

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LORRAYNE MICHELLE DANTAS DE OLIVEIRA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO, UM
DISPOSITIVO IMPULSIONADOR DAS BOAS PRÁTICAS**

PALMAS-TOCANTINS

2017

LORRAYNE MICHELLE DANTAS DE OLIVEIRA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO, UM
DISPOSITIVO IMPULSIONADOR DAS BOAS PRÁTICAS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em enfermagem obstétrica- CEEO-, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Christine Ranier Gusman

PALMAS- TOCANTINS

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Oliveira, Lorryne Michelle Dantas de

Acolhimento com classificação de risco obstétrico, um dispositivo impulsionador das boas práticas [manuscrito] / Lorryne Michelle Dantas de Oliveira. - 2017.

36 f.

Orientadora: Christine Ranier Gusman

Monografia apresentada ao curso de especialização em Enfermagem Obstétrica CEEO, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Enfermagem Obstétrica. 2.Educação Permanente.
3.Saúde Materno- Infantil. I.Gusman, Christine Ranier.
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

LORRAYNE MICHELLE DANTAS DE OLIVEIRA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO, UM
DISPOSITIVO IMPULSIONADOR DAS BOAS PRÁTICAS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em enfermagem obstétrica- CEEO-, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Christine Ranier Gusman

APROVADO EM:

Prof^a.Ms. Christine Ranier Gusman

Orientadora UFT

Prof^a. Dra Danielle Rosa Evangelista

Membro da banca UFT

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por todas as bênçãos alcançadas durante o decorrer do curso e sempre.

Aos meus familiares: Mãe, Pai, noivo e minha filha; a vocês que sempre me incentivaram e acreditaram nos meus sonhos, que fizeram de tudo para que eu pudesse concluir esse curso.

Ao meu companheiro João Neto pelo apoio, paciência e dedicação sempre com amor.

A minha filha Maria Clara que mesmo pequena para entender os motivos que estive ausente, não deixou de me dar seu carinho e amor sempre que eu retornava para casa.

A toda minha equipe de enfermagem do Hospital Regional de Gurupi que me incentivaram e me apoiaram sempre pacientes durante todo o curso.

A minha orientadora Christine Rannier Gusman pelo conhecimento transmitido, pela parceria e empoderamento encorajador fundamentais para a minha formação como enfermeira obstetra.

Aos profissionais que contribuíram para o meu enriquecimento intelectual.

Aos meus compadres Ângela e Jackson que me acolheram em seu lar ao longo do curso, sempre com muito carinho e receptividade.

Aos que acreditaram no meu potencial e torceram pela minha formação como enfermeira obstetra.

RESUMO

O objetivo geral do presente estudo foi promover a aplicação das boas práticas através da educação em saúde utilizando o dispositivo de acolhimento com classificação de risco obstétrico, fortalecendo a Política de Humanização, Rede Cegonha. A partir de um projeto de intervenção. A pesquisa ocorreu no Hospital Regional de Gurupi-TO, onde foram convidados a participar da ação profissionais da saúde com características multidisciplinares atuantes no processo de implantação do Acolhimento com classificação de risco Obstétrico da maternidade do hospital. Os sujeitos da pesquisa participaram de debates coletivos em rodas de conversa, incentivando o pensamento crítico e a mudança da prática. A intervenção ocorreu entre os meses de fevereiro a julho de 2017, nas quais os profissionais refletiram sobre as práticas obstétricas, com mudanças de atitudes como o respeito ao direito do acompanhante durante toda a internação da mulher no ciclo gravídico-puerperal, além disso, através do processo reflexivo, impulsionou-se reformas estruturais importantes no hospital, principalmente na maternidade, o qual fortaleceram a aplicação das boas práticas obstétricas, como a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, além do empoderamento das parturiente e família sobre seus direitos, e também o fortalecimento do trabalho em equipe através de capacitações. Os enfermeiros obstetras do Hospital se demonstraram mais confiantes na possibilidade de um novo cenário, com assistência mais humanizada e na diminuição das taxas de cesariana. Por outro lado, o enrijecimento político continua sendo uma das grandes barreiras para as transformações na atitude da equipe de saúde, a desmotivação dos profissionais teve influência direta no fator mudança de atitude. O Hospital Regional de Gurupi-TO ainda precisa passar por muitos avanços em relação as políticas de humanização, porém não existe transformação sem trabalho em equipe e sem comprometimento de todos os envolvidos. Portanto, é preciso ser trabalhado em primeiro lugar a motivações e a responsabilização dos profissionais que conseqüentemente trarão avanços nos indicadores do país.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica, Educação Permanente, Saúde Materno- Infantil.

ABSTRACT

The general objective of this study was to promote the application of good practices through health education using the host device with obstetric risk classification, strengthening the Humanization Policy, Stork Network. From an intervention project. The research was carried out at the Regional Hospital of Gurupi-TO, where health professionals were invited to participate in the action with multidisciplinary characteristics that are involved in the implementation process of the Hospital with Obstetric Risk Rating of the maternity hospital. The subjects of the research participated in collective debates on the wheels of conversation, encouraging critical thinking and changing practice. The intervention occurred between February and July 2017, in which the professionals reflected on the obstetric practices, with changes in attitudes such as respect for the right of the companion during all the woman's hospitalization in the pregnancy-puerperal cycle, in addition, through of the reflexive process, important structural reforms were promoted in the hospital, especially in the maternity ward, which strengthened the application of good obstetric practices, such as the use of non-pharmacological methods of pain relief, as well as the empowerment of the parturient and family over their rights, and also the strengthening of teamwork through capacity building. The obstetrical nurses at the Hospital proved more confident about the possibility of a new scenario, with more humanized care and a reduction in cesarean rates. On the other hand, political rigidity remains one of the great barriers to the changes in the attitude of the health team, the demotivation of professionals had a direct influence on the attitude change factor. The Regional Hospital of Gurupi-TO still has to undergo many advances regarding humanization policies, but there is no transformation without teamwork and without commitment from all involved. Therefore, it is necessary to work first on the motivations and co-responsibility of the professionals that will consequently bring progress in the country's indicators.

Keywords: Obstetric Nursing, Permanent Education, Maternal and Child Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	12
3. JUSTIFICATIVA	14
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
5. OBJETIVOS	21
6. PERCURSO METODOLÓGICO.....	22
7. RESULTADOS	24
8. DISCUSSÃO	29
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

Em março de 2015, o Estado Tocantins e Secretaria de Saúde do Estado foram notificados, por decisão judicial, a cumprir com a implantação do dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). A partir disso, a comissão de humanização do estado propôs a elaboração de um protocolo padrão para todos os hospitais do Tocantins. Segundo a Assessoria de Comunicação Social do Estado (SECOM) a classificação de risco na rede pública de saúde começou a ser inserida no Tocantins em 2011 e a política de acolhimento tem contribuído para a efetivação do serviço (SECOM, 2011).

No estado, a implantação do acolhimento iniciou no Hospital Maternidade Dona Regina, e no Hospital Geral de Palmas (HGP), e vem sendo incorporado à rotina dos Hospitais Regionais do Estado, e em todos os níveis de Atenção e assistência da saúde. Em 2016 concluiu-se o protocolo estadual de ACCR para as gestantes. As orientações foram distribuídas através de cursos de capacitação para a gestão nas maternidades de alguns hospitais, no intuito de direcionar a implementação das recomendações estabelecidas no protocolo (SECOM, 2013).

O desafio para os gestores atuais consiste em adequar a rede de atenção básica ao novo fluxograma dos hospitais. No Hospital Regional de Gurupi (HRG) é necessário qualificar o atendimento às gestantes; fazer funcionar a rede de contra referência, e principalmente mudar a prática tecnocrática das consultas, humanizando a assistência, garantindo os direitos pré-estabelecidos na Rede HumanizaSUS, onde o ACCR passa a ser essencial para que isso aconteça.

A realidade dos hospitais públicos do Brasil é noticiada rotineiramente através da mídia, a superlotação dos leitos clínicos e de emergência, ocupados em quase 100% dos casos por pacientes da atenção básica é o retrato da precariedade e deficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em todos os níveis de atenção.

As características do HRG são semelhantes a grande maioria dos hospitais e maternidades públicos pertencentes aos SUS, onde quase a totalidade de atendimentos não são de urgência e tão pouco emergência, que

trata-se de pacientes sem risco iminente de morte ou agravo. Tais casos poderiam ser atendidos ou referenciados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Porém, observa-se ineficiência dos atendimentos e baixa resolutividade das UBS, aumentando a demanda de pacientes nos hospitais. Muitas vezes esse fato resulta em superlotação e prejudica os casos emergenciais de fato, por falta de leitos.

O ACCR é uma ferramenta dinâmica que promove a melhor observação e identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, bem como o seu potencial de risco a agravos e grau de sofrimento. Tem o objetivo de ofertar uma escuta qualificada no atendimento das reais necessidades do usuário, com uma postura acolhedora, dando-lhe a resposta mais adequada e eficiente. No ACCR o critério não é a ordem de chegada e sim o agravo à saúde e o grau de sofrimento do usuário (HEDLUND, 2015).

O enfermeiro obstetra tem papel importante no ACCR, o profissional deve conhecer e assegurar o respeito e cumprimento aos direitos das mulheres. Os instrumentos tecnológicos e a ciência devem ser usados de maneira eficaz para aumentar a qualidade no atendimento às mulheres que recorrem às maternidades públicas. O trabalho da enfermagem obstétrica contribuiu para modificar o cuidado no aspecto prático, biológico e psicológico, introduzindo uma assistência mais acolhedora, humanizada, onde é possível o fortalecimento da relação profissional/cliente, conduzindo as orientações de forma adequada às gestantes em todo processo do cuidado (SOUZA, ROCHA, LIMA, 2016).

Com o surgimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) em 2004, proposta pelo Ministério da Saúde, os gestores institucionais ficaram responsáveis em mobilizar e sensibilizar os profissionais. A EPS funciona como uma ferramenta que provoca a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, através do processo educativo. Essa estratégia deve possibilitar mudanças práticas nas relações e nos processos de saúde, que envolvem a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Outros resultados estão relacionados ao fortalecimento do SUS, o incentivo ao protagonismo de usuários e o estímulo do trabalho coletivo para criar um novo modelo assistencial (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, a presente proposta de intervenção pretendeu fortalecer a política de humanização a partir da implantação do ACCR obstétrico, utilizando estratégias da EPS, e com isso foi possível realizar mudanças importantes nas práticas obstétricas da instituição.

2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

HRG é uma instituição pública estadual, inaugurado em janeiro de 1989, localizado na Região sul do Tocantins. É referência em saúde para 24 municípios vizinhos, sendo estes: Aliança do Tocantins, Alvorada, Araguaçu, Cariri do Tocantins, Crixás do Tocantins, Dueré, Figueirópolis, Formoso do Araguaia, Gurupi, Jaú do Tocantins, Palmeirópolis, Peixe, Sandolândia, Santa Rita do Tocantins, São Salvador do Tocantins, São Valério da Natividade, Sucupira, e Talismã, Dianópolis entre outros, com um total de aproximadamente 100 mil habitantes só na região de Gurupi (SILVA; TEIXEIRA, 2016).

O HRG fica situado na cidade de Gurupi, pertencente à região de saúde Ilha do Bananal, atendendo também pacientes de outros Estados como: Maranhão, Goiás, Bahia, e Mato Grosso. Possui uma maternidade anexa a sua estrutura que foi inaugurada no ano de 1995, o hospital conta com 147 leitos de várias especialidades como: dois Prontos Socorros (adulto e infantil), Clínicas Médica e Cirúrgica, UTI, Maternidade, Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico Geral, UCIN e Pediatria. Dentre o total de leitos, 20 pertencem ao setor de obstetrícia e 4 ao pré-parto. O setor de acolhimento Obstétrico do HRG está instalado no pronto socorro materno infantil, porta de entrada para os atendimentos obstétricos e pediátricos da instituição. Em 2016 foram realizados 1960 atendimentos obstétricos com internação, desses: 882 cesarianas, 838 partos normais, 87 laqueaduras tubária e 153 curetagens, com exceção das transferências e atendimentos de emergência ginecológica que também são atendidos na maternidade (HOSPITAL REGIONAL DE GURUPI, 2017).

No início do ano de 2017 houve um aumento significativo da demanda. O hospital já vinha trabalhando com número reduzido de profissionais para prestar assistência, e por esse motivo foi necessário a redução do quantitativo de leitos de 147 leitos para 115, desativando leitos inclusive de UTI e semi-intensiva. Por outro lado, essa readequação favoreceu a remodelação da estrutura física para comportar algumas especialidades já existentes na instituição, oferecendo assim um ambiente mais equilibrado no que se refere a

organização dos setores. O hospital vivencia um processo de gestão não compartilhada, sendo inexistente a cogestão.

Por se tratar de uma instituição totalmente pública e referência para várias cidades do sul do Estado, o HRG, incluindo a maternidade, lida diariamente com a superlotação e falta de leitos na unidade, haja vista a necessidade de realizar o tratamento fora do domicílio (TFD) para muitas gestantes e outros tipos de paciente. Com a implantação do ACCR espera-se a otimização dos atendimentos, melhorando o fluxo e “desafogando” o hospital. Além da implantação do ACCR na instituição, o atendimento na maternidade precisa de outras adequações como: a implantação da consulta de enfermagem; uma rede de contra referência e fortalecimento da rede, que supere o isolamento dos serviços; melhoria no relacionamento entre as equipes multi e transdisciplinar; diminuição da fragmentação do processo de trabalho, fomentar a valorização do trabalhador e dos processos de cogestão (TOCANTINS, SESAU, SGPES, 2016).

O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) em parceria com a Rede Cegonha e Ministério da Saúde, acreditam que com a qualificação e formação mais humanizada dos profissionais, poderá mudar paradigmas, além de estimular o processo de reflexão e a mudança na postura, o que poderá gerar condições para as instituições implantarem as boas práticas baseada em evidências científicas.

O desenvolvimento da educação em saúde na aplicabilidade do ACCR por sua vez, torna-se um instrumento de relevância na qualificação dos profissionais envolvidos com a assistência, refletindo potencialmente na prática e na diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, sendo um dos principais objetivos do Ministério da Saúde para o âmbito Nacional.

3. JUSTIFICATIVA

A instituição objeto de estudo foi criada em 1989 e é referência em saúde para 24 outros municípios pertencentes à região sul do Estado do Tocantins, sua estrutura organizacional é bastante influenciada por relações políticas do município de Gurupi e do Estado, sofrendo intervenções algumas vezes desvantajosas para os profissionais e pacientes. Tal situação dificulta muito a implementação de políticas públicas necessárias para a modernização da assistência e melhoria do acesso para os usuários. O presente estudo tem como proposta de intervenção a criação de rodas de conversa com o propósito de desenvolver condições para o pensamento reflexivo sobre as atuais práticas nos atendimentos obstétricos, além de estimular discussões profundas sobre o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) com os profissionais das diversas categorias que envolvem o primeiro atendimento as gestantes. Ao final, espera-se que haja a mudança nas práticas obstétricas respeitando as recomendações do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), além disso, espera-se a criação de um colegiado gestor para discutir junto à gestão as necessidades da maternidade, bem como a implantação da consulta de enfermagem para gestantes e a reorganização do fluxo de atendimento.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao longo de anos o Sistema Único de Saúde (SUS), vem passando por diversas modificações, objetivando a oferta de uma atenção de qualidade aos usuários, que atenda as reais necessidades da população e diminua os gastos com a saúde curativa, promovendo a saúde preventiva, levando os profissionais de saúde a desenvolverem uma melhor escuta, pensando além de suas instituições e da queixa principal do cliente (HEDLUND et al, 2015).

As políticas de saúde foram marcadas por sucessivas reorganizações dos programas de saúde, e movimentos sociais em busca de integralidade e equidade da atenção, além da busca por qualidade na assistência prestada, porém só pode ser concretizado as reformas das políticas de saúde em um modelo mais inclusivo na década de 80 com a criação da Constituição Federal em 1988, e sucessivamente com a criação do SUS em 1990 a partir das Leis orgânicas da saúde, lei 8080/90 e lei 8142/90 que definem a saúde como direito de todos e dever do Estado (Tocantins. SESAU. SGPES. ETSUS, - 2016, p. 08).

Os indicadores sociais de cada país são considerados um espelho do desenvolvimento social, intelectual e potencial industrial de uma população, mostrando as áreas que mais necessitam de investimentos e políticas intervencionistas, além de dar visibilidade ao país e trazer investimentos de outras nações. No entanto os indicadores nem sempre refletem apenas o lado positivo do desenvolvimento econômico, reflete principalmente as falhas da administração pública, bem como o grau de desenvolvimento do país. Os indicadores da qualidade assistencial ao ciclo gravídico-purperal e ao recém-nascido são importantes, pois indicam as taxas de fecundidade e potencial de desenvolvimento, pois a população jovem e reprodutiva favorece o desenvolvimento industrial e tecnológico (MALHEIROS et al, 2012).

A mortalidade materna é um indicador de relevância na análise das condições de saúde da população. As altas taxas de morte materna estão diretamente relacionadas às condições de saúde ofertadas a população, além de mostrar a vulnerabilidade das políticas públicas para essa população, indicando também as condições precárias socioeconômicas, o baixo grau de

escolaridade e/ou educação ineficaz, falhas no acesso a informação, desestruturação familiar onde a violência está presente, e, sobretudo as limitações ao acesso aos serviços e a assistência de qualidade (BRASIL, 2011).

As práticas obstétricas vêm sendo revisadas sistematicamente desde 1979, quando foi criado um comitê que analisava as intervenções feitas para reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, a partir daí foram sendo desenvolvidos estudos baseados nas práticas de evidências. Amparadas nessa proposta, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou recomendações com base no cuidado obstétrico comprovado com evidências científicas, denominadas boas práticas, norteando o cuidado em obstetrícia em diversas instituições (OREANO et al, 2014).

Criado em 1983 o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), representou um marco na sociedade feminista e no perfil das políticas públicas de diversas áreas além da saúde da mulher, destacando-se em âmbito nacional por ser o primeiro programa que se propunha a implantar o planejamento familiar no Brasil, servindo de base na formulação de leis que garantisse a proteção das classes sociais mais vulneráveis como a saúde da criança e adolescente, saúde do idoso e entre outros, e ainda ampliou o princípio da integralidade (BRASIL, 2011).

Nos anos 2000 o Ministério da Saúde criou alguns programas com o propósito de introduzir um modelo mais humanizado de assistência às mulheres que assegurasse a melhoria no acesso, destacando-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que surgiu com a finalidade de incentivar um atendimento obstétrico integral, garantindo os direitos de escolha da mulher, considerando a necessidade de reorganização da assistência, assegurando a ampliação do acesso das mulheres à assistência de qualidade, com o mínimo de intervenções no parto. Além disso, trouxe de volta o protagonismo da mulher a respeito das condutas aplicadas no ciclo gravídico-puerperal (MALHEIROS et al, 2012).

Criada em 2003 a Política de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, HumanizaSUS, tem como propósito humanizar a assistência em todos os âmbitos da atenção, usando ferramentas que contagiem os profissionais envolvidos, transformando o cenário da saúde

pública do país, propondo reflexão sobre o modo de gerir a atenção e o cuidado de cada sujeito em sua singularidade e particularidade (SAÚDE, HUMANIZASUS, 2010)

Em 2003 foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que avaliou os avanços e os retrocessos obtidos desde o início da PAISM, reconhecendo o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor nas práticas educativas, entendidas como estratégia para garantir autonomia das mulheres e o respeito aos direitos humanos das usuárias, sendo implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004 o PNAISM (BRASIL, 2015).

Humanizar é mais que dispor de sentimentos de solidariedade e compaixão é a qualificação da atenção em saúde, aprendendo a compartilhar conhecimentos e respeitar os direitos das pessoas. A atenção humanizada implica em fortalecer os vínculos entre os sujeitos, relevando as diferenças, ainda que essas sejam distintas em relação as suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2010).

Proposto pelo Ministério da Saúde em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, teve o objetivo de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e infantil, tornando evidente a necessidade de mudanças urgentes no panorama da assistência obstétrica no Brasil, onde a redução das cesarianas sem indicação clínica de gravidade é um dos principais pontos a serem modificados. Estudos mostram que o Brasil é campeão em taxas de parto cirúrgico, contribuindo para o aumento da mortalidade materna e neonatal (MALHEIROS et al, 2012).

Mesmo com todos os esforços realizados pelo Ministério da Saúde (MS), para redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil o Brasil ainda está muito aquém de alcançar estatísticas favoráveis para minimizá-las. Pensando nisso, o Governo Federal lançou em 2011 a portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, criando uma rede de cuidados denominada Rede Cegonha (RC), pautada no fortalecimento da qualidade da assistência às mulheres e a criança, reforçando o objetivo da PHPN de 2000 (SOUZA, ROCHA, LIMA, 2016).

A Rede Cegonha vê o acolhimento e a classificação de risco como uma estratégia positiva para melhorar o processo de trabalho obstétrico e neonatal,

sendo implantado nas portas de entrada dos serviços de urgência obstétrica, levando em consideração o princípio da equidade, priorizando o atendimento de acordo com grau de vulnerabilidade e real necessidade da paciente, impulsionando práticas obstétricas favoráveis ao cuidado com o binômio (SOUZA, ROCHA, LIMA, 2016).

O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) vem fortalecer as estratégias adotadas pela PNH e PHPN no que se refere à humanização da assistência obstétrica e a mudança das práticas nessa área. Em 2017 estarão sendo formados aproximadamente 300 profissionais enfermeiros em 20 estados brasileiros. O curso acontece em parceria com várias universidades federais financiadas pelo Ministério da Saúde, tendo o objetivo desses profissionais se tornarem facilitadores e instrumentos dentro das instituições públicas, auxiliando na mudança do cenário obstétrico atual do Brasil.

O termo acolhimento vem sendo muito discutido pelos profissionais de saúde e grupos sociais envolvidos com as causas da mulher no seu período gestacional e sexual, levando em consideração a importância de adequação às orientações feitas pela OMS sobre as práticas obstétricas e sobre a morbimortalidade materna e perinatal, o SUS vem criando políticas para diminuir as estatísticas ruins relacionados ao campo obstétrico (OREANO et al 2014).

O acolhimento assim como a classificação de risco vem sendo utilizado como um instrumento de grande relevância no processo de implantação das novas políticas de humanização e saúde da mulher, priorizando o indivíduo em sua singularidade e integralidade, fomentando a inseparabilidade do contexto gestão e atenção e instigando nos profissionais a mudança de paradigma (HEDLUND et al, 2015).

A implantação de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) orienta a tomada de decisão dos profissionais, garantindo a resolutividade necessária. Acolher demanda mais que uma escuta qualificada dos profissionais, exige sensibilidade e preparação da equipe para lidar com os imprevistos, (BRASIL, MS, 2011).

O processo de acolhimento em obstetrícia nas maternidades públicas do país assume peculiaridades próprias diante das necessidades e demandas

relacionadas ao processo gravídico. A procura pelos serviços de urgência e emergência está diretamente ligada ao desconhecido e aos mitos que permeiam a gestação, o processo de parto e o nascimento, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é frequente e a falta de informação e de preparação para as mudanças que o processo gravídico-puerperal provoca na mulher e na família desta, onde fica expressa a fragilidade do atendimentos nos serviços de saúde.(FERNANDES, HILLESHEIM. 2016).

A participação do enfermeiro obstetra no processo de ACCR para as gestantes é de suma importância, uma vez que esse profissional é o responsável por otimizar o fluxo de gestantes, gerando benefícios aos atendimentos realizados na maternidade, oferecendo assistência especializada, o que garante resolutividade e qualidade do atendimento, além de humanizar o atendimento (SOUZA, ROCHA, LIMA, 2016).

A formação de vínculo afetivo entre profissional e paciente é uma demanda esperada pela grande maioria das gestantes que procuram as maternidades em trabalho de parto ou não.

Neste sentido, o ACCR tem se mostrado um potente dispositivo intervencional na promoção a saúde e também na reorganização dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, acurando a clínica, disparando mudanças na configuração de equipes de referência, envolvendo a gestão, estimulando o desenvolvimento da cogestão compartilhada, com a participação de trabalhadores e pacientes, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, e o fortalecimento da educação em saúde como forma de reflexão entre os profissionais e usuários (SILVEIRA, 2014).

Para a implementação com êxito, é necessário que haja mobilização de diversos aspectos técnicos e político-institucionais. Em todas e quaisquer ações, é fundamental que adaptemos a real demanda à necessidade situacional de cada instituição (BRASIL, MS, 2011).

A partir da vivência no setor de pré-parto, sala de parto, percebe-se a necessidade da implantação do acolhimento com classificação de risco na emergência obstétrica, com o intuito de orientar a mulher quanto os seus direitos na maternidade, ofertando uma escuta qualificada e uma atenção que seja baseada em evidências, com o objetivo de sanar todas as necessidades

da usuária naquele momento, avaliando as prioridades de cada mulher e família, melhorando a assistência para quem utiliza a rede pública de saúde.

O presente estudo visa proporcionar as gestantes que buscam assistência no Hospital Regional de Gurupi (HRG), um cuidado mais humanizado de acordo com a real necessidade de cada paciente, dando-lhe o direito de escolher um parto seguro, onde todos os seus desejos e direitos são respeitados, evitando as complicações do período gravídico-puerperal que a paciente possa vir a apresentar. O meio pelo qual pretendemos realizar tais mudanças na instituição será através do processo reflexivo desenvolvido nas rodas de conversas com os vários profissionais da unidade, demonstrando os benefícios que o acolhimento trás para todo o serviço e principalmente para a paciente.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Promover a aplicação das boas práticas obstétricas a partir de capacitações utilizando a educação em saúde na implantação do acolhimento com classificação de risco obstétrico, fortalecendo a Política de Humanização, Rede Cegonha e a aplicação das boas práticas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer a implantação do Acolhimento com Classificação de risco obstétrico, através das discussões nas rodas de conversa entre os profissionais, demonstrando sua relevância no cenário obstétrico regional;
- Disparar o processo de cogestão
- Conhecer as mudanças trazidas pela intervenção durante o processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na instituição, através da análise de indicadores previamente selecionados;

6. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho é fruto do diagnóstico situacional desenvolvido na maternidade do HRG, sendo desenvolvida uma pesquisa convergente assistencial em formato de projeto de intervenção. Onde segundo (TRENTINI et al, 2006) esse tipo de pesquisa articula mecanismo que envolvem a teoria e a prática, propondo uma mudança de modelo na assistência. Foram convidados a participar da ação, os profissionais da saúde com características multidisciplinares atuantes no processo de implantação do ACCR da maternidade do HRG em Gurupi-TO, os quais participaram de debates coletivo em rodas de conversa, incentivando o pensamento crítico e a mudança da prática.

A intervenção assistencial a partir de rodas de conversa foi programado para ocorrer uma vez por mês fora do horário de trabalho dos profissionais, na sala de reuniões da policlínica da cidade ou dentro da própria instituição, com participação dos profissionais diretamente ligados ao setor de ACCR: enfermeiros, médicos e gestores, além da coordenadora da Rede Cegonha da instituição, coordenação do setor de humanização do hospital, coordenação de enfermagem responsável pelo setor de ACCR e direção geral.

A estratégia utilizada para disparar as reflexões foram: técnica das tarjetas, textos em forma de artigos científicos de relevância para estudo em grupo e apresentação de slides sobre o tema. Houve um coordenador da roda e, depois de cada estratégia, a palavra pode circular no grupo.

Ao final da roda eram levantados encaminhamentos e responsabilidade.

A primeira roda de conversa ocorreu no dia 23 de fevereiro de 2017, onde a coordenação do setor de pronto socorro infantil do HRG convocou formalmente os enfermeiros atuantes no ACCR para participarem da apresentação do protocolo de atendimento e classificação de risco obstétrico. A roda de conversa aconteceu no auditório da policlínica do Município de Gurupi, sendo que, de um total de 13 enfermeiros lotados no setor de pronto socorro materno infantil dos períodos diurno e noturno, apenas sete profissionais compareceram.

Iniciou-se a roda de conversa com a distribuição de exemplares e breve apresentação do projeto de intervenção, que continha o protocolo estadual de ACCR Obstétrico, sua importância para o atendimento obstétrico, e a utilização das boas práticas desde o primeiro contato da mulher com a equipe que a acolhe.

Dois artigos relevantes à temática foram discutidos nesse primeiro encontro, sendo eles: Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto (OREANO, et al. 2014) e Percepção de profissionais sobre acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico (HEDLUND, et al. 2015). Ambos relatam as experiências reais de pacientes e profissionais acerca dos temas obstétricos.

Percalços e mudança de estratégia

As intervenções subsequentes que estavam previamente agendadas para acontecer mensalmente, não ocorreram devido a vários cancelamentos por parte da própria coordenação do hospital. Em busca de possibilitar a continuidade da intervenção, optou-se por outra estratégia, por meio do desenvolvimento de pequenas rodas de conversa nos plantões diurno e noturno no setor de Pronto Socorro Materno Infantil (PSMI). Essa nova metodologia ocorreu com caráter menos formal, em rodas de conversas menores, integradas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos do plantão. Foram realizadas rodas de conversa em 3 dias diferentes, se repetindo, para que fosse possível conversar com as três escalas que compõem o setor.

7. RESULTADOS

A intervenção proposta no presente estudo foi buscar um desenvolvimento reflexivo por meio de rodas de conversa com o intuito de colaborar com a implantação do protocolo estadual de ACCR obstétrico no HRG. Esperava-se que a metodologia proposta pudesse contribuir para maior reflexão dos profissionais com consequentes mudanças de atitudes, resultando em melhoria da qualidade da assistência. Além disso, buscou-se tornar o atendimento mais humanizado às mulheres que buscam atendimento na maternidade, propiciando um ambiente mais receptivo e propício ao desenvolvimento das boas práticas obstétricas recomendadas pela OMS.

Foi solicitado aos participantes da primeira roda que selecionassem uma parte do texto que tivesse chamado mais atenção no artigo, proporcionando uma reflexão. A partir dessa estratégia foi possível identificar os problemas mais presentes no nosso ambiente de trabalho, e sugerir soluções conforme exposto no quadro 1. Os problemas levantados e os encaminhamentos eleitos estão numerados de forma correspondente.

Dentre os fatores que dificultavam o desenvolvimento das políticas de saúde para a mulher no HRG e que sofreram alterações com a intervenção estão os seguintes itens:

Faltam informativos que exponham os direitos dos usuários, os tipos de atendimento ofertados no HRG e os profissionais que estão em serviço em cada plantão. Essa falha contribui para o não estabelecimento de vínculos entre os profissionais e cliente, dificultando uma relação de confiança e harmonia entre eles. Para tentar sanar essa problemática, um dos encaminhamentos foi a elaboração de instrumentos informativos para o usuário, de modo a expressar os atendimentos ofertados pela maternidade, inclusive o direito ao acompanhante de livre escolha.

Quadro 1: Síntese dos resultados obtidos nas rodas de conversas

Sequencia de rodas e data	Assuntos abordados	Percepção e aceitação dos profissionais	Número de participantes	Diagnóstico de problemas	Encaminhamentos
23/02/2017	Implantação do protocolo de ACCR Obstétrico; Ambiência inadequada; Déficit de profissionais; Desmotivação profissional; Relacionamento interpessoal (médico x equipe de enfermagem); Fluxograma.	Conhecem bem o tema ACCR; Reconhecem as necessidades dos usuários; Reconhecem a necessidade de implantar o ACCR.	7 Profissionais enfermeiros	1.Falta de informativos; 2.ambiência inadequada; 3.falta de capacitação transdisciplinar; 4. desmotivação profissional; 5.deficit de profissionais x demanda atual; 6.falta da rede contra-referência (falta de interesse dos municípios em estabelecer redes).	1.divulgação do ACCR através de Banner fixados no corredor onde as pacientes aguardam atendimento médico; 2.mudanças estruturais na ambiência com a separação do ACCR Obstétrico do ACCR pediátrico, 3. proposta de mudanças no setor PPP proporcionando mais espaço e privacidade para as paciente e acompanhante, além de mudança na prática obstétrica com a extinção da sala de parto normal; 4. envolvimento da equipe médica em capacitações para apresentar as mudanças do setor de obstetrícia e protocolo de ACCR; 5. Houve a contratação de alguns profissionais, porém o quantitativo de profissionais para atender a todos os setores do hospital continua sendo insuficiente diante a demanda. 6. Aumento no número de profissionais de enfermagem.
26/06/17; 30/06/17; 01/07/17	Quais as principais mudanças após a implantação do protocolo de ACCR Obstétrico no setor?; Ambiência inadequada; Déficit de profissionais; Desmotivação profissional;	Priorizam a valorização do profissional como principal motivo para melhorar a assistência, mesmo reconhecendo as necessidades dos usuários; Porém reconhecem a necessidade de implantar o ACCR, fazendo funcionar as redes de contra referência que no caso ainda não há pactuação com os municípios.	2 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 1 médico obstetra.	1.Falta de motivação profissional; 2.Falta de insumos para efetuar assistência adequada; 3.Os enfermeiros não reconhecem as capacidades técnicas para realizar o ACCR e fazer as contra referencias quando necessário; 4.Espaço físico inadequado; 5.E relação conflituosa com a equipe médica.	1. As questões que envolvem a motivação dos profissionais é muito subjetiva, uma vez que está diretamente ligada a questões trabalhistas e até mesmo e no bem estar pessoal de cada individuo. No caso da maternidade o não compartilhamento das responsabilidades, a falta de autonomia e a influencia do modelo unidirecional da assistência que tem como o médico o único e exclusivo profissional responsável pela tomada de decisão no cuidado ao cliente, faz com que a assistência fique fragmentada. 2. a falta de insumos essenciais é constante e depende do comprometimento dos governos, e dos responsáveis pela compra dos matérias, que muitas vezes são profissionais que tão pouco conhecem a utilidade de cada material utilizado em cada tipo de procedimento. 3. os profissionais de enfermagem em geral reconhecem e veem a necessidade da atuação de enfermeiros obstetras no ACCR obstétrico e a importância de estabelecer pactuação com as redes de contra referencia municipais; 4. a ampliação do pré-parto da maternidade, tornou viável o possibilidade de abertura de uma UTI neonatal e também da separação do ACCR Pediátrico do obstétrico, porém ainda está sendo analisado a possibilidade de implantação, pois a questões relacionadas ao déficit de profissionais para assumir esses setores é um dos obstáculos. 5. É preciso mais capacitações transdisciplinar para favorecer as relações.

Outro ponto discutido é a ambiência inadequada, falta espaço para realizar reformas significativas com ampliação de leitos, devido à origem do hospital, onde a estrutura física era de um hospital privado adquirido pelo Estado do Tocantins há mais de 20 anos, ou seja, estrutura física antiga, que não comporta novas construções no terreno. A intervenção provocou discussões profundas entre os profissionais, o que acabou influenciando o processo de reflexão dos gestores de forma disseminada, a partir daí foram elaboradas propostas de mudanças estruturais importantes, como a separação do ACCR pediátrico do obstétrico, e a principal delas a ampliação do pré-parto.

A reforma do pré-parto foi acontecendo de forma muito rápida e favorável ao serviço, utilizando um espaço físico que favoreceria a ampliação dos leitos, e também a aplicação das boas práticas obstétricas com a atuação direta dos enfermeiros obstetras.

Porém no dia 21 de setembro de 2017, foi publicada pelo Diário da União, a liminar do PROCESSO: 1006566-69.2017.4.01.3400 de ação ordinária ajuizada pelo CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) contra a União, de caráter provisória de urgência, que suspende parcialmente a Portaria nº 2.488 de 2011, na qual permitia ao enfermeiro entre outras atribuições a requisição de exames complementares, e a realização de consultas de pré-natal e outros procedimentos diagnósticos realizados através da consulta de enfermagem e ACCR.

A referida liminar paralisou toda reforma estrutural do que seria o novo pré-parto do HRG, além de paralisar também o serviço de ACCR, e conseqüentemente a atuação dos enfermeiros obstetras que estavam entusiasmados com as mudanças., Esse fato ocasionou imenso retrocesso na intervenção como um todo, mesmo após a revogação da liminar. Além desses percalços no início do mês de outubro o Hospital começou a passar por mudanças de gestão importantes, alterando as prioridades até então pactuadas. O pré-parto não será mais beneficiado e a reforma que vinha ocorrendo vai ter seguimento, mas agora para abrigar a UTI adulto.

Foi levantado na roda a falta de capacitação transdisciplinar. Os profissionais de outras categorias precisam reconhecer a necessidade dos mesmos em participar mais de capacitações coletivas para que possam ser

transformadas as práticas do coletivo o que realmente pode mudar o cenário da prática.

Um dos encaminhamentos desencadeados pelas rodas, foram as capacitações dos profissionais para atuar com a clientela de gestantes implementando as boas práticas obstétricas. Houve duas capacitações, reunindo um quantitativo importante de profissionais de enfermagem, dois médicos e outros profissionais da equipe multi como psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, porém as outras capacitações que já estavam programadas, inclusive para apresentação no protocolo do pré-parto elaborado após os encaminhamentos, tiveram que ser suspensas, também por causa da Liminar ajuizada pelo CFM. Até o momento não foi possível retomar essa agenda.

A desmotivação dos profissionais que aos poucos vinha sendo vencida e transformada através do novo cenário de mudanças estrutural na instituição e também reflexivo dos profissionais acabou sofrendo retrocessos mais complexos de serem tratados por causa da medida cautelar imposta pela justiça a favor do CFM. Um clima de animosidade foi gerado entre equipe médica e de enfermagem, o sentimento de impotência imperou entre os enfermeiros. Não foi possível, até o momento, retomar o caminho que vinha sendo trilhado. A somatória dos fatores, incluindo o abandono da reforma do pré-parto, criou barreiras para a atuação do enfermeiro obstetra.

Outra questão levantada nas rodas foi o déficit de profissionais em relação demanda atual. Houve um pequeno aumento de profissionais através de contratos temporários fechados pelo estado, contudo, a demanda ainda é significativamente maior do que o quantitativo necessário para atender a demanda, sabemos que o déficit de profissionais tem reflexo direto na qualidade da assistência prestada.

As redes contra referência não funcionam por falta de interesse dos municípios em realizar pactuações e principalmente respeitar os acordos do trabalho em rede.

Ao tentarmos solucionar os problemas utilizando a educação em saúde nos deparamos com profissionais desanimados, que não desejam participar de ações para mudar a prática assistencial, por não observarem mudanças mesmo quando a equipe se doa e se capacita para melhorar a atenção aos

usuários. Os mesmos defrontam-se com amarras que geram sentimento de impotência e conseqüentemente desmotivam aqueles que tentam implantar mudanças benéficas para a instituição. Infelizmente o retrocesso no avanço das inovações gerou desinteresses e tem impedido as mudanças de acontecerem no ritmo previsto inicialmente.

A falta de reconhecimento profissional, tanto pessoal, como financeiro são os principais motivos relatados pela equipe para justificar a desmotivação dos mesmos, além disso, a ausência de autonomia que restringe a tomada de decisão e a vontade de ser mais participativo nos movimentos de mudança do Hospital.

Ficou evidente a importância da valorização profissional, no desejo de ser pró-ativo dos envolvidos nas ações. Dentre as diferentes formas de executar ações a corresponsabilidade é uma das principais, pois a partir do compartilhamento do planejamento, da tomada de decisão coletiva e das ações de educação em Saúde é possível transformar a prática, e a posturas dos envolvidos.

O modelo utilizado pela educação em saúde tem no diálogo um instrumento essencial. O objetivo da educação em saúde é transformar saberes existentes, propor soluções em conjunto visando autonomia e responsabilização dos indivíduos no cuidado com a saúde, para que esses se tornem cidadãos ativos no processo saúde doença, além de obter maior resolutividade das ações.

Os indicadores parciais utilizados para avaliar as melhorias impulsionadas pela intervenção foram dados que representam algumas conquistas desencadeadas pelas rodas de conversas, dados estatísticos informados pela coordenação da rede cegonha do hospital que refletem alguns dos avanços, lembrando que os resultados estatísticos também sofreram resultados negativos durante o período que vigorou a liminar ajuizada pelo CFM.

Os dados estatísticos foram os seguintes: um aumento considerável de acompanhantes em todo o período de trabalho de parto e nascimento, que antes era uma política não respeitada na instituição, por causa da resistência médica e pela falta de conhecimento das próprias usuária e familiares sobre o direito, além do aumento de partos normais, porém como é possível observar

nos dados abaixo o número de partos cirúrgicos (cesariana) também sofreu aumento, dado este que reflete a hegemonia da classe médica sobre as políticas públicas de saúde.

Indicador/ ANO	Outubro/2016	Outubro/2017
Nº total de acompanhantes	109	186
Nº de partos normais	71	83
Nº de partos cesáreos	56	71

8. DISCUSSÃO

Um dos grandes desafios para a saúde brasileira é a corresponsabilização. Compreender o paciente, saber trabalhar em equipe de forma interdisciplinar e ampliar a visão sobre as necessidades do indivíduo e do serviço são questões conceitualmente simples, porém na prática existem questões burocráticas que redirecionam o olhar de quem faz o atendimento, mascarando as reais necessidades do serviço.

Não raras vezes, observa-se profissionais desmotivados e que muitas vezes descarregam as suas insatisfações nas usuárias. Uma das consequências da desmotivação profissional é a violência institucional, que segundo a OMS é o ato intencional e consciente gerador de danos físicos, psicológicos ou morte a outrem. Muitas vezes a agressão é cometida justamente por quem deveria cuidar para não causar dano a paciente, ou seja, os profissionais de saúde (PÉLEZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

Muitas vezes a gestão privilegia os interesses de uma única categoria, deixando os outros servidores insatisfeitos e esquecendo-se do foco principal que é a qualidade da assistência e a satisfação do usuário.

Estudos mostram que a violência institucional pode ser identificada na falta de acesso e na má qualidade dos serviços. Uma das justificativas dos profissionais para algumas condutas consideradas agressivas é a insatisfação entre eles, o déficit do sistema de saúde, as péssimas condições de trabalho, a desvalorização profissional e financeira dos profissionais, ausência mínima de

subsídios para realizar uma assistência de qualidade. O que não justifica tal comportamento (PÉLEZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

Embora exista a Rede Cegonha que em parceria com instituições de ensino superior e MS se esforcem para transformar esse cenário das maternidades públicas do país, é preciso mais que políticas de saúde na área obstétrica e investimento de verbas.

A fiscalização é necessária para que se faça cumprir as políticas, e para isso é fundamental que os profissionais estejam atualizados e empoderados em garantir o cumprimento das leis que beneficiaram o serviço e a paciente. É importante que os mesmo se sintam corresponsáveis por mudar a prática e o cenário das maternidades públicas do país, transformando saberes, promovendo a qualidade da assistência.

Dentre as diferentes formas de ações que podem ser adotadas pelas equipes de saúde para solucionar as dificuldades no desenvolvimento da corresponsabilidade das ações está a educação em Saúde, que merece destaque, por possibilitar mudanças significativas através da reflexão, mudando a prática e a postura dos envolvidos. O modelo utilizado pela educação em saúde pode ser o diálogo, um instrumento essencial.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) de 2004 pressupõe que o aprendizado é o ponto de partida para o desenvolvimento do trabalho de qualidade, com o desenvolvimento de novos conhecimentos e transformação das práticas no cotidiano das organizações e serviços de saúde. A construção de conhecimento a partir das experiências dos trabalhadores dentro da realidade que estão inseridos torna-se uma ferramenta poderosa, ajudando a desenvolver a conscientização dos profissionais, tornando-os mais comprometidos e envolvidos com os processos de mudança (SAÚDE, 2011).

Entre os dispositivos metodológicos utilizados pela EPS, está a problematização da realidade, a aprendizagem a partir da toca de conhecimento através de rodas de discussão, reflexão que transpareça no trabalho.

Para que a aprendizagem ocorra de modo eficaz, produzindo resultados positivos é necessário que os sujeitos estejam motivados, ou seja, que o desejo de aprimorar os conhecimentos e de mudar a realidade de trabalho esteja fortalecido.

Porém nem sempre os objetivos estabelecidos pela educação em saúde são alcançados. Na maioria das vezes os profissionais envolvidos se defrontam com amarras que geram sentimento de impotência e conseqüentemente desmotivam aqueles que tentam implantar mudanças, o retrocesso no avanço das inovações gera desinteresse em tentar mudar a realidade dos serviços.

De modo geral, a gestão não se preocupa em compreender o trabalhador deixando-o em segundo plano, lembrando que o trabalhador não se trata apenas de recursos humanos, mais é um agente importantíssimo nos processos de transformação de seu ambiente de trabalho.

Para compreender a força de trabalho dentro de uma instituição é necessário corresponsabilizar os sujeitos, fortalecendo os processos de troca de conhecimento, incentivando a criatividade, o compartilhamento e comprometimento mútuo da equipe. Além disso, a observação dos anseios impostos pela equipe faz com que o gestor tenha mais confiança no desenvolvimento de suas ações, pois diminui os riscos de falha na implementação de ações e tomada de decisão.

A valorização do trabalhador através da política de gestão do trabalho em saúde garante resultados positivos na assistência ao paciente e conseqüentemente para a gestão (GIL et al; 2016).

Segundo (BRASIL, 2009b, p. 28 apud GIL et al; 2016) dentre os pontos que define a gestão do trabalho em saúde está a política que trata das relações de trabalho que pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador, do seu trabalho, fazendo-se cumprir o plano de cargos, carreira e salários; direitos trabalhistas que compreendem status previdenciários e proteção social; desenvolvimento de espaços para discussão e negociação de condições de trabalho; educação permanente e humanização do trabalho.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, de acordo com seus objetivos e com a metodologia aplicada permitiu alguns avanços institucionais, dentre os quais destacam-se:

Os profissionais refletiram sobre as práticas obstétricas, com mudanças de atitudes como o respeito ao direito do acompanhante durante toda a internação da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Essa foi uma das poucas metas atingidas em sua plenitude.

Os enfermeiros obstetras do HRG estão mais confiantes na possibilidade de um novo cenário, com assistência mais humanizada e na diminuição das taxas de cesariana.

Foram realizadas algumas readequações físicas que a princípio traria muitos benefícios para a assistência obstétrica na maternidade, porém teve de ser repensada devido a questões judiciais que interferiram diretamente no processo de trabalho e em todos os encaminhamentos feitos a partir desta intervenção. Outras readequações físicas estão em intenso debate, porém agora com o levantamento de outras prioridades da instituição e dos novos gestores, a área obstétrica deixou de ser o foco principal das melhorias físicas adotadas pela gestão.

Parte da gestão vinha apoiando e incentivando a atuação do enfermeiro obstetra no atendimento as gestantes, no entanto, como as mudanças ocasionadas pela liminar do CFM, os Conselhos Regionais de Enfermagem tiveram que se posicionar orientando a suspensão de várias práticas desenvolvidas pelo enfermeiro e que atingiram conseqüentemente a atuação do enfermeiro obstetra nos atendimentos as gestantes e puérperas. Mesmo após a revogação, há um nítido entrave posto, provenientes de embates que ocorreram durante a vigência da liminar.

As recomendações da OMS sobre as boas práticas obstétricas estão sendo disseminadas através das capacitações aos profissionais, entretanto de forma mais lenta do que o idealizado.

Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas pelas equipes de enfermagem em especial, as vantagens da humanização utilizando o ACCR na implementação das boas práticas obstétricas tem sido disseminado

constantemente para sociedade acadêmica. Por outro lado, ainda não tem ocorrido a consulta de enfermagem tal qual idealizada.

O HRG ainda precisa passar muitos avanços em relação as políticas de humanização, porém não existe transformação sem trabalho em equipe, e principalmente sem comprometimento de todos os envolvidos. Portanto, para que seja de fato realizada as mudanças necessárias em uma instituição, é preciso ser trabalhado em primeiro lugar a motivações e a corresponsabilização dos profissionais, só aí então poderemos observar melhores resultados e conseqüentemente avanços nos indicadores do país.

REFERÊNCIAS

BORGES, Talita Defant de Souza. Proposta de implantação de protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia na maternidade do município de lapa-pr. Pg 4-24, Lapa-PR, 2011. Visto em 08/03/2017 em: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/33663/TALITA%20DEFANT%20DE%20SOUZA>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea/ **Ministério da Saúde**. SAS, DAB. 1. Ed; 3. Reimpr- Caderno de Atenção Básica; n. 28, v.1. pg 25. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. Visto em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).. Visto em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf

FERNANDES, Michele Suzana, HILLESHEIM, Adriana Cristina. Implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia em unidade de emergência: relato de experiência. 2016. Visto em 08/03/2017, Em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/Michele-Suzana-Fernandes.Pdf>

GIL, Célia Regina Rodrigues; LUIZ, Isaías Cantóia; GIL, Maria Cristina Rodrigues. O Processo de trabalho na gestão do SUS/ Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA (Org.). - São Luís, 2016.

HEDLUND, Ana Caroline Boff, ILHA, Caroline Bolzan, HOFFMANN, Izabel Cristina, KRUSCHE, Juliana Biermann, PIMENTA, Lizandra Flores, BRAZ, Melissa Medeiros. Percepção de profissionais sobre acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, Vol. 41, n. 2, Jul./Dez, p.149-160, 2015.

SECOM, <http://secom.to.gov.br/noticia/2011/10/19/hospitais-publicos-de-palmas-discutem-acolhimento-com-classificacao-de-risco/#sthash.erC0xy9l.dpuf> <http://secom.to.gov.br/noticia/2013/11/27/hospitais->

[publicos-oferecem-tratamento-humanizado-no-to/#sthash.ABXb4gDL.dpuf.](#), 2011.

MALHEIROS, P. A. ALVES, V. H. RANGEL, T. S. A. VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto Enferm**, V. 21, n. 2, pg. 329-336, Florianópolis-SC, 2012.

OREANO, Joana Moreira, BRÜGGEMANN, Odaléa Maria, VELHO, Manuela Beatriz, MONTICELLI, Marisa. VISÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A NÃO UTILIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO. **CiencCuidSaude**, Jan/Mar; v. 13, n.1, pg. 128-136, 2014.

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Rev Tempus ActasSaude Col**.Pg 105-117, 2010.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; OLIVEIRA, Edilaine Varjão, LAGO, Mariana Santos. Percepção de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto. **Revista Enfermagem Contemporânea**. 2015 Jan./Jun.;4(1):66-77.

SANTILI, Priscila G. Josepetti; TONHOM, Sílvia F. Rocha; MARIN, Maria José S. Educação em saúde: desafios na sua implementação. **Rev. Atas CIAIQ. Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa em Salud//Volume 2**. Pg.1147-1156. 2016.

SANTOS, J. Assistência à saúde da mulher no Brasil. II Jornada internacional de políticas públicas. **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. São Luís-MA. Pg. 1-9, 2005.

SILVA, Heverton Ferrão; TEIXEIRA, Anita Coelho dos Santos. Caracterização das internações pediátricas na região sul no estado do Tocantins. **Cereus**, v. 8, n. 3, pg 83-85, set/dez. 2016.

SILVEIRA, Angela Cristina Bonfim. Acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. Florianópolis-SC. 2014. Visto em 08/03/2017, em: <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173116/Angela%20Cristina%20Bonfim%20da>

SOUZA, B. M. ROCHA, I. M. S. LIMA, A.L.S. Processo de enfermagem: acolhimento com classificação de risco a gestante. **Rev. RECIEN**, v. 6 ,n. 16, pg. 11-20, São Paulo-SP, 2016.

TRENTINI, Mercedes, BELTRAME, Vilma. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Rev. Cogitare Enfermagem**. V.11, n. 2, pg.156-160, Curitiba-PR, 2006.

TOCANTINS. SESAU. SGPES. ETSUS. Curso de acolhimento em redes de atenção à saúde: caderno de textos- unidade 1, módulos I, II, E III/ Organização: superintendência de gestão profissional e educação na saúde. **Escola Tocantinense do Sistema Único de saúde**- 88P. pg. 17-37. Palmas-TO, 2016.

LISTA DE SIGLAS

ACCR- Acolhimento com Classificação de Risco

CEEO- Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

HRG- Hospital Regional de Gurupi

MS- Ministério da Saúde

PSMI- Pronto Socorro Materno Infantil

EPS- Educação permanente em Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

HumanizaSUS- Política de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde

PHPN- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNH- Programa Nacional de Humanização

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNAISM- Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PAISM- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher