



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA

ALINNY ARAÚJO TEOTONIO BEZERRA NEVES

ACOLHIMENTO E ESTRATÉGIAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL
MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA NAZARÉ, BOA VISTA, RR

Boa Vista, RR

Novembro de 2015

ALINNY ARAÚJO TEOTONIO BEZERRA NEVES

ACOLHIMENTO E ESTRATÉGIAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL
MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA NAZARÉ, BOA VISTA, RR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Roraima como exigência
parcial para obtenção do título de especialização em
obstetrícia.

Orientador. Prof. Msc.: Joseneide Viana de Almeida

ACOLHIMENTO E ESTRATÉGIAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL
MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA NAZARÉ, BOA VISTA, RR

Aprovado, 20 de novembro de 2015

Prof. MS. Joseneide Viana de Almeida

Orientador da Monografia

Profa. MS. Cinthia Cassimiro

Coordenadora do Curso

Profa. Dr Marta Araújo Amaral

Coordenadora de Monografia

Prof. Enfº Obst. Rafael Brito

BOA VISTA- RR

2015

É com muita alegria que dedico este trabalho a Deus, por seu cuidado, apoio e condução em todos os momentos de minha vida. Ao meu esposo Marcelo Andrade e aos meus pais Peron Teotonio e Elma Araújo que sempre acreditaram em mim, me amaram e, acima de tudo, me apoiaram quando eu mais precisei.

AGRADECIMENTO

No decorrer desta trajetória, tive o apoio de inúmeras pessoas que me acolheram neste momento, agradecerem imensamente:

O querido professor Joseneide Viana de Almeida pelo apoio, acolhimento, carinho e dedicação a mim e ao meu trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Rafael Brito e Keila Campos Cavalcante, pelas valiosas contribuições para minha capacitação profissional, sempre se disponibilizaram a me auxiliar no que fosse possível para a concretização desse sonho.

RESUMO

A implantação da classificação de risco tem sido uma medida adotada pelo Ministério da Saúde da demanda e humanização do atendimento, no intuito de minimizar o risco para os pacientes que esperam por atendimento médico. A Política Nacional de Humanização é uma proposta para enfrentar os princípios do SUS no que impõem mudança com modelos de atenção e gestão das práticas de saúde priorizando o atendimento com qualidade e participação integrada na consolidação do SUS. Este estudo tem como objetivo geral Implementar ação de acolhimento com classificação de risco das gestantes no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora Nazaré, no município de Boa Vista-RR. Para realização deste estudo, buscaram-se métodos para chegar o objetivo do trabalho proposto, foi utilizada uma pesquisa do tipo bibliográfica com uma abordagem qualitativa e o método descritivo. Acredita-se que este trabalho servirá de referência para estudos futuros. A temática em questão considera-se ser o mesmo relevante, uma vez que a classificação de risco é uma área de atuação dos profissionais de saúde, e que os protocolos utilizados para avaliar e classificar o risco são o suporte científico, ético e legal sobre o qual os profissionais se respaldam.

Palavras –chaves: Implantação. Classificação de risco. Humanização.

ABSTRACT

The introduction of risk classification has been a measure adopted by the Ministry of Health of demand and humanization of care in order to minimize the risk to patients waiting for medical care. The National Humanization Policy is a proposal to address the SUS principles in imposing change with models of care and management of health practices prioritizing care quality and integrated participation in the consolidation of SUS. This study has general-purpose implement action host with risk rating of pregnant women in the Mother and Child Hospital Our Lady of Nazareth, the city of Boa Vista - RR. For this study, we sought methods to reach the objective of the proposed work was used a survey of the literature type with a qualitative approach and descriptive method. It is believed that this work will serve as a reference for future studies. The issue in question is deemed to be the same relevant, since the rating is a nurse's area of operation, and that the protocols used to evaluate and rank the risk are the scientific, ethical and legal support on which the nurse it supports.

Keyword: Implementation. Risk classification. Humanization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1- SISTEMA DE CORES.....	15
QUADRO 2- ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	17
QUADRO 3- FLUXOGRAMA PROPOSTA AO HMI	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. PROBLEMATIZAÇÃO	10
3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	11
4. JUSTIFICATIVA	12
5. REFERENCIAL TÉORICO	13
5.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	13
5.2 ACOLHIMENTOS NA SAÚDE.....	16
5.3 RISCOS OBSTÉTRICOS	17
6. PÚBLICO ALVO	19
7.OBJETIVOS DO PROJETO	20
7.1 OBJETIVO GERAL	20
7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
8. METAS	21
9. METODOLOGIA	22
10. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	23
11. ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS	24
12. RECURSOS HUMANOS	25
13. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	26
14. REFERÊNCIAS	28
15. ANEXOS	30
15.1 FLUXOGRAMA PROPOSTO AO HMI	30

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização é uma proposta para enfrentar os princípios do SUS no que impõem mudança com modelos de atenção e gestão das práticas de saúde priorizando o atendimento com qualidade e participação integrada na consolidação do SUS. Uma das diretrizes da política é o acolhimento da gestante com ambiência e classificação de risco nas emergências das maternidades.

Em Roraima esta política está sendo implantada aos poucos no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), ou HMI como é mais conhecido, é um hospital público conveniado ao SUS (Sistema Único de Saúde). É considerada uma unidade especializada de referência no Estado de Roraima, que atende além da população local, os países vizinhos.

Compreende-se que o acolhimento com classificação de risco é um processo de transformações, de mudanças, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência. Tendo por objetivo um atendimento mais resolutivo, que saiba identificar e priorizar os atendimentos realizados nesse serviço, sem deixar de tratar os pacientes de forma digna e humanitária (FEIJÓ, 2010).

A classificação de risco é um instrumento que serve para vários fatores, como organização de fila, priorizar o atendimento de acordo com grau de gravidade e não por ordem de chegada. Além disso, visa garantir um atendimento rápido nos casos mais críticos, melhorar as condições de trabalho na equipe de emergência, atender as exigências dos usuários de forma que os mesmos sintam-se mais satisfeitos e realizar o serviço de referência quando preciso, de forma que seja garantida a continuidade da assistência (NASCIMENTO, 2011).

2. PROBLEMATIZAÇÃO

No ano de 2011 iniciei os meus trabalhos como enfermeira no HMI no setor da emergência/acolhimento, exercendo a triagem e todo o princípio de atendimento as gestantes e demais clientes que procuravam o serviço por demanda espontânea ou referenciadas de outros municípios e países vizinhos. Ao longo desta trajetória fui percebendo a necessidade de melhorias no atendimento, no que se refere ao atendimento humanizado com classificação de risco.

Desta forma, fiquei motivada em contribuir com o serviço, elaborando um projeto de intervenção que contemplasse recursos e ideias para proporcionar um atendimento eficaz com classificação de risco no serviço que favoreça uma avaliação as urgências e emergências imediatamente na sua chegada, humanizando o atendimento e classificando o risco, priorizando de acordo com a gravidade de cada caso.

3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), ou Maternidade como é mais conhecido, é um Hospital Público conveniado ao SUS – Sistema Único de Saúde. É considerada uma unidade especializada de referência no Estado de Roraima, que atende além da população local, os países vizinhos.

O hospital começou a crescer, as necessidades e a demanda dos serviços também. Além do atendimento a mulher, foi necessária a implantação do Pronto Socorro Infantil (PSI) e o Serviço de Pediatria em 1998. A UTI Pediátrica (UTIP) passou a funcionar com 05 leitos, sob o comando Médico Alberto Volponi – profissional colaborou a pediatria deste estado. O PSI e a pediatria funcionaram onde hoje é o Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM) e ala dos Girassóis.

A atual gestão do HMI vem mantendo a tradição de buscar melhorias físicas e assistenciais e tem como objetivo, desde o princípio, manter a ética e a responsabilidade, buscando a excelência na qualidade dos seus serviços.

As boas práticas obstétricas têm sido positivas e auxiliado no estreitamento do laço familiar. A participação dos pais e familiares está sendo acentuada em todo o processo, tanto no pré-parto, acolhimento, como no parto e pós-parto.

O HMINSN participa da Rede Cegonha. Para atender ao programa federal, a maternidade está passando por uma série de modificações, tanto na estrutura física quanto no atendimento. Esse é um novo modelo de gestão e atenção à saúde da mulher gestante e do recém-nascido até os dois anos de idade.

A política de valorização do servidor está entre as primeiras propostas de trabalho da nova gestão do Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN). A meta de um Plano de Ação está em fase de estudo, para ser aplicado de forma imediata na unidade. A unidade realiza por mês uma média de 800 partos, incluindo pacientes da capital, dos municípios e até de outros países como Venezuela e Guina.

4. JUSTIFICATIVA

No HMI ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, a paciente é acolhida pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários, na sequência faz-se o processo da triagem pela equipe de enfermagem e a encaminha para um atendimento exclusivo com o médico, que após avaliação interna, coloca tratamento ou orienta para retornar ao serviço posteriormente. Desta forma, percebemos que não há uma classificação de risco estabelecida no serviço. Neste sentido, detectamos a necessidade de assegurar e agilizar o atendimento dá implementação no acolhimento de uma classificação de risco que é de grande valia, haja vista a necessidade e os grandes benefícios desta ação.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Contexto histórico de acolhimento com classificação de risco

Acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2015).

O acolhimento com classificação de risco aborda a questão que representa a recepção do usuário nos serviços de saúde, faz-se o atendimento para suprir a urgência do paciente na medida da sua necessidade.

O acolhimento é uma diretriz do serviço do SUS que perpassa do porteiro, recepcionista, profissionais de saúde até a saída dessa mulher da unidade.

A Classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que precisam ser atendidos imediatamente ou não, seguindo critérios de risco, agravos à saúde ou sofrimento dos mesmos. Esse sistema classificatório visa por ações de atenção e gestão que incentivem um relacionamento de confiança entre equipes, usuários e serviços de saúde.

No final do ano de 1950 houve uma mudança na prática médica: os médicos particulares e os de família passaram a serem raras, as visitas se transformaram em consultas agendadas em consultórios e os Prontos Socorros se tornaram o principal local de atendimento quando os consultórios estavam fechados, principalmente em feriados e fins de semana. Além disso, mais médicos se tornaram especialistas, com poucos generalistas (MAFRA et al, 2015).

A prática do Acolhimento com Classificação de Risco demonstrou grande importância, pois se trata de um processo dinâmico de identificação e priorização do atendimento, o qual visa discernir os casos críticos que necessitam de atendimento imediato dos não críticos. Esse método promove benefícios, porque modifica o antigo sistema, onde os pacientes eram atendidos por ordem de chegada e não de prioridades (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devidos, principalmente, ao aumento do número de acidentes e violência urbana, e ao modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas.

A realidade da superlotação dos prontos-socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais destes serviços, como o atendimento por ordem de chegada sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes. Este aumento da demanda, acrescido à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído de forma substancial para

a sobrecarga dos serviços de atendimento de Urgência e Emergência disponibilizadas à população (BRASIL, 2006).

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento 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 no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004).

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Em 1993, o *Australasian College of Emergency Medicine (ACEM)* adotou esta escala e a chamou *National Triage Scale (NTS)* como parte das Políticas de Triagem. Ela agora é conhecida como *Australasian Triage Scale (ATS)* e tem sido adotada pelas autoridades de saúde e pelo *Australian Council on Health Care Standards (ACHS)* como base de avaliação do desempenho das Unidades de Emergência.

De acordo com Mafra et al (2015), a escala compreende 05 categorias:

1. Pacientes com risco de vida imediato;
2. Risco de vida iminente;
3. Potencial risco de vida;
4. Pacientes potencialmente graves;
5. Menos urgentes.

Historicamente, nos Estados Unidos da América, o termo triagem foi utilizado inicialmente pelos militares para classificar os soldados feridos em batalha com o objetivo de estabelecer prioridades de tratamento. Médicos e enfermeiros que tinham experiência com o processo efetivo de triagem, nos campos de batalha, introduziram a tecnologia nas emergências civis com extremo sucesso (MAFRA et al, 2015).

Porém, o uso do termo classificação de risco é diferente do termo triagem, que implica numa técnica de escolha dos pacientes. As recomendações para a realização do protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) são feitas por escalas e protocolos que estratifi-

cam o risco em cinco níveis que apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado real do paciente (BRASIL, 2004).

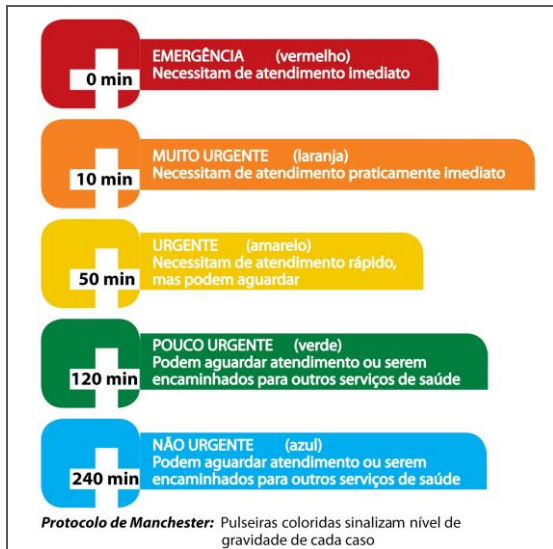
No âmbito dos serviços de emergência, a Classificação de Risco apresenta-se como uma das ações decisivas para reorganizar e implementar a promoção de saúde em rede. Englobando aspectos como, ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade; aumentar a interação entre profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe; aumentar a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, sem extrapolar as competências relativas ao exercício profissional de sua categoria (SHIROMA, 2008).

No Brasil, alguns hospitais foram pioneiros na implantação de protocolos AACR, fundamentados em protocolos internacionais. A primeira tentativa de implantação de uma classificação de risco foi em Minas Gerais, em 2005.

A implantação AACR nos hospitais brasileiros assemelha-se às iniciativas de outros países, porém, algumas particularidades são evidenciadas nesse processo, de acordo com a realidade das instituições. Portanto, diante da crescente demanda nos serviços de emergência, após a implantação do AACR como política do SUS, e considerando que as diretrizes para a avaliação da gravidade desses pacientes estão definidas em protocolos, a concordância entre a avaliação dos profissionais e o protocolo institucional é essencial para garantir a segurança da população atendida (SOUZA, 2011).

Na Inglaterra, o Grupo de Avaliação de Risco de Manchester foi criado em 1994 com o intuito de elaborar uma classificação para hierarquizar os atendimentos dos prontos-socorros por urgência, de maneira que quanto mais grave fosse à situação do paciente, menor seria o tempo de espera para o primeiro atendimento médico. Dessa forma, a ordem de atendimento se fundamenta nas queixas do paciente e em medições clínicas realizadas, não na ordem de chegada. Assim, nasceu o Sistema de Triagem de Manchester que foi implantado em 1997 na cidade que lhe concede o nome.

O paciente classificado como vermelho deve ser atendido de imediato, ou seja, tempo zero. As demais cores laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 50 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente, como podemos perceber no protocolo de Manchester abaixo:



Fonte: Protocolo de Manchester: uso de pulseiras de identificação para triagem de pacientes, 2014¹.

Segundo Lopes (2014), apoiadora temática da Rede Cegonha do Ministério da Saúde para o estado de Roraima, para que a nova metodologia de acolhimento possa ser sucesso, os profissionais das unidades de saúde, Serviço Atendimento Móvel de Urgência (Samu), toda população e, sobretudo, às mulheres, precisam conhecer o método e compreender os motivos de não ser atendidas de imediato, uma vez que o atendimento ocorreria de acordo com o grau de gravidade que apresentam, que essa ferramenta garante uma organização do serviço de saúde e possibilidade de menor risco de morte.

Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenança (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho.

5.2 Acolhimento na saúde

O termo **acolher** tem como definição o ato de receber ou recepcionar, aceitando o outro como sujeito de direitos e desejos, nós enfermeiros como responsáveis pela produção e promoção da saúde de qualidade, tanto no âmbito da atenção individual como no da atenção coletiva. Para que isto ocorra são envolvidas várias relações, com competências profissionais diferentes e condições

ambientais (ambiente físico) biofísicas e psicossociais adequadas e favoráveis ao desempenho esperado (INOJOSA, 2005).

Tradicionalmente, o acolhimento no campo da saúde é identificado ora como uma dimensão especial (recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem administrativa e repasses de encaminhamentos (ABBÊS; MASSARO, 2009).

Entende-se que Acolhimento com Classificação de Risco é um marcador com garantia de acesso e concretização do princípio de equidade, possibilitando a identificação das prioridades para o atendimento (RIBEIRO, 2002). De uma maneira simplificada o trabalho pode ser visto no fluxograma abaixo.



Fonte: Ribeiro *et al.*, 2011, p. 4153.

Desta maneira, verifica-se uma extrema necessidade de estratégias no âmbito geral. Assim exposto, o problema (acolhimento com classificação de risco), contido nas argumentações referentes às condições de acolhimento para gestantes em maternidades. Neste estudo detectamos a necessidade de assegurar e agilizar o atendimento dá implementação no acolhimento de uma classificação de risco que é de grande valia, haja vista a necessidade e os grandes benefícios desta ação.

5.3 Riscos obstétricos

A gestação é caracterizada por alterações fisiológicas, físicas e emocionais, vivenciadas de forma distinta por cada mulher. Essas alterações são decorrentes de fatores hormonais e mecânicos,

e devem ser considerados normais durante o estado gravídico (REZENDE, 1995). Conquanto, há alguns fatores que tornam a gestação de alto risco, para a mãe.

Não sendo a gestação um estado de normalidade fisiológica e não sendo também um estado patológico, deve ser encarada como um estado especial onde o comportamento físico, psíquico e social da mulher está submetido a condições especiais consideradas como próprias do estado gravídico. Nesta situação, passa a mulher a viver um risco próprio da gestação classificado em baixo, médio e alto risco não havendo a possibilidade de excluí-lo, pois, ao risco comum a que está exposto todo indivíduo, acrescenta-se o do estado gravídico.

Durante a gravidez é frequente surgirem sintomas que provocam desconforto na mulher grávida como náuseas, enjoo, dificuldade em digerir os alimentos, prisão de ventre, dores nas costas, câimbras ou ir muitas vezes ao banheiro, por exemplo. Mas existem outros sintomas que podem indicar uma gravidez de risco de acordo com Sedicias (2015) tais como: Sangramento pela vagina, contrações uterinas antes do tempo, perda de fluído amniótico antes do tempo, dentre outros que precisam ser avaliados quando pelos profissionais de saúde no atendimento nos serviços de acolhimentos das maternidades.

Neste sentido, a classificação de risco estabelecida pelo ministério da saúde, atende estas recomendações e é a adotada neste projeto, seguindo o protocolo de Manchester.

6 PÚBLICO ALVO

Todos os membros da equipe de atendimento devem estar motivados para o acolhimento com classificação de risco. Neste projeto enfatizamos linhas de enfoque para os enfermeiros e médicos do serviço. Lembrando que o acolhimento deve contar com sensibilização de toda equipe de saúde: técnico de enfermagem, recepcionista, maqueiro, serviços gerais e dentre outros que atuam na unidade de saúde do HMI.

7. OBJETIVOS DO PROJETO

7.1 Objetivo geral

- Implementar ação de acolhimento com classificação de risco das gestantes no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora Nazaré, no município de Boa Vista-RR.

7.2 Objetivos específicos

- a) Sensibilizar a equipe que atua no local do estudo para a importância do acolhimento com classificação de risco;
- b) Elaborar o fluxo de atendimento as gestantes, conforme classificação de risco preconizada pelo ministério da saúde.
- c) Orientar os usuários sobre o acolhimento com classificação de risco

8 METAS

Com esse projeto esperamos que no final todos os profissionais estejam envolvidos, aptos e capazes de desenvolverem suas funções de maneira unificadas a um só propósito na sensibilização de uma recepção calorosa e humanizada mediante a chegada da gestante. Com o intuito de melhorias no atendimento foi criado proposta de fluxograma ao serviço.

9 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, que tem o propósito de contribuir com uma proposta a implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Atendimento de Emergência do HMI (Anexo 1).

Segundo Gil (2002) a pesquisa bibliográfica é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. O principal benefício da pesquisa bibliográfica permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito, mas ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Para realização deste estudo realizou-se pesquisa em base de dados virtuais, manuais, artigos, livros e demais produções da internet com estudos que focalizaram os serviços que dispunham de Acolhimento com Classificação de Risco. Uma vez selecionado o material, fez-se uma comparação com o que é recomendado com o que temos como realidade em nossos serviços do HMI e construímos um fluxograma e traçamos recomendações que acreditamos serem importantes no atendimento do serviço.

11. ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

Os recursos financeiros que demandarem no custeio será garantido pelo Governo do Estado em parceria com o Ministério da Saúde. O projeto ainda deverá contar com parcerias de Universidades, Secretaria Municipal de Saúde, dentre outras.

12. RECURSOS HUMANOS

Serão atuantes no desenvolvimento da proposta de intervenção os próprios funcionários (equipe de saúde) do serviço. Tendo como suporte capacitações realizadas pelo Departamento de Ensino do HMI em parceria com a SESAU e UFRR.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Será proposto um fluxograma (anexo I), no qual a cliente ao chegar ao HMI é recebida pela recepção onde é realizada a ficha para atendimento. Logo depois é encaminhada para realizar os sinais vitais pelos profissionais técnicos de enfermagem e encaminhado para sala da enfermagem onde será feito o acolhimento com classificação de risco de acordo com as cores correspondentes ao seu grau de risco a partir das suas queixas, sinais e sintomas, sinais vitais. Cliente de baixo risco é avaliada e acolhida pelo enfermeiro obstetra prestando os atendimentos cabíveis e direcionando-as aos seus respectivos destinos (Ala de parto, retorno com orientação e/ou referenciada a UBS mais próxima de sua residência). Gestante de Alto Risco é encaminhada ao atendimento médico de imediato.

Como propostas de intervenção no ACR do HMI, tem-se:

- Aumento do número do quadro de funcionário (enfermeiro e técnico de enfermagem) para melhor atendimento.
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se referências da ambiência.
- Sala individual para enfermagem
- Banner explicativo para melhor entendimento
- Priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada.
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico (sala para o ACCR equipada com Sonar, aparelho de PA, termômetro de ouvido, relógio de parede, mesa, cadeira, escala da dor).
- Participação ativa de todos os profissionais envolvidos com a assistência.
- Identificação dos profissionais (verbalmente e por crachá) pelas pacientes.
- Identificação das pacientes pelo nome.
- Garantia de privacidade durante todo o atendimento.
- Avaliação de satisfação da usuária na maternidade mediante questionário.
- Realizar oficinas de sensibilização para discussão sobre o Acolhimento com Classificação de Risco com todos os profissionais do setor.
- Reuniões periódicas de avaliação da implantação com levantamento dos problemas e sugestões de soluções.

Com a criação dessa intervenção a proposta é oferecer um atendimento seguro para a parturiente que é uma estratégia inovadora da equipe de enfermagem e de saúde que visa programar

uma rede de cuidados para assegurar o direito ao planejamento do Acolhimento com Classificação de Risco e a atenção humanizada à gestante, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

A equipe multiprofissional deve está apta para prestar o atendimento na porta de entrada tendo este risco ou não. Estar atenta a escuta e ao acolhimento, sempre observando o paciente como um todo. Prestando assim um serviço de qualidade sem risco para gestantes que serão classificadas mediante seu diagnóstico, sinais e sintomas.

Propõe-se que seja estabelecido um cronograma de avaliação mensal para avaliar o efetivo desenvolvimento pela equipe de saúde da proposta ora implantada, no sentido de obter informações sobre os resultados da real utilização da classificação de risco pelos profissionais envolvidos no processo.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de garantir atendimento imediato da gestante com grau de risco elevado, propicia informações aos necessitados sobre sua condição de saúde e o tempo de espera; melhora as condições de trabalho das pessoas que norteiam por meio da discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação das pacientes e fomenta a pactuação entre os serviços do HMI e demais serviços de saúde do estado.

Assim, serão discutidas em reuniões com profissionais do serviço as reais opiniões do assunto e cada vez mais a busca de soluções satisfatória para fazer parte de capacitações que abordem a temática. Nos encontros recomenda-se aplicar um instrumento de avaliação nas técnicas de estudo com participantes, centrado em cinco questões: metodologia, conteúdo, tempo de duração, material didático e aproveitamento dos encontros para fazer centrar toda gama de conhecimento que a equipe conquistou com a ação proposta.

14 REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco**, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília: MS, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Humaniza SUS. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. **Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola**. 2010.
- GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- INOJOSA, R. M. **Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários**. In: X Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de La Administrassem Pública, Santiago, Chile, p. 18-21, out., 2005.
- LOPES, B. **Maternidade reorganiza acolhimento das gestantes em classificação de risco**. Disponível em: < <http://portalsocialdobrasil.org.br/noticias/maternidade-reorganiza-acolhimento-das-gestantes-em-classificacao-de-risco/>>. Acesso em: 05 nov. 2015.
- MAFRA, A.A.; LANNA, A.L.P.M.; RIBEIRO, R.Q.C.; CORDEIRO JÚNIOR, W. **História da classificação de risco no mundo**. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107>. Acesso em: 05 nov. 2015.
- NASCIMENTO, E.R.P. Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011.
- OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 4, n. 2, out/dez. 2010.
- REZENDE, J. de.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995.
- RIBEIRO, L. A.; BARRETO, A.; PAIM, I.; BARRETO, I.; SENA, K. **Implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco para urgências obstétricas: um relato de experiência**. In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 2011. Belo Horizonte – MG. Anais Fortalecendo redes e alianças estratégicas pela cidadania e saúde das mulheres e dos recém-nascidos. Belo Horizonte: ABENFO-MG, 2011. p. 4137-4157.
- SHIROMA, L.M.B. Classificação de Risco em um serviço de emergência no contexto

da política Nacional de Humanização do SUS – um desafio para enfermeiros/as.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUZACC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2011.

15 ANEXOS

15.1 FLUXOGRAMA PROPOSTO AO HMI

