

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DAYANNE PEREIRA NEISON GONÇALVES

NASCER NO HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS (HMOB)
UMA EXPERIÊNCIA PARA VALER A VIDA

EIXO: REESTRUTURAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DAS GESTANTES:
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

BELO HORIZONTE

2017

DAYANNE PEREIRA NEISON GONÇALVES

NASCER NO HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS (HMOB)
UMA EXPERIÊNCIA PARA VALER A VIDA.

EIXO: REESTRUTURAÇÃO DS PORTA DE ENTRADA DA GESTANTE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Orientadora: Profa Dra Juliana de Oliveira Marcatto

BELO HORIZONTE

2017

Dedicamos este trabalho as mulheres que sempre nos fizeram acreditar ser possível uma assistência digna e qualificada, sem intervenções desnecessárias, protagonizando seu momento de glória com o nascimento do seu tão esperado filho

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus filhos, Theo e Paola, que muito colaboraram comigo, permitindo-me dedicar tempo a esse trabalho.

RESUMO

A enfermagem obstétrica desempenha um papel crucial no acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico puerperal, exercendo ações de cunho assistencial e educativo. No HMOB a assistência prestada pelo EO encontra-se restrita ao pré-parto e sala de parto. O desafio maior é consolidar e ampliar a atuação do EO considerando a linha de cuidado da mulher e do recém-nascido (RN). Dentro desse contexto, a entrada da gestante no serviço representa o acolhimento da mesma e seus familiares, suas expectativas e dúvidas do processo de trabalho de parto e parto. O acolhimento com classificação de risco representa uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, como prática nas ações de atenção e gestão favorecedora da relação de confiança e vínculo entre usuário e profissional de saúde. A implantação de sistema de classificação voltado para o público obstétrico possui algumas peculiaridades devido ao processo relacionado ao ciclo gravídico-puerperal. A ansiedade que permeia a gestação, parto e nascimento leva à insegurança da mulher e de seus familiares, sendo este um fator importante a se considerar no momento da criação do vínculo desta com o serviço de saúde. O modelo atual adotado nos hospitais gerais que utilizam a Triagem de Manchester torna a relação profissional-gestante fragilizada, uma vez que o perfil do enfermeiro emergencista não engloba expertise obstétrica, resultando em relação assimétrica entre profissional e gestante. Trata-se de um trabalho de campo estruturado a partir da elaboração de um diagnóstico situacional do percurso clínico da gestante e do RN no HMOB. Após identificação dos pontos críticos do processo assistencial, foram organizadas frentes de atuação que possibilitassem o tratamento adequado para as intervenções definidas pelo grupo como prioritárias. Este trabalho propõe adequar e qualificar o acolhimento e classificação de risco da gestante em um hospital geral de Belo Horizonte através da sensibilização da equipe do pronto Socorro no que concerne ao acolhimento adequado á gestante; atualização imediata de toda a equipe de enfermeiros na utilização do Protocolo de Manchester 2ª edição – em que o algoritmo de gestante foi alterado- e adequação da Classificação de Risco segundo o Protocolo do Ministério da Saúde a médio prazo, com a atuação direta

do enfermeiro Obstetra nesse processo, desde a chegada da gestante ao serviço. O curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha contribuiu para construção de um projeto de mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal no HMOB e possibilitou conhecimento para adoção de estratégias para continuidade da intervenção no serviço.

Palavras Chave: Acolhimento, Classificação de Risco, Gestante

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Marcos Regulatórios da Enfermagem Obstétrica no Brasil.....	10
Quadro 2: Quantitativo de Profissionais por plantão.....	17
Quadro 3: Quantitativo de profissionais alocados no BO e AC.....	18
Quadro 4: Desafios e atuação do enfermeiro obstétrico no serviço, de acordo com a matriz SWOT.....	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
1.1. Diagnóstico do Serviço de Saúde da Mulher e Recém-Nascido	14
2. JUSTIFICATIVA	25
3. OBJETIVO GERAL	26
4. MÉTODO	27
5. DESENVOLVIMENTO	28
5.1 Eixo: Reestruturando a porta de entrada da gestante: Acolhimento e Classificação de Risco	
5.1- Objetivos específicos	28
5.2- Metodologia do Eixo.....	29
5.3 Referencial teórico/contextualização.....	30
5.4 Caracterização do problema.....	31
5.5 Propostas de enfrentamento.....	35
5.6 Ações implementadas.....	36
5.7 Dificuldades encontradas.....	37
5.8 Perspectivas futuras.....	38
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	43

1. INTRODUÇÃO

Em 2010, 287.000 mulheres morreram durante a gravidez e o parto, em torno de 2,6 milhões de óbitos fetais ocorreram em todo o mundo, e quase 3 milhões de recém-nascidos (RN) morreram no primeiro mês de vida. A maioria dos óbitos maternos e neonatais ocorre em contextos de poucos recursos e é previsível, uma vez que as principais condições que levam a essas mortes podem ser evitadas e gerenciadas adequadamente por meio do uso de intervenções simples e efetivas para melhorar a segurança dos partos institucionais. (WHO,2012)

Diante disso, o Ministério da Saúde em 2011 criou, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha que tem por objetivo assegurar à mulher uma atenção humanizada e qualificada durante a gravidez, parto e puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011)

A Rede Cegonha tem atuação unificada com as demais iniciativas para a saúde da mulher no SUS e prevê a qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante esse período, bem como a criação de estruturas de assistência que funcionam em conjunto com a maternidade para humanizar ainda mais o processo de parir e nascer. Este programa exige que as boas práticas de atenção ao parto e nascimento sejam estabelecidas nas maternidades, tais como o direito a acompanhante, o acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor e o contato pele a pele com o bebê imediatamente após o parto. (BRASIL, 2012)

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1996 enfatizam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Com base neste entendimento a OMS recomenda uma maior participação da Enfermeira Obstétrica (EO) na atenção ao parto, considerando a formação profissional orientada para o cuidado e não para a intervenção.

Nessa inclusão do enfermeiro obstétrico como profissional habilitado para a realização de parto normal sem distócia, entende-se que em sua atuação, este profissional seja capaz de desenvolver habilidades e competências com

segurança técnica, compreender múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de parir e que este processo deve ser visto como um evento social com grande influência cultural. Esse profissional deve ter uma formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à parturiente, de forma segura, com uma postura diferenciada, menos tecnicista e mais humana, tendo como foco de seu trabalho o cuidado. (CAUS, 2012)

De acordo com DIAS (2005), a Organização Mundial de Saúde, desde o início da década de 1980 (OMS, 1985; 1996), tem trazido contribuições importantes ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo vigente de atenção. Embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo tradicional de assistência ao parto, torná-lo um processo fisiológico implica em perda de poder institucional e de outras classes profissionais como a médica. A formação profissional do enfermeiro obstétrico, mais voltada para o cuidado possibilita uma abordagem diferenciada na condução do TP, complementar na assistência ao parto e nascimento.

De acordo com Riesco (2002, citado por Dias, 2005) a formação do enfermeiro obstétrico dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio histórico. A inserção do enfermeiro obstétrico no grupo de profissionais que atendem as mulheres fortalece o atendimento holístico uma vez que colabora para que elas exerçam seu protagonismo. O trabalho multidisciplinar é importante, pois soma os saberes de cada categoria em prol de uma assistência integral. Concordamos com DIAS, 2005 quando cita:

O trabalho conjunto permitiria ao mesmo tempo uma atenção menos intervencionista, nos casos de baixo risco cuidados pelas enfermeiras, e uma atenção mais direcionada dos médicos obstetras aos casos de risco. Este modelo prevê que a atuação dos diversos profissionais deva ser complementar e que deve haver respeito aos limites de atuação de cada categoria. (DIAS, *Desafios na de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto*. 2005)

A Enfermagem Obstétrica é uma área de atuação da Enfermagem regulamentada em lei e dispõe de farta legislação que embasa e delimita seu fazer profissional. O arcabouço legal que sustenta o exercício profissional da Enfermeira Obstétrica provém da Constituição Federal, Lei 7.498/1986 e Decreto 9.4406/1987, o que garante legalidade para que a profissional assuma responsabilidades cada vez maiores no cenário da atenção à gestação, parto e puerpério e ao recém-nascido. Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), entre as quais o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Resoluções que tratam especificamente da Atuação das Enfermeiras Obstétricas, Resoluções e Portarias do Ministério da Saúde e órgãos afins normatizam e dão sustentação a esse exercício e estão listadas no quadro abaixo. (SAMPAIO, 2014)

QUADRO 1: Marcos Regulatórios da Enfermagem Obstétrica no Brasil.

Constituição Federal do Brasil	Dos direitos e deveres individuais e coletivos Art. 5º - Todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza... II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.
Lei 7.498/86	Art. 6º - São enfermeiros: I - o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; II - o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei; III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix; IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do Art. 3º. do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.
Lei Nº 7.498/86	II - como integrante da equipe de saúde: g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) execução do parto sem distócia; Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias

	obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.
DECRETO Nº 94.406/87	Art. 8º - Ao enfermeiro incumbe: II - como integrante da equipe de saúde: h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco; j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia;
RESOLUÇÕES COFEN	
COFEN 311/2007	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
RESOLUÇÃO COFEN-223/1999	Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal
RESOLUÇÃO COFEN-339/2008	Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências
RESOLUÇÕES E PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ÓRGÃOS AFINS	
DOC	EMENTA
Portaria: GM/2815/1998	Inclui na tabela SHI o grupo de procedimentos e os procedimentos referentes ao parto normal sem distócia por enfermeiro obstetra inclusive a analgesia no parto.
Portaria: GM/985/1999	Cria Centro de Parto Normal no âmbito do SUS para atendimento à mulher no período gravídico puerperal.
Portaria: 569/2000	Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Pacto/Com. Intergestora Tripartite/2004	Pacto Nacional pela Redução da Materna e Neonatal – apoio aos Centros de Parto Normal e a Formação de Enfermeiros Obstetras.
Portaria: SAS/743/2005	Art. 3º - Estabelecer que a emissão do laudo está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro (a) obstetra.

Resolução ANS/167/2007	Atualiza o Rol de procedimentos de eventos em saúde, ..., fixa as diretrizes de atenção à saúde: Pagamento por plano privado da assistência ao parto normal realizadas por enfermeiro obstetra.
Resolução ANVISA 36/2008	Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
Portaria : GM/ 1.459/ 2011	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
Portaria: GM 904, de 29 de maio de 2013	Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros, de investimento, custeio e custeio mensal;
DOC EMENTA Portaria MS – SAS 371, DE 2014	Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único - O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP. Art. 6º O estabelecimento de saúde que mantenha profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal na sala de parto, deverá possuir em sua equipe, durante as 24 (vinte e quatro) horas, ao menos 1 (um) médico que tenha realizado treinamento teórico-prático conforme previsto no artigo 3º desta Portaria. – SUS.

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras para esse estudo.

Apesar de regulamentada, a atuação dos (as) enfermeiros (as) obstétricos (as) ainda é pouco expressiva, sendo que os dados sobre o impacto dessa atuação são quase inexistentes, o que aponta ainda para a pouca participação na assistência a mulher durante o processo de gestação, parto e puerpério.

Faz-se necessário que os profissionais se mobilizem para garantir sua atuação conforme os dispositivos legais e contribuam com o planejamento das políticas de atenção à saúde da mulher, RN e família, bem como políticas de qualificação do modelo de atenção ao parto e nascimento.

Em consonância com esse movimento, em 2013 teve início a inserção de Enfermeiros Obstétricos no Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) com a finalidade de contribuir para o processo de mudança de modelo na assistência ao parto e nascimento no serviço. Desde sua incorporação, o enfermeiro obstétrico veio conquistando espaço junto à equipe e assistindo aos partos de acordo com as diretrizes de Boas Práticas ao Parto e Nascimento. Atualmente, a assistência do enfermeiro obstétrico ainda se encontra restrita ao pré-parto e sala de parto. Sendo assim, o desafio maior é consolidar a assistência prestada por eles e expandir sua atuação considerando os diversos pontos de assistência na linha de cuidado da mulher e do recém-nascido no serviço.

1.1 Diagnóstico do Serviço de Saúde da Mulher e Recém-Nascido

O Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB), classificado como hospital de atendimento terciário e de alta complexidade é uma autarquia pertencente à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Constitui-se referência para as urgências clínicas, politraumas, cirurgias ortopédicas, neurológicas, bucomaxilofaciais, vasculares, plásticas e maternidade de alto risco. Possui 402 leitos (135 na Unidade de Urgência e Emergência, 267 nas Unidades de Internação e 18 leitos de Hospital-Dia), um ambulatório de especialidades e o Programa de Atenção Domiciliar e de Desospitalização.

A Maternidade Otto Cirne do HMOB desempenha um importante papel no atendimento às gestantes do sistema único de saúde (SUS) no município de Belo Horizonte e região metropolitana. Trata-se da única maternidade própria do município, localizada próximo à região central da cidade, de fácil acesso e perto de importantes redes viárias.

Por estar instalada em um hospital geral, tem acesso a diversas especialidades médicas e serviços especializados como CTI adulto e neonatal, tomografia computadorizada, laboratório, banco de leite e banco de sangue. Possui um serviço de ultrassonografia com profissionais altamente especializados e equipamento de ponta, com tecnologia 4D, que nos permite acompanhar pacientes com gestações de alto risco e casos de medicina fetal. Devido a estas particularidades, tornou-se referência no atendimento às gestantes de alto risco para o município e região metropolitana, desde o pré-natal até o puerpério tardio, com uma equipe altamente capacitada e equipamentos de ponta. Apesar de ser referência para gestações de alto risco, os partos de risco habitual representam uma parcela importante dos atendimentos.

Atualmente o serviço é referência para 13 Centros de Saúde das regiões Norte, Nordeste, Noroeste, Pampulha e Venda Nova, e para as pacientes do pré-natal de alto risco do CEM Venda Nova. Presta apoio aos Hospitais Risoleta Neves para os casos de risco materno e/ou neonatal, e Sofia Feldman nos casos de risco materno. Além do mais, recebe muitas pacientes de outros municípios, principalmente os do vetor norte da capital como Ribeirão das Neves, Santa Luzia, Pedro Leopoldo e Vespasiano.

A Maternidade aderiu ao Programa da Rede Cegonha do MS e é considerada Maternidade de Alto Risco nível II. Inaugurou em 2012 a Casa da Gestante localizada próximo ao hospital (cerca de 300 metros) e com capacidade para 10 internas. Arelado a este programa, foram incorporados à equipe os (as) enfermeiros (as) obstétrico (as) e as doulas para acompanhamento dos trabalhos de parto e parto juntamente com a equipe de médicos obstetras da unidade.

O serviço dispõe de equipe capacitada para atendimento às urgências ginecológicas e para os casos de vítimas de violência sexual que são atendidos conforme norma técnica do Ministério da Saúde e encaminhados para acompanhamento ambulatorial por uma equipe multiprofissional altamente especializada, sendo referência para mais de cinquenta centros de saúde do município. O Hospital também faz parte do programa Cadeia de Custódia da Polícia Civil do Estado de Minas Gerais, que permite a coleta de material e vestígios da pessoa violentada sexualmente no próprio hospital para possível identificação do agressor, evitando que a vítima peregrine por diversos serviços públicos tais como hospital, delegacia e instituto médico legal, processo que acabo por torná-la vítima novamente, perpetuando o seu sofrimento.

Estrutura Física

A Maternidade do HMOB é dividida em 4 setores: Bloco Obstétrico, Alojamento Conjunto, Casa da Gestante, bebê e puérpera e US da Mulher.

Bloco obstétrico (BO)

O BO possui uma estrutura física com 02 consultórios, um pré-parto com cinco leitos e um bloco com três salas e uma recuperação pós anestésicos. Em 2016 passou por uma ampla reforma com revitalização de todo o setor, readequação das salas transformando duas delas em salas multiuso com estrutura para partos vaginais, cesarianas e curetagens (salas de cesárea/litotomia) e uma delas de parto vaginal exclusiva com uma mesa PPP (pre-parto/parto e puerpério), escada de Ling, bola de Bobath e banco de parto. No pré-parto houve uma readequação dos leitos permitindo maior espaço entre eles e do corredor, além da instalação de cortinas para separá-los. O banheiro foi reformado tornando-se

mais amplo e permitindo que a paciente tenha mais conforto durante o banho e durante as medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto. O outro banheiro próximo ao pré parto passou por uma reforma em 2015 tornando-se uma segunda opção de apoio para este setor.

Porém, apesar desta reforma, o setor ainda não é ideal no que se refere ao espaço físico. A limitação de espaço não permite uma individualização do atendimento, presença de acompanhante com conforto e acompanhamento pela equipe multiprofissional. Não há uma sala de espera para as pacientes e acompanhantes, espaço para deambulação e quartos PPP de acordo com a RDC 36. Frequentemente há pacientes em macas para observação, em trabalho de parto ou em pós-parto devido à escassez de leitos.

Alojamento conjunto (AC)

O Alojamento Conjunto possui atualmente 27 leitos multiuso, ou seja, recebe gestantes, puérperas e casos clínicos. Até 2012 possuía 33 leitos, porém, a fim de adequarmos à Rede Cegonha, foi necessário transformar uma enfermaria em leitos destinados prioritariamente ao Projeto Canguru. Esta enfermaria conta atualmente com 5 leitos para este fim. No ano de 2012, foi incorporada a presença do acompanhante em horário integral a fim de atendermos à Lei do Acompanhante. São realizadas todas as ações necessárias ao atendimento materno e infantil e todos os exames de triagem neonatal exigidos pelo MS.

O serviço possui uma equipe multiprofissional constituída por: médicos obstetras e neonatologistas, enfermeiras, assistente social, psicóloga, técnicos em enfermagem, médicos residentes em ginecologia e obstetrícia, pediatria e neonatologia, multiprofissional, além de acadêmicos de diversas áreas.

Este setor é distribuído em uma sala de prescrição, um posto de enfermagem, cinco enfermarias e uma enfermaria Canguru. Historicamente, a maternidade foi perdendo espaço para outros setores do hospital chegando a uma situação na qual atualmente não é possível atender à RDC 36, resolução que normatiza as maternidades do país. Tal fato se deve principalmente à estrutura física deficitária, excesso de leitos por enfermaria sem distância mínima adequada entre os leitos e mobiliário obsoleto e escasso.

A Maternidade do HMOB tem como premissa um atendimento horizontalizado multiprofissional dos pacientes internados. Para alcançar este objetivo a equipe foi redimensionada com a presença de três médicos obstetras no turno da manhã que avaliam, juntamente com residentes e acadêmicos, todas as pacientes internadas, realizam discussão diária de casos agregando a equipe multiprofissional nos casos mais complexos. No turno da tarde a presença do médico professor tem levado a uma continuidade do atendimento uma vez que este fica responsável, juntamente com os alunos, por reavaliar os casos graves, verificar resultados de exames, dar altas programadas para o turno da tarde e avaliação de intercorrências.

Casa da Gestante (CGBP)

A Casa da Gestante foi aberta em outubro de 2012, inicialmente com 20 leitos. Entretanto, foi necessário a redução para 10 leitos a fim de adequar à área física pois vários leitos eram bicamas. Possui uma infraestrutura que permite às mães uma convivência semelhante ao ambiente doméstico, com cozinha, lavanderia, espaço de convivência, sala de televisão e para refeições. Situada próximo ao hospital, funcionava inicialmente para os casos de leito social, ou seja, aquelas pacientes que estão com os bebês internados na instituição (UNCP ou CTI) e que estão amamentando, permitindo um contato mãe-bebê mais frequente. Posteriormente, passou a receber gestantes em monitoramento clínico e alguns casos de bebês. Para tanto, foram adquiridos berços aquecidos, fontes de fototerapia, cardiotocógrafo, detector fetal e glicosímetro. Hoje habilitada a atuar na sua totalidade.

O enfermeiro obstétrico da casa da gestante realiza o acompanhamento e monitoramento diário das pacientes que ali se encontram, discutindo os casos com o obstetra de plantão. Quando alguma gestante necessita de uma avaliação, a mesma é encaminhada para o bloco obstétrico.

Recursos Humanos

Os Recursos Humanos que atendem em nossa Maternidade estão descritos no quadro abaixo:

Quadro 2: Quantitativo de Profissionais por plantão

Profissionais	BO	AC	CGBP
Obstetras	3	Horizontal: 2 manhã Horizontal: 1 tarde	1 referência
Pediatras	2	Horizontal: 2 manhã Horizontal: 1 tarde	1 referência
Anestesista	1	0	0
Técnicos de Enfermagem	6	6	1
Enfermeiros Obstétricos	1	Manhã: 1 Tarde: 1	1
Enfermeiros Horizontais	2	2	1
Residente R1/R2	2	4	0
Doulas	1 – Plantões diurnos	0	0
Psicólogo/ Assistente Social	1	1	1 referencia

Fonte: Elaborada pelos autores para esse estudo.

Quadro 3: Quantitativo de profissionais alocados no BO e AC.

PROFISSIONAIS	BO	AC	CGBP
MÉDICOS OBSTETRAS	20	6	-
ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS	6	4	-
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	8	2	1
PEDIATRAS	12	6	-
TÉCNICAS EM ENFERMAGEM	36	36	5
RECEPCIONISTAS	2	0	0

ADMINISTRATIVO/VIGILANTE/SEGURANÇA)	1	0	1
Doulas	8	0	0

Fonte: Elaborada pelos autores para esse estudo.

Recursos Tecnológicos

A Maternidade do HOB possui equipamentos que permitem o atendimento a gestantes e recém-nascidos tanto de risco habitual quanto de alto risco. Conta com dois aparelhos de ultrassonografia, um na sala de atendimento do bloco obstétrico para agilizar o atendimento a pacientes da urgência (este encontra-se emprestado à UPA desde dezembro/15), e o outro destinado a realização de exames mais elaborados como dopplerfluxometria e avaliação morfofuncional da gravidez (este um equipamento de última geração com tecnologia doppler e 4D adquirido em 2013). O bloco obstétrico conta com três equipamentos de cardiocotografia, oito detectores fetais, cinco bombas de infusão, nove monitores multiparâmetros, um respirador de transporte e três oxímetros de pulso.

O diagnóstico situacional da maternidade do Hospital Municipal Odilon Behrens proporcionou subsídios para a realização do projeto de intervenção proposto por ter possibilitado a identificação do contexto vigente e dos pontos de fragilidade, sendo possível estabelecer prioridades e traçar o percurso das intervenções.

O instrumento aplicado no serviço permitiu o levantamento dos pontos fortes que o hospital possui no atendimento às gestantes e apontou aqueles cujas fragilidades podem ser eliminadas através das intervenções sugeridas.

Pontos Positivos identificados pelo diagnóstico aplicado:

✓ Co- gestão

- Colegiado gestor não operante na ultima gestão; mas com retorno imediato na gestão atual;
- Conselhos Municipais acontecem mensalmente com representantes da diretoria, funcionários, conselheiros e representantes da comunidade local;
- A ouvidoria encontra-se funcionando, com retorno lento das reclamações e elogios feitos pelos usuários para divulgação a todos.

✓ “Vaga Sempre”

- Vaga sempre para o RN > ou igual a 32 semanas proveniente do H. Rizoleta Neves;

- As gestantes são admitidas e transferidas em casos de superlotação de forma criteriosa e segura.

✓ ***Atuação da Equipe Multiprofissional***

- Equipe multiprofissional para o cuidado;

- Há reuniões médicas semanais para discussão de casos;

- Há passagem de plantão da enfermagem;

- A UTIN (Unidade Neonatal), a UCINCA (Método canguru) e a UCINCO (Unidade de cuidados Convencionais) conta com reunião multiprofissional semanal com os pais.

✓ ***Direito ao acompanhante***

- Presença do acompanhante desde a entrada no serviço, permanência durante toda a internação e livre escolha da mulher;

- 100% de RNs internados com livre acesso de acompanhante nas 24hs;

- O acompanhante de livre escolha da mulher participa do parto em todas as situações, exceto se o mesmo recusar.

✓ ***Vinculação das gestantes/ referência e contra- referência***

- Mapa de vinculação funcionante, porém são atendidas todas as gestantes que não pertencem á região de abrangência do HMOB;

- Alta responsável de 100% dos RNs (sadios ou não) nascidos na maternidade do HMOB.

✓ ***Oferta de Boas Práticas***

- Oferta de massagem, bola, banquinho, escada de Ling, hidroterapia;

- Presença de Doulas em alguns plantões, e enfermeiros obstétricos em todos os plantões com auxílio aos exercícios respiratórios e aos métodos de alívio da dor não farmacológicos ofertados;

- Antes de procedimentos dolorosos há o uso da glicose oral na UTI neonatal, UCINCo e UCINCa;

- No alojamento conjunto há emprego da glicose antes da coleta de sangue do RN pela profissional responsável do laboratório;
- As gestantes em trabalho de parto ficam com dieta líquida açucarada liberada (média de 90 %);
- Ambiente neonatal com controle de ruídos (guardião do silêncio) luminoso e térmico

✓ ***Atendimento as mulheres vítimas de violência e em situações de abortamento***

- Oferta de cuidado imediato a mulher em situação de abortamento;
- Encaminhamento das mulheres pós-abortamento para a clínica cirúrgica, longe dos RNs e puérperas com bebê;
- Protocolo da cadeia de custódia da polícia civil implantado para situações de violência sexual;
- Atendimento multiprofissional às vítimas e encaminhamento para o ambulatório de violência sexual do HOB para continuidade da assistência.

✓ ***Educação Permanente da Equipe***

- Treinamento introdutório dos técnicos de enfermagem admitidos contendo temas relacionados as boas práticas nos cuidados obstétricos e neonatais;
- Recepção dos Residentes de medicina com uma aula de Boas práticas ministrada por uma enfermeira obstetra

✓ ***Participação em instâncias gestoras***

- O serviço da maternidade e neonatologia participam de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil.

Pontos frágeis a serem aprimorados:

✓ ***Ausência do Enfermeiro Obstétrico atuante no Pré-Natal***

- Desconhecimento por parte das gestantes sobre a atuação do enfermeiro obstétrico no pré-natal;
- Ausência de cursos de casal grávido
- Visitas à Maternidade pouco divulgadas e incipientes
- Ausência de cartilha específica sobre o funcionamento da maternidade

✓ ***Acolhimento e classificação de Risco***

- Sem projeto de acolhimento implantado com fluxo diferenciado para gestantes
- Implantado o Acolhimento com Classificação de Risco por 24hs por dia, baseado no protocolo de Manchester realizados por enfermeiros com perfil emergencista, sem expertise em obstetrícia;
- Sinalização falha do setor de classificação de risco até o consultório de atendimento.

✓ ***Fragilidade de algumas boas práticas importantes:***

- Falta de sensibilização da equipe quanto à importância das boas práticas no parto e nascimento (contato pele a pele, amamentação na primeira hora e clampamento do cordão umbilical em tempo oportuno)
- Atraso na coleta do teste rápido para HIV, dificultando a amamentação na primeira hora de vida;

✓ ***Estratégias de Comunicação/ Orientações inadequadas/ Treinamentos***

- Mapa de vinculação visível para os servidores;
- Ausência de quadro de funcionários do plantão;
- Ausência de um banner explicativo sobre as boas práticas na entrada do Bloco Obstétrico
- Ausência de reunião de alta para as puérperas.
- Falta de um protocolo sobre as boas práticas do parto e nascimento para atuação conjunta das equipes;
- Realização das prescrições pós-parto pelo enfermeiro obstetra, porém assinada e carimbada pelo obstetra;

✓ ***Problemas verificados no processo de trabalho para melhoria contínua***

- Condutas heterogêneas por parte dos obstetras de plantão quanto à aceitação ou não de casos solicitados via Central de Leitos;
- Não há PTS (Projeto Terapêutico Singular) na maternidade

- A comunicação é fracionada entre as categorias.
- Não existe comitê de aleitamento materno na instituição;
- Comissões com atuação incipiente;
- Pré-Parto com 5 leitos separados por cortina;
- Distância entre os leitos do alojamento conjunto menor que o exigido na RDC 36;
- Não existe enfermeiro obstétrico alocado na admissão, pós-triagem da paciente pelo Manchester;
- Não existe enfermeiro obstétrico no alojamento conjunto para avaliação da puérpera e alta;
- Percentual reduzido de parto no banquinho ou cócoras, geralmente realizado por enfermeiro obstétrico;
- A atuação do enfermeiro obstétrico se restringe ao trabalho de parto e parto.
- A admissão e AIH são realizados pelos médicos residentes e plantonista.

Atuação efetiva do enfermeiro obstétrico no serviço

Para levantamento dos desafios e atuação do enfermeiro obstétrico no serviço, foi aplicada a ferramenta de gestão da matriz SWOT, que ficou organizada da seguinte maneira:

Quadro 4: Desafios e atuação do enfermeiro obstétrico no serviço, de acordo com a matriz SWOT.

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer parte do Programa da Rede Cegonha; - Ter 90% da equipe de enfermeiros com especialidade em obstetrícia, 1 em cada plantão de 12 hs, no bloco obstétrico; - Possuir 100% de enfermeiros obstétricos com experiência profissional prévia; - Possuir escala de enfermeiros horizontais, de 2ª a 6ª feira, no diurno para administrar recursos materiais, humanos, equipamentos e fluxos de trabalho, deixando assim o enfermeiro obstétrico voltado par a assistência da mulher, do RN e da família 	<ul style="list-style-type: none"> - Possuir área física inadequada e insuficiente para uma assistência individualizada e privativa; - Possuir ainda alguns protocolos assistenciais desatualizados; - Equipe médica e de enfermagem com múltiplos vínculos trabalhistas; - Possuir falhas na comunicação entre a equipe de Enfermeiros Obstétricos; - Possuir equipe de enfermagem com muitos anos de formação;

<ul style="list-style-type: none"> - Deter o apoio dos gestores da maternidade; - Trabalhar em equipe; - Possuir equipe jovem de Enfermeiros Obstétricos e médicos; - Possuir equipe multiprofissional no atendimento as mulheres; - Ser unanime a vontade da equipe de EO em melhorar a assistência às mulheres no serviço; - Possuir horizontalidade no cuidado; - Possuir materiais e equipe disponíveis para promoção do alívio não farmacológico da dor durante o trabalho de parto; - Possuir rotina implementada de verticalização da mulher durante o parto, com a cama de parto e banco de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possuir 60% da equipe de técnicos de enfermagem concursados, hoje, graduados em outras áreas e prioridades de atuação; - Trabalhar em equipe; - Promover pouco acesso da comunidade na maternidade.
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar melhoria na assistência ao parto de risco habitual, sem distócia; - Qualificar a assistência no pós parto com redução de danos a todas as mulheres e seus filhos; - Ampliar o vinculo das mulheres com o serviço e profissionais - Melhorar os indicadores de assistência da Rede Cegonha - Atuar desde a admissão até a alta da mulher e família - Divulgar o papel do EO no restante do hospital e comunidade 	<p style="text-align: center;">AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atuar de maneira restrita a assistência ao trabalho de parto e parto; - Apresentar indicador insuficiente de numero de partos realizados pelo Enfermeiro Obstetra; - Possuir atendimento fragmentado pela equipe multiprofissional na atenção primária, ambulatorial e hospitalar; - Possuir, ainda, alguns protocolos de assistência às urgências obstétricas e ginecológicas desatualizados, bem como equipe desatualizada; - Persistir ainda algumas disputas de poder no espaço de trabalho; - Perceber pouco conhecimento da população sobre o papel do Enfermeiro Obstétrico; - Possuir Centros de saúde da referência do serviço onde os profissionais desconhecem ainda o papel do Enfermeiro Obstétrico, junto a equipe médica, na adoção das boas práticas ao parto e nascimento nas maternidades.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando o cenário descrito, evidencia-se que a atuação do enfermeiro obstétrico no serviço se limita ao pré-parto, acompanhamento do trabalho de parto e parto vaginal sem distócia e percebe-se a inquietação da equipe de enfermeiros obstétricos do serviço quanto ao potencial de ampliação de sua atuação e melhoria da assistência às mulheres e suas famílias. Para responder às lacunas gerenciais e assistenciais observadas, propõe-se a elaboração de um projeto de ação-intervenção junto à gestores e trabalhadores da maternidade com o objetivo de ampliar e melhorar a assistência prestada às mulheres e suas famílias através da abordagens dos quatro grupos de pontos frágeis descritos acima

3. OBJETIVO GERAL

Consolidar e ampliar a atuação do enfermeiro obstétrico considerando a linha de cuidado da mulher e recém-nascido no serviço, desde a sua entrada na instituição até a alta, incluindo o PNAR.

4. MÉTODO

Trata-se de um trabalho de campo estruturado a partir da elaboração de um diagnóstico situacional do percurso clínico da gestante e do recém-nascido no Hospital Odilon Behrens desde o acompanhamento no pré-natal até o momento da alta hospitalar no puerpério. Após identificação dos pontos críticos e comprometedores do processo assistencial, foram organizadas frentes de

atuação que possibilitassem o tratamento adequado para as intervenções definidas pelo grupo como prioritárias. A escolha do líder da ação foi baseada na experiência, inserção operacional e política junto aos gestores na área de atuação, ficando cada membro do grupo responsável por um conjunto de atividades.

As frentes de trabalho (eixos) definidas pelo grupo de especializadas como prioritárias foram:

- Inserção do(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) e da equipe multidisciplinar no pré natal de alto risco do HMOB: estreitando os laços entre o PNAR e a Maternidade
- Reestruturação da porta de entrada da gestante: acolhimento e Classificação de Risco
- Boas práticas de atenção ao parto e nascimento no Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB): ênfase nos primeiros cuidados com o recém-nascido.
- Estratégias de comunicação assertiva entre serviços e profissionais da Rede assim como serviço e pacientes na divulgação da maternidade e das boas práticas por ela adotadas.

Cada eixo foi organizado nos seguintes tópicos:

- Referencial teórico/contextualização
- Caracterização do problema
- Propostas de enfrentamento
- Ações implementadas
- Perspectivas futuras

5. DESENVOLVIMENTO

Eixo : Reestruturação da porta de entrada da gestante: Acolhimento e Classificação de Risco

5.1 Objetivos Específicos:

- Sensibilizar os enfermeiros do Pronto Socorro sobre as peculiaridades ao se acolher e classificar as gestantes no serviço;
- Atualizar toda a equipe de enfermeiros do Pronto Socorro na Classificação de Manchester, segunda edição, em que o algoritmo de gravidez foi aprimorado;
- Formar multiplicadores no grupo para auxiliar na implementação a médio prazo do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco à gestante do Ministério da Saúde;
- Aprimorar a sinalização do Pronto Socorro de modo a facilitar o percurso da gestante no serviço;
- Garantir melhor acolhimento da gestante no Pronto Socorro, de forma mais holística e completa.

5.2 Metodologia do Eixo:

O eixo *Acolhimento e Classificação de Risco* foi desenvolvido partindo, inicialmente, dos nós críticos acerca desse tópico identificados no diagnóstico situacional. Após essa fase, realizou-se a procura de atores no grupo do Pronto Socorro, que serviriam de aliados nesse Projeto, com o objetivo de qualificar o acolhimento da gestante, grupo esse tão específico dentro de um hospital geral,

cujo foco principal e missão envolve atendimento em urgências e emergências. A liderança desse projeto era representada pela Gerente do Pronto Socorro, atualmente especializanda desse curso.

5.3 Referencial teórico/Contextualização

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988 e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, o Sistema único de Saúde (SUS) tem o objetivo de garantir o acesso livre e gratuito a todos que necessitam de cuidados de saúde, garantindo a universalidade e equidade.

Nesse contexto a unidade hospitalar figura como instituição que proporciona assistência à saúde de nível mais crítico/ especializado e com funcionamento 24 horas por dia. Para tal, as portas de entrada existentes constituem os serviços de urgência e emergência.

TEIXEIRA et al (2014) referem que, nas últimas décadas, devido à crescente procura pelos serviços de emergência, os hospitais têm esbarrado no problema “superlotação”, o que contribui para a desorganização do processo de trabalho, estresse dos profissionais envolvidos na assistência e insatisfação da população. Aliado a isso, no que concerne a questões econômicas, até que ponto é praticável a assistência à saúde universal, se as necessidades/demandas são superiores aos recursos e estrutura para atendimento vigente? Diante disso, o Ministério da Saúde, buscando solucionar as reais necessidades dos usuários do sistema, implementou políticas no intuito de reorganizar a assistência prestada pelo SUS. Dentre várias medidas, destaca-se a implantação do acolhimento com Classificação de Risco. Seu objetivo principal é estabelecer o atendimento não mais pela ordem de chegada, mas sim pela gravidade do quadro e ou queixa apresentada pelo paciente.

O sistema de Triagem de Manchester originou-se em 1997 na Inglaterra e foi adotado no Brasil pela primeira vez em 2008 em Minas Gerais. O governo do Estado realizou uma negociação com o Grupo Português de Triagem (GPT), possuidor dos direitos para tradução e utilização desse protocolo, sob autorização do *British Medical Journal e Manchester Triage Group*. Tal sistema possui cinquenta e dois fluxogramas que refletem as diversas condições relacionadas à classificação de risco, sendo acompanhada de nota explicativa definindo sua aplicabilidade. De acordo com o fluxograma escolhido pela queixa e os descritores que orientam a escuta o paciente é classificado em cinco níveis que refletem gravidade do estado de saúde e tempo de espera para ser avaliado pelo médico (cor vermelha: atendimento imediato; cor laranja: atendimento em até quinze minutos; cor amarela: atendimento em até sessenta minutos; cor verde: atendimento entre sessenta e cento e vinte minutos e cor azul: atendimento em até duzentos e quarenta minutos).

Todos os sistemas de classificação existentes possuem basicamente os mesmos objetivos segundo JIMÉNEZ 2003:

- Identificar rapidamente os pacientes com risco de morte;

- Determinar a área mais adequada para atender o paciente que procura o serviço de emergência;
- Reduzir o congestionamento nas áreas de tratamento dos serviços de emergência, para melhorar o fluxo de pacientes;
- Assegurar as prioridades em função do nível de classificação;

BRASIL (2009) aponta o acolhimento com classificação de risco como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização. O acolhimento com classificação de risco como:

“(...)postura e prática nas ações de atenção e gestão favorecedora da relação de confiança e vínculo entre usuário e profissional se saúde”. Instrumento para nortear os fluxos de pacientes nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado”.

5.4 Caracterização do Problema

Atualmente, o HMOB utiliza o Sistema de Classificação de Risco de Manchester, que dentre todos os fluxogramas escritos, possui somente um deles voltado para o público obstétrico. Tal fato caracteriza a classificação de gestante de uma maneira bem reducionista, pois tal sistema de triagem possui foco nas urgências adultas, não sendo o melhor protocolo para a classificação infantil e obstétrica.

Aliado a isso, os enfermeiros do Pronto Socorro não possuem treinamento e conhecimento adequado sobre os problemas gestacionais que podem acometer às mulheres, incorrendo em riscos assistenciais importantes.

É importante ressaltar que nosso público inclui gestantes do pré-natal de alto risco, que muitas vezes são encaminhadas para interrupção não eletiva, mas por urgência programada. O sistema de Manchester não possui uma diferenciação para estas gestantes (todas acabam sendo classificadas como retorno na cor branca), o que causa grandes transtornos assistenciais.

A implantação de sistema de classificação voltado para o público obstétrico possui algumas peculiaridades devido ao processo relacionado ao ciclo gravídico-puerperal. A ansiedade que permeia a gestação, parto e nascimento leva à insegurança da mulher e de seus familiares. Isso se deve à

fragilidade na comunicação e informações repassadas durante o pré-natal, que se torna um dos fatores de busca de serviços de urgência nas maternidades com frequência. O que se percebe na realidade é um atendimento qualificado, porém pouco humanizado e bastante tecnicista, cujo objetivo é a classificação isolada da queixa clínica da gestante.

O objetivo da assistência à gestante, segundo MAZOCO (2015) é acolher e apoiar, com uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, que levam as mulheres no pronto atendimento. Em muitas situações, esse atendimento clínico se transforma em uma internação para observação, controle ou monitoramento, gerando estresse e ansiedade tanto na gestante como em seus familiares. O enfermeiro tem papel importante nesse processo, realizando um cuidado diferenciado com orientações, escuta qualificada e esclarecimento de dúvidas.

Considerando esse contexto do atendimento obstétrico, o Manual de Classificação de risco em Obstetrícia, elaborado pelo Ministério da Saúde, Consiste em um instrumento elaborado com a finalidade de considerar as especificidades:

“acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal. Pretende-se com sua utilização evitar a peregrinação das mulheres nos serviços de atenção obstétrica evitando-se as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso.”

O Ministério da Saúde ainda enfatiza:

“ 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. Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso “

O modelo atual adotado nos hospitais gerais que utilizam a Triagem de Manchester torna a relação profissional-gestante fragilizada, uma vez que o perfil

do enfermeiro emergencista não engloba expertise obstétrica, resultando em relação assimétrica entre profissional e gestante, insuficiência de informações *versus* agilidade na classificação, despreparo da equipe para acolher a gestante e seus familiares e falta de conhecimento técnico para identificar a situação de risco.

Atualmente as gestantes que chegam ao Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB) advêm por demanda espontânea. Mesmo havendo a regionalização e referenciamento dessas gestantes às maternidades, o hospital mantém a política de sempre avaliar todas que procuram o serviço, independente de obedecerem ou não à rede municipal de referência previamente estabelecida e divulgada durante o pré-natal. Essa política de regionalização das gestantes está estruturada no município há bastante tempo, porém nem sempre é obedecida pelas gestantes (até mesmo porque muitas preferem escolher a maternidade de acordo com seu conhecimento prévio sobre o hospital). No entanto, não se pode desconsiderar que é garantido à gestante o direito de escolha da maternidade para assistência ao parto, princípio da integralidade e autonomia descrito na lei 8080/90.

O HMOB é um hospital geral e cuja maternidade encontra-se no segundo andar. A entrada das gestantes ocorre no Pronto Socorro (P S) o que traz alguns dificultadores importantes:

- **Distância Física:** A distância entre o PS e o bloco obstétrico (onde efetivamente as pacientes são atendidas) é grande e mal sinalizada, sendo que a gestante se desloca por um grande corredor, para chegar ao segundo andar por meio de rampa ou elevador. Esse, por sua vez, possui uma porta cuja metade é vidro e que permanece sempre fechada, o que dificulta a interação das gestantes com os trabalhadores do setor. Não há sala de espera, sendo que as mesmas permanecem no corredor aguardando atendimento (corredor este de muito trânsito de pessoas, pois o refeitório do hospital encontra-se ao lado do bloco obstétrico). Tal fato favorece ocorrências clínicas que podem passar despercebidas pela equipe durante a espera da gestante pelo atendimento, diminuindo a

segurança no setor e não respeitando a privacidade que a mesma necessita nesse momento.

- **Acolhimento:** Não há um acolhimento das gestantes no setor de Pronto Socorro devido à escala reduzida (um enfermeiro somente para demanda espontânea de gestantes e crianças para atendimento pediátrico, além de casos neurológicos, vasculares e ortopédicos por demanda regulada). Tal acolhimento também não ocorre no bloco obstétrico pelo mesmo motivo de inadequação de escala.

- **Classificação de risco:** A classificação de risco é realizada por enfermeiros emergencistas, sem experiência obstétrica e através do Protocolo de Manchester, que não contempla a classificação das gestantes em suas especificidades, o que favorece erros de classificação, seja por super ou sub valorização da queixa apresentada pela gestante. Tal situação é favorecida pela rapidez da classificação, o que pode causar um hiato entre o que o classificador adota como queixa e o contexto que a gestante traz. **(ANEXO 1)**

5.5 Propostas de Enfrentamento

- 1- Sinalização do corredor do Pronto Socorro de modo a facilitar o deslocamento da gestante do Pronto Socorro até o bloco obstétrico onde será atendida.

Como será feito: Através de um programa de gestão por excelência do Ministério da Saúde, liderado pelo hospital Sírio Libanês, o hospital foi contemplado com um subsídio de R\$500.000,00. Dentre todas as

solicitações, a sinalização adequada do pronto socorro foi incluída . **A previsão de recebimento do subsídio é marco/2018**

2- Nova capacitação da equipe do Pronto Socorro no Protocolo de Manchester.

Como foi feito: treinamento realizado pelo Grupo Brasileiro de Acolhimento com classificação de Risco (GBACR) cujo fluxograma de gravidez foi aprimorado. O curso foi realizado em 27 e 28/10/17, incluindo pediatras, enfermeiros, coordenadores de equipe e representantes da maternidade – **(ANEXO 2)**

3- Aquisição de um sistema de informática que possibilite incluir o Sistema de Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde (previsão: novembro /2018)

4- Implementação do protocolo de Classificação de Gestante do Ministério da Saúde com treinamento de toda a equipe de enfermeiros do Pronto Socorro.

5- Classificação das gestantes realizada pelos enfermeiros obstetras da maternidade, adequando a escala dos mesmos e favorecendo a vinculação da gestante com a equipe desde a sua chegada ao hospital.

6- Construção da nova maternidade atrás do hospital (verba já liberada pelo Ministério da Saúde e projeto em construção pela SUDECAP_PBH), com participação do enfermeiro na elaboração do projeto em conformidade com as normas vigentes

5.6 Ações Implementadas

Foram ofertadas quatro vagas do curso sobre Protocolo de classificação de risco em obstetrícia oferecido pela Maternidade Odete Valadares para enfermeiros

do Pronto Socorro, com o objetivo de atuarem como multiplicadores para a equipe; (**ANEXO 3**). No entanto, das quatro vagas oferecidas somente compareceram dois enfermeiros.

Para qualificar o acolhimento e maximizar o tempo do enfermeiro com a gestante durante o processo de classificação de risco foi realizada pela gerência uma solicitação ao RH de incorporação de um técnico de enfermagem ao setor de Classificação de risco para permitir uma avaliação integral da gestante. Este profissional teria o objetivo de realizar algumas tarefas hoje desempenhadas pelo enfermeiro (como dados vitais e medicações de crianças) deixando-o mais disponível para uma escuta qualificada da gestante. Para tal foram realizadas duas reuniões com a equipe de analistas de recursos humanos, de modo a explicitar o problema atual e sua abrangência no que concerne ao atendimento pouco humanizado. Tal incorporação ainda não foi avaliada por estar recente (novembro/17), contudo tal proposta existe.

Foram realizadas duas reuniões de sensibilização com a Diretoria Clínica, (uma em agosto/17 e outra em setembro/17) envolvendo equipe da Maternidade e Pronto Socorro, no sentido de demonstrar que o público obstétrico é peculiar e necessita de uma abordagem diferenciada.

Aproveitando o momento de qualificação dos hospitais de urgência- em que o HMOB está inserido- através de um projeto do Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Sírio Libanês (**Projeto Lean- Excelência nas Emergências do SUS**),foi incorporado no orçamento do subsidio do Ministério da Saúde a sinalização do Pronto socorro, que favorecerá a todo o público, mas principalmente a gestante, que percorre longo caminho da classificação até os consultórios de atendimento, o que favorece sua dispersão no caminho e riscos à ela.

Como desdobramento do projeto Lean/ MS e de acordo com a avaliação realizada pela equipe do Projeto sobre nosso processo de Classificação de Risco, o hospital obteve a conquista do treinamento de Atualização do protocolo de Manchester- 2ª edição para todos os enfermeiros do Pronto Socorro com o grupo Brasileiro de acolhimento com classificação de risco (GBACR), representante oficial no Brasil. Mesmo sabendo que este não é o Protocolo ideal, permite uma reciclagem do grupo e uma atualização no fluxograma de gravidez,

atualmente mais completo, minimizando os erros de classificação até a incorporação do novo sistema de classificação em abril/2018.

5.7-Dificuldades encontradas :

- 1 Baixa adesão dos enfermeiros do Pronto Socorro às reuniões e encontros de sensibilização: devido a medidas contrárias às aspirações dos trabalhadores realizadas na gestão anterior, a atual gestão encontrou um cenário desfavorável com um grupo bastante desmotivado e com insatisfações crônicas, o que dificultou o acesso aos profissionais para divulgação de propostas positivas de mudança. Aliado a isso, a atual gerente da emergência do HMOB está no curso de especialização, o que causou certo desconforto no grupo, que interpretou tal projeto de intervenção como algo a ser aplicado à maternidade, e não nas portas de entrada no hospital. Para minimizar esse problema, a sensibilização foi realizada em grupos menores, em expediente de trabalho, de modo a divulgar a proposta e conseguir aliados no grupo para as mudanças propostas.
- 2 Adesão reduzida na Oficina de A&CR (Acolhimento & Classificação de Risco) ofertada pela Maternidade Odete Valadares em agosto: Foram ofertadas 6 vagas para os enfermeiros do Pronto Socorro, com a finalidade de criar multiplicadores dentro do grupo (são 57 enfermeiros no total), porém somente 2 compareceram.

5.8 Perspectivas Futuras

Esse projeto trouxe uma reflexão positiva para o hospital de que temos que tratar o público de gestantes de forma diferenciada do restante do público hospitalar. O fato da gerente atual do Pronto Socorro ser uma participante desse curso também causou a expansão da idéia de valorizar

a gestante para os demais profissionais, além de criar um elo forte junto à coordenação da Obstetrícia, fato esse até então inédito no hospital.

Com a construção da nova maternidade (já aprovada pela SUDECAP da PBH e com planos de início para segundo semestre de 2018) será fortalecida e ampliada a escuta da gestante pois tal processo passará a ser realizado por profissional habilitado, o que garante maior vínculo e, conseqüentemente, melhores resultados perinatais, visto que o protagonismo da gestante favorece bons desfechos no trabalho de parto e parto

Em um âmbito mais restrito, mas não menos importante, a aquisição do novo sistema de informação hospitalar promoverá a implantação de um acolhimento e classificação de risco voltado ao público obstétrico, com minimização dos riscos para a gestante e seu bebê. Como esse processo se dará antes do fim da construção da nova maternidade, já poderemos colher frutos mais imediatos, pois o uso dessa ferramenta (mesmo sendo utilizada pelos enfermeiros emergencistas do Pronto Socorro) resultará em uniformidade das classificações de risco, reduzindo possíveis dúvidas sobre as complicações advindas do ciclo gravídico puerperal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação do enfermeiro obstétrico envolve habilidades e competências que possibilitam a prestação de um cuidado integral às mulheres, respeitando o parto como um processo fisiológico, repercutindo positivamente na saúde materno infantil, refletindo diretamente na melhoria da saúde perinatal e, conseqüentemente, nas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Desde o pré-natal até os cuidados do puerpério o enfermeiro obstétrico desempenha inúmeras ações que impactam diretamente na qualidade da assistência e por consequência nesses índices de morbimortalidade.

Percebemos que o serviço avançou muito na atuação e autonomia do enfermeiro obstétrico no acompanhamento do trabalho de parto e parto, de maneira complementar, confiante e segura. A equipe de enfermeiros obstétricos vem trabalhando na padronização de cuidados e condutas assistenciais, baseados em protocolos e procedimentos validados em conjunto com os demais integrantes da equipe.

No que diz respeito à atuação fora do bloco obstétrico ainda está muito limitada também pelo quantitativo de enfermeiros obstétricos, bem como pelo desconhecimento das equipes do pré-natal e alojamento conjunto do potencial do enfermeiro obstétrico em outras práticas educativas e de transferência do cuidado. Grande é o desafio de introduzi-lo nas consultas de pré-natal, de maneira conjunta e integrada, humanizada e holística, através das consultas multiprofissionais.

Em relação ao seu papel educador, muito se pode avançar dentro e fora das fronteiras do HMOB, expandindo sua abordagem para os serviços de saúde de nossa referência como replicador das boas práticas aos profissionais, assim como divulgador das práticas adotadas no serviço pela equipe de enfermeiros obstétricos.

Em relação à condução e caminhar do trabalho, percebemos uma maior interação entre as equipes, maior envolvimento dos profissionais nos processos que foram construídos em conjunto e discutidos com vários atores envolvidos, evidenciando que a metodologia adotada foi envolvente e eficaz.

Graças ao direcionamento dado pelo diagnóstico levantado da maternidade foram percebidas as necessidades mais urgentes de ação- intervenção junto aos profissionais em busca de melhor atender as usuárias e suas famílias no momento da parturição, garantindo um cuidado humanizado, seguro, menos intervencionista e respeitando as particularidades de cada mulher e caso.

Até aqui muito caminhamos no sentido de consolidar e ampliar a atuação do enfermeiro obstétrico na nossa instituição, mas muito ainda há que fazer para que as nossas mulheres sejam atendidas de forma integral e humanizada, diretamente e indiretamente pelo enfermeiro obstétrico.

Acreditamos que nossa trajetória apenas começou. Inúmeras são as possibilidades pretendidas de ampliação a médio e longo prazo da assistência realizada pela enfermagem obstétrica do serviço. Em se tratando de um hospital de ensino, muito podemos influenciar na formação de novos profissionais.

Os conhecimentos obtidos no curso de especialização de enfermagem obstétrica da Rede Cegonha proporcionaram oportunidade de formação a quatro enfermeiras já inseridas na maternidade, possibilitando reflexão crítica da prática do cuidado e qualificação dos locais de trabalho nos quais estão inseridas. Desta forma podemos auxiliar, cada vez melhor, a mulher em seu processo de partear, desde o seu acompanhamento pré natal, seu acolhimento no serviço, sua classificação de risco sendo realizada de forma segura, até o momento do seu parto e seguimento no puerpério.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.WHO, UNICEF, UNFPA and. **The World Bank estimates: Trends in maternal mortality: 1990 to 2010.** 1 Geneva 27, Switzerland; 2012.
- 2.OLIVEIRA JDG, **Atuação do Enfermeiro Obstetra na Assistência a Parturientes: Percepções do Profissional.** SANTA CRUZ- RN 2015
3. Rabelo LR, Oliveira DL. **Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar.** Rev.Esc.Enferm USP. 2010;44(1):213-20.
- 4.BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

5. BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha** [manual_pratico_rede_cegonha.pdf]. 2012^a.

6. Caus, E. C. M., et al. **O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012.

7. DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Desafios na de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>.

8. SAMPAIO, Maria do Rozário de Fátima Borges; ALVES, Valdecyr Herdy; BONAZZI, Vera Cristina Augusta Marques; NERY, Inez Sampaio; FRANCO, Carolina Sampaio. **Reflexões éticas e legais sobre a atuação da enfermeira obstétrica no parto e nascimento**. Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2014 mai/ago; 1(2):72

9. TEIXEIRA, V.A, OSELAME, G.B, NEVES, E.B. O Protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro. Revista da universidade Vale do Rio verde, Três Corações, v.12, n 2, p . 905-920, ago/dez 2014

10. JIMÉNEZ, J.G. Clasificación de pacientes em los servicios de urgencias y emergencias: hacia um modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias:2003;15: 165-174

11. _____ BRASIL. 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 56 p. : Il. Collor.- (Série B. Textos Básicos de Saúde)

12. -MAZOCO, K.M.S.P; MARINHEIRO, T.S; SOARES, T.S.M, NOGUEIRA, L.P. Fatores dificultadores no atendimento humanizado a gestantes nos serviços de urgência e emergência. Revista Fafibe On- Line, Bebedouro SP, 8 (1): 346-358, 2015.

13. DIAS; M.A.B. DOMINGUES; R.M.S.M. COUTINHO, A.A.P; CECÍLIO, L.C.O; MOTA, J.A.C Desafios na implantação de uma política de humanização. Classificação de Risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de triagem de Manchester. Revista Medicina Minas Gerais 2012 (2): 188-198.

14. BRILHANTE, A.F, VASCONCELOS, C.T.M, BEZERRA, R.A, LIMA, S.K.M, CASTRO, R.C.M.B, FERNANDES, A.F.C. Implementação do Protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. Revista Rene. 2016 jul-ago; 17 (4): 569-575.

15.._____ BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério as Saúde, 49 p.

ANEXOS

ANEXO 1: ESTRUTURA FÍSICA ATUAL- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Figura 1: Sala de Classificação de Risco - HMOB



Figura 2: Corredor do P S

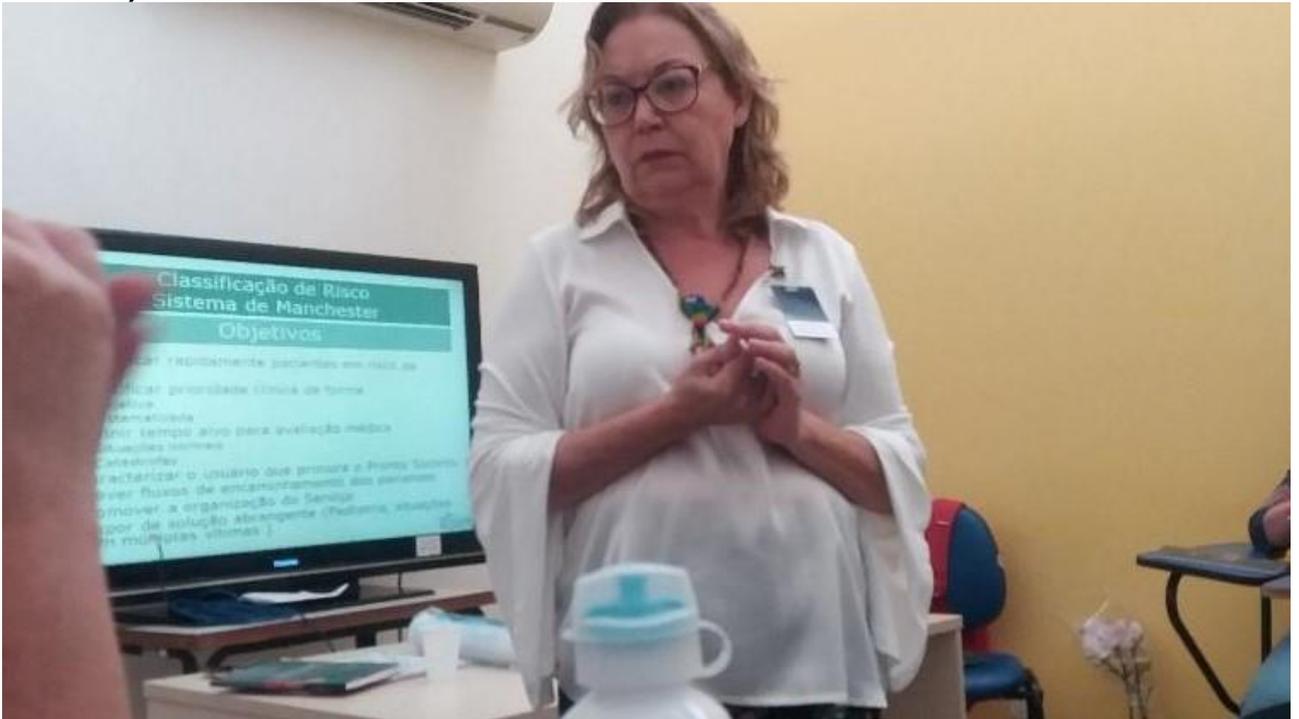


Figura 3: Hall principal: acesso ao 2ª andar por rampa ou elevador



Figura 4: Porta do Bloco Obstétrico no 2ª andar

Anexo 2: Fotos do Curso de Atualização – Protocolo de Manchester (27 e 28/10/17)



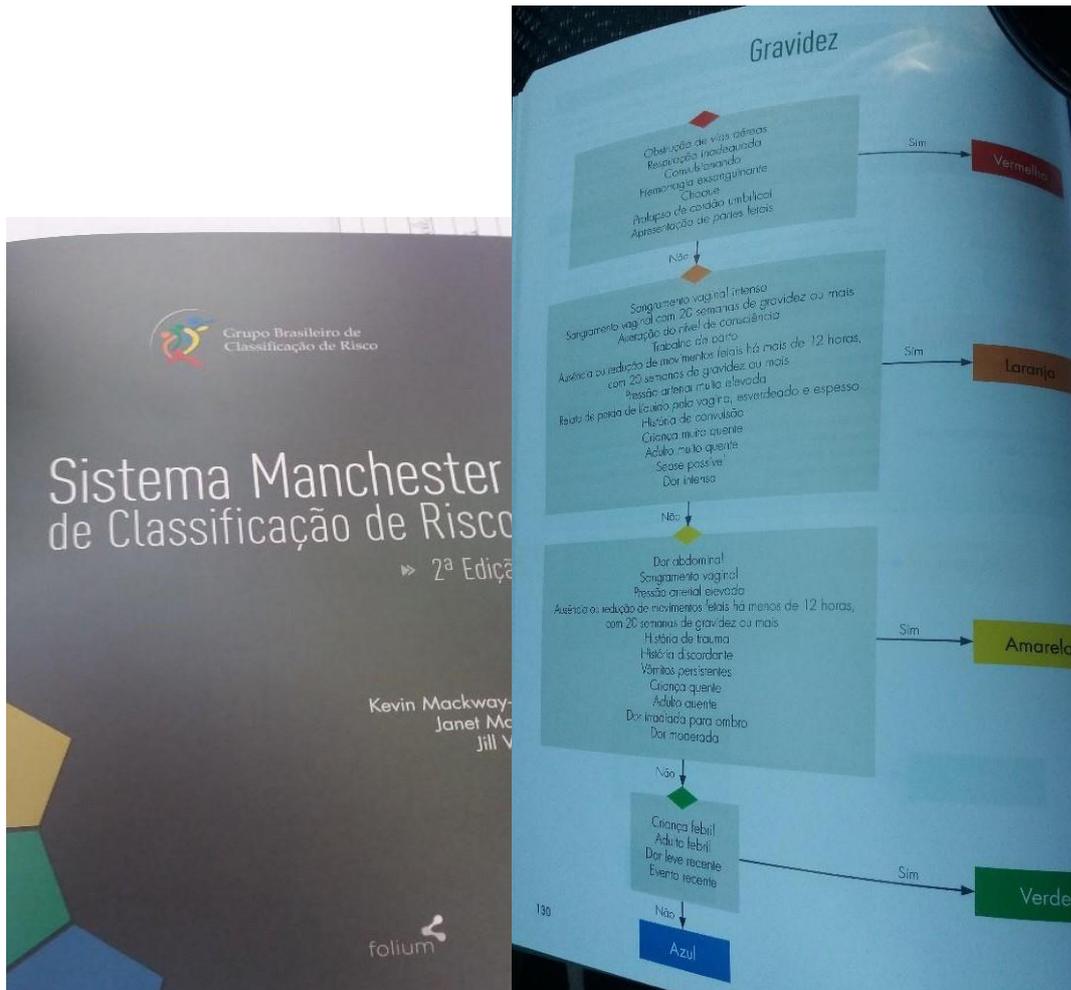


Figura 5: Novo Protocolo de Manchester



ANEXO 3:/OFICINA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À GESTANTE- PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



24 e 25 de agosto de 2017

Oficina de Acolhimento e Classificação de Risco AC&R em Obstetrícia

Programação

24 de agosto

18:30 às 19:00 - Credenciamento dos participantes e Vídeo Rede Cegonha

19:00 às 19:10 - Abertura e Contrato

19:10 às 19:40 - Contextualização: a MOV na atenção Obstétrica - indicadores, desafios e porque A&CR em Obstetrícia

19:40 às 19:50 - Intervalo para o café

19:50 às 21:10 - Apresentação do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia

Vera Figueiredo: ex-apoiadora do MS, Doula da MOV e consultora do estado do Maranhão.

Marilene Wagner: ex-consultora do MS e consultora do estado do Maranhão

21: 10 às 21:20 - Instruções da metodologia da atividade em grupo

21:20 às 22:00 - Repensando o A&CR na MOV: questões disparadoras

Inscrições pelo e-mail:
mov.go@fhemig.mg.gov.br.
Vagas limitadas

Realização:



Maternidade
Odete Valadares

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS



25 de agosto

08:30 às 9:30- Discussão de casos clínicos: atividade em grupo

09:30 às 10:30- Plenária com apresentação do produto dos grupos "repensando o acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia da MOV" do gabarito dos casos clínicos trabalhados por grupo

10:30 às 10:45 - Intervalo para o café

11:00 às 11:30 - Discussão dos Casos Clínicos e dúvidas relacionadas ao Protocolo e devolutiva do percentual de acerto de cada grupo

11:30 às 12:00 -Elaboração da Matriz de Planejamento - atividade em grupos, incluindo grupo convidado da SMS/ Distrito Sanitário Oeste.

12:00 às 13:30 - Almoço

13:30 às 15:45 - Apresentação da Matriz de Planejamento e desdobramentos

15:45 às 16:00 - Intervalo para o café

16:00 às 16:30- Avaliação da Oficina A&CR

16:30 às 17:30- Encerramento por Gestores da FHEMIG, Maternidade Odete Valadares e SMS/ Distrito Sanitário Oeste