

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEYSIMARA DE MOURA MONTE ALTO

**A IMPORTÂNCIA DA QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O
ACOLHIMENTO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE NOSSA SENHORA DE
NAZARÉ EM BOA VISTA-RR**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEYSIMARA DE MOURA MONTE ALTO

**A IMPORTÂNCIA DA QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O
ACOLHIMENTO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE
NAZARÉ EM BOA VISTA-RR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. MSc. Danielle Bezerra

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A IMPORTÂNCIA DA QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O ACOLHIMENTO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ EM BOA VISTA-RR** de autoria da aluna **DEYSIMARA DE MOURA MONTE ALTO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Enfermagem em Urgência e Emergência.

Profa. Danielle Bezerra Cabral
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

À Deus que me presenteou com a profissão de enfermeira;

Ao meu esposo André Luiz pelo carinho e paciência;

*Ao meu filho Gustavo que chegou no momento em que cursava esta especialização mudando
toda a minha vida*

E às usuárias do sistema único de saúde que são minha inspiração neste projeto.

AGRADECIMENTOS

Meu muitíssimo obrigada aos amigos do peito, Ana Karine, Maria Sandileusa e Rodrigo Zagury. Vocês são meus braços segurando o Gustavo, minhas risadas nas horas difíceis e meu conselho nas dúvidas.

Minha gratidão ao apoio da minha mãe e amiga Zoraia Alves que em seu papel de gestora, me incentivou na produção deste trabalho e me traz o auxílio espiritual em outros momentos da minha vida.

Aos tutores e coordenadores da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial minha orientadora Danielle Bezerra, te admiro muito!

À equipe do ET-SUS de Roraima, pela brilhante execução deste projeto.

Aos meus pais que me impulsionam sempre para o meu crescimento educacional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 MÉTODO.....	15
3.1 Local de estudo.....	15
3.2 Sujeito-alvo.....	15
3.3 Proposta de estudo.....	16
3.4 Aspectos éticos.....	16
4. PLANO DE AÇÃO.....	16
4.1 Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco: atenção às urgências e emergências obstétricas.....	16
..4.2 Critérios para definição de prioridades.....	17
5 RESULTADO E ANÁLISE.....	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
7 REFERÊNCIAS.....	24
8 APÊNDICES.....	26

RESUMO

O acolhimento e classificação de risco na atenção pré-natal consistem na priorização das queixas clínicas e resolutividade mediante uma escuta qualificada de forma a reduzir mortes evitáveis. Objetivou-se, neste estudo, promover ações de educação permanente aos profissionais de saúde do Hospital Materno Infantil de Nossa Senhora de Nazaré em Boa Vista-RR. Trata-se da elaboração de um material educativo por meio do levantamento bibliográfico (busca de artigos científicos nacionais e internacionais e diretrizes vigentes). A proposta foi baseada na capacitação profissional por meio da atualização técnico-científica das definições de ACCR nas urgências e emergências obstétricas, com realização de quatro oficinas, no período de fevereiro de 2014. O folder educativo continha informações sobre os critérios de prioridades, com linguagem simples e entendível para os profissionais de saúde e usuárias. A comissão desta oficina foi composta por médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, enfermeiro e técnicos em enfermagem do hospital. Os resultados esperados para os profissionais de saúde foram melhoria da eficácia e efetividade do serviço; otimização e valorização do trabalho; melhor integração e envolvimento da equipe de saúde e aumento do grau de satisfação profissional e redução da ansiedade. Para as usuárias houve redução do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam maior urgência e melhoria da qualidade do atendimento prestado. Almeja-se que, este material educativo construído possa subsidiar em futuras pesquisas e na busca constante de melhores soluções para os problemas de saúde, pois a qualidade do acolhimento é fundamental para a organização, qualidade e resolutividade do atendimento as emergências obstétricas.

Palavras-chaves: Acolhimento; Saúde Materna, Serviços Médicos de Emergência, Enfermagem

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal é de grande importância para a saúde materna, pois inclui ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e terapêutica adequados aos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2005).

Compreendendo que o atendimento no setor de urgência e emergência deve fluir de maneira organizada e humanizada devido a complexidade dos casos, bem como o estado emocional dos usuários e familiares, o sistema de saúde provê de um dispositivo que otimiza a assistência que é o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

Posto isto, o acolhimento é uma diretriz política e operacional do SUS contemplada no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), possibilitando a organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, bem como ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contrarreferência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2000). E, a Classificação de Risco indica a prioridade de atendimento e organização do fluxo dos usuários no sistema de saúde selecionando, assim os recursos adequados para o diagnóstico e tratamento do agravo à saúde nas unidades de urgências e emergências (CALIL; PARANHOS, 2007).

Acresce-se que o acolhimento implica na escuta qualificada do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e, na resolutividade a partir da ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Dessarte, a classificação de risco na Política Nacional de Humanização é uma ferramenta de organização da "fila de espera" com critérios de prioridade e não por ordem de chegada. (BRASIL, 2011).

Salienta-se ainda que a equipe multiprofissional acolhe o usuário desde de sua chegada nos serviços de saúde, com a escuta qualificada de suas queixas, até o momento da resolutividade do problema, referenciando ou não a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. A

co-responsabilização, orientação e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários e seus familiares faz-se imprescindível para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelecendo, portanto, a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas. A construção ética é a defesa da vida como eixo de suas ações, outrora as estéticas estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Assim sendo, as políticas é a operacionalização da relação entre os homens, das relações sociais e de poder e, que o mundo se faz (BRASIL, 2004; 2006).

O ACCR permite a garantia de acesso por meio da identificação das prioridades de atendimento, ou seja, atender a necessidade de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada usuário. Ademais, avaliar riscos e vulnerabilidade implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2009).

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde Brasileira, publicou a Portaria 1.459 de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esta rede, também deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de um determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Uma assistência de qualidade melhora os índices de agravos à saúde e, principalmente as complicações decorrentes das intervenções a saúde (BRASIL, 2009).

Assim, o estado de Roraima é a capital mais setentrional da federação e o único estado brasileiro localizado totalmente no hemisfério norte. Sua população é de 488.072 habitantes e, é dividido em apenas 15 municípios. Ademais, é o decimo quarto estado brasileiro de maior extensão, porém apresenta uma escassez de profissionais de saúde nos municípios. Todavia, em Boa Vista concentra-se os atendimentos hospitalares de maior complexidade, com uma

população de 308.996 habitantes. O Estado é composto por apenas uma maternidade e um hospital geral (IBGE, 2010).

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), localizado em Boa Vista é responsável por atendimento em urgências obstétricas de todo o estado além, dos países fronteiriços como Venezuela e Guiana Inglesa. A Maternidade busca reduzir ou evitar índices de mortalidade materna, humanizar a assistência com um atendimento de excelência prestado por toda a equipe multiprofissional as mulheres gestantes garantindo, assim um atendimento, no Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o seu ciclo gravídico/puerperal aos serviços de saúde do SUS.

O município de Boa Vista apresenta problemas estruturais na implantação de diversos serviços ofertados à população, desde que, se tornou Gestor Pleno da Assistência, notadamente naqueles que requer uma atenção mais adequada para o acolhimento das pessoas que procuram por serviços de saúde. Assim, a maioria da estrutura física dos serviços de saúde existentes na cidade foi herdada do Estado, nas décadas 80 e 90 e, que ao longo do tempo não houve melhorias ou ampliações para atender uma nova realidade e necessidade de saúde desencadeada pelo surgimento de novos bairros, com infraestrutura precária de saneamento básico.

Ademais, a gestão municipal e estadual pautada nos princípios do SUS, em especial a universalidade, integralidade e equidade, é incipiente, pois há participação reduzida do controle social nos processos de planejamento, organização, monitoramento e avaliação da aplicação de recursos provenientes do SUS ou de fontes municipais.

Baseado na política de humanização, esta maternidade propõe um atendimento efetivo e humanizado a esta mulher, bem como uma escuta qualificada. Acresce-se que o protocolo de acolhimento com classificação de risco baseia-se nas queixas das usuárias que demandam os serviços de urgência/emergência obstétricas, considerando as diferenças culturais e étnicas de cada uma, bem como identificar aquelas que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.

A qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar esse acolhimento qualificado dos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade é de fundamental importância neste contexto. Observa-se que existem dificuldades dos municípios em capacitar os recursos humanos para elaborarem ações de saúde.

A mortalidade materna se refere às mortes de mulheres durante a gestação, no parto ou no puerpério (período de 42 dias após dar à luz). Elas podem ser diretas, quando são causadas por doenças que só ocorrem nesse período, como eclampsia, ou indiretas, quando são provocadas por males preexistentes ou que se desenvolvem durante a gestação e são agravados por ela, como problemas circulatórios ou respiratórios (HOGAN et al., 2010).

Diante da série histórica das políticas públicas e legislação brasileira, verifica-se que a maioria das mulheres tinha como foco a gravidez e seu ciclo (BRASIL, 1985). Em 1995, foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que contemplava as necessidades da população feminina, enfocando as doenças prevalentes no ciclo gravídico puerperal. Desta forma, os gestores de políticas públicas e legisladores preocuparam-se em estabelecer programas e ações da integralidade do indivíduo (SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004).

Entretanto, os questionamentos relacionados à qualidade da assistência continuaram, especialmente no que dizia respeito à assistência ao pré-natal e parto, já que os indicadores maternos e perinatais continuavam alarmantes . (SERRUYA, CECATTI; LAGO, 2004).

Diante desta panorâmica, o Ministério da Saúde, entendendo que a má assistência prestada adivinha da incompreensão dos direitos reprodutivos e a não percepção da mulher como sujeito, implementou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), (SERRUYA, CECATTI; LAGO, 2004).

O programa nacional de assistência obstétrica e infantil, em 2011, consistiu numa rede de cuidados que assegurassem à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e

ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011). O Programa instituído pela Portaria nº 1.459, de 2011 contém cinco diretrizes:

- Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- Vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;
- Acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Tendo em vista essas diretrizes, os principais objetivos da rede são fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, bem como organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que tenha garantias de acesso, acolhimento e resolutividade e propostas de redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Apesar desta iniciativa, ainda existem grandes desafios a serem superados, tanto na qualidade da assistência como nos aspectos psicológicos, emocionais e culturais que envolvem a assistência (SERRUYA, CECATTI; LAGO, 2004).

A mortalidade materna reduziu em torno de 35% no mundo, entre os anos de 1980 e 2008. O número total de mortes por ano passou de 526 mil para 343 mil no período, em um estudo realizado em 181 países. Todavia, no Brasil, houve redução de 63% na taxa de mortalidade por 100 mil nascimentos (HOGAN et al., 2010).

O Brasil reduziu os índices de mortalidade materna por meio das melhorias na educação e nas condições socioeconômicas, com o acesso aos contraceptivos. Em termos de saúde, o atendimento pré-natal evoluiu, o que resultou na queda da taxa de mortalidade por eclampsia. A redução em 75% das mortes maternas até 2015 é uma das oito metas da Declaração do Milênio

das Nações Unidas. O documento, assinado em 2000 pelos países-membros, estabelece objetivos para melhorar indicadores de saúde e o desenvolvimento sustentável (HOGAN et al., 2010).

O estudo da qualidade da assistência à saúde se enquadra na avaliação de processo, na qual a estratégia de atendimento é comparada com um modelo considerado ideal. O processo de atendimento deve, teoricamente, levar ao resultado desejado em termos de melhoria da saúde, alívio da dor e sofrimento, além de satisfação da pessoa que está recebendo o cuidado (D'ORSI et al., 2005).

Nos estudos de avaliação em saúde, a comparação entre as ações realizadas, normas e procedimentos recomendados utiliza-se a classificação da qualidade técnico-científica da atenção à saúde. Trata-se da qualidade definida a partir dos critérios e normas de atuação dos profissionais. O conjunto de normas e procedimentos básicos para atendimento ao parto estabelecido pela OMS mostra-se efetivo na promoção da saúde materna e perinatal nos países onde foram implementados (D'ORSI et al., 2005).

No Brasil, a necessidade de qualificar os serviços oferecidos, com utilização de guias clínicos e provisão de condições mínimas para atendimento completo, foi identificada em diferentes regiões, embora dados recentes não sejam disponíveis. Portanto, a redução da mortalidade materna no país se deve à dificuldade de acesso, mas o componente essencial parece ser a oferta de atenção à gestação, parto e puerpério mais qualificada (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007).

Diante do exposto, percebemos a necessidade de capacitar os profissionais de saúde no acolhimento e classificação de risco as usuárias atendidas e estruturar o serviço de pronto atendimento no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré em Boa Vista, Roraima.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover ações de educação permanente direcionada aos profissionais de saúde do Hospital Materno Infantil de Nossa Senhora de Nazaré em Boa Vista-RR.

2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer informação adequada as usuárias e familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e o tempo de espera.
- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de urgência e emergência do hospital.
- Organizar o processo de trabalho e ambiência adequada.

3- MÉTODO

Este estudo foi baseado no levantamento bibliográfico por meio da busca de artigos científicos nacionais e internacionais e diretrizes vigentes sobre a temática. Trata-se da construção de um material educativo que visa auxiliar na capacitação (educação permanente) dos profissionais de saúde que atendem nas urgências obstétricas do município de Boa Vista-RR.

Segundo Niestche (2000) e Prado et al. (2009), existem várias tecnologias de estudos com inserção direta da realidade, de forma a propor uma resolutividade de problemas ou inserção de inovações, dentre os diversos processos de trabalho. Este estudo abordou tecnologias de educação para conscientizar o sujeito alvo a se comunicar adequadamente e com qualidade e eficiência com os usuários de saúde, utilizando meios informativos como folder, panfletos, panfleto, prospecto, entre outros.

3.1 Local de estudo

O estudo foi realizado no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN) que é responsável pelo primeiro atendimento as pacientes gestantes, seja por demanda espontânea ou referenciada de outros serviços de saúde do município. O ACCR na atenção às urgências e emergências é o primeiro contato das usuárias que adentram nesta maternidade, com abertura da ficha de atendimento, inicialmente e, depois a mesma é acolhida pelo enfermeiro, com a escuta qualificada e critérios de prioridade segundo queixa e grau de sofrimento, bem como a realização dos cuidados de enfermagem segundo as condições clínicas.

3.2 Sujeito-alvo

Os profissionais de saúde do HMINSN que atuam diretamente com as usuárias e seus familiares. Vale salientar que os sujeitos secundários (usuárias e familiares) foram contemplados com a informação produzida nesta proposta de qualificação dos profissionais e saúde por meio do acolhimento.

3.3 Proposta de estudo

O estudo consistiu em avaliar uma intervenção educativa em uma unidade materna infantil estadual, inserida no Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) e na Política Nacional de Humanização (PNH). A ideia adveio que a compreensão das definições de classificação de risco pelos profissionais de saúde resultaria na qualidade da assistência prestada em que o interesse e aceitação das usuárias no ACCR seria salutar na adequação do processo de trabalho do hospital em estudo.

3.4 Aspectos éticos

Trata-se de um material educativo aos profissionais de saúde sobre o acolhimento e classificação de risco nas urgências e emergências obstétricas e, desta forma a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por não envolver seres humanos.

4. PLANO DE AÇÃO

A proposta de trabalho foi baseada na capacitação profissional por meio da atualização técnico-científica das definições de ACCR nas urgências e emergências obstétricas. Realizaram-se, assim quatro oficinas de capacitação nos dias 11, 12, 13 e 14 de fevereiro de 2014, sendo, neste momento, apresentado o protocolo de atendimento. Em seguida, elaborou um folder educativo (Apêndice I) que continha as informações sobre os critérios de prioridades, com linguagem simples e entendível para os profissionais de saúde e usuárias. A comissão desta oficina foi composta por médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, enfermeiro e técnicos em enfermagem do hospital.

4.1- Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco: atenção às urgências e emergências obstétricas

Para elaboração do protocolo utilizou-se, inicialmente, uma pesquisa sobre as principais ocorrências obstétricas da unidade de saúde em estudo e, em seguida realizou-se um levantamento da literatura sobre os modelos de protocolos institucionais de ACCR. Dentre eles destacam-se o Acolhimento a Demanda Espontânea (BRASIL, 2011b); Protocolo de

Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas (SENRA et al., 2010); sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência (GBCR, 2010). A proposta educativa foi elaborada com auxílio do levantamento bibliográfico e dos indicadores de casos de urgências obstétricas desta maternidade.

4.2 Critérios para definição de prioridades

Prestar assistência a pacientes em situação de emergência requer uma postura acolhedora e, isto não pressupõe hora, local ou profissional específico, mas é necessário identificar riscos e vulnerabilidade de cada usuário, conjugado a sua necessidade. A postura acolhedora envolve todo o processo, chegando até mesmo ao encaminhamento (MELO; SILVA, 2011).

Para identificar sinais e sintomas para a classificação do risco, pretendeu-se elaborar um material educativo (folder) no HMINSN em que a determinação das prioridades por urgência obstétrica foi definida por cores e tempo de espera, sendo os eixos de prioridades:

1º Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha) / Emergência

1. Mulheres com ou sem confirmação de gravidez:

- ✓ Convulsão em atividade
- ✓ Hipotensão (PAS \leq 80 mmHg)
- ✓ Taquicardia (\geq 120 bpm)
- ✓ Bradicardia (\leq 45 bpm)
- ✓ Pele Fria, palidez acentuada /perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural

1.1- Insuficiência Respiratória

- ✓ Incapacidade de falar/fala entrecortada
- ✓ Cianose
- ✓ FR \leq 10 ipm
- ✓ FR \geq 32 ipm
- ✓ Respiração agônica / Dispneia Extrema / Fadiga muscular
- ✓ Uso de Musculatura Acessória

2. Gestante com:

2.1- Alteração do estado mental:

- ✓ Não-responsiva / Déficit Cognitivo / Confusão mental
- ✓ Letargia / Agitação / Paralisia
- ✓ Intoxicação exógena
- ✓ Hipoglicemia (fazer glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispneia
- ✓ Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem

2.2- Trabalho de parto

- ✓ Período expulsivo

2.3- Hemorragia genital e/ou dor aguda

- ✓ ($\geq 8 / 10$)

2.4- Prolapso de cordão

2.5- Exteriorização de partes fetais pelas genitais

2º Grupo – Prioridade I (Laranja)/Muito Urgente

1. Gravidez > 20 semanas

- ✓ Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos)
- ✓ Ausência de Movimentos Fetais
- ✓ Pós- parto imediato (mãe e criança) – Parto no trajeto ou domiciliar

2. Gestante ou puérpera

2.1- Hipertensão com PA $\geq 160 \times 100$ mmHg

2.2- Hipertensão com PA $\geq 140 \times 100$ mmHg com:

- ✓ Cefaléia
- ✓ Epigastralgia
- ✓ Alterações visuais

2.3- Febre

- ✓ TAX $\geq 40^{\circ}\text{C}$
- ✓ Toxemia
- ✓ Alteração mental

2.4- Doença psiquiátrica com rigidez de membros

2.5- Relato de convulsão em pós comicial

3. Não gestante com dor abdominal aguda, de forte intensidade (8-10/10) associada a náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez.

3º Grupo – Prioridade II (Amarelo) / Urgente

1. Hipertensão em gestante ou puérpera

- ✓ PA \geq 140 x 90 mmHg e < 160 x 100 mmHg

2. Gestante com:

2.1- Sangramento genital e/ou dor

Dor (\geq 4 / 10) e (\leq 8 / 10)

- ✓ Sem repercussões hemodinâmicas

2.2- Êmite ou hiperêmese

- ✓ Sinais de desidratação como:
- ✓ Letargia
- ✓ Mucosas Secas
- ✓ Turgor Pastoso

3. Paciente com ou sem confirmação de gravidez e puérpera

- ✓ Febre (TAX \geq 38,5oC e < 40^oC)
- ✓

4. Queixa ligada a amamentação

- ✓ Hiperemia, dor e febre
- ✓ Sinais de abscesso

5. Situações Especiais

- ✓ Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência
- ✓ Vítima de violência

6. Paciente não grávida com corrimento genital associado a dor e febre**4º Grupo – Prioridade III (Verde) / Pouco Urgente****1. Gestantes com febre**

- ✓ TAX < 38,5oC

2. Emite ou hiperêmese

- ✓ Sem sinais de desidratação

3. Dor abdominal aguda

- ✓ De moderada a leve intensidade (< 4 / 10)
- ✓ Sem contrações – avaliar dinâmica uterina

4. Queixas urinárias

- ✓ Algúria
- ✓ Disúria
- ✓ Febre

5. Sintomas Gripais

- ✓ Sem dispnéia

6- Avaliação de Ferida Operatória

- ✓ Com suspeita de infecção superficial

7. Sinais de Bartholinite**8. Gestante do pré-natal de Alto Risco**

- ✓ Sem queixas que demandem atendimento de urgência

9. Queixas ligadas a amamentação

- ✓ Ingurgitamento mamário
- ✓ Qualquer dificuldade ligada à amamentação

10. Gestantes com queixa de perdas de líquido**11. Risco Social**

- ✓ Encaminhar ao Serviço Social (exceto casos de vítima de violência)

- **Gestante de Risco Habitual**

- ✓ Queixas não sanadas no Centro de Saúde
- ✓ Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência.
- ✓ Gestantes escoltadas

5º Grupo – Prioridade IV (Azul) / Não Urgente

1. Consultas de baixa complexidade

- ✓ Consulta pré-natal sem procura previa ao Centro de Saúde
- ✓ Questões sociais sem acometimento clínico
- ✓ Curativos
- ✓ Trocas ou requisição de receitas
- ✓ Dor pélvica crônica ou recorrente
- ✓ Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez)
- ✓ Irregularidades menstruais, hipermenorréia/menorragia sem alteração de dados vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência.
- ✓ Problemas com contracepção oral/injetável
- ✓ Retirada de DIU ainda que com fio não visível
- ✓ Avaliação cirúrgica
- ✓ Retirada de pontos
- ✓ Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo
- ✓ Exame preventivo
- ✓ Solicitação de atestado médico

5- RESULTADO E ANÁLISE

Esta pesquisa permitiu vislumbrar uma qualidade no processo de trabalho, pois o ambiente hospitalar, geralmente era tensão e estresse vividos por profissionais e usuários do Sistema. O projeto foi desenvolvido em parceria com todos os profissionais de saúde do referido hospital e, os resultados esperados foram:

Para os profissionais:

Racionalização do processo de trabalho.

Melhoria da eficácia e efetividade do serviço.

Otimização e valorização do trabalho e profissional da saúde, incluído na construção das propostas.

Melhor integração e envolvimento da equipe de saúde.

Aumento do grau de satisfação profissional e redução da ansiedade.

Para as usuárias:

Redução do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam maior urgência, principalmente.

Informação sobre o tempo de espera as usuárias e familiares.

Melhoria da qualidade do atendimento prestado.

Os problemas encontrados no decorrer do projeto revelaram que um acolhimento adequado proporciona uma maior produção no trabalho. Assim, com a objetividade das informações contidas nesta cartilha observou-se, em poucos meses, uma resolutividade da vulnerabilidade dos agravos à saúde as usuárias do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré.

O acompanhamento periódico e avaliações realizadas com os profissionais de saúde, o material educativo desenvolvido refletiu na utilização de todos os recursos disponíveis e alcance das estratégias desenvolvidas na rede de atenção.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do levantamento bibliográfico por meio da legislação nacional vigente na área da saúde da mulher, concluímos que as gestantes atendidas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré em Boa Vista por profissionais capacitados nesta pesquisa foram adequadamente acolhidas e classificadas segundo os eixos de prioridades clínicas.

Almeja-se ainda, este material educativo construído possa subsidiar em futuras pesquisas e na busca constante de melhores soluções para os problemas de saúde, pois a qualidade do acolhimento é fundamental para a organização, qualidade e resolutividade do atendimento as urgências obstétricas.

Especula-se que, este estudo propicie aos profissionais de saúde, do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, um envolvimento e comprometimento na qualidade da saúde prestada, bem como um planejamento de suas ações de modo a padronizar as queixas atendidas no acolhimento e classificação de risco.

7- REFERÊNCIAS

AMARAL, E.; LUZ, A. G.; SOUZA, J. P. D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.9, p.484-489, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de aplicação programática. Brasília: DF, 1985. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade**. C3. Razão de mortalidade materna. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/c03.htm>>. Acesso em: 13 maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10-49 anos, com ênfase na mortalidade materna**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_mortalidade_texto.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

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 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

D'ORSI, E. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.4, p. 645-654, 2005.

HOGAN, M. C., et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **The Lancet**, v. 375, p. 1609-1623, 2010.

INOJOSA, R. M. **Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários**. In: X Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de La Administrass em Pública, Santiago, Chile, p. 18-21, 2005. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf Acesso em: 13 de maio de 2014.

MELO, M. C. B; SILVA, N. L. C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)**. 2009.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 7, p.517-575, 2004.

APÊNDICE

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NA MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

A classificação de risco é uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, usa-se diferentes cores para que aqueles usuários que precisam mais, sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada.
(Brasil, 2003)

1o Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha) - Em emergência
Atender imediatamente
Encaminhar diretamente para atendimento médico, no pré-parto ou bloco obstétrico.

2o Grupo – Prioridade I (Laranja) - Muito Urgente
Atender em até 10 minutos
Encaminhar para consulta médica prioritizada.

3o Grupo – Prioridade II (Amarelo) - Urgente
Atender em até 30 minutos
Encaminhar para consulta médica prioritizada. Reavaliar periodicamente.

4o Grupo – Prioridade III (Verde) - Pouco Urgente
Atender em até 120 minutos
Consulta médica sem priorização.
Informar expectativa do tempo

5o Grupo – Prioridade IV (Azul) - Não Urgente
Atender em até 4 horas
Possibilidade de encaminhamento para Atenção Básica

Convulsão em atividade.
• Hipotensão (PAS= 80 mmHg).
• Taquicardia (> 120 bpm).
• Bradicardia (> 45 bpm).
• Pele fria, palidez centuada.
• Insuficiência respiratória.

• Alteração do estado de consciência.
• Trabalho de parto em período expulsivo.
• Gestante com hemorragia genital e/ou dor aguda.

• Prolapso de cordão.
• Exteriorização de partes fetais.
• Exteriorização de partes fetais.
• Pós-parto imediato.

• Grávida > 20 semanas Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos).
• Ausência de movimentos fetais nas últimas 24h.

• Gestante ou puerpera Com Hipertensão PA= 160 x 100 mmHg.
• PA= 140 x 100 mmHg.
• Febre Tax= 40 °C

• Doença psiquiátrica.
• Relato de convulsão.
• Dor abdominal aguda forte com sangramento a a suspeita de gravidez

• Hipertensão em gestante ou puerpera. PA = 140 x 90 mmHg e PA < 160 x 110 mmHg.
• Gestante com sangramento genital e/ou dor.

• Êmese ou hiperemese.
• Paciente não grávida com corrimento genital associado a dor e febre.
• Febre (TAX = 38,5 °C e < 40 °C).

• Queixas ligadas à amamentação.
• Hiperemia, dor e febre.
• Situações especiais.
• Referências de outras unidades de atendimento com diagnóstico de urgência.

• Gestantes com febre: TAX < 38,5 °C.
• Êmese ou hiperemese (sem sinais de desidratação).
• Dor abdominal aguda leve

• Queixas urinárias.
• Sintomas gripais (sem dispnéia).
• Avaliação de ferida operatória.
• Sinais de Bertholinite.
• Gestante do pré-natal de alto risco sem queixas

• Queixas ligadas à dificuldade de amamentação.
• Gestantes com queixa de perdas de líquido.
• Risco Social: encaminhar ao Serviço, exceto vítima de violência.

• Consultas de baixa complexidade: Consulta pré-natal de risco habitual sem procura prévia à Unidade Básica de Saúde.
• Questões sociais sem comprometimento clínico.
• Curativos.
• Trocas ou reposição de receitas.
• Dor pélvica crônica ou recorrente.

• Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez).
• Irregularidades mensurais, sem alteração de dados vitais.
• Problemas com contracepção.
• Retirada de DIU ainda que com fio não visível.

• Avaliação cirúrgica.
• Retirada de pontos.
• Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo.
• Exame preventivo.
• Solicitação de atestado médica/licença-maternidade.

Nenhuma paciente poderá ser dispensada sem ser atendida, ou seja, sem ser acolhida, classificada e encaminhada de forma responsável a uma Unidade Básica de Saúde de referência.