

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**  
**REDE CEGONHA-MS**

**MILCA DO NASCIMENTO**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO NO ACOLHIMENTO A GESTANTE  
NO SETOR DE URGÊNCIA DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM BOA VISTA -  
RORAIMA**

**Boa Vista – RR**  
**2017**

## **MILCA DO NASCIMENTO**

### **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO NO ACOLHIMENTO A GESTANTE NO SETOR DE URGÊNCIA DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM BOA VISTA - RORAIMA**

Trabalho de intervenção apresentado à Universidade Federal de Roraima (UFRR) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no programa de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO - Rede Cegonha, para obtenção do título de especialista.

Orientador: Esp. Raphael Brito de Almeida Santos

**Boa Vista – RR**

**2017**

## MILCA DO NASCIMENTO

### ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO NO ACOLHIMENTO A GESTANTE NO SETOR DE URGÊNCIA DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM BOA VISTA - RORAIMA

Trabalho de intervenção apresentado à Universidade Federal de Roraima (UFRR) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no programa de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO - Rede Cegonha, para obtenção do título de especialista.

Aprovado em 15/12/2017

#### BANCA EXAMINADORA

Rafhael Brito Bezerra Santos

---

Prof<sup>a</sup>. Esp.

Orientador da Monografia

Fabricio Barreto

---

Prof<sup>a</sup>. MSc

Membro da Banca

Anézia Moreira Faria Madeira

---

Prof<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>

Membro da Banca

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pelo dom da vida, pelo seu amor que nos torna fortes a cada dia, sem Ele nada somos. Hoje, estou realizando um sonho, onde foi preciso muito esforço e paciência para chegar até aqui, mesmo sabendo que ainda não chegamos ao fim dessa caminhada. Pois, a vários caminhos que ainda percorreremos em nossa jornada. Jamais chegaria até aqui sozinha. Minha eterna gratidão e a todos aqueles que colaboraram diretamente ou indiretamente para que este sonho pudesse ser realizado.

Ao orientador Rafael Brito de Almeida Santos, pela aceitação do projeto e sua orientação competente. Agradeço também pela compreensão, auxiliando-nos com sua sabedoria que foi importante para a elaboração deste trabalho. Aos preceptores que com toda paciência me ensinaram na prática o parto humanizado.

Aos familiares, que deram apoio para a realização deste, pela força e pela esperança de recomeçar especialmente minha mãe que sempre esta presente me dando apoio e conselhos.

Aos amigos, que juntos compartilhamos momentos de tristezas e alegrias, pela compreensão e pelo incentivo. Aos colegas, que convivi neste período, momentos de dificuldades e prazeres da vida acadêmica, ainda sim vimos alguns desistindo de seus sonhos e outros que chegaram ao fim deste com bastante esforço.

## RESUMO

A Enfermagem Obstétrica é fundamental nas portas de entradas das maternidades por proporcionar acolhimento e cuidados que visam atender as necessidades das gestantes, parturientes e acompanhantes baseados nas diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Nacional de Saúde (SUS). Este estudo tem como objetivo geral melhorar a qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco (ACC) no Hospital Materno Infantil Nossa senhora de Nazareth – HMINSN. A experiência de trabalho neste setor do HMI e por meio de um diagnóstico situacional observou-se a necessidade de melhorar o acolhimento das usuárias com profissionais capacitados, quantitativo suficiente e ambiência adequada para os atendimentos. Para isso foi pensado estratégias baseadas em objetivos específicos que buscam proporcionar satisfação as gestantes com o acolhimento e classificação de risco; oferecer atendimento de enfermagem obstétrica as gestantes e parturientes e utilizar um instrumento para nortear o Enfermeiro Obstetra que fara a admissão da paciente de risco habitual na porta de entrada do HMINSN, estabelecendo metas e propostas pautadas em estudos das necessidades de mais profissionais enfermeiros obstetras. Trata-se de um projeto de intervenção baseado na problematização encontrada no acolhimento com classificação de risco já em desenvolvimento no hospital em questão. O público alvo são gestantes, parturientes, acompanhantes e equipes de enfermagem. O projeto será desenvolvido em três etapas sendo a primeira etapa a identificação das dificuldades apresentadas para a realização de uma assistência de qualidade, como segunda etapa a qualificação da equipe que presta assistência para as gestantes e seus acompanhantes e como terceira etapa a introdução de um Enfermeiro Obstetra para realizar admissões das gestantes e parturientes de risco habitual. A avaliação dos resultados será através reuniões com a equipe de enfermagem para obter informações sobre a qualidade dos atendimentos após a intervenção, questionários aplicados à puérperas e acompanhantes sobre a qualidade do atendimento e coleta de dados estatísticos sobre fluxo antes e após a intervenção. Assim, objetiva-se melhorar o atendimento humanizado no acolhimento, bem como a satisfação das gestantes e seus acompanhantes com relação aos cuidados prestados pelo enfermeiro obstetra, esperando que possa contribuir para um parto humanizado para essas mulheres.

**Palavras chave:** Acolhimento, Enfermeiro Obstetra, Humanização.

## ABSTRACT

Obstetric Nursing is fundamental in the entrance doors of maternity hospitals because it provides care and care to meet the needs of pregnant women, parturients and caregivers based on the guidelines of the National Policy on Humanization of the National Health System (SUS). This study has as general objective to improve the quality of the Reception with Risk Classification (ACC) at Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth - HMINSN. The work experience in this sector of the HMI and through a situational diagnosis was observed the need to improve the reception of the users with trained professionals, sufficient quantitative and adequate environment for the attendance. For this purpose, strategies based on specific objectives were designed that aim to provide satisfaction to the pregnant women with the reception and classification of risk; provide obstetric nursing care to pregnant and parturient women and use an instrument to guide the Obstetric Nurse who will make admission of the usual risk patient at the entrance of the HMINSN, setting goals and proposals based on studies of the needs of more professional nurses obstetricians. It is an intervention project based on the problematization found in the host with risk classification already in development in the hospital in question. The target audience are pregnant women, parturients, companions and nursing teams. The project will be developed in three stages, the first stage being the identification of the difficulties presented for the accomplishment of a quality assistance, as a second step the qualification of the team that provides assistance to pregnant women and their companions and as a third step the introduction of a Nurse Obstetrician to perform admissions of pregnant women and parturients of habitual risk. The evaluation of the results will be through meetings with the nursing team to obtain information on the quality of the consultations after the intervention, questionnaires applied to the puerperas and companions on the quality of care and collection of statistical data on flow before and after the intervention. Thus, the objective is to improve the humanized care in the host, as well as the satisfaction of pregnant women and their caregivers with regard to the care provided by the obstetrician nurse, hoping that it can contribute to a humanized delivery for these women.

**Key words:** Reception, Nurse Obstetrician, Humanization

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2 PROBLEMATIZAÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>4 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
<b>5.1 A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE HUMANIZAÇÃO     NO PARTO E NASCIMENTO .....</b>	<b>13</b>
<b>5.2 HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO     DE RISCO.....</b>	<b>17</b>
<b>6 PÚBLICO ALVO .....</b>	<b>21</b>
<b>7 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>22</b>
<b>7.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....</b>	<b>22</b>
<b>8 METAS .....</b>	<b>23</b>
<b>9 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>10 CRONOGRAMA.....</b>	<b>26</b>
<b>11 ESTIMATIVAS DE CUSTO .....</b>	<b>27</b>
<b>12 RECURSOS HUMANOS .....</b>	<b>28</b>
<b>13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As diretrizes para Organização das Redes de Atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) foram publicadas pelo Ministério da Saúde através da (Brasil, 2010). Para ofertar atendimento com melhor qualidade à mulher e a criança, em 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha que incentivou a inovação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério através de ações voltadas para esse público (BRASIL 2014).

Com a finalidade de organizar o atendimento nas portas de entrada dos serviços de urgências obstétricas e garantir acesso com qualidade no intuito de reduzir morbidade e mortalidade materna e perinatal, o Ministério da saúde elaborou o Manual de Classificação de Risco como ferramenta de apoio na tomada de decisão clínica (BRASIL 2014).

A Enfermagem Obstétrica é fundamental nas portas de entradas das maternidades por proporcionar acolhimento e cuidados que visam atender as necessidades das gestantes, parturientes e acompanhantes (LONGO et al 2013). Esse processo de humanização do acolhimento gera confiança entre usuárias e profissionais dos serviços de saúde com resultados positivos no momento do parto conforme o Manual de Classificação de Risco (BRASIL 2014).

A implantação do Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) se consolidou em 2016 com a finalidade de proporcionar um atendimento humanizado às mulheres usuárias do serviço seja ela gestante, parturiente, puerpério e recém-nascidos, bem como seus acompanhantes.

Diante da reorganização dos serviços ofertados este estudo objetivou estratégias para melhorar a qualidade no acolhimento às usuárias através de profissionais capacitados e quantitativo suficiente para atender a demanda e contribuir para um parto humanizado.

Dessa forma o objeto desse estudo é a equipe de enfermagem, sobretudo atuação da enfermeira obstetra no acolhimento, ou seja, uma escuta qualificada às mulheres que buscam os serviços em diversas situações de obstetrícia proporcionando informações e cuidados que geram sentimentos de segurança na hora do parto.

## 2 PROBLEMATIZAÇÃO

A partir da breve experiência de um ano atuando como enfermeira na porta de entrada do HMINSN, observei que embora esteja implantado o acolhimento e classificação de risco o serviço necessita de melhorias para humanizar o atendimento.

O aumento da demanda nos últimos anos é notável na unidade, isso implica na necessidade de aumentar os recursos humanos, materiais e melhorar a ambiência com intuito de humanizar a assistência.

Neste setor do HMINSN trabalha uma equipe de 1 (um) enfermeiro, 4 (quatro) técnicos de enfermagem, 2 (dois) médicos obstetras e 1 (um) maqueiro. Número este insuficiente para prestar um serviço de qualidade para a quantidade de mulheres que procuram atendimento, conforme o Manual de Classificação de Risco (BRASIL 2014).

Embora uma boa parte das usuárias do serviço realizarem o pré-natal, algumas delas chegam até a maternidade desinformadas sobre o processo de trabalho de parto. Muitas dessas mulheres são casos para atendimento ambulatorial.

Após receberem o primeiro atendimento de Classificação de Risco, são encaminhadas ao consultório médico. A necessidade de um Enfermeiro Obstetra e um Generalista neste setor é essencial para melhorar o fluxo do atendimento, pois com apenas um enfermeiro para Classificação de Risco todas as usuárias do serviço são atendidas pelos médicos aumentando assim o tempo de espera.

Nesse sentido ao longo do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica-CEEO/Rede Cegonha, percebi a possibilidade de desenvolver meu Trabalho de Conclusão de Curso focado na proposta de intervenção que resultasse na melhoria do atendimento no acolhimento das usuárias na porta de entrada do HMI contribuindo para a humanização do parto.

### 3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth - HMINSN é uma instituição pública estadual, mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurada dia 05 de novembro de 1982, para prestar assistência nas áreas de ginecologia-obstetrícia e neonatologia. O HMI trabalha com base nas diretrizes: Política Nacional de Humanização do SUS, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Programa da Rede Cegonha, Projeto Nascer, Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia e Mastologia, apoio às Residências Médicas de Pediatria e Anestesiologia e Programas de estágios a nível técnico e superior.

Sendo a única maternidade do estado de Roraima, atende a capital, 14 municípios e duas fronteiras estrangeiras, com área construída de 8.098m<sup>2</sup> e 274 leitos e atende mulheres brasileiras e estrangeiras provenientes dos países Guiana Inglesa e Venezuela e indígenas de diversas etnias da região. Oferece assistência de saúde as intercorrências ginecológicas e obstétricas, gestantes de baixo risco e auto risco, parturientes, puérperas, recém-nascidos, mulheres vitimas de violência sexual e física.

Os serviços ficam distribuídos da seguinte maneira: Acolhimento, Ala das Violetas, Ala das Pedras Preciosas (Neonatologia), Ala dos Girassóis (gravidez de alto risco), Ala das Orquídeas (salas de pré-parto e salas de parto), Ala das Rosas (Alojamento conjunto), Ala das Margaridas (intercorrências ginecológicas, pré e pós cirurgias ginecológicas), Banco de Leite Humano e Centro de Referência de Imunobiológico Especiais (CRIE).

Segundo um levantamento do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HMINSN revela que, em três anos, cresceu o número de partos no Hospital Materno-Infantil. Nos anos de 2015/2016 o hospital contabilizou aumento médio de 13,52%.

No HMINSN, deu-se o início do processo de implantação da humanização em 01/04/2006, onde foram inauguradas as salas PPP's (Pré-parto, parto e puerpério) que é o nosso Centro Obstétrico atualmente, ou seja, já fazem dez anos desenvolvendo o processo de humanização, garantindo o acesso ao um acompanhante com a parturiente e onde iniciou-se a assistência individualizada do

parto, preservando desta forma o protagonismo e o empoderamento da mulher no seu trabalho de parto, parto e puerpério.

Neste contexto, também se deu início as boas práticas na assistência ao Recém-nascido, instituída pelo Rede Cegonha e o IHAC com a realização do contato pele a pele e o aleitamento materno precoce, secção do cordão umbilical em tempo oportuno e com enfoque na atualização dos profissionais para a melhoria na assistência ao neonato.

Logo nos anos seguintes obtive-se o título do método canguru em 2012, Hospital Amigo da Criança em 2010 e atualmente o Banco de leite Humano (BLH) está recebendo o segundo selo “Padrão ouro” referente à certificação de qualidade Internacional da rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano, o primeiro foi em outubro de 2015 e o segundo recebido em dezembro de 2016.

O prêmio é o reconhecimento das excelentes ações de incentivo ao aleitamento materno. A avaliação é a nível nacional, feita pelo MS (Ministério da Saúde), no que diz respeito ao trabalho executado pelo BLH, em cada região. Roraima obteve a Certificação Ouro, o que significa excelência na prestação do serviço oferecido pela unidade (DEP/HMINSN, 2016).

#### 4 JUSTIFICATIVA

A humanização em obstetrícia é uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que em 1996 desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal baseado em evidências científicas. A OMS recomenda monitorar o bem estar físico e emocional da mulher em todo o atendimento, ou seja, desde a admissão, pré-parto, parto e nascimento, bem como no puerpério e acompanhamento do recém-nascido (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), recomenda que na porta de entrada das maternidades tenha recursos humanos e ambiente adequados para humanização da assistência. O enfermeiro obstetra poderá atender os casos que lhe competem, prestar informações à gestante ou parturientes e acompanhantes sobre o processo de trabalho de parto ou orientações para acompanhamento no pré-natal contribuindo para diminuir o tempo de espera.

O HMINSN é a maternidade referência do estado de Roraima, além de ser a única maternidade pública, tem um elevado número de atendimento diário que tem aumentado com a crise existente nos países vizinhos. Por este motivo a importância da implementação do Acolhimento na porta de entrada HMI, aumentado o número de profissionais que atuam naquele serviço, dando ênfase ao Enfermeiro Obstétrico.

Para isso será necessário implementação e ampliação da ambiência com disponibilidade de salas para atendimento de enfermagem e sala de observação para aquelas pacientes que não tem a necessidade de ficarem internadas.

Além da necessidade de contratação de profissionais Enfermeiro Obstetra que possui conhecimento científico para realizar determinados procedimentos e orientações, existe também a necessidade de aumentar o número de técnico de enfermagem para que juntamente com o maqueiro transporte a usuária até o setor encaminhada para internação, tendo em vista que a mesma poderá necessitar de cuidados profissionais nesse trajeto.

Com base nos direitos da mulher, acredita-se que melhorar a qualidade do acolhimento as gestantes e parturientes no setor de urgência desta maternidade irá contribuir para a humanização do parto e redução de complicações.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO

No final século XIX as mulheres tinham seus partos realizados por parteiras em sua própria residência, a atuação do médico dificilmente era solicitada. Ir ao hospital não era considerado como uma prática segura e era apavorante para a parturiente, só acontecia em situações que a parteira não solucionasse (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Já no início do século XX deram-se os primeiros passos para a hospitalização do parto. Foi implementado gradualmente uma mudança de hábito nas mulheres, conscientizando-as sobre a importância do acompanhamento médico durante a gestação para esclarecer medidas de higiene, alimentação e o uso de medicamentos, o que ocasionou um aumento significativo na realização dos partos hospitalares e, conseqüentemente, a redução dos partos em casa (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

A qualidade da assistência obstétrica tem tido muitos avanços, não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm influenciado para a propagação desses avanços. Dentre esses, cabe destacar a evolução da operação cesariana que, de um procedimento antes só realizado em mulheres que não sobreviviam para salvar a vida fetal, passou a ser procedimento que, em algumas situações, proporciona segurança à vida, tanto da mulher como do feto.

O advento tecnológico fez com que o parto deixasse o âmbito domiciliar e adentrasse no hospitalar, processo esse que acometeu não só à assistência obstétrica, mas toda a área da saúde (CASTRO; CLAPIS, 2005)

A Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e órgãos não governamentais, têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto de forma em que o parto seja tratado como um processo fisiológico e que haja a implementação do parto humanizado (SILVA, BARBIERI E FUSTINONI, 2011).

Na tentativa de se resguardar o caráter fisiológico do nascimento, surgiu o conceito de Parto Humanizado, que pode ser descrito como um conjunto de condutas e procedimentos que têm por finalidade a promoção do parto e nascimento

saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, que também objetiva-se no acompanhamento do pré-natal juntamente como assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (SILVA, BARBIERI E FUSTINONI, 2011).

A busca pela humanização do parto exige, em primeiro lugar, o seu entendimento como sendo um evento da vida sexual e reprodutiva; um processo fisiológico, que requer um acompanhamento com um mínimo de intervenção, que disponha de pessoal treinado e de condições estruturais para identificação e prevenção precoce de complicações e situações de risco, permitindo atuação imediata, adequada e eficaz (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002)

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, porém, há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade e as necessidades da mulher, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas e suas famílias. Assim, humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, é a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido. Inibir os excessos de partos cirúrgicos é apenas uma das metas dessa assistência que deverá se consolidar se construída com foco na atenção mais humanizada (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Outra meta é a rede cegonha que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o

direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os profissionais da equipe de saúde que atendem essa população têm sido apontados como importantes mediadores no trabalho de tornar tal proposta uma realidade (BRASIL, 2012).

O parto é uma experiência marcante para a mulher, podendo deixar lembranças positivas ou negativas como sofrimento, medo de engravidar novamente e depressão. Assim, os profissionais ao assistirem a parturiente precisam compreender como sua clientela vivencia a parturição, atender suas carências individuais, com sua participação ativa e poder de escolha, vislumbrando um modelo que possa levar a uma efetiva humanização do parto (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

No modelo intervencionista de assistência obstétrica, a mulher torna-se o objeto da ação, perdendo o controle e a decisão sobre seu próprio processo do parto e nascimento. A autonomia da mulher no momento do parto está vinculada à sua inclusão na decisão sobre a via de parto; isso ocorre na medida em que ela é informada a respeito das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na situação determinada (REIS e PATRICIO, 2005).

Nesse sentido, o diálogo entre o profissional de saúde e gestante é a base do que se denomina “aliança terapêutica”, considerada como uma troca ou negociação para garantir maiores benefícios na assistência, que depende de relações simétricas e não coercitivas entre as partes (REIS e PATRICIO, 2005).

O parto humanizado tem sido visto hoje como uma forma de respeitar o período de parir da mulher, buscando respeitar a sua forma de parir seja ela da forma que a mesma escolher. No entanto, ainda se utiliza muito a prática “medicalocêntrica” o que não utiliza na prática a humanização. Muitas vezes não é respeitada as vontades da parturiente deixando de lado seus medos, tensões e seus desejos como o ser que ela é: a protagonista do parto e nascimento. Diante de algumas falhas assistenciais foi se necessário criar uma política de humanização ao parto e nascimento, o que direciona ao profissional de enfermagem atuante um contexto abrangente da aplicabilidade de tal processo (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Deve-se buscar incentivar um trabalho em equipe que estabeleça protocolos assistenciais que têm abrangência nas suas diversidades regionais e que complementem a atuação dos profissionais de saúde nela inserida. O processo de parir deve ser visto de forma natural, pois é algo inerente à natureza humana (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Percebe-se que humanização é vista de várias formas por diversas especialidades na área da saúde, esquecendo que o mais importante é que sejam aceitas as vontades das parturientes no momento do parto. O profissional de enfermagem deve prestar um atendimento eficaz e humanizado, sempre observando alterações fisiológicas que possam pôr em perigo o binômio mãe e bebê (REIS e PATRICIO, 2005).

Pode se observar que a enfermagem tem um papel muito importante, pois é ela quem está sempre em contato direto com o paciente nas 24 horas diárias, o que reflete mais ainda a necessidade de buscar aprimorar e implementar a humanização no âmbito do parto e nascimento (REIS e PATRICIO, 2005).

Desde 1998 o Ministério da Saúde reconhece a assistência humanizada prestada pelo enfermeiro obstetra nos hospitais públicos, incluindo o parto normal sem distócia. E em 1999 foi proposto também a criação dos Centro de Parto Normal, na qual são assistidas por enfermeiros obstetras (REIS e PATRICIO, 2005).

Para evolução de um parto humanizado, o enfermeiro poderá incentivar e estimular as parturientes o uso de métodos não farmacológico e não invasivos para o alívio da dor. Poderá aplicar exercícios na bola suíça, solicitar ajuda do acompanhante nas massagens em regiões estratégicas que possam aliviar as dores da parturiente, utilizando-se de banho morno, deambulação e sempre orientado que tais condutas e posturas aumentam o diâmetro pélvico, facilitando assim a passagem do bebê no canal vaginal (GONÇALVES, 2011).

Em 2008, através da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 36 editada pela ANVISA buscou padronizações da ambiência na qual será atendida as parturientes, estabelecendo recursos assistenciais, equipamentos, materiais etc. Nesta mesma RDC, faz-se referências a um ambiente único, que irá suportar um acompanhante de livre escolha da parturiente, na qual lhe será dada uma assistência humanizada a mesma e ao neonato nas primeiras horas de vida sendo assim classificada de sala PPP (Pré-parto, parto e puerpério) o que tem como objetivo a humanização do atendimento e aumentando o vínculo mãe-filho (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Diante os pressupostos, essa RDC 36/2008, se deu inicialmente em 2003 com a Iniciativa da implantação do “Hospital Amigo da Criança”, voltado ao local do parto buscando um ambiente mais humanizado e acolhedor.

Assim, é importante encontrar novas formas que possibilitem à mulher um maior controle sobre o próprio parto, com direito à opção fundamentada na “escolha informada”. Isso deve incluir o direito ao suporte emocional, tendo um acompanhante de sua escolha no parto, com quem queira compartilhar essa experiência (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Como enfermeiras, ensinando a assistência e cuidando de gestantes e puérperas, verificamos que muitas mulheres são submetidas à cesárea, mas desconhecem a indicação de tal procedimento. Além disso, muitas demonstram insatisfação com a falta de oportunidade para expressar suas expectativas e preocupações e tirar suas dúvidas com relação ao parto (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

## 5.2 HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A humanização é uma das principais ferramentas do Ministério da Saúde para melhorar o atendimento e a gestão no Sistema Único de Saúde – SUS. Mas nem sempre foi assim. Sinalizam que a humanização por muito tempo foi percebida pelo caráter de assistencialismo, voluntariado e paternalismo (MORI & OLIVEIRA, 2009).

Entretanto, tal percepção passou por transformações à medida que o conceito de saúde também mudou em termos políticos, econômicos, sociais e culturais. Atualmente, a saúde não é entendida apenas como a ausência de doença, mas como qualidade de vida.

A humanização passou a ser compreendida como um sistema de redes pautado pelos princípios do SUS (universalidade, integralidade, unicidade) articuladas, regionalizadas e centralizadas.

Retratado em programas iniciais de humanização (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e Programa de Humanização do Parto e Pré-Natal), os quais eram desarticulados e fragmentados, a PNH ou HumanizaSUS, criada em 2003, segundo Archanjo e Barros (2009, p. 01):

[...] surge, então, como uma política que engloba as iniciativas existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências do SUS visando ampliar a discussão sobre o conceito de

humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e gestão.

A humanização proposta pela PNH procura distanciar-se daquela voltada para o assistencialismo e paternalismo. Para esta política, a humanização está voltada para o sentido da experiência a qual será concretizada no cotidiano das instituições de saúde. Essa política, representa uma mudança de concepção, passando a humanização a se constituírem um novo modelo de gestão e atenção.

Archanjo e Barros (2009) ressaltam que a política de humanização, para a implementação de sua proposta, visa em sua essência a promoção a autonomia e protagonismo dos trabalhadores, usuários e gestores, aumentando o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e envolvimento dos sujeitos no processo, estabelecendo vínculos de solidariedade e de participação coletiva na gestão.

Os dispositivos, conforme o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (BRASIL,2014), podem ser entendidos como a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho, ou seja, são os mecanismos postos a funcionamento nas práticas de produção de saúde, que envolvem coletivos e visam promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão.

Atualmente, os dispositivos preconizados pela Política Nacional de Humanização são:

- **Sistemas de Escuta Qualificada** – Serve tanto para usuários trabalhadores da saúde, suas ferramentas são: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, onde o foco é conhecer os serviços de saúde através da ótica de trabalhadores e usuários (BRASIL, 2006).

- **Visita Aberta e Direito à Acompanhante** – É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente (BRASIL, 2006).

- **Ambiência** -Refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem e espaço (BRASIL, 2006).

- **Acolhimento com Classificação de Riscos** – o acolhimento com classificação de risco configura-se, como uma intervenção potencialmente decisivas

na reorganização das portas de urgência e também em unidades de saúde e na implementação da produção de saúde em rede (BRASIL, 2012).

Estas são as ferramentas de humanização que contribuem para organizar o fluxo do serviço, assim como dividir a responsabilidade da gestão, tanto com os profissionais que trabalham, como também usuários que frequentam e necessitam dos serviços.

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional - usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2014, p.19).

O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços prestados ao usuário. “O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de ‘bondade’ e ‘favor’ por parte de alguns profissionais”, não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento (BRASIL, p.09, 2014).

De acordo com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia tais perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de corresponsabilização e de produção de vínculo (BRASIL,2014).

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada das maternidades assume peculiaridades de acordo com as necessidades específicas e demandas relacionadas ao processo de gravidez, por isso também a importância de profissionais qualificados no desenvolvimento deste trabalho.

O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência (BRASIL, p.21, 2014).

O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto. O Acolhimento

e Classificação de Risco levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente e devem seguir as seguintes estratégias:

A implantação do Acolhimento e Classificação de Risco passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;
- Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetrix em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

Tais articulações têm como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais.

O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos.

## **6 PUBLICO ALVO**

Gestantes, acompanhantes e equipe multiprofissional que atua na porta de entrada do HMI. Tendo em vista que para que se aconteça o acolhimento deve existir a sensibilização e participação de toda equipe.

## 7 OBJETIVO GERAL

Implementar melhorias no acolhimento das gestantes que necessitam do serviço de emergência do HMI com base nas diretrizes da rede cegonhas para o parto humanizado.

### 7.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar satisfação as gestantes com o acolhimento com classificação de risco;
- Inserir mais um enfermeiro obstetra para admissão da paciente de risco habitua na porta de entrada do HMI;
- Criação de instrumento para orientar o Enfermeiro Obstetra na admissão das pacientes de risco habitual.

## 8 METAS

- Realizar admissão das gestantes e parturientes garantindo a ela informações sobre o parto, exames de testes rápidos, sanando possíveis dúvidas existentes pela gestante ou seu acompanhante, passando a ela e sua família segurança para o processo de parto. Com isso proporcionar a parturiente e seu acompanhante satisfação com o acolhimento com classificação de risco.

- Criar um instrumento para orientar o Enfermeiro Obstetra na admissão das pacientes de risco habitual no setor de Urgência do HMI. Seguindo o exemplo da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme exemplos em anexos.

- Inserir na equipe do Acolhimento e Classificação de Risco do HMI mais um enfermeiro Obstetra conforme o protocolo do Ministério da Saúde para admissão das gestantes e parturientes de risco habitual, contribuindo para diminuir possíveis complicações na hora do parto.

## 9 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

Projeto de Intervenção – PI é uma proposta de ação feita para a resolução de um problema real observado em no território de atuação, seja no âmbito da clínica ou da organização dos serviços (UFRJ, 2016).

Um projeto de intervenção como o próprio nome alude fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Os sujeitos ao pesquisarem sua própria prática produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam e dá um novo significado sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam.

Para este projeto de intervenção foram pensadas três etapas com propostas distintas em cada uma delas.

**Etapla 01:** O projeto de intervenção tem por objetivo implementar melhorias no acolhimento das gestantes que necessitam do serviço de emergência do HMI com base nas diretrizes da rede cegonhas. Para isso foram pesando em estratégias:

Identificar as dificuldades para prestar uma assistência de qualidade e humanizada devido a falta de um enfermeiro obstetra no setor de Acolhimento e Classificação de Risco do HMINSN. E com isso ampliar e melhorar o atendimento as gestantes e seus acompanhantes.

**Proposta:**

- Grupo focal com as equipes de enfermagem do setor para saber como está sendo feito o atendimento com apenas um enfermeiro para classificação de risco, realização de teste rápido com aconselhamento pré e pós-teste, atendimento às vítimas de violência, informações específicas do enfermeiro às usuárias e admissão das pacientes de risco habitual.

- Reuniões com as equipes multiprofissionais que atuam no atendimento de Emergência do HMI para colher informações;

**Etapla 02:** Qualificar o atendimento prestado às parturientes e acompanhantes, por meio de informações que contribua para tranquilidade e autonomia no momento do parto.

**Proposta:**

- O atendimento inicial da gestante na emergência do HMI, se inicia pelo trabalho de uma equipe multiprofissional, e após a classificação de risco, aquelas

pacientes gestantes de risco habitual serão encaminhadas para admissão com o Enfermeiro(a) Obstetra e as de alto risco para o médico obstetra.

- Na admissão com o Enfermeiro(a) Obstetra será realizado uma escuta qualificada sobre seus sintomas e queixas, será examinada e receberá orientações sobre sua situação atual;

- No processo de escuta com o enfermeiro será sanada possíveis dúvidas da gestante e de seu acompanhante deixando ela mais segura neste momento ímpar de sua vida.

- Durante a admissão da paciente de risco habitual será preenchido um instrumento e relatados os procedimentos realizados pelo Enfermeiro Obstetra no setor de do HMI e os achados sobre o estado da paciente. O modelo sugerido para este instrumento vem da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que consta em anexo.

- Posteriormente, dependendo de avaliação na admissão a paciente será encaminhada à Ala de parto, retorno com orientação e/ou encaminhada à UBS mais próxima de sua casa, e gestante de alto risco para consulta médica).

**Etapa 03:** Inserir na equipe do acolhimento e classificação de risco do HMI mais um enfermeiro Obstetra conforme o protocolo do MS.

**Proposta:**

- Reunir com a equipe de enfermagem que atuam no setor de urgência do HMI e discutir sobre as dificuldades relacionadas aos atendimentos;

- Reunir com coordenadores e gestores e mostrar a necessidade de mais um enfermeiro obstetra para compor as equipes do acolhimento e classificação de risco do HMI. Sugerir ambiência adequada para os atendimentos inclusive sala de observação para as mulheres que não precisam de internação imediata.

- Reunião com a gestão para solicitar recursos humanos, capacitação e atualização, recursos materiais essenciais e ambiência para melhorar a humanização do serviço.

**10 CRONOGRAMA**

PERÍODO	2017									2018	
	Fev	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
MESES											
Escolha do tema	x										
Revisão Bibliográfica		x	x								
Elaboração dos objetivos			x	x							
Conhecimento do setor					x	x					
Elaboração das metas					x	x					
Apresentação das propostas ao público alvo						x	x				
Reuniões com as equipes							x	x			
Primeira etapa								x	x		
Segunda etapa									x	x	
Terceira etapa										x	x
Analises dos resultados									x	x	x

**11 ESTIMATIVAS DE CUSTOS**

<b>Quantidade</b>	<b>Objeto</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total</b>
01	Resma de papel A4	20,00	20,00
01	Cartucho de tinta preta	45,00	45,00
01	Cartucho de tinta colorida	85,00	85,00
03	Canetas de plástico transparente	1,50	4,50
02	Lápis de madeira preto 2B	0,70	1,40
01	Borracha	1,00	1,00
03	Encadernação	3,00	9,00
01	Impressora HP	350,00	350,00
01	Notebook	1.200,00	1.200,00
<b>TOTAL PREVISTO</b>			<b>R\$ 1.715,90</b>

## **12 RECURSOS HUMANOS**

Os profissionais atuantes no desenvolvimento do projeto, são basicamente compostos pela equipe de enfermagem que atua no serviço de emergência do HMI, além de possíveis treinamentos com a equipe do Departamento de Educação em Saúde do HMI.

### 13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A proposta de intervenção, tem objetivo de garantir as gestantes um atendimento adequado que garanta a ela e seu acompanhante segurança na hora do parto. Para isso foi elaborado estratégias para melhorar o atendimento na emergência do HMI, gerando uma ampla rede de cuidado desta mulher.

O Enfermeiro obstetra precisa desenvolver um trabalho humanizado priorizando o respeito, atenção a gestante e seu acompanhante e ser solícito em toda sua assistência. O principal contato é o acolhimento, pois é a partir dele, que o Enfermeiro estará estreitando os primeiros laços de respeito e confiança com a gestante que estará sendo acolhida e classificada diante do risco ao ser atendido na porta de entrada do hospital.

O acolhimento é um processo dinâmico de identificação das gestantes que necessitam de cuidados médico e de enfermagem, respeitando sempre o potencial de risco. Para isso o enfermeiro obstetra deve realizar uma avaliação crítica e decisória e o adequado encaminhamento do caso.

O serviço deverá seguir um modelo que seria da seguinte forma: ao chegar ao serviço de emergência, a gestante será recepcionada por profissionais administrativos responsáveis pela inserção desta mulher no sistema e geração do boletim de atendimento. Posteriormente encaminhada a um espaço onde será feita a averiguação de seus sinais vitais pela equipe de enfermagem.

Logo após o enfermeiro generalista fará a escuta a escuta da mulher e classificando conforme o risco observado. As gestantes e parturientes de risco habitual serão atendidas pelo enfermeiro obstetra que após avaliação e exames físicos poderá admiti-las e encaminha-las as conforme a necessidade..

Para que tais estratégias tenham êxito é necessário a admissão mais um enfermeiro obstetra no setor de emergência do HMI. É necessário que exista sensibilização e empenho da gestão para aumentar o número de profissionais que atuam na equipe de enfermagem no setor de emergência.

A avaliação dos resultados será através reuniões com a equipe de enfermagem para obter informações sobre a qualidade dos atendimentos após a intervenção, questionários aplicados à puérperas e acompanhantes sobre a

qualidade do atendimento e coleta de dados estatísticos sobre fluxo antes e após a intervenção.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Aborto, parto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

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

CASTRO, J.C; CLAPIS, M.J. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.13, n.6, p. 960-967, nov./dec. 2005.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência**. Cad Saúde Pública, v. 22, n. 12, p. 2647-55, 2006.

FORNAZARI, Denise Helena. **Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Acesso em 09/11/2016

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais**. Revista escola enfermagem - USP, São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15-21, out. 2013.

LONGO, Cristiane S.M. et al: **Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde** – Revista Eletronica de Enfermagem, 2010:12

MABUCHI, Alessandra dos Santos e FUSTINONI, Suzete Maria. **O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado**. Acta paul. enferm. [online]. 2008, vol.21, n.3, pp.420-426. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300006>.

MOUTA, R.J.O.; PROGIANTI, J.M. **Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto.** Texto contexto – enfermagem, Santa Catarina, v.18, n.4, p. 731-740, abr. 2009.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. **Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil.** Revista Brasileira de Enfermagem Materno Infantil, Recife, v.11, n.4, p. 415-425, maio/jun. 2011.

OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M. F. **Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes.** Revista escola enfermagem - USP, São Paulo, v.36, n.2, p. 133-140, ago./set. 2004.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 233-239, 2006.

PROGIANTI, M.Jane et al: **A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca-** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 nov/dez

REIS, A.E.; PATRICIO, Z.M. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina.** Ciência e saúde coletiva, Santa Catarina, v.10, p. 221-230, mai. 2005.

SILVA, L.M. BARBIERI, M.; FUSTINONI, S.M. **Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.64, n.1, p. 60-65, jan./fev. 2011.

SCHNECK, Camilla Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. **Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 240-246, 2006.

SOUSA, Taize Santos et al; **Acolhimento com Classificação de Risco: a voz das Mulheres;** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 27, n. 3, p. 212-220, set./dez. 2013

VASCONCELOS, Alessandra Alves de. **Atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento no Distrito Federal.** 2011. Acesso em 09/11/2016

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. **Collectives for the National Humanization Policy (PNH): co-management in action.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.627-40, 2009

BRASIL, M. d. (30 de Dez de 2010). **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** (DOE, Ed.) *Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito*, p. 88.

## ANEXO A

## INSTRUMENTO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

	<b>MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ</b>		<b>SETOR ADMISSÃO</b>
	<p>Nome: _____ Reg n° _____          Data: _____ Pulseira n° _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg. Altura: _____          Queixapincipal: _____          Patologia: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DHEG <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DMG <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> SÍFILIS <input type="checkbox"/> outros: _____ Acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Hora de abertura de boletim: _____ Classificação: Início: _____ Fim: _____ Hora de atendimento médico: _____          ALERGIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar: _____          Pré-natal: <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> UBS (Referência) <input type="checkbox"/> Não realizou Nome da unidade: _____          G: ____ P: ____ A: ____ Tipos de parto: PN: ____ PC: ____ Último parto (data): _____  <input type="checkbox"/> Gestante IG: _____ <input type="checkbox"/> Puérpera - <input type="checkbox"/> Parto normal <input type="checkbox"/> Parto Cesárea <input type="checkbox"/> Abortamento <input type="checkbox"/> Mola <input type="checkbox"/> Laqueadura Tubária  <input type="checkbox"/> Mastite <input type="checkbox"/> Retirada de pontos <input type="checkbox"/> Outros: _____ CTG: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Início: _____ h. Fim: _____ h.          Parto ocorrido na admissão: Hora do nascimento: _____ h. Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MASC Sangue de Cordão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          RN atendido por: _____ Delivramento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hora: _____ Profissional: _____          Sinais vitais: T: ____ °c P: ____ bpm R: ____ irpm PA: ____ x ____ mmHg HGT: ____ mg/dl          Destino: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> Transferência Hora do encaminhamento: _____ h.          Classificação de risco: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul</p>		
Obs.:			Assinatura e carimbo

FIGURA 1 - Instrumento de Atendimento da Paciente

## ANEXO B INSTRUMENTO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO

MATERNIDADE ESCOLA  
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM  
ADMISSÃO

Pré-natal:  ME  UBS (Refertoria)  Outros serviços  Não realizou

Unidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Reg nº \_\_\_\_\_ Pulseira nº \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Acompanhante:  Sim  Não

Queixa principal: \_\_\_\_\_

Patologia:  HAS  DHEG  DM  DMG  HIV +  SÍFILIS  OUTROS: \_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

G: \_\_\_\_ P: \_\_\_\_ A: \_\_\_\_ Tipos de parto: PN: \_\_\_\_ PC: \_\_\_\_ Último parto (data): \_\_\_\_\_

Gestante IG: \_\_\_\_\_  Puérpera -  Parto normal  Parto Cezária  Abortamento  Mola  Retirada

de pontos  Laqueadura Tubária  mastite  Outros: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Altura: \_\_\_\_\_ m. ALERGIA:  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

Nível de consciência:  Lúcida/orientada  Confusa/desorientada  Inconsciente

Mamas:  Flácidas  Ingurgitadas  Hiperemiada  Color Mamilos:  Fisura  Escoriação

Punção venosa(local): \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_ h Realizado por: \_\_\_\_\_

Ferida operatória:  Seca  Hiperemia  Edema  Secreção  Odor

Contrações:  Sim  Não Movimentos Fetais:  Presentes  Ausentes  Não sabe informar

Perda Vaginal:  Sim  Não Coloração:  Claro  Claro c/ grumos  Esverdeado  Acastanhado

Sangramento vaginal:  Sim  Não Volume:  Pequeno  Moderado  Acentuado

Êmese:  Sim  Não Episódios: \_\_\_\_\_ Diurese:  Presente  Ausente -  Claro  Âmbar

Hemática

Drogas:  Sim  Não Quis: \_\_\_\_\_

Vítima de Violência:  Sim  Não Quis: \_\_\_\_\_

### ESCALA DE DOR:

0	1 - 2 - 3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9 - 10
Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor intensa

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul
----------	---------	---------	-------	------

EXAMES: Cardiotocografia (CTG):  Sim  Não Início: \_\_\_\_\_ h. Fim: \_\_\_\_\_ h.

Parto ocorrido na admissão:  Sim  Não Delivramento: \_\_\_\_\_ h.

Realizado por: \_\_\_\_\_ Hora do nascimento: \_\_\_\_\_ h Sexo:  FEM  MASC

Pulseira nº: \_\_\_\_\_ RN atendido por: \_\_\_\_\_

Sangue de Cordão:  Sim  Não

