emergência fazem pré-natal?", "Em uma escala de 0 a 20, qual a frequência de emergências obstétricas no último mês?" e "Qual a emergência obstétrica mais recorrente no último mês?".

Adicionalmente, foram feitas perguntas para caracterizar a população estudada, abordando o sexo do profissional, sua idade e tempo de atuação na profissão em anos. Após responderem aos questionários, o que levava cerca de 10 minutos, os participantes eram direcionados à última página do GoogleForms, que continha um benefício por terem participado da pesquisa: um panfleto (Apêndice 1) com informações sobre o ACCR, incluindo a descrição do protocolo, como classificar os pacientes em cada cor e o significado dessas classificações. Por exemplo, pacientes classificados com a cor vermelha necessitam de atendimento imediato, enquanto os pacientes classificados com a cor azul são considerados não urgentes e podem ser

atendidos em até 4 horas. Todas essas informações, incluindo o TCLE, os questionários e o panfleto, estavam disponíveis no formato digital por meio do link: [GoogleForms] (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfEbQEtkn0S0CxPKu99YBrvrCpIYXVIU6X0jq0Z14BtOrV6MQ/viewform?usp=sf_link).

A orientadora deste trabalho e a diretora de ensino e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis – GO, forneceu às autoras o número de WhatsApp dos profissionais que deveriam ser entrevistados, pois se encaixavam no perfil da amostra desta pesquisa. As autoras enviaram o link do GoogleForms para esses profissionais, juntamente com um texto de apresentação explicando quem eram, como conseguiram o número de contato e sobre o que se tratava o trabalho. Dessa forma, os profissionais acessavam o link através da mensagem e respondiam à pesquisa. Contudo, a adesão foi baixa com essa abordagem, o que levou as autoras a optarem também por uma abordagem presencial.

As autoras foram à instituição hospitalar em diferentes dias e horários, abordando os profissionais presentes no momento, explicando o propósito do trabalho e solicitando que respondessem ao questionário na hora. Foi disponibilizado um QR code que, ao ser escaneado, direcionava diretamente para o formulário. Caso o celular do profissional não conseguisse ler o QR code ou houvesse algum problema relacionado à rede de internet, as autoras emprestavam seus próprios celulares para que os profissionais pudessem responder ao questionário. Todo o processo foi conduzido de maneira a manter a ética da pesquisa, garantindo que as respostas obtidas fossem anônimas e sem qualquer identificador do profissional respondente.

4.5 Análise dos dados

Os resultados foram descritos como média, desvio-padrão, frequências e porcentagens. Para verificar a associação entre a formação do profissional e o grau de conhecimento do protocolo do ACCR foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Foi adotado como critério de significância $p < 0,05$. Os dados foram analisados através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 24.0, Armonk, NY).

4.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa atende aos critérios de ética nacionais e internacionais, sendo submetida ao comitê de ética da Universidade Evangélica de Goiás e recebendo o parecer de aprovação número 6.245.013 (Anexo 1).

5. RESULTADOS

Estimou-se uma amostra de 96 participantes, entretanto, devido à resistência dos profissionais em responder os instrumentos de coleta de dados, tem-se uma amostra atual de 61 participantes.

Em relação à média de idade dos profissionais participantes da pesquisa, o valor foi de $32,97 \pm 7,4$.

Quanto ao perfil da amostra estudada observou-se um maior percentual (86,9%) do sexo feminino, no que se refere a formação profissional, houve predomínio do técnico de enfermagem (52,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Sexo, idade e grau de formação dos profissionais de saúde.

Variáveis	n	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	53	86,9
Masculino	08	13,1
Grau de formação		
Técnico (a) de enfermagem	32	52,5
Médico (a)	08	13,1
Residente	05	8,2
Enfermeiro (a)	16	26,2
Idade		
$32,97 \pm 7,4$		
Total	61	100,0

Referente ao grau de conhecimento dos profissionais acerca do ACCR, infere-se, em uma escala de 0 a 20, o valor de 13,2. Da mesma forma, a frequência de emergências obstétricas no último mês avaliado foi de 15,9/20, enquanto o número de gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal e que precisaram de atendimento de emergência, foi de 12,6/20 (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise do questionário baseado no Protocolo de Manchester e nos instrumentos para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Grau de conhecimento sobre o ACCR	13,2	5,7
Frequência de pré-natais realizados	12,6	5,4
Frequência de emergências obstétricas	15,9	5,1

Quanto à frequência de emergências obstétricas mais atendidas dentro da instituição destaca-se a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) (55,7%) como a mais prevalente, sendo sucedida, com menor frequência, por outras emergências: Trabalho de Parto Prematuro (19,7%), Diabetes Mellitus Gestacional (4,9%), hemorragias (6,6%), Descolamento Prematuro de Placenta (1,6%), abortamento (3,3%), dengue (1,6%), má formação congênita (1,6%), infecção do trato urinário (1,6%), óbito fetal (1,6%) e COVID-19 (1,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Emergências obstétricas mais recorrentes no último mês.

Emergência	n	Percentual (%)
DHEG	34	55,7
TPP	12	19,7
DMG	03	4,9
Hemorragias	04	6,6
DPP	01	1,6
Abortamento	02	3,3
Dengue	01	1,6
Má formação congênita	01	1,6
ITU	01	1,6
Óbito fetal	01	1,6
COVID-19	01	1,6
Total	61	100,0

Quanto aos aspectos estruturais e funcionais gerais de aplicação do ACCR na instituição avaliada, os participantes da pesquisa responderam em favor de um bom funcionamento do protocolo. Contudo, uma porcentagem de 63,6% dos profissionais de saúde inferiu que o espaço físico da instituição não é suficiente para acolher o acompanhante (Tabela 4).

Por fim, em relação ao oferecimento de privacidade à gestante e ao acompanhante, houve unanimidade (100%) quanto de existência dessa variável (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise do questionário baseado no Protocolo de Manchester e nos instrumentos para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Pergunta	Sim	Não
A estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e ao acompanhante?	46	15
O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano?	57	04
Ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco?	40	21
O espaço físico para consulta médica e de enfermagem proporciona privacidade ao usuário?	54	07
O espaço físico é suficiente para acolher o acompanhante?	31	30
A sinalização do ambiente é clara o suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco?	50	11

(continua)

Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco se comunicam frequentemente com toda a equipe do setor?	48	13
Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco?	55	06
As condutas a serem tomadas, descritas no protocolo, são conhecidas por todos que trabalham no setor?	42	19
As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco?	46	15

6. DISCUSSÃO

O objetivo principal de um programa de triagem em serviços de emergência, sejam elas obstétricas ou não, é identificar pacientes portadores de doenças graves e urgentes, o que permite que seja feita uma intervenção oportuna e, como consequência, melhora dos resultados ou prevenção da deterioração. Quando os recursos para realização da triagem são limitados, ela se torna supérflua, uma vez que não é palpável realizá-la adequadamente. Assim sendo, é imprescindível que as instituições de saúde disponham de um contingente adequado de profissionais habilitados, além de suprimentos e ambiente físico adequados. (LINDROOS *et al.*, 2024).

A falha na identificação de pacientes obstétricas que procuram o serviço de emergência pode levar à morbidade e mortalidade materna (LINDROOS *et al.*, 2021). Por essa razão, faz-se necessário conhecer quem são os profissionais responsáveis por atender essas pacientes, quando elas precisam de cuidados intensivos. Assim sendo, durante a coleta de dados do presente estudo, para propiciar uma caracterização mais precisa dos detalhes fornecidos, os pesquisadores incluíram ao Protocolo de Manchester informações como gênero, idade, formação profissional e tempo de atuação, visando relacionar as respostas dos profissionais ao perfil de cada um. Esses dados não constavam no instrumento utilizado, porém é sabido que eles devem ser fornecidos em pesquisas científicas, para que se tenha uma análise amostral adequada.

Entende-se que a caracterização da amostra estudada seja de suma importância, destacando-se, por exemplo, a relevância de avaliar as disparidades de gênero na assistência médica. Pesquisas prévias revelam a existência de diferenças de gênero na prática médica, ou seja, as atitudes e percepções de médicos e enfermeiros podem variar de acordo com seu gênero, em relação a questões médicas, incluindo aquelas relacionadas à obstetrícia. Dessa forma, compreender o gênero dos profissionais de saúde envolvidos torna-se fundamental para identificar possíveis discrepâncias, tanto na abordagem quanto na execução de protocolos clínicos. Percebe-se que fatores relacionados ao gênero podem interferir diretamente na tomada de decisões clínicas e na assistência prestada aos pacientes, especialmente em emergências obstétricas. Assim, vê-se que a análise dessas disparidades é um componente crítico deste estudo, uma vez que contribui para a compreensão da complexidade e da importância desse quesito na prática médica (BENNETT *et al.*, 2019).

Com base na aplicação dos questionários e por meio dos resultados coletados, foi possível observar alguns aspectos significativos acerca dos profissionais abordados. Notou-se

que os médicos, os residentes e os enfermeiros demonstraram uma maior facilidade em responder à pesquisa, ao passo que os técnicos de enfermagem enfrentaram dificuldades em compreender o teor das perguntas. Outrossim, no momento da abordagem dos profissionais em seu local de trabalho, tanto os médicos quanto os residentes se mostraram receptivos, enquanto os enfermeiros e técnicos de enfermagem evitaram interagir com os pesquisadores. Em algumas ocasiões, houve recusa por parte destes a responder os questionários naquele momento, situação em que foi possível notar sinais evidentes de estresse e esgotamento. Nesse sentido, pode-se atribuir essa esquivia e hesitação a diversos fatores, dentre eles a própria sobrecarga de trabalho enfrentada pelos enfermeiros e técnicos, o desgaste físico e emocional, bem como a disparidade salarial existente entre eles, os médicos e os residentes (DUARTE *et al.*, 2018).

A disparidade entre a formação de médicos e técnicos de enfermagem é um componente essencial do sistema de saúde, que exerce uma influência substancial sobre suas respectivas funções e obrigações. Dentro disso, profissionais médicos passam por um extenso processo de formação acadêmica, o qual normalmente envolve uma graduação com duração de seis anos, seguida por residência médica em especialidades específicas, por mais alguns anos. Esse percurso educacional os torna conhecedores de conteúdos complexos, como anatomia e fisiologia humanas, além de poderem diagnosticar e tratar patologias, usar suas habilidades cirúrgicas e toda a expertise adquirida durante a especialização médica. Em contrapartida, técnicos de enfermagem completam um programa de formação técnica, que tipicamente abrange de um a dois anos, com foco na prestação de cuidados básicos de enfermagem, administração de medicamentos e auxílio ao paciente. Contudo, não possuem a mesma amplitude de conhecimento em diagnóstico e terapêutica que caracterizam a formação médica (SÁ, MARTINS-SILVA e FUNCHAL, 2014).

Essas discrepâncias na formação interferem diretamente na tomada de decisão clínica. Médicos dispõem da competência para realizar diagnósticos, prescrever tratamentos, executar procedimentos cirúrgicos e tomar decisões clínicas de elevada complexidade. Nesse sentido, desempenham um papel preponderante na definição das estratégias terapêuticas a serem adotadas com os pacientes. Por outro lado, técnicos de enfermagem têm uma atuação relevante na implementação dos planos de cuidado estabelecidos pelos médicos e enfermeiros, ainda que sua autonomia quando da tomada de decisões, particularmente no que tange ao diagnóstico e tratamento, seja consideravelmente mais restrita (GALLETTA *et al.*, 2016).

Todas essas diferenças elencadas acarretam implicações relevantes na interação entre os profissionais e, em particular, na possível irritação associada à sobrecarga de trabalho. A

natureza desgastante do ambiente hospitalar, juntamente à pressão e demanda intensa, as quais frequentemente acompanham o papel dos técnicos de enfermagem, podem contribuir para o surgimento da irritabilidade, que é, em grande medida, uma resposta ao estresse decorrente da sobrecarga de trabalho. Portanto, a compreensão das disparidades de formação, responsabilidades e desafios inerentes aos técnicos de enfermagem é imperativa para promover um ambiente laboral mais saudável e produtivo, assim como fomentar uma colaboração eficaz no seio da equipe de saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2017).

Durante a coleta de resultados para elaboração do presente estudo, a constatação dos próprios profissionais participantes da pesquisa acerca do seu baixo nível de conhecimento sobre o Protocolo de Classificação de Risco chamou a atenção dos pesquisadores e, por essa razão, tornou-se digna de nota. Dentro desse cenário, especialmente quando consideramos que esses profissionais estão diretamente envolvidos ao atendimento de gestantes em emergências obstétricas, com risco iminente de vida, trata-se de um resultado importante. Entende-se, portanto, que o Acolhimento com Classificação de Risco constitui uma parte fundamental do atendimento inicial nesses casos e que deve, primordialmente, estar acompanhada por profissionais dotados de um conhecimento preciso acerca do seu funcionamento, de modo a agir com domínio, excelência e segurança (SACOMAN *et al.*, 2019).

O período gestacional e o momento do parto são condições naturais que, muitas das vezes, não carecem de intervenção médica. Não obstante, as mulheres grávidas podem vir a adoecer durante essa fase, seja por doenças relacionadas à gravidez ou não. Independente da causa da comorbidade, uma boa triagem, realizada no serviço de emergência obstétrica, pode identificar rapidamente o problema e proporcionar desfechos melhores para as mães e seus bebês. Por essa razão, urge a necessidade de padronizar os atendimentos e implementar, de fato, a classificação de risco em âmbito emergencial obstétrico. (LINDROSS *et al.*, 2024).

A implementação do Protocolo de Manchester no atendimento às gestantes em emergências obstétricas é de suma importância, por diversas razões. Primeiramente, ele estabelece uma padronização no atendimento, o que assegura uma avaliação consistente e objetiva, garantindo assim com que todas as gestantes recebam a atenção necessária, de acordo com a gravidade de sua condição. Além disso, o sistema possibilita a rápida identificação de casos críticos, classificando as pacientes com base em critérios clínicos, o que permite que as pacientes mais graves tenham atendimento prioritário (ALMADA, 2014; MENEZES *et al.*, 2014).

Outra vantagem do Protocolo estudado é a alocação eficiente de recursos, ou seja, direcionar corretamente profissionais de saúde, instalações e equipamentos, para as pacientes mais necessitadas, garantindo, assim, um atendimento eficaz. Ademais, sua utilização promove uma abordagem mais segura e baseada em evidências, além de padronizar a linguagem entre os envolvidos no ato da triagem da gestante (o que prevê a troca de informações mais precisas), busca minimizar complicações, além de assegurar partos seguros e melhorar, portanto, os desfechos (ALMADA, 2014; MENEZES *et al.*, 2014).

Nesse sentido, pensando no tripé constituído pela gestante, seu feto e a situação do trabalho de parto, uma triagem de emergência obstétrica feita da forma correta permite uma avaliação segura dos três constituintes. As adaptações trazidas pela introdução de um método de triagem específico para a obstetrícia moldam alterações profundas na gestão hospitalar e orientam quanto à necessidade de prestar os melhores cuidados (LINDROSS *et al.*, 2024).

Ainda, o Protocolo permite o registro de dados padronizados, o que facilita a análise de desempenho e a identificação de áreas que necessitem de aprimoramento. Em suma, o Protocolo de Manchester desempenha um papel crucial na melhoria do atendimento de gestantes em emergências obstétricas, por garantir que seja feita uma abordagem organizada, eficaz e segura. Suas vertentes contribuem para melhores resultados, tanto para as gestantes quanto para seus bebês (ALMADA, 2014; MENEZES *et al.*, 2014).

Existem, ao redor do mundo, inúmeros sistemas de triagem médica, os quais têm sido o padrão ouro nos atendimentos de emergência geral, por mais de cinquenta anos. A título de comparação, em países como a Suécia, o sistema de triagem não obstétrica RETTS – Sistema Rápido de Triagem e Tratamento de Emergência, é amplamente utilizado e mostrou-se eficaz, responsável por reduzir o tempo total de internação hospitalar, além de permitir uma avaliação padronizada e melhorar a satisfação do paciente, em comparação com os serviços em que a triagem não é realizada. No entanto, os sistemas utilizados na emergência em geral não incluem determinantes obstétricos, além de não serem adaptados às alterações fisiológicas e ao amplo espectro de doenças relacionadas à gravidez. Isso significa que, mesmo que o programa de triagem exista, ele é inadequado para as pacientes obstétricas. (LINDROSS *et al.*, 2021).

Seguindo o exemplo supracitado do que ocorre na Suécia e, ainda, buscando comparar os cenários e reafirmar a necessidade da inserção de um bom método de triagem obstétrica, o Departamento de Obstetrícia do Hospital Universitário Sahlgrenska, em Gotemburgo, no ano de 2016, iniciou a introdução de um novo programa de classificação de risco, o Sistema de Triagem Obstétrica de Gotemburgo (GOTS), visando solucionar os problemas relacionados às

emergências obstétricas na unidade de saúde. Assim como a Santa Casa de Misericórdia é para Anápolis, o Departamento de Obstetrícia do hospital mencionado é a maior unidade obstétrica da Suécia, com cerca de dez mil nascimentos por ano. O GOTS foi o primeiro sistema de triagem obstétrica desenvolvido na Suécia, utilizado somente no país, e sua implementação melhorou consideravelmente os atendimentos às pacientes grávidas (LINDROSS *et al.*, 2021).

Desde o início de sua utilização, as pacientes são priorizadas de acordo com a gravidade de seu quadro, e acompanhadas de forma estruturada. De acordo com Lindross *et al.* (2021), “tanto os pacientes como a equipe expressam maior satisfação com a triagem obstétrica. Foram iniciadas mais pesquisas para melhorar o sistema de triagem e o método de trabalho”.

Diante desse panorama, constata-se os serviços de urgência e emergência hospitalares como “portas de entrada” dos sistemas de saúde amplamente utilizadas, sejam eles públicos ou privados. Portanto, sabe-se que uma possível demanda excessiva, bem como a superlotação desses espaços, é um cenário latente e persistente, que pode ser contornado mediante aspectos organizacionais desses próprios serviços. Para isso, utiliza-se o Protocolo Acolhimento com de Classificação de Risco, o qual pode ser um potente recurso aplicado à gestão do cuidado e dos serviços de urgência e emergência obstétrica, quando aliado ao conhecimento e à qualificação dos profissionais da saúde (SACOMAN *et al.*, 2019).

Por fim, cabe ressaltar que, apesar das limitações enfrentadas pelos pesquisadores (sobretudo a dificuldade em conseguir respostas dos profissionais e a sobrecarga laboral no ambiente de trabalho dos pesquisados), os questionários utilizados apresentaram uma abordagem satisfatória no que diz respeito às condições de atendimento oferecidas aos pacientes pelos profissionais de saúde, considerando o nível de conhecimento individual e a análise do ambiente físico do hospital, destinado ao acolhimento das pacientes gestantes e de seus acompanhantes. Além disso, os autores consideram como pontos fortes da pesquisa o conhecimento adquirido acerca dos sistemas de triagem emergencial, bem como o contato direto com os profissionais de saúde que atuam no âmbito das emergências obstétricas. Entende-se que o assunto abordado carece de melhor conhecimento e aplicação prática, sendo, portanto, de grande valia para a saúde como um todo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou destacar que o perfil dos entrevistados incluiu adultos jovens, majoritariamente do sexo feminino e atuantes como técnicos de enfermagem. Dentro desse contexto, em relação ao conhecimento acerca do ACCR, foi constatada uma média de nota alta dentro da escala utilizada. Ainda nesse panorama, ressalta-se a DHEG como emergência obstétrica mais frequente presente no cenário avaliado. Além disso, foi demonstrado que médicos, residentes e enfermeiros obtiveram maior facilidade para responderem o questionário aplicado, ao passo que demais profissionais demonstraram relativa dificuldade em termos de interpretação dos questionários e de aplicação do protocolo.

Finalmente, durante o processo de coleta de dados, foram identificadas algumas limitações, as quais se devem tanto aos questionários utilizados (APÊNDICES 2 e 3), quanto à percepção e ao conhecimento individual do público amostral pesquisado. Esses preceitos tiveram um impacto significativo nos resultados demonstrados e fizeram com que os pesquisadores se atentassem a aspectos cabíveis de discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMADA, C. B. Projeto para Implantação do Acolhimento da Mulher com Classificação pelo Sistema Manchester Adaptado para um Hospital e Maternidade Pública. **Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, 2021.

AMORIM, R. S. *et al.* Emergências obstétricas e acolhimento das usuárias na classificação de risco. **Global Academic Nursing**, v.2, (Spe.1): e99, 2021.

BARBOZA, E. M. O. *et al.* Urgência subjetiva em emergência obstétrica de alto risco: um estudo psicanalítico. **Revista Subjetividades (impressa)**, v. 19, n. 3, p. 1-11. Fortaleza, 2019.

BENNETT C. L. *et al.* Gender Differences in Faculty Rank Among Academic Emergency Physicians in the United States. **Academic Emergency Medicine: oficial jornal of the Society for Academic Emergency Medicine**. v. 26, n. 3, p. 281-285, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização**. 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRILHANTE, A. F. *et al.* Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 4, p. 569-575, julho-agosto, 2016.

CARVALHO, S. S. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, v. 18, n. 2, p. 309-315, abril - junho, 2018.

DUARTE, M. L. C. *et al.* O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, e2017-0255, 2018.

EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA. **Santa Casa**, Anápolis. Disponível em: <<https://www.santacasa.org/servicos/emergencia-obstetrica/>>.

FIGUEIROA, M. N. *et al.* User embracement and risk classification at obstetric emergency: evaluating operationalization in a maternity hospital school. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170087, 2017.

GALLETTA, M. *et al.* The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and Turnover Intention in Nurses. **Research in nursing & health**, v.39, n.5, p.375–385, 2016.

JÚNIOR, J. A. B., MATSUDA, L. M. "Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco." **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n 5, p.751-757, 2012.

LINDROOS, L. *et al.* Improving Assessment of Acute Obstetric Patients - Introducing a Swedish Obstetric Triage System. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1207, 2021.

LINDROOS, L. *et al.* Experiences of Implementing and Working with Obstetric Emergency Triage: A Qualitative Study among Swedish Midwives, Auxiliary Nurses, and Obstetricians. **Sex Reproductive Healthcare**, v. 40, e 100958, 2024.

LIMA, D. R. Concordância Inter Avaliadores do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde. **Universidade Federal de Minas Gerais** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - BDEFN – Enfermagem. Belo Horizonte, 2021.

MAGALHÃES, A. M. M. de. *et al.* Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. **Revista Da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03255, 2017.

MENEZES, M. O. *et al.* Acolhimento com Classificação de Risco na Rede de Urgência e Emergência: Perspectivas para Enfermagem. **Caderno De Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE**, v. 2, p. 45–58, 2014.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R. **Rezende Obstetrícia**, 13ª edição. Grupo GEN, 2016.

PORCIDES, A. J. Manual de atendimento pré-hospitalar do corpo de bombeiros do Paraná. **Manual do Atendimento Pré-Hospitalar – SIATE /CBPR**. Curitiba, 2006.

ROCHA, S. S. F. Acolhimento com classificação de risco obstétrico: proposta de readequação do instrumento de registro. Governo do Estado do Pará - **Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará** - Diretoria de Ensino e Pesquisa Programa de Pós-Graduação. Belém, 2018.

SÁ, A. M. S.; MARTINS-SILVA, P. O.; FUNCHAL, B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 664–674, 2014.

SACOMAN, T. M. *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 354-367, abril-junho, 2019.

SANTOS, M. B. *et al.* Perfil da demanda obstétrica atendida após implantação da classificação de risco em maternidade de risco habitual. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 20, n. 1, p. 191-199, 2019.

SENRA, C. N. *et al.* Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Principais Emergências Obstétricas. **Comissão Perinatal - Secretaria Municipal de Saúde Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia**. Belo Horizonte. 2010.

SILVEIRA, A. C. B. Acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2014.

TEIXEIRA, V. A. *et al.* O Protocolo de Manchester no Sistema Único de Saúde e a atuação do enfermeiro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**. v. 12, n. 2, p. 905-920, agosto-dezembro. 2014.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Panfleto

PROGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O QUE É O PROGRAMA ?
 É A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE QUE NECESSITA DE TRATAMENTO IMEDIATAMENTE REALIZADA POR EQUIPE TÉCNICA TREINADA, BASEADA EM PROTOCOLOS QUE CONSIDERAM O POTENCIAL DE RISCO, AGRAVOS À SAÚDE OU GRAU DE SOFRIMENTO. ASSIM, O PACIENTE CLASSIFICADO COMO DE MAIOR RISCO SERÁ ATENDIDO COM PRIORIDADE, O DE MENOR GRAVIDADE AGUARDARÁ ATENDIMENTO CONFORME ORDEM DE CHEGASSE, E O CASO EM QUE NÃO SE CARACTERIZA COMO ATENDIMENTO HOSPITALAR SERÁ ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Emergência
 Atendimento imediato com encaminhamento para sala de emergência, sala de pré-parto ou bloco obstétrico.

Muito Urgente
 Atendimento em até 10 minutos e encaminhar para consulta prioritizada

Urgente
 Atendimento em até 60 minutos e encaminhamento para consulta médica prioritária. Importante: casos com essa classificação precisam de reavaliação periódica

Pouco Urgente
 Atendimento em até 120 minutos e encaminhamento para consulta sem prioridade, informar a paciente sobre o tempo de espera e realizar a reavaliação sempre que necessário. A paciente pode ser encaminhada para outra unidade de saúde com garantia de consulta médica e/ou cuidados da enfermagem.

Não Urgente
 Atendimento em até 4 horas (240 minutos), informar a paciente sobre o tempo de espera e a possibilidade de encaminhar para outra unidade.

ATENÇÃO: NENHUMA PACIENTE DEVE SER ENCAMINHADA PARA OUTRA UNIDADE SEM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. E TODAS AS PACIENTES SERÃO ATENDIDAS NAS UNIDADES SE ASSIM DESEJAREM, MESMO SE HOVER POSSIBILIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA INSTITUIÇÃO.

Apêndice 2 - Questionário 01

Qual seu nível de formação?				
Em uma escala de 0 a 20, qual seu grau de conhecimento acerca do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)?	0	5	15	20
Em uma escala de 0 a 20, com qual frequência as gestantes que necessitam de atendimento obstétrico de emergência fazem pré-natal?	0	5	15	20
Em uma escala de 0 a 20, qual a frequência de emergência obstétricas no último mês?	0	5	15	20
Qual emergência obstétrica mais recorrente no último mês?				

Questionário validado e adaptado, contendo perguntas a respeito da especialização do profissional, seu conhecimento acerca do ACCR e a frequência com que a instituição recebe e atende as gestantes em emergência obstétrica.

Fonte: Protocolo de Manchester e instrumentos para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco elaborados por José Aparecido Bellucci Júnior e Laura Misue Matsuda, publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (2012).

Apêndice 3 – Questionário 02

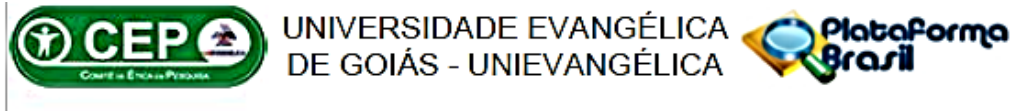
Nº	Item		
01	A estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e ao acompanhante?	Sim	Não
02	O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano?	Sim	Não
03	Ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco?	Sim	Não
04	O espaço físico para consulta médica e de enfermagem proporciona privacidade ao usuário?	Sim	Não
05	O espaço físico é suficiente para acolher o acompanhante?	Sim	Não
06	A sinalização do ambiente é clara o suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco?	Sim	Não
07	Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco se comunicam frequentemente com toda a equipe do setor?	Sim	Não
08	Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco?	Sim	Não
09	As condutas a serem tomadas, descritas no protocolo, são conhecidas por todos os que trabalham no setor?	Sim	Não
10	As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco?	Sim	Não

Questionário validado e adaptado, contendo perguntas a respeito de como é o espaço físico em que os atendimentos acontecem, se há a aplicação do protocolo no momento inicial do atendimento, e de que forma ela ocorre.

Fonte: Protocolo de Manchester e instrumentos para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco elaborados por José Aparecido Bellucci Júnior e Laura Misue Matsuda, publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (2012).

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer de aprovação no CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Classificação de risco em emergência obstétrica: acolhimento e preparo da equipe multidisciplinar de uma maternidade de alto risco em Anápolis - GO

Pesquisador: DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69748823.5.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.245.013

Apresentação do Projeto:

Em conformidade com o número do parecer: 6.134.132

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Verificar o conhecimento e o preparo dos profissionais da área da saúde, bem como identificar as principais dificuldades encontradas acerca da aplicação do protocolo de classificação de risco no cenário das emergências obstétricas.

Objetivos específicos

- Verificar o conhecimento dos médicos obstetras, residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem a respeito do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em emergências obstétricas.
- Levantar as informações acerca do nível de preparo dos profissionais da saúde em relação à aplicação do ACCR na abordagem das emergências obstétricas.
- Descrever as principais dificuldades encontradas acerca da aplicação do protocolo de classificação de

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.245.013

Apresentação do Projeto:

Em conformidade com o número do parecer: 6.134.132

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Verificar o conhecimento e o preparo dos profissionais da área da saúde, bem como identificar as principais dificuldades encontradas acerca da aplicação do protocolo de classificação de risco no cenário das emergências obstétricas.

Objetivos específicos

- Verificar o conhecimento dos médicos obstetras, residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem a respeito do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em emergências obstétricas.
- Levantar as informações acerca do nível de preparo dos profissionais da saúde em relação à aplicação do ACCR na abordagem das emergências obstétricas.
- Descrever as principais dificuldades encontradas acerca da aplicação do protocolo de classificação de risco no cenário das emergências obstétricas.
- Apresentar as principais emergências obstétricas categorizadas de acordo com o protocolo de acolhimento com classificação de risco.

Continuação do Parecer: 6.245.013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em conformidade com o número do parecer: 6.134.132

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa proposto pelo curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof.^ª Esp. Danielle Brandão Nascimento. O estudo está relacionado ao Trabalho de curso dos pesquisadores: Ana Beatriz Batista Cabral, Isadora Rodrigues Bezerra, Maria Rita Filgueira Abadia, Rafaela de Souza Taveira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.510/2016 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências

QUANTO AO PROJETO DETALHADO (TCC_Projeto_Final.docx de 19/05/2023)

PENDÊNCIA 1: Retirar do projeto o termo "familiares" para devolutiva, levando em consideração que a pesquisa envolve como participantes apenas os profissionais de saúde. ANÁLISE: Foi retirado o termo "familiares" do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (formato digital). PENDÊNCIA ATENDIDA.

QUANTO AO TCLE (TCLE.docx de 19/05/2023)

PENDÊNCIA 2: O TCLE físico não está em consonância com o TCLE no forms. Considerar o TCLE digital informado no link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfEbQEtkn0S0CxPKu99YBrvrCpIYXVIU6X0jq0Z14BtOrV6MQ/viewform?usp=sharing>. Será o TCLE físico ou TCLE no forms?

Padronizar. O TCLE do projeto deve ser compatível com o informado no google forms. Lançando mão de

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.510/2016 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências

QUANTO AO PROJETO DETALHADO (TCC_Projeto_Final.docx de 19/05/2023)

PENDÊNCIA 1: Retirar do projeto o termo "familiares" para devolutiva, levando em consideração que a pesquisa envolve como participantes apenas os profissionais de saúde. ANÁLISE: Foi retirado o termo "familiares" do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (formato digital). PENDÊNCIA ATENDIDA.

QUANTO AO TCLE (TCLE.docx de 19/05/2023)

PENDÊNCIA 2: O TCLE físico não está em consonância com o TCLE no forms. Considerar o TCLE digital informado no link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfEbQEtkn0S0CxPKu99YBrrCpIYXVIU6X0jqDZ14BtOrV6MQ/viewform?usp=sharing>. Será o TCLE físico ou TCLE no forms?

Padronizar. O TCLE do projeto deve ser compatível com o informado no google forms. Lançando mão de TCLE físico, uma vez que haverá o consentimento digital. ANÁLISE: O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi padronizado e estabelecido como sendo somente no formato digital, sendo excluída o formato físico do documento. PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3: Retirar do TCLE digital o termo "familiares" para devolutiva, levando em

Continuação do Parecer: 6.245.013

consideração que a pesquisa envolve como participantes apenas os profissionais de saúde. ANÁLISE: Foi retirado o termo "familiares" do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (formato digital). PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 4: retirar do projeto (p.27 e p.28) o apêndice 12.3, mantendo apenas o TCLE digital informado no google forms. ANÁLISE: Foi retirado do projeto o apêndice 12.3. PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 5: inserir no TCLE a forma de convite se via e-mail ou whatsapp e como obterão o número de telefone ou e-mail dos participantes, em que momento será feito contato? No local de trabalho? ANÁLISE: Foi evidenciado no projeto e no TCLE que o participante da pesquisa será abordado de maneira virtual, via convite enviado pela diretora de ensino e pesquisa da instituição hospitalar, através do link de WhatsApp. PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 6: inserir no TCLE item sim (concordo) ou não (discordo), no google forms, como consentimento para pesquisa. Caso o participante assinale o item "não" o link deverá ser fechado. No final do TCLE digital o pesquisador deverá disponibilizar o TCLE em PDF para o participante caso queira poderá baixar o documento. ANÁLISE: Foi inserido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o item de concordância/discordância de consentimento com a pesquisa. Foi disponibilizado um link para download do TCLE. PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 7: deixar claro no corpo do TCLE do google forms, conforme informado no interior do projeto, os critérios de exclusão (questionários incompletos e sem assinatura do TCLE, serão desconsiderados) e os critérios de inclusão (Serão considerados aptos para a etapa de análise e validação dos dados os questionários respondidos de maneira completa mediante assinatura do TCLE. população de profissionais médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que realizam o atendimento de gestantes em emergência obstétrica, seja de 26 médicos, 7 residentes, 16 enfermeiros e 47 técnicos de enfermagem, perfazendo 96 profissionais de saúde. A amostra do estudo se dará por conveniência, onde toda a

população será avaliada). ANÁLISE: Foi evidenciado no corpo do TCLE os critérios de inclusão e exclusão.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

QUANTO A FOLHA DE ROSTO (Folha_de_rosto_assinada.pdf de 27/04/2023)

PENDÊNCIA 8: informar na folha de rosto o item 13 (CNPJ) escrever de forma manuscrita.

Continuação do Parecer: 6.245.013

ANÁLISE: A informação do CNPJ foi incluída na folha de rosto. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2124860.pdf	10/08/2023 13:46:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisa.docx	10/08/2023 13:45:32	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Parecer Anterior	Carta_encaminhamento_Pendencia.docx	10/08/2023 13:44:56	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/08/2023 13:44:39	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PESQUISA.pdf	10/08/2023 13:43:27	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Panfleto.docx	19/05/2023 08:20:32	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Questionario.docx	19/05/2023 08:15:10	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_do_pesquisador.docx	19/05/2023 08:11:56	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/05/2023 08:02:50	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/04/2023 15:01:40	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisa.docx	10/08/2023 13:45:32	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Parecer Anterior	Carta_encaminhamento_Pendencia.docx	10/08/2023 13:44:56	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/08/2023 13:44:39	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PESQUISA.pdf	10/08/2023 13:43:27	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Panfleto.docx	19/05/2023 08:20:32	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Questionario.docx	19/05/2023 08:15:10	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_do_pesquisador.docx	19/05/2023 08:11:56	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/05/2023 08:02:50	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/04/2023 15:01:40	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_instituicao_coparticipante.pdf	27/04/2023 14:59:29	DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO	Aceito

Continuação do Parecer: 6.245.013

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 17 de Agosto de 2023

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
 (Coordenador(a))