

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS

**JULIANA BAPTISTA RODRIGUES¹; VANIA GREICE DA PAZ SCHULTZ²;
LUIZA ROCHA BRAGA³; IVANETE DA SILVA SANTIAGO STREFLING⁴; MARILU
CORREA SOARES⁵**

^{1,2,3,4,5}Universidade Federal de Pelotas

¹*rodrigues.b_juliana@yahoo.com.br*

²*vaniagreice@yahoo.com.br*

³*luizarochab@gmail.com*

⁴*ivanete25@gmail.com*

⁵*enfmari@uol.com.br*

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de um relato da experiência de enfermeiras com o acolhimento e a classificação de risco em um pronto atendimento obstétrico. O objetivo é compartilhar conhecimentos que contribuam para a estruturação e organização da porta de entrada dos serviços de urgência e emergência. Também enfatizar a valorização do enfermeiro, sobretudo em acolher à gestante, na identificação de diversos problemas que demandam atendimento em obstetrícia de forma ágil, com o intuito de evitar danos a mãe e filho, além de organizar o processo de trabalho e a ambiência hospitalar.

Muitos serviços de atendimento às urgências e emergências ainda convivem com grandes filas. As pessoas disputam o atendimento por ordem de chegada sem distinção de riscos ou graus de sofrimento. Esse funcionamento demonstra a lógica perversa do trabalho cotidiano, focando a doença e não o sujeito e suas necessidades. Isso tem como consequência graves danos à saúde ou até a morte pela falta de atendimento em tempo adequado (BRASIL, 2009).

No Brasil, a portaria GM/MS nº 2.048 de 2002 prevê a classificação de risco como um dos elementos essenciais para a organização e estruturação dos sistemas de urgência e emergência (BRASIL, 2002).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Política Nacional de Humanização, propondo o acolhimento em conjunto com a Classificação e Avaliação de Risco (BRASIL, 2004).

A Classificação de Risco é entendida como um dispositivo técnico-assistencial que possibilita a identificação das prioridades para atendimento a partir da necessidade de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada usuário (BRASIL, 2009).

O Brasil tem investido em políticas públicas que visam o parto e nascimento de forma humanizada e qualificada. Dentre as principais ações está a criação, em 2011, da Rede Cegonha, na qual foram incorporados os dispositivos da Política Nacional de Humanização. Nesta proposta é garantido às gestantes o acolhimento, por meio da escuta qualificada, construção de vínculo, responsabilização e resolutividade. Isso impacta positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2014).

Para CAMARA et al. (2015), o enfermeiro é peça chave no funcionamento eficiente deste dispositivo, pois realiza o julgamento clínico e crítico das queixas da clientela. Contudo, para este fim, o enfermeiro deve conhecer todas as etapas do processo de maneira holística.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir da perspectiva de enfermeiras que atuam no acolhimento com classificação de risco em um pronto atendimento de obstetrícia, de um Hospital de ensino de médio porte, referência no atendimento às gestantes de alto risco. A experiência descrita é vivenciada há um ano.

O serviço de acolhimento com classificação de risco está disponível no período de segunda-feira a sábado, das 7h às 24h, realizado por uma enfermeira em cada turno. Não há atendimento aos domingos devido à baixa demanda.

O método utilizado para classificação de Risco é o Sistema Manchester, que tem como objetivo priorizar a gravidade clínica a partir da queixa de saúde dos usuários (MACKWAY et al., 2016).

As enfermeiras são certificadas pelo Grupo Brasileiro de Classificação de risco após realizar curso de capacitação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A procura pelos serviços de urgência tem aumentado mundialmente durante as últimas décadas, levando à necessidade de modificação na organização da assistência. Por isso, foram elaborados sistemas de triagem para identificação da prioridade clínica dos usuários dos serviços de saúde (BRILHANTE et al., 2016).

A atuação das enfermeiras é baseada no Sistema Manchester e fomos certificadas pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, por meio de um programa de capacitação que estabelece um padrão de nomenclaturas, definições e metodologia de triagem para médicos e enfermeiros (MACKWAY et al., 2016).

Neste dispositivo, o enfermeiro realiza o julgamento clínico por meio da consulta de enfermagem, bem como outras competências legais como o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação (BRASIL, 1986).

O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas que são selecionados a partir da queixa principal apresentada pela gestante. Este método permite ao enfermeiro atribuição rápida de uma prioridade clínica, a qual é classificada pelas seguintes cores: Vermelho para atendimento imediato, laranja muito urgente, (tempo máximo de resposta 10 min.), amarelo urgente, (tempo máximo de resposta de 60 min.), verde pouco urgente (tempo máximo de resposta de 120 min.) e azul não urgente (tempo máximo de resposta 240 min). Este protocolo não tem a pretensão de realizar diagnóstico, mas agilizar a avaliação médica em tempo pré-estabelecido (MACKWAY et al., 2016).

O tempo de espera, algumas vezes, é uma problemática em nosso serviço, devido ao fato da equipe médica atender a demanda espontânea e assistir aos partos, ocasionando a interrupção dos atendimentos. Essa situação requer atenção do enfermeiro aos sinais de alteração na queixa das gestantes. A prioridade clínica pode mudar e por isso, a classificação de risco deve ser dinâmica, sendo possível realizar múltiplas reavaliações (MACKWAY et al., 2016).

Um dos principais desafios para as enfermeiras foi sensibilizar a equipe de saúde no sentido de manter padrões de qualidade na assistência com a inserção de mais um elemento assistencial na instituição. Nesse sentido, o enfermeiro tem a seu favor o exercício da liderança que requer aplicação do pensamento crítico na tomada de decisões, resolução de conflitos e também a gestão do cuidado para manter padrões de qualidade (NÚÑEZ; HENRÍQUEZ, 2015).

No momento do acolhimento, as gestantes que desconhecem a organização de nosso processo de trabalho, são informadas do método de atendimento e assim, compreendem nosso comprometimento pela vida ao priorizar as situações mais graves, bem como minimizar a ansiedade da espera.

A preocupação em esclarecer as gestantes e familiares quanto a funcionalidade do atendimento, demonstra a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários elevando o grau de vínculo e confiança (CAVALCANTE et al., 2012).

Percebemos que algumas gestantes buscam o serviço com queixas permeadas por ansiedade e insegurança, muitas vezes por falta de informação que deveriam ser sanadas no pré-natal. Uma estratégia é a construção de vínculo, acolhendo, ouvindo e permitindo a expressão de suas preocupações, assim garantimos as próximas etapas do atendimento com tranquilidade e confiança. É importante destacar a construção do vínculo como um recurso terapêutico. Portanto, não se trata somente de uma preocupação humanizadora, mas também do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde (MASSON et al., 2015).

Na nossa experiência de trabalho com a classificação de risco consideramos a falta da sala de espera, um problema de ambiência no hospital, visto que as gestantes aguardam atendimento médico no corredor que comporta poucas cadeiras e possui grande fluxo de pessoas e macas. Neste sentido, o MS preconiza que as adequações de ambiência se referem às mudanças necessárias no ambiente para proporcionar acolhimento e conforto ao usuário (BRASIL, 2004).

4. CONCLUSÕES

Consideramos que o sistema Manchester torna o trabalho do enfermeiro mais sistemático e garante padronização nos resultado da avaliação da gestante, segurança e agilidade no atendimento, reduzindo muitos agravos e até mortes evitáveis, além de fornecer um respaldo legal a nós profissionais.

Os principais desafios que as enfermeiras defrontam-se na gerência do pronto atendimento obstétrico são a manutenção da qualidade do cuidado, a utilização da liderança, o reconhecimento do enfermeiro como agente gerencial da assistência.

Apontamos a necessidade de reorganização da área física e que seja revista a logística dos fluxos dos usuários. É necessário sensibilizar gestores para investimentos em uma sala de espera para que se possa oferecer conforto às gestantes e desenvolver ações de educação em saúde, bem como investimento em leitos de observação. Os recursos humanos da equipe médica também necessitam de investimentos, de forma que haja duas equipes atuantes, uma para a assistência aos partos e outra para atendimento externo.

As gestantes necessitam de melhores informações na atenção básica sobre os sinais e sintomas que caracterizam emergência e urgência, pois a grande procura pelo serviço de forma desnecessária contribui para o tempo de espera acima do que é preconizado.

Acredita-se que as experiências aqui compartilhadas, possam contribuir com outros serviços de pronto atendimento que passam pelo processo de implantação do acolhimento com classificação de risco adaptando-as à sua respectiva realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Dispõe sobre regulamento técnico dos serviços de urgências e emergências. Brasília, 2002. Acesso em: 2 out. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

BRASIL. Presidência da República. **Lei 7498/86, de 25 de junho de 1986. Regulamentada pelo decreto 94.406/1987**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Acesso em 3 out 2017. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/o/128195/lei-7498-86>

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

BRILHANTE, A. F; VASCONCELOS, C. T. M; BEZERRA, R. A; LIMA, S. K. M; CASTRO, R. C. M. B., FERNANDES, A. F. C. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Rev Rene**. v.17, n.4, p. 569-575, 2016.

CAMARA, R. F; PAULINO, T. S; PEREIRA, F. C. C; NELSON, I. C. A. S. R; ROCHA, K. M; NETO, L. I. O Papel do Enfermeiro no Processo de Classificação de Risco na Urgência: uma Revisão. **Revista Humano Ser** [da] Universidade UNIFACEX de Natal-RN, v.1, n.1, p. 99-114, 2015.

CAVALCANTE, R. B; RATES, H. F, SILVA, L. T. C; MELLO, R. A; DAYRREL, K. M. B. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** [da] Universidade Federal de São João del-Rei, v. 2, n. 3, p. 428-437, 2012.

MACKWAY, K. J; MARSDEN, J; WINDLE, J; JUNIOR, W. C; MAFRA, A. A. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Classificação de Risco na Urgência e Emergência. 2^a versão. Brasil: Ed. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2016.

MASSON, N; FALCÃO, A; VELO, M. M. A. C; PEREIRA, A. C. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde** [da] Universidade Federal do Espírito Santo, v. 17, n. 2, p. 103-110, 2015.

NÚÑEZ, S. G; HENRÍQUEZ, P. C. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. **Aquichan** [da] Universidade de La Sabana, v. 15, n.1, p. 129-140, 2015.