

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SÍLVIA RAPHAELLA DA CONCEIÇÃO BENJOÍNO

**ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E VINCULAÇÃO EM REDE DE
PARTURIENTES EM UM PRONTO ATENDIMENTO COM UNIDADE
OBSTÉTRICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO/ Rede Cegonha, da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Sandra Taveiros de Araújo

ARAPIRACA

2018

SÍLVIA RAPHAELLA DA CONCEIÇÃO BENJOÍNO

**ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E VINCULAÇÃO EM REDE DE
PARTURIENTES EM UM PRONTO ATENDIMENTO COM UNIDADE
OBSTÉTRICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização em Enfermagem
Obstétrica – CEEO/ Rede Cegonha, da Escola de
Enfermagem da Universidade de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
especialista.

Orientadora: Sandra Taveiros de Araújo

APROVADO EM: 01 de Fevereiro de 2018.

Professora UFAL Msc. Sandra Taveiros de Araújo
Orientadora

Professora UFMG Dra. Ieda Maria Andrade Paulo

Professora UFAL Msc. Nirliane Ribeiro Barbosa

Dedico a todos que se empenham em reduzir a mortalidade materna e infantil, acreditam no Sistema Único de Saúde e aos usuários do SUS, em especial as mulheres e crianças.

AGRADECIMENTOS

Mais um sonho se realiza. Neste momento conquistei uma vitória. Passei por vários momentos, obstáculos e situações difíceis, mas também felizes. É com grande emoção que agradeço a Deus pelas oportunidades que me foram dadas na vida, por ter sido luz para meu caminho, auxílio nas horas difíceis e por permitir que realizasse esse sonho.

À minha orientadora Sandra Taveiros, pelo apoio durante o processo de orientação.

A toda a equipe que compõe o Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade obstétrica.

Agradeço as minhas mainhas (Rita e Coinha), mulheres guerreiras que dedicaram suas vidas para oferecer o melhor de si na minha criação e educação, com muita coragem, apoio, alento para o estudo, as noites de sono, as orações, os olhos que brilham com minhas conquistas, olhos ternos que transmitem a força necessária nos momentos difíceis e as demonstrações de amor desmedidas tudo isso é fundamental para a minha formação pessoal e profissional.

Ao meu amor Ademar, por sempre estar ao meu lado, por seu companheirismo, dedicação, compreensão, apoio e amor incondicional.

A todos os meus amigos, afilhados e aos amigos que ganhei em Arapiraca por cada minuto de convivência, palavras e gestos de muita dedicação, aos sorrisos e lágrimas, ensinamentos, descobertas e conquistas compartilhadas.

Aos mestres que cruzei na minha vida acadêmica, que me fizeram apaixonar mais ainda pela obstetrícia e por terem ampliado minha visão e conhecimento.

A todos aqueles que estiveram ao meu lado dedico o mérito desta conquista com a mais profunda gratidão.

Muito obrigada!

RESUMO

A Rede Cegonha adota estratégias para reorganização dos processos de trabalho no campo obstétrico-neonatal e estabelece com uma de suas principais diretrizes, o Acolhimento e Classificação de Risco nas portas de entrada dos serviços de urgência de obstetrícia (A&CR). Observar a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde e usuários do Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade Obstétrica, possibilitou a identificação da necessidade de reorganização do atendimento, para que este tenha um processo assistencial contínuo. Considera-se ainda que nesta unidade o atendimento inicial ocorre no mesmo espaço e com mesmo profissional tanto para urgência e emergência como para obstetrícia. Neste sentido, percebe-se que o atendimento as gestantes fica comprometido pela falta de um protocolo de acolhimento que regularize ou normatize o atendimento das mesmas a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuária. Este projeto de intervenção permitiu a reorganização do acolhimento e a assistência humanizada, identifica a prioridade clínica com que a cliente deve ser atendida (A&CR), estabelece sistema de referência e contrarreferência, estabelece o transporte seguro ao binômio mãe-filho e disponibiliza ferramentas de trabalho para os profissionais. Realizou-se um levantamento e coleta de dados para a execução deste projeto e foram divididas em cinco etapas a sua execução: 1º etapa: reunião com todos os integrantes para o levantamento dos problemas e planejamento das ações. 2º etapa: Formação das equipes. 3º etapa: Início das capacitações da equipe de enfermagem. 4º etapa: avaliação. 5º etapa: Execução do Protocolo. Como resultados parciais temos: Houve uma reunião com a gestão e os membros do Comitê de Prevenção de óbitos materno e infantil; Houve a Contratação de cinco enfermeiras generalistas 24 horas; Solicitado a SMS um espaço físico para atendimento obstétrico diferenciado das urgências e/ou emergências; Solicitado a SMS a impressão do Registro de atendimento de A&CR e do Mapa diário para acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem; Solicitado a SMS uma caixa de sugestões e críticas das usuárias e familiares. Fortalecer esse processo de práticas obstétricas capazes de atender as diretrizes da Rede Cegonha depende de todos nós profissionais, gestores, população, instituições e parcerias que acreditam e lutam por uma saúde pública de qualidade e promotora de melhores condições de vida.

DESCRITORES: Enfermagem obstétrica. Acolhimento. Parto Humanizado. Serviço de Saúde.

ABSTRAT

The Stork Network adopts strategies for the reorganization of work processes in the obstetric-neonatal field and establishes, with one of its main guidelines, the Reception and Risk Classification at the entrance doors of the obstetrics emergency services (A & CR). Observe the reality experienced by the health professionals and users of the Professor Zerbini Health Center with an Obstetric Unit, made it possible to identify the need to reorganize care so that it has a continuous care process. It is also considered that in this unit the initial care occurs in the same space and with the same professional both for urgency and emergency as for obstetrics. In this sense, it is noticed that the care given to pregnant women is compromised by the lack of a host protocol that regulates or normalizes the care of the same ones from the construction of flows, according to the degree of risk of each user. This intervention project allowed the reorganization of the host and the humanized assistance, identifies the clinical priority with which the client is to be attended (A & CR), establishes a referral and counter-referral system, establishes safe transport to the mother-child binomial, and provides work tools for professionals. A survey and data collection was carried out for the execution of this project and were divided into five stages: 1st stage: meeting with all the members to survey the problems and plan the actions. 2nd stage: Team formation. Step 3: Beginning of the training of the nursing team. 4th stage: evaluation. Step 5: Implementation of the Protocol. As partial results we have: There was a meeting with the management and members of the Maternal and Child Death Prevention Committee; There were hiring of five generalist nurses 24 hours; SMS requested a physical space for obstetric care differentiated from emergencies and / or emergencies; Requested the SMS to print the A & CR Service Registry and the Daily Map to follow the activities developed by the nursing team; SMS is requested a box of suggestions and criticisms from users and family members. Strengthening this process of obstetrical practices able to meet the guidelines of the Stork Network depends on all of us professionals, managers, population, institutions and partnerships that believe and fight for quality public health and promote better living conditions.

Descriptors: Obstetric nursing. Welcome. Humanized birth. Health Service.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	10
3. JUSTIFICATIVA	12
4. REFERENCIAL TEÓRICO	15
5. PUBLICO ALVO	22
6. OBJETIVOS	23
6.1 GERAL	23
6.2 ESPECÍFICOS	23
7. METAS	24
8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	25
9. RESULTADOS ESPERADOS	29
9.1 RECURSOS HUMANOS	30
9.2 CRONOGRAMA	31
9.3 ORÇAMENTO	32
10. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	33
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE	40

1. INTRODUÇÃO

Os altos índices de mortalidade materna e neonatal e as taxas crescentes de cirurgia cesariana dos últimos anos evidenciam a necessidade de colocar em discussão o modelo de atenção obstétrica e neonatal hegemônico no país (BRASIL, 2014).

Observa-se no cotidiano dos serviços a fragmentação das ações e sua organização incipiente para operarem na lógica das linhas de cuidado (BRASIL, 2014). As atividades profissionais referentes a assistência à saúde, para que seja bem desenvolvida e tenha seu objetivo alcançado, deverá ser executada de acordo com um protocolo.

Os protocolos são “recomendações preparadas de forma sistemática, com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas” (INSTITUT OF MEDICINE, 1990 apud WERNECK, 2009, P.22).

E o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Ao desenvolvermos um processo de trabalho para a execução de uma determinada atividade/tarefa estamos também criando um protocolo para a realização daquela atividade.

Nesse sentido, Merhy (1997) inclui o acolhimento como elemento inicial do processo de trabalho em saúde. O acolhimento é tido como um dos modos de operar os processos de trabalho em saúde para atender a todos que procuram esses serviços. Para tal, pressupõe-se o reconhecimento dos usuários como sujeito participante do processo, tratando-os como um todo e não se ocupando somente com suas doenças (BRASIL, 2004b).

Neste entendimento, o acolhimento se torna um elemento essencial ao exercício da assistência à saúde como todo, merecendo destaque no contexto da prática da assistência obstétrica, onde se verifica um grande movimento no sentido de modificar paradigmas da atenção obstétrica buscando ofertar um cuidado humanizado a mulher, recém-nascido e família no contexto do parto e nascimento.

Para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais a Rede Cegonha tem como uma de suas intervenções a Garantia do acolhimento e classificação de risco com qualificação do acesso e assistência. O processo de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais (BRASIL, 2014).

Segundo Cavalcante, Teixeira e Nogueira (2013) afirmam que acolhimento significa a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. E o acolhimento é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

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 (DOMINGOS; OLIVEIRA; MACHADO, 2012).

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 atendimento (DOMINGOS; OLIVEIRA; MACHADO, 2012).

Diante das abordagens supracitadas, o presente projeto de intervenção, busca contribuir para a reorganização do atendimento do Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade obstétrica (CSPZ), para que este tenha um processo assistencial contínuo. Espera-se que as atividades aqui propostas, possibilitem contribuir de forma positiva no processo de trabalho e no serviço de saúde ofertado no município, na medida em que irá qualificar a assistência prestada, organizar o fluxo da demanda, melhorando a qualidade da assistência, minimizando os riscos de mortalidade materna e infantil e aumentando a satisfação das gestantes e familiares que buscam esse serviço.

2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O projeto de intervenção será desenvolvido no Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade obstétrica, localizado em Cacimbinhas – Alagoas, cidade do Sertão Alagoano, onde a mesma pertence a 2º macrorregião e 8º região de saúde.

O município de Cacimbinhas está localizado na região noroeste do Estado de Alagoas, tendo uma população residente de 10.195 hab. conforme censo populacional IBGE/2010.

Limitando-se a norte com o município de Minador do Negrão e o estado de Pernambuco, a sul com Major Isidoro, a leste com Estrela de Alagoas e Igaci e a oeste com Dois Riachos e Major Isidoro. A área municipal ocupa 273,767 km² (0,98% de AL), densidade demográfica é de 37,4 habitantes por km² inserida na mesorregião do Sertão Alagoano e na microrregião de Palmeira dos Índios. (CACIMBINHAS, 2010).

O Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade obstétrica foi construído e gerido por meio da Prefeitura Municipal, é considerado referência e principal serviço de saúde ofertado na localidade não somente para a cidade, mas para a zona rural e duas comunidades circunvizinhas (Povoado Minador do Lúcio e Assentamento Santa Maria).

Trata-se de uma unidade de saúde para atendimentos de urgência e emergência 24 horas com demanda espontânea, 10 leitos de observação ou leito auxiliar a pacientes que necessitam estar sob observação médica e/ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou de tratamento durante um período menor que 24 horas. Destinado a pacientes de ambos os sexos e todas as faixas etárias, a unidade possui uma casa de parto para assistência de partos naturais que ambos atendimentos urgência /emergência e obstétrico possuem uma única entrada para o acolhimento.

A estrutura do Centro de Saúde é composta de uma sala de triagem, 01 ambulatório para urgência e/ou emergência, dois consultórios médicos, uma enfermaria de observação, uma enfermaria masculina, uma enfermaria feminina, uma enfermaria pediátrica, um laboratório de análises clínicas, uma sala de pré-parto, uma sala de parto normal, uma sala de alojamento conjunto. Esta estrutura conta com cerca de 36 profissionais de saúde que compõem uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, bioquímicos, farmacêuticos, um assistente de farmácia, técnicos de enfermagem, de laboratório e motoristas, e três ambulâncias, os quais garantem o atendimento dos usuários do município.

Tem uma capacidade física instalada proporcional a demanda, entretanto, há insuficiência de recursos orçamentário/financeiro para reparos estruturais, contratação de funcionários, aquisição de alguns insumos, medicamentos e equipamentos.

As gestantes de Cacimbinhas que necessitam de atendimento de risco habitual são encaminhadas a Maternidade Santa Olímpia município de Palmeira dos Índios, e as que necessitam de atendimento especializado por se tratar de gravidez de alto risco são encaminhadas para a Maternidade Escola Santa Mônica no município de Maceió e referência no Estado de Alagoas.

A referida unidade ainda não se encontra inserido nos projetos da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, em decorrência das inadequações no que concerne ao componente parto como ambiência, insuficiente quadro de profissionais da saúde entre outras inadequações.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se como uma rede de cuidados, com o objetivo de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, com uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal.

A Rede Cegonha também prevê a qualificação dos profissionais de saúde que darão a assistência adequada às gestantes e aos bebês, além do que as ações de saúde previstas na Rede Cegonha serão executadas pelos estados e municípios – na lógica da descentralização do SUS – que deverão aderir às estratégias nacionais para o recebimento dos recursos reservados pelo Ministério da Saúde.

Multiplicar a proposta da Rede Cegonha e sensibilizar os gestores para adesão à proposta e a construção de atividades e estratégias que garantam suas diretrizes para o município de Cacimbinhas seria de grande importância para a população e o serviço.

3. JUSTIFICATIVA

É desafio e compromisso do Governo Brasileiro ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o Sistema Único de Saúde seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde, contando com a participação e corresponsabilização dos usuários.

Nessa direção, em 2011 o Ministério da Saúde apresentou a estratégia da Rede Cegonha, uma rede de cuidados com o escopo de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo; atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e à criança; o nascimento seguro; bem como o crescimento e desenvolvimento saudável. Esta rede é classificada em quatro componentes: I. Pré-natal; II. Parto e Nascimento; III. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e IV. Sistema Logístico, incluindo Transporte Sanitário e Regulação.

Observar a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde e usuários do Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade Obstétrica através da análise situacional, possibilitou a identificação de possíveis reestruturações nas ações já implementadas ou a efetivação de outras ainda não realizadas no que se refere ao atendimento e tratamento as gestantes por se tratar de um serviço que funciona como porta de entrada para as gestantes.

Com base em diretrizes de organização do trabalho e atenção obstétrica algumas reestruturações se faz necessária no que concerne a diretriz acolhimento e organização do processo local de trabalho fazendo-se necessário a implantação do dispositivo de organização do atendimento priorizando-se conforme grau de risco, elaborar estratégias de comunicação com os usuários, a garantia da “vaga sempre” para a gestante e o recém-nascido em todo e qualquer momento de necessidade, o trabalho compartilhado em equipe e que seja uma equipe horizontal e que as usuárias do serviço tenham o direito ao acompanhante; e outra diretriz relevante para este projeto é a garantia de cuidado em rede, onde deverá haver a vinculação da gestante à maternidade de referência.

Observou-se o quanto é importante à equipe de saúde estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, percebendo que muitos profissionais apresentam dificuldades de avaliação e conduta, o que os deixam inseguros e colocam as mulheres em estado vulnerável em relação as suas condições de saúde, ressaltando que no ciclo gravídico puerperal exige atendimento peculiar a esta fase e ficam lacunas causadas pelo

desconhecimento de múltiplos determinantes (sociais, econômicos, culturais) que fazem interface com o tema.

No Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade Obstétrica o atendimento inicial ocorre no mesmo espaço físico e com mesmo profissional generalista ou de outras especialidades não obstétrica, tanto as urgências e emergências não obstétricas como para as obstétricas e também não há um instrumento de registro de informações próprio para este atendimento e para a organização da sistematização da assistência.

As parturientes que procuram este serviço, mas que precisam ser encaminhadas para a referência de risco habitual ou alto risco se deslocam na maioria das vezes sem o encaminhamento específico, em qualquer transporte, algumas não passam pelo serviço o que implica a não garantia de vaga/leito e até mesmo sobrecarregando os serviços de referência de alto risco porque não houve a triagem adequada no seu serviço de base.

A procura frequente pelo serviço de urgência e emergência da gestante está diretamente relacionada ao desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal (BRASIL, 2014).

A persistente preferência por consultas nas emergências deve-se ao fato de que o atendimento se faz de forma rápida e eficaz, independente da adequação desse atendimento e do modo assistencial de saúde, aumentando assim a demanda do serviço de emergência (VIDAL et al, 2011).

Os serviços de urgência e emergência necessitam cada vez mais melhorar a qualidade da assistência prestada, cujas especificidades induzem os trabalhadores a se posicionar de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada (MIRANDA et al, 2009).

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

Contudo no serviço de atendimento do Centro de Saúde Professor Zerbini o que se percebe é a dificuldade dos profissionais direcionarem um olhar mais humano e seguro á essa clientela, a inexistência de uma espaço físico específico para atendimento a gestante, que seja diferenciado das urgências e emergências o que implica em dificuldade de viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso e assim evitando a ocorrência de maiores agravos como a morbimortalidade materna e infantil, a inexistência de uma rede de referência e contrarreferência e transporte seguro para os

encaminhamentos para outros municípios evitando assim a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica, evitando as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis.

A população beneficiada com este projeto de intervenção serão todas as mulheres parturientes do município de Cacimbinhas nos turnos manhã, tarde e noite.

Por todo o exposto torna-se relevante a aplicação deste projeto de intervenção por permitir a organização do acolhimento e a assistência humanizada as parturientes, identifica critérios de gravidade das clientes, previamente estabelecidos pelo corpo clínico, indica a prioridade clínica com que a cliente deve ser atendida e o respectivo tempo alvo recomendado com resolutividade, estabelece sistema de referência e contrarreferência, estabelece o transporte seguro ao binômio mãe-filho bem como, disponibiliza ferramentas de trabalho para uso diário dos profissionais que atendem neste setor.

Também este projeto de intervenção é relevante porque está sendo elaborado pela especializanda em enfermagem obstétrica por considerar a atuação deste profissional como um ator estratégico relevante que trará um novo olhar que contribui e influi significativamente para a melhoria dos resultados maternos e neonatais, empoderando as parturientes e incentivando-as a tornarem-se protagonistas durante o parto e nascimento

4. REFERENCIAL TEÓRICO - POLÍTICO

Segundo o Humaniza SUS, os avanços no campo da saúde pública brasileira, vistos em média há quase duas décadas, convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens.

Se por um lado, apontam avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, por outro, a separação dos processos de trabalho compromete a relação entre os diferentes profissionais de saúde e entre estes e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe.

Portanto, para a construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não devendo ser vista como um “programa” a mais, e sim, como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

A qualidade da atenção ao usuário no atendimento pelo profissional de saúde é um fator relevante que chega a ganhar mais destaque que a falta de médicos, falta de estrutura e falta de medicamento. Seu efeito é fortemente influenciado pela qualidade do fator humano e da comunicação e relação que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2001).

Ao apontar as deficiências dos serviços de saúde, surge no início da década de 2000 a proposta de humanização. De acordo com Alves, Mioto e Gerber (2007) “a valorização da dimensão humana e subjetiva tornou-se a tônica da proposta, tendo como objetivo o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários, dos profissionais entre si e melhoria da imagem dos hospitais na comunidade” (ALVES, MIOTO E GERBER, 2007, p.7).

Com esta intenção, criam-se ações que enfatizam a qualificação na assistência, tendo como eixo as relações entre os profissionais e os usuários. Em 2001, é oficializado o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). Este programa vai ao encontro de um modelo pautado na comunicação entre os sujeitos que permeiam a saúde: usuários, profissionais e gestores, implantando uma nova cultura de atendimento (DESLANDES, 2000).

Em 2003, o Ministério da Saúde define, como uma de suas prioridades, a inclusão da humanização nas políticas públicas de saúde. Ou seja, a humanização avançou: o que era um programa se transforma em Política Nacional de Humanização (PNH).

Como exemplificam os autores Passos e Pasche (2010), os quais participaram da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH): Nos primeiros passos que demos

imediatamente nos confrontamos com outro aspecto presente no âmbito do que se nomeava como programas de humanização: havia projetos, atividades, propostas, mas em todos era evidente o caráter fragmentado e separado dessas iniciativas não só na relação de baixa horizontalidade que se verificava entre elas, mas também no modo vertical como elas se organizavam dentro do MS e do SUS (PASSOS e PASCHE, 2010, p. 2).

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública que tem por objetivo gerir o SUS, com reflexo nas práticas e processos para garantir o direito à qualidade de atendimento na saúde, qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (PASSOS e PASCHE, 2010, p. 6).

A Política Nacional de Humanização estrutura-se em Princípios, Método, Diretrizes e Dispositivos. O acolhimento é uma das diretrizes desta Política que define acolhimento - Tem a função de reconhecer as particularidades que o usuário traz às unidades de saúde como legítimas. O acolhimento sustenta o relacionamento entre equipes/serviços e usuários/populações. A sua implantação é de caráter coletivo e parte da avaliação dos processos de trabalho. Tem como objetivo estabelecer relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (BRASIL, 2010).

Os resultados esperados com a PNH implicam na redução das filas e do tempo de espera, ampliando o acesso ao atendimento de forma acolhedora e resolutiva, tendo como base os critérios de risco.

Ainda no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos da mulher, tem-se a Política Nacional de Saúde, a Rede Cegonha, voltada à humanização da assistência à saúde reprodutiva da mulher (planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério) e atenção integral à saúde da criança (0-2 anos), instituída em 24 de junho de 2011, através da Portaria nº 1.459.

A Rede Cegonha baseia-se nos princípios da humanização do parto e do nascimento; na organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS); no acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; na vinculação da gestante à maternidade; na garantia da gestante não peregrina; e também na realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno. (BRASIL, 2012, p. 15)

Segundo Mendes, a proposta de Redes de Atenção à Saúde - RASs é quase centenária, sendo citada pela primeira vez no Relatório Dawson, publicado em 1920 no Reino Unido, que é um documento fundante do Serviço Nacional de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde conceitua Redes de Atenção a Saúde como:

[...] a organização e o gerenciamento dos serviços de saúde de forma a ofertar às pessoas o cuidado de que necessitam, quando necessário, de forma acessível, que permite o alcance dos resultados esperados com o custo adequado (OMS, 2008). (apud. CONASS, 2010, p.23)

A fim de construir redes capazes de realizar o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas, que acometem as pessoas ou as populações, o Ministério da Saúde propõe a organização de Redes de Atenção à Saúde Temáticas.

Em 2011 em pactuação na tripartite prioriza as seguintes RAS Temáticas: Rede Cegonha: que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora; Rede de Atenção Psicossocial: com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero) e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde- SAS, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2014).

Esta rede tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 2º, 2011).

Vale destacar alguns dados quantitativos de 2010 sobre partos e mortalidade materno infantil no Brasil, que são os “pontos de partida” da Rede Cegonha. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012), em 2010, 98% da mortalidade materna anual em todo o mundo se concentrava em 75 países, sendo o Brasil um deles. De 1990 a 2010, a

Mortalidade Materna no Brasil caiu pela metade – de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Sendo que em 2010 o número de Óbito materno foi de 1.719 (WHO, 2015).

Em relação aos óbitos infantis, em 2010, tínhamos 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas viva. Desagregando os dados: as taxas de Mortalidade Neonatal de 9,68 e Pós-neonatal de 4,25. Os números de óbitos infantis notificados foram de 39.870 (WHO, 2015).

A RC parte do princípio que as mortalidades materna e infantil, sobretudo a neonatal, permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) e desrespeito aos princípios de humanização do cuidado e os direitos das mulheres e das crianças (BRASIL, 2014).

Segundo Diniz (2009), a intensa medicalização do processo do nascimento em contrapartida a ampliação do conhecimento e desenvolvimento tecnológico, com resultados inferiores, ou seja, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil é definido como “paradoxo perinatal brasileiro”, ou seja, a tecnologia e conhecimento aumentam mas a morbimortalidade materna e infantil não apresenta redução.

Sendo assim, a RC propõe um novo modelo, visando produzir mudança na lógica do cuidado, com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, promoção da saúde infantil e materna, prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis, normalidade do processo de parto e nascimento, tendo o parto como evento fisiológico e social, com o protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, bebê e na família.

Este trabalho tem a proposta de trazer principalmente o acolhimento as gestantes por meio da escuta qualificada e pela classificação do risco, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), humaniza SUS e rede cegonha.

O acolhimento qualifica a recepção e a relação com o usuário de saúde, garantindo a resolutividade e responsabilização no atendimento. A implantação do dispositivo “Acolhimento & classificação de risco” (A&CR) nas maternidades é preconizada pela portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2012, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS (FORTALEZA, 2012).

O A&CR é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS, que pressupõe uma postura ética e atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. É um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar, e dar respostas mais adequadas aos usuários, por meio da

responsabilização e continuidade do cuidado, orientando, quando for o caso, a usuária e à família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência se necessário (BRASIL, 2008).

O A&CR permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. No entanto, não se pode focar apenas a avaliação de risco, a usuária e sua rede social devem também ser considerados neste processo (FORTALEZA, 2012).

Neste entendimento, o A&CR configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede. Tem se mostrado um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos Projetos Terapêuticos Singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão.

Souza e Lopes (2003) ressaltam que o acolhimento com classificação de risco, otimiza tanto o tempo quanto o aproveitamento do trabalho, garantindo impacto na acessibilidade da parturiente. Essas características configuram-se como fatores importantes a implantação desse dispositivo na unidade de referência deste projeto de intervenção.

É relevante a permanente capacitação dos profissionais da saúde sobre temas essenciais para o atendimento na emergência obstétrica: Acolhimento e humanização - Triagem de avaliação de Risco - Urgência e Emergência Obstétrica - Fluxos de atendimentos.

O acolhimento da classificação de risco como diretriz operacional, deve atender a todos que procuram o serviço, garantindo a universalidade de acesso, acolhendo e escutando os problemas de saúde da população na busca por resolvê-los. Além disso, deve reorganizar o processo de trabalho para qualificar a relação profissional/paciente por meio de subsídios humanitários, de solidariedade e cidadania (DAL PAI & LAUTERT, 2011).

As potencialidades da Classificação de Risco estão retratadas em duas ideias centrais: prioridade e agilidade no atendimento e humanização no atendimento. A prioridade e agilidade no atendimento é o primeiro contato com o usuário que chega ao serviço de emergência, classificando-o de acordo com o grau de risco que ele apresenta, baseado no protocolo de atendimento das Unidades. Priorizando os casos graves que necessitam de atendimento mais ágil, rápido e dinâmico e proporcionando à equipe uma segurança maior

por saber que quem está ali fora pode aguardar um pouco mais pelo tratamento (NASCIMENTO et al, 2011).

Segundo a Portaria nº 2.048 (2002), o acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por profissional de nível superior, mas para que para realize este atendimento, o profissional deve estar devidamente capacitado, possuir treinamento específico, bem como deve basear sua avaliação a partir de protocolos pré-estabelecidos (BRASIL, 2002).

Conforme a Resolução nº 423 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do profissional enfermeiro, sendo que para executar esta atividade, o enfermeiro deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (COFEN, 2012).

No A&CR é possível realizar a análise (avaliação) e a ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. O acolhimento e a classificação de risco possuem objetivos diferentes, porém complementares, podendo coexistir ou funcionarem separadamente no contexto físico, dada a singularidade dos serviços, mas jamais díspares no processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Para Marques e Lima (2007) o enfermeiro que atua na classificação de risco, além de classificar o paciente de acordo com sua gravidade, evitando assim possíveis danos à sua saúde, tem o papel de direcionar o paciente ao serviço de referência quando necessário.

Com o intuito de sugerir um protocolo direcionador, o Ministério da Saúde (MS) elaborou em 2004 uma cartilha intitulada: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Esta cartilha sugere a utilização de cores para classificar a prioridade no atendimento: vermelho – considerado situação de emergência, caracterizado pela necessidade de atendimento imediato; amarelo – urgência, atendimento mais rápido possível; verde – caracterizado como prioridade não urgente; e azul, cujo atendimento será feito por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

O processo de acolhimento com classificação de risco é feito por meio de protocolos instituídos em cada unidade de atendimento, que permitem a intervenção nos agravos no momento da avaliação, definindo assim a ordem de atendimento (BRASIL, 2004).

No contexto da assistência obstétrica, o conceito de atenção humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Nesta concepção o MS refere que a humanização tem como foco a qualificação da atenção,

envolvendo preocupações com o respeito e promoção de direitos humanos da mulher que recebe assistência, com treinamento ou formação dos profissionais e evidências científicas que norteiam as rotinas assistenciais, bem como com a disponibilidade de instalações físicas e recursos tecnológicos (BRASIL, 2001).

Para realizar o acolhimento e classificação de risco das urgências e emergências obstétricas, faz-se necessário uma equipe de profissionais capacitados, que realizem um manejo adequado da gestante com sua sintomatologia, pois as situações que põem em risco a vida da grávida e do feto exigem uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde, uma precisa identificação do quadro, oportunizando a interrupção do processo. Entre as atitudes que atrapalham o sucesso desse atendimento figuram frequentemente a desvalorização da queixa da paciente ou a ansiedade de encaminhamento para hospitais de referência (BRASIL, 2000).

Levando em consideração que o A&CR é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência, recomenda-se a realização de cursos de capacitação para melhorar sua implementação e desenvolvimento nos diversos serviços de saúde, sendo indicada uma capacitação específica da enfermagem. Nestes cursos deve-se estimular a reflexão sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe, bem com promover a apropriação das tecnologias de classificação de risco (BRASIL, 2009).

Considera-se que ao trabalhar o A&CR no atendimento obstétrico haverá um favorecimento da adoção de práticas humanizadoras no atendimento à mulher, contribuindo para a diminuição da mortalidade materna, principalmente por causas evitáveis.

5. PUBLICO ALVO

Parturientes de Cacimbinhas e Profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com a assistência oferecida as parturientes no Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade obstétrica situado no Município de Cacimbinhas – AL.

6. OBJETIVOS

6.1 GERAL

- Organizar o acolhimento e vinculação em rede as parturientes em um pronto atendimento com unidade obstétrica – Centro de Saúde Professor Zerbini.

6.2 ESPECÍFICOS

- Estabelecer um sistema de referência e contrarreferência as parturientes.
- Estabelecer um sistema de monitoramento ou indicador de qualidade /avaliação.
- Vincular as gestantes da atenção básica ao serviço de saúde.
- Implantar um protocolo de acolhimento e classificação de risco.
- Adequar o quantitativo de enfermeiros em assistência obstétrica no serviço.

7. METAS

Com os resultados desse estudo espera-se contribuir em:

- Na organização do acolhimento e a assistência humanizada em 100 % das parturientes;
- Reorganizar o fluxo de entrada em 100 % dos atendimentos na unidade de pronto atendimento e unidade obstétrica;
- Capacitar 100% da equipe para utilização do protocolo de A&CR do Ministério da Saúde;
- Implantar o protocolo de A&CR;
- Estabelecer em 100 % sistemas de monitoramento e indicador de qualidade e de avaliação;
- Estabelecer um sistema de referência e contrarreferência as parturientes;
- Que ocorra a vinculação de 100% das gestante da atenção básica ao serviço e que neste serviço disponha de um atendimento diferenciado as parturientes para que este tenha um processo de trabalho assistencial contínuo e humanizado;
- Qualificar a assistência prestada com alta resolutividade em 100 % dos atendimentos;
- Minimizar em 100 % os riscos de morbimortalidade materna e infantil;
- Contribuir em 100 % para a satisfação das gestantes que buscam esse serviço;
- Provocar reuniões mensais com gestores de serviço e gestores municipais de saúde;
- Elaborar uma planilha de uso diário para registro de atendimentos correlacionando com o risco identificado e local de origem;
- Promover visitas agendadas com gestantes cadastradas no pré-natal de baixo risco da zona urbana do município.

8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Com base na proposta do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO/ REDE CEGONHA, deu-se ênfase ao emprego de metodologias ativas, onde várias situações problemas foram identificadas focando na prática profissional de cada especializanda.

Iniciados os estudos, a execução da árvore explicativa de problemas foi realizada como oficina de trabalho baseada em situações ocorridas no Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade obstétrica focando na assistência obstétrica, sendo está voltada para o projeto de intervenção.

A árvore é uma ferramenta que permite uma leitura da realidade. Utilizada pelo planejamento estratégico operacionalizado por Carlos Matus, a mesma possibilita a orientação dos problemas identificados que podem ser simples ou complexos, de difícil ou fácil resolução (CAMPOS et al, 2014).

As etapas da construção do Projeto de Intervenção aconteceram seguindo a proposta do curso, em oficinas de trabalho, a saber: Identificação dos problemas e elaboração da Árvore Explicativa; Agrupamento das informações por semelhanças de problemas, identificando os macroproblemas a serem trabalhados. Com base na árvore explicativa e seleção de 1 (um) nó crítico – ***Deficiência no acolhimento e na assistência humanizada a parturiente***, foi elaborado o projeto de intervenção.

Para o alcance dos objetivos desse projeto, foram então realizados dois encontros semanais de coleta de dados, desenvolvendo-se paralelamente educação continuada in loco, com rodas de conversa, onde se discutia sobre os fatores que dificultam a assistência humanizada, mas principalmente sobre a necessidade de mudarmos a realidade de modo positivo e satisfatório para a mulher, a criança, a família e o profissional de saúde.

Nos momentos de conversa eram abordadas as temáticas relacionadas ao acolhimento e classificação de risco de acordo com as Políticas Nacional de Humanização, estabelecidas pelo MS entre outros temas.

Para auxiliar nas orientações foram utilizados recursos áudio visuais, como computador, vídeos, som, papel, caneta, cartazes do MS.

Após a coleta de dados e a análise do cenário, definiu-se as operações necessárias a execução do projeto de intervenção:

1º etapa: reunião com todos os integrantes da unidade de saúde para o levantamento dos problemas e planejamento das ações.

a) Maneiras de realizar o trabalho:

O método proposto é ZOOP (Planejamento Orientado por Objetivos). De acordo com Campos & Oliveira (2009), esse método propicia o envolvimento ativo dos participantes no planejamento, execução e avaliação.

Seguiremos os seguintes passos: Levantamento dos problemas gerais em grupo; Planejamento de ações para tentar solucionar os problemas.

b) Localização do trabalho:

Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade obstétrica

2º etapa: Formação das equipes

a) Estrutura da organização e atribuição de responsabilidades: Formação da equipe de enfermagem, com a liderança dos/as enfermeiros/as de forma a desenvolverem os trabalhos em sintonia e apresentarem soluções coletivas para os problemas identificados por meio das discussões da equipe.

b) Níveis de supervisão: Os/as enfermeiros/as em todo o processo de trabalho realizarão o monitoramento, orientando e supervisionando os avanços alcançados em relação ao projeto de intervenção.

c) Tamanho e natureza dos grupos de trabalho: No primeiro momento quando será realizado o levantamento dos problemas será reunida toda a equipe da unidade, (enfermeiros, bioquímicos, farmacêuticos, assistente de farmácia, técnicos de enfermagem, de laboratório e motoristas e funcionários da limpeza) e no segundo momento quando iniciará a implementação do acolhimento e classificação de risco o grupo de trabalho será com a equipe de enfermagem, tendo os enfermeiros/as como condutores do processo.

Mudanças no ambiente de trabalho

3º etapa: Início das capacitações da equipe de enfermagem

a) Capacitação: Encontros quinzenais para estudo sobre acolhimento e classificação de risco utilizando abordagem participativa por meio de dinâmicas, exposições dialogadas, discussões em grupo, rodas de conversa, problematizações, oficinas, estudo de caso, construção de cartazes, folhetos e uso de recursos de multimídia.

b) Elaboração de um cronograma prático: O cronograma de intervenção será definido pelos profissionais para que o conteúdo da capacitação possa ser exercitado.

Avaliação

4º etapa: A Capacitação será avaliada pela participação dos trabalhadores da unidade, pela execução do cronograma das ações educativas proposto pela equipe, pela adesão e satisfação das usuárias ao acolhimento e protocolo, pela reorganização do serviço.

Devendo ser elaborada uma agenda periódica de encontros com os profissionais para a avaliação das ações e novas propostas caso necessário.

Deverá ser elaborado um instrumento para monitoramento diário das atividades desenvolvidas pela equipe, que também servirá de base para avaliação deverá ser reunido em uma única folha, indicadores que mapeiam o percurso clínico da gestante em relação ao pré-natal, avaliando-se os recursos existentes e as atividades desenvolvidas durante a assistência voltada para a adesão às normas preconizadas pelo MS e se houve algum encaminhamento para o hospital de referência do município.

Desenvolvendo o protocolo

5º etapa: Execução do Protocolo

Ao chegar ao CSPZ com unidade obstétrica o primeiro contato do usuário/família com o profissional de saúde acontece na recepção. Por esse motivo propõe-se que o acolhimento seja iniciado neste local, devendo o usuário ser bem recepcionado e conhecido pelo nome, pois este ato propicia a criação de vínculo. Neste momento o profissional também deverá procurar saber os motivos da vinda do usuário a unidade, atentando-se para uma escuta qualificada, respeitosa e educada, buscando sempre resolver o problema que gerou a busca pelo serviço.

Dessa maneira, após o conhecimento das necessidades dos usuários, o profissional capacitado responsável pelo acolhimento deverá ter sensibilidade e agilidade para referenciá-lo de acordo com a classificação de risco.

Todos os profissionais envolvidos neste processo deverão ser capacitados para realizar o acolhimento e a classificação de risco, responsabilizando-se pela usuária mesmo quando encaminhada para outros serviços de saúde. A capacitação dos profissionais deverá ser contínua para acompanhar as possíveis mudanças no protocolo, visto que o mesmo é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade.

O registro de todas as atividades durante o acolhimento e classificação é de extrema importância tanto para resguardar os envolvidos, caso haja alguma eventualidade, quanto para fornecer informações sobre o usuário/família e para que a equipe multiprofissional possa discutir e traçar um plano de cuidados e dar continuidade a assistência para tanto haverá a elaboração e implementação um formulário próprio de registro.

Outro ponto importante para a realização do acolhimento é o espaço de escuta. Segundo Brasil (2010) este local deve proporcionar a interação entre usuário e trabalhador, ser acolhedor e confortável. Pensando assim sugere-se algumas adequações como: dispor de um local de atendimento inicial separando as urgências e emergências e outro para o atendimento obstétrico, identificar todas as salas e setores para facilitar o fluxo dentro da unidade.

9. Resultados Esperados

Com o presente projeto de intervenção a realizar-se no pronto atendimento com unidade obstétrica – Centro de Saúde Professor Zerbini, espera-se reorganizar o acolhimento e a assistência humanizada as parturientes e que o profissional sinta-se mais seguro no seu setor de trabalho, principalmente no atendimento à grávida, o que conseqüentemente, humanizará o processo de trabalho e o serviço da unidade de A&CR. Que neste serviço estabeleça um sistema de referência e contrarreferência as parturientes; Estabeleça um sistema de monitoramento e indicador de qualidade /avaliação e que ocorra a vinculação das gestantes da atenção básica ao serviço de saúde, onde as mulheres e familiares possam depositar a confiança no serviço que a gestão esteja sensibilizada a dispor e assegurar de uma ambiência adequada, de equipamentos, insumos, recursos humanos suficientes para atuar no acolhimento, treinamento contínuo da equipe multidisciplinar e uma rede de apoio satisfatória.

9.1 Recursos Humanos

Especializanda do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) e Coordenação de Enfermagem do Centro de Saúde Professor Zerbini com unidade obstétrica e toda a equipe de enfermagem.

9.2 Cronograma de execução

ETAPAS	MESES (2017-2018)												
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
1. Escolha do setor que se pretende contribuir e definição do título para o projeto.													
2. Construção e estruturação do projeto de intervenção													
3. Coleta e seleção de artigos de revisão.													
4. Reunião com todos os integrantes para o levantamento dos problemas e planejamento das ações.													
5. Formação das equipes.													
6. Início das capacitações da equipe de enfermagem.													
7. Avaliação.													
8. Execução do Protocolo.													
9. Apresentação e Entrega do Projeto de Intervenção.													

9.3 Orçamento

ELEMENTO DE DESPESA	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Caneta esferográfica	4	R\$0.80	R\$3.20
Caneta marca texto	2	R\$2.00	R\$4.00
Resma de papel A4	2	R\$16.00	R\$32.00
Cartucho preto para impressora	1	R\$60.00	R\$60.00
Cartucho colorido para impressora	1	R\$80.00	R\$80.00
TOTAL		R\$578.80	R\$158.80

10. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

O monitoramento da efetividade desse projeto de intervenção se deu por meio de instrumento de coleta de dados construído a partir da necessidade de se conhecer melhor a realidade, avaliar o processo de adesão às ações propostas e os resultados que poderiam surgir. Como indicadores, optou-se por: Adequação de recursos humanos relacionada à demanda de gestantes; Competências inerentes aos profissionais de enfermagem para o acolhimento e classificação de risco as parturientes. Atualmente, não existe um único indicador no local que possua abrangência de todas as ações, sendo esta mais uma oportunidade de melhoria identificada pela equipe.

Com base nas observações supracitadas percebeu-se que os profissionais de enfermagem em sua maioria, apresentam algumas dificuldades em acolher e classificar a parturiente. Sugeriram a presença do enfermeiro obstetra em todos os turnos e que estivessem diretamente envolvidos com a assistência à parturiente, contribuindo com a equipe técnica da assistência.

Neste serviço havia apenas uma enfermeira diarista no período de segunda a sexta, em reunião administrativa e apresentação da proposta desse projeto com os gestores já havia sido solicitado a presença do enfermeiro as 24 horas e gestão estava em processo de organização para a disponibilização deste profissional, no entanto, no mês de novembro com a visita da fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) atuando com a obrigatoriedade da presença de enfermeiro 24 horas, foi disponibilizado de imediato uma enfermeira generalista em todos os turnos, todos os dias da semana. Com isso percebe-se um grande avanço no desenvolvimento deste projeto de intervenção.

Foi realizado uma reunião com os membros do Comitê de Prevenção de óbitos materno e infantil, onde havia representantes da saúde, educação, assistência social e conselho municipal para a apresentação do projeto, onde foi destacado a importância de estabelecer parcerias com estas entidades para o desenvolvimento desta intervenção. Todos aceitaram e se disponibilizaram a contribuir no que concerne as suas responsabilidades.

Percebe-se a necessidade de disponibilizar um espaço físico para atendimento obstétrico diferenciado das urgências e/ou emergências. Solicitou-se a Secretaria Municipal de Saúde este espaço, bem como a pintura, e os recursos materiais como maca, sonar, pinard, gel, papel toalha, rolo de papel e etc.

Além disso, também há necessidade da implantação de um instrumento de registro de atendimento a parturiente para o acolhimento e classificação de risco (Apêndice 1), como também para os encaminhamentos de referência e contra-referência elaborou-se este material reunindo em uma única folha indicadores referentes a identificação pessoal, dados obstétricos, gestação atual, exame físico e avaliação obstétrica . Foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde a impressão inicial de 1000 (mil) cópias para o período de 90 dias.

A avaliação do projeto foi programada após 30 dias de implantação da sala de atendimento diferenciado para a obstetrícia e após o uso dos formulários próprios de registro, o encontro de avaliação será com a equipe de enfermagem avaliando a opinião destes sobre o impacto do projeto na rotina do serviço e também a disponibilização de uma caixa de sugestões e críticas das usuárias e familiares que utilizaram o serviço. Foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde a disponibilização desta caixa, caneta e papel.

Os profissionais relataram que estão ansiosos para a implantação do projeto. Acredita-se que a efetividade desta ação se tornará possível a partir da mudança de mentalidade ou cultura, fazendo com que gestores, equipes e todos os envolvidos na rede de relacionamentos da instituição acreditem e internalizem o processo de mudança.

Dessa forma, é muito importante que haja um trabalho contínuo de sensibilização com o gestor para que se entenda como se dará o trabalho e para que se identifique as responsabilidades de cada integrante no processo. A parceria realizada entre o gestor e a sua equipe de fato potencializará os resultados obtidos na execução deste Plano de Intervenção (SOUZA, 2013).

Sugere-se a utilização de um instrumento (Apêndice 2) para monitoramento diário das atividades desenvolvidas pela equipe, reunindo em uma única folha, indicadores que mapeiam o percurso clínico da gestante em relação ao pré-natal, avaliando-se os recursos existentes e as atividades desenvolvidas durante a assistência voltada para a adesão às normas preconizadas pelo MS e se houve algum encaminhamento para o hospital de referência do município. Foi solicitado a Secretaria Municipal de saúde a impressão inicial de 1000 (mil) cópias para o período de 90 dias.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva de fortalecimento da atenção obstétrica e suas relações com os demais níveis de atenção e políticas públicas este projeto de intervenção desponta como um importante instrumento no pensar de estratégias e ações que contribuam, tanto para o aprimoramento dos indicadores de saúde, quanto para o fortalecimento de práticas obstétricas capazes de atender as diretrizes da Rede Cegonha.

Nesta perspectiva apontamos como de significativa importância deste projeto a implementação de práticas de reorganização do atendimento com o acolhimento a parturiente capazes de potencializar a atuação dos profissionais de saúde na promoção da humanização em todo o processo de assistência a gestante e a criança.

Os desafios não são poucos, as abordagens requerem vínculo com a comunidade e o fortalecimento do elo de confiança com o serviço. As equipes devem estar integradas para fazer as devidas abordagens, reconhecendo as vulnerabilidades e peculiaridades desta demanda.

È necessário estabelecer uma estrutura de referência e contrarreferência que permita segurança e credibilidade, considerado como um dos maiores desafios a este processo. Por isso a sensibilização dos gestores e dos profissionais do serviço envolvidos nesse contexto é de extrema relevância. Os atores sociais precisam mais que se conhecer dialogar entre si e fortalecer fluxos de atenção a população. Fortalecer esse processo depende de todos nós profissionais, gestores, população, instituições e parcerias que acreditam e lutam por uma saúde pública de qualidade e promotora de melhores condições de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamasso; GERBER, Luiza Maria Lorenzini. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O SERVIÇO SOCIAL:: ELEMENTOS PARA O DEBATE. Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 6, n. 6, p.35-52, maio 2007.

Andrade Luciene Miranda de; et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; [cited 2015 Dec 02] 11(1): 151-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.

Carret Maria Laura Vidal, Fassa Anaclaudia Gastal, Paniz Vera Maria Vieira, Soares Patrícia Carret. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2015 Dec 04] ; 16(Suppl 1): 1069-1079. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700039&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700039>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 423/2012. Brasília: COFEN. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em: 06 janeiro 2018.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte (MG): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2007.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, Sept. 2011 . Available from . access on 11 APR 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300012>.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 9, Núm. 1, 2004, pp . 7- 14Disponível em: . Acesso em: 15 janeiro 2018.

DINIZ SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano [online]. 2009 .Disponível em: acesso em: janeiro de 2018. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Municipal de Saúde Escola. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em obstetrícia. Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/noticias/43508-classificacao-de-risco-em-obstetriciacompleta-um-ano-no-hgcc>. Acesso em: 15 janeiro 2018.

Guedes Maria Vilani Cavalcante, Henriques Ana Ciléia Pinto Teixeira, Lima Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Feb [cited 2015 Nov 20] ; 66(1): 3137. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000100005&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100005>.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, 2007.

MENDES, E. V. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: . Acesso em: 22/01/2018.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2011 out/dez;13(4):597-603. Available from:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2008. 174 p.: il.

Pinto Júnior Domingos, Salgado Patrícia de Oliveira, Chianca Tânia Couto Machado. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2012 Dec [cited 2015 Nov 20] ; 20(6): 1041-1047. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169201200060005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600005>.

Serviços de Saúde/normas. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Protocolos. 4. Protocolos Clínicos. 5. Educação Médica. I. Faria, Horácio Pereira de. II. Campos, Kátia Ferreira Costa. III. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). IV. Título.

SOUSA, A.C; LOPES, M.J.M. Acolhimento: uma responsabilidade de quem? Um relato de experiência. *Revista Gaucha de enfermagem*, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p.8-13, abr.2003.

WHO- Global Health Observatory Data Repository,
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>. Disponível em: acesso em: 24 janeiro de 2018.

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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar /Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 22/01/2018 as 20 horas.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde: CONASS, 2010. 108 p. (CONASS Documenta; 21)

_____. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

_____. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, DC.: OPS/OMS; 2008 (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: . Acesso em: 15 janeiro 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . Humaniza SUS. 2012. Disponível em: . Acesso em: 15 janeiro 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Acolhimento com classificação de risco: um paradigma éticoestético no fazer em saúde. Brasília, DF. 008.

HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma éticoestético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. Brasília, 05, nov. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde. [Internet]. 2014. Dec [cited 2015 Nov 20]; Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-emObstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Documento Base.

APÊNDICE

Apêndice 1- Registro de atendimento de acolhimento e classificação de risco da equipe de enfermagem.

FICHA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____
 Queixa principal: _____

Raça: () Bra () Neg () Par () Ind Acompanhante: () Não () Sim

DADOS OBSTÉTRICOS

Gesta: _____ Para: _____ () PN () PC Aborto: _____ DUM: ___/___/___ IG: _____ s _____
 IG (Usg): _____/_____

Realizou pré-natal: () Não () Sim Nº de consultas: _____
 Gestação: () Única () Múltipla Teste rápido anti- hiv: () Reagente () Não-reagente

GESTACÃO ATUAL

() Has () Dm () Hiv + () Vdri + () Anemia Grave () Infecção: _____ () Alergia _____
 () Corticoide Antenatal () Toxoplasmose () Hepatite B () Nega T.S. _____ Fator Rh: _____

EXAME FÍSICO

() Beg () Reg () Meg () Orientada () Desorientada () Lúcida () Confusa () Deambulando
 () Verbalizando () Consciente () Inconsciente () Ictérica () Anictérica
 Peso: _____ Kg Altura: _____ m Temp: _____ °C Pulso: _____ rpm PA: _____ X _____ mmHg
 BCF: _____ bpm () D.U.: _____/10min" _____," _____," _____" AFU: _____ cm Apresentação: () Cefá. () Pélvica

AValiação OBSTÉTRICA

Dorso: () Dir. () Esq. Situação: () Long. () Trans.
 Dilatação: _____ cm Posição: () anterior () médio () posterior Consistência: () firme () médio () mole
 Apagamento: _____ Plano de Lee: _____ Bolsa: () Íntegra () Rota – Tempo: _____ h
 Líquido: () CCG () CSG () Tinto de Mecônio () Mecônio () Amarronzado () Amarelado

PivaraGrat

Apêndice 2 – Mapa diário para acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

MAPA DIÁRIO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO CENTRO DE SAÚDE PROFESSOR ZERBINI COM UNIDADE OBSTÉTRICA					
DATA:		TURNO:		ENFERMEIRA:	
01	NOME	SUS	GPA	IG	DESTINO
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					

