PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A GESTANTE: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SILVANA PEREIRA PINHEIRO

RIO DE JANEIRO

 2013

SILVANA PEREIRA PINHEIRO

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A GESTANTE: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como pré- requisito do titulo de especialista em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia sob a orientação da Professora Carla Priscila Alves Braga Ponte

**RIO DE JANEIRO 2013**

**SUMÁRIO**

1. **INTRODUÇÃO................................................................................................04**
2. **METODOLOGIA.............................................................................................07**
3. **REVISÃO DE LITERATURA........................................................................09**
	1. **RISCO OBSTETRICO.......................................................................09**
	2. **ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO......................11**
	3. **POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO..............................14**
	4. **ATENÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A GESTANTE..........................................................................................18**
4. **CONCLUSÃO...................................................................................................20**

**REFERÊNCIA .................................................................................................21**

**1 INTRODUÇÃO**

O trabalho apresentado trata-se de um trabalho de conclusão de curso que aborda **O tema**: A Importância do Enfermeiro No Atendimento A Gestante: Classificação de Risco. Esta inserida na **linha de pesquisa** O cuidar no Processo Saúde e Doença e na área predominante em enfermagem Saúde da Mulher. **Objetivo Geral:** Humanizar o atendimento de urgências e Emergências maternas . **Objetivos Específicos:** Avaliar a urgências e Emergências imediatamente na sua chegada humanizando o atendimento e classificando o risco. Reduzir o tempo de atendimento priorizando de acordo com a gravidade. Informar a gestante e acompanhante o tempo de espera. **A questão norteadora:** Qual a Atuação do Enfermeiro No Atendimento de Urgências e Emergências Maternas na Classificação de Riscos. **Justificativa:** O significado de identificar como acontece a demanda e ação de classificação de risco. Ambas as ações tem sido de suma importância. Quando acontece a classificação de risco, ocorre uma seleção prévia de necessidades podendo assim dar continuidade ao atendimento com uma escala de prioridades. O que diminui os riscos e prioriza os atendimentos classificados. Neste funcionamento o objetivo principal é o repasse do problema tendo com foco a prioridade obstétrica e seus riscos, diminuindo o potencial de agravos.

 O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tem por objetivo articular os fatores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. Com a criação do pacto houve grandes mudanças na saúde materna no Brasil, onde foi percebida a extensão da Atenção básica de saúde, qualificação e humanização da atenção ao pré-natal Por intermédio da expansão do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde que busca melhorar a qualidade da assistência pré-natal e enfrentar o problema da descontinuidade entre o acompanhamento da gravidez e o parto com o envolvimento de forma articulada dos estados, municípios e das unidades de saúde na perspectiva dos direitos de cidadania o pacto assegura a mulher o direito de parir (Brasil, 2009).

 O Brasil está entre um dos sete países no mundo com condições de cumprir a meta do milênio de reduzir em dois terços a mortalidade infantil até 2015, considerando 60 países que tinham altas taxas de mortalidade na infância .

Em 2005 morreram 1.620 mulheres e 34.382 recém-nascidos por complicações na gravidez, aborto, parto ou pós-parto. A meta do Pacto é a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal para atingir os índices aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a médio e longo prazo.

Os princípios do Pacto, entre outros, são o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais. (Brasil, 2009).

A Politica Nacional de Humanização é uma proposta para enfrentar os princípios do SUS no que impõem mudança com modelos de atenção e gestão das praticas de saúde priorizando o atendimento com qualidade e participação integrada na consolidação do SUS.

 A principal estratégia do Programa de Humanização no pré- natal e nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, as gestantes e recém- nascidos.

 O acolhimento é uma diretriz politica e operacional do PNH implica em uma prestação de atendimento com responsabilização e resolutividade, entretanto, o acolhimento a gestante SUS constitui um problema ou desafio que impõe o aperfeiçoamento no atendimento na emergência obstétrica. Diante deste acolhimento realizado na porta de entrada na admissão hospitalar será dada a assistência mediante ao risco classificado e sendo assim tendo uma escala de prioridades para este atendimento.

A Classificação de Risco é a estratificação de risco dos usuários que procuram atendimento nos serviços de saúde. Ao dar entrada em uma unidade de saúde o paciente é classificado, recebendo uma prioridade que determina o tempo alvo para o primeiro atendimento médico, essa prioridade é baseada na situação clínica apresentada e não na ordem de chegada.

O protocolo de Manchester aumenta o número de pacientes classificados como vermelho verde e azul, e diminui a prioridade dos pacientes classificados como laranja e amarelo, quando comparado a cada nível de prioridade, assim, ao se utilizar o protocolo de Manchester, observa-se diminuição do nível de prioridade dos pacientes classificados nas cores laranja e amarela para as cores verde e azul. O protocolo de Manchester é considerado ferramenta sensível para detectar, na porta de entrada dos serviços de emergência, os pacientes que precisarão de cuidados críticos. O tempo de espera para o atendimento médico, a reavaliação de enfermagem e o método de avaliação da queixa principal, estratificando o risco em cinco níveis distintos e que têm sido referidos por cores para facilitar a visualização. Entretanto, existem diferenças entre os dois protocolos no que se refere, especialmente, ao tempo de espera para atendimento médico, ao tempo para reavaliação de Enfermagem (Brasil, 2011).

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas. O Enfermeiro que atuara na classificação de risco deve estar devidamente capacitado para exercer as atividades no atendimento e classificação de risco.

**Relevância social**

As ações idealizadas para o trabalho do Enfermeiro de forma humanizado com objetivo de preparar profissionais de saúde com competência para realizar acolhimento e classificação de risco, que consiste de um trabalho sério e importante levando a refletir sobra às necessidades no atendimento de saúde.

**Relevância acadêmica**

Mostrar através desta pesquisa a necessidade de estimular o trabalho do Enfermeiro na classificação de risco e acolhimento, tratando assim cada mulher em sua singularidade. Atuando também em ações educativas levando a informação desde o pré-natal até o puerpério evitando assim as complicações na gravidez e permitir que assim elas entendam os processos fisiológicos e patológicos durante a gestação, evitando assim o risco de morte materna.

**2 METODOLOGIA**

Para realização deste estudo buscou-se métodos para chegar o objetivo do trabalho proposto, foi utilizado uma pesquisa do tipo bibliográfica com uma abordagem qualitativa e o método descritivo. A metodologia é um conjunto dos mecanismos para obter o conhecimento. A metodologia é o começo do trabalho de investigação empregada através de uma sequencia ordenada a serem cumpridas ,para seleção de materiais que irão desenvolver o trabalho proposto(CARVALHO,2002)

 segundo Gil (2002) A pesquisa bibliogrtafica é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. O principal benefício da pesquisa bibliográfica permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito, mas ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta pesquisa busca elucidar as mudanças ocorridas na saúde brasileira, analisando as contribuições ocorridas com o processo de humanização e o projeto cegonha criado em 2010.

 Quanto o método de abordagem dos dados, elegeu-se pelo qualitativo que se preocupa ,com nível de realidade que não pode ser quantificado.

Que de acordo com Minayo (1994) trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crença, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variável. Não pode pretender o alcance da verdade, com o que é certo ou errado; deve ter como preocupação primeira compreensão da lógica que permeia a pratica que se da na realidade.

 Em uma analogia dos objetivos, a pesquisa se distinguir-se como descritiva que conforme Gil (2002) tendo como foco principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis.

Para coleta de dados a técnica de seleção foi realizada uma classificação onde se buscou dados de fontes para pesquisa em livros, base de dados virtuais em saúde (BVS), Google acadêmico, Ministério da Saúde, utilizando as seguintes palavras chaves: Risco em obstetrícia, classificação de risco, Enfermeiros, Acolhimento, gestante de Alto risco. Foram selecionados 04 manuais do ministério da saúde, 06 artigos e dois livros no idioma de português.

 A análise tem como objetivo estabelecer e sumariar os dados de forma que permitam o abastecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a busca do sentido mais extenso das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos antes obtidos (Gil, 2002).

Para obter o objetivo proposto pela pesquisa, foi realizada analise dos dados bibliográficos, pré- analise, exploração do material, seleção dos resultados dos dados alcançados e interpretação do mesmo.

Sendo assim selecionou- se o material retirado dos bancos de dado virtuais foi realizado leitura exaustiva dos mesmos foi elaborada um instrumento de coleta de dados, cujo objetivo final proposto e responder a questão norteadora: Qual a Atuação do Enfermeiro No Atendimento de Urgências e Emergências Maternas na Classificação de Riscos.

**3. REVISÃO DE LITERATURA**

 **3.1. RISCO OBSTETRICO**

Segundo Ministério da Saúde, 2012 A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um de- terminado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco”.

A gestação de alto risco é aquela em que existe um distúrbio que ameaça a saúde da mãe/ou feto. O distúrbio pode ser decorrente exclusiva da gestação ou pode ser de alguma alteração que já existia antes da mulher engravidar. É necessária uma abordagem compreensiva para gravidez de alto risco e os fatores associados são agrupados em amplas categorias com classificação de risco.

 A avaliação de risco começa na primeira consulta de pré-natal e se sustenta a cada visita subsequente, porque fatores adicionais podem ser identificados em visitas futuras, fatores estes que não foram visível em visitas anteriores.

Fator de risco é qualquer situação ou condição como: Hábito social, ambiental, fisiológica, fisiológica, desenvolvimento, intelectual, espiritual ou outra variável que possa aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo a uma doença ou acidente que surja qualquer risco de morbi/mortalidade (POTTER,2004).

A finalidade da assistência pré-natal de alto risco é intervir no andamento de uma gestação que possui maior risco de ter uma consequência adversa, obtendo uma atitude para diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, reduzir suas possíveis implicações adversas. A equipe de saúde deve estar preparada para confrontar-se quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, socioeconômico ou emocional. A gestante deverá ser informada do curso de sua gestação e instruída quanto às condutas e atitudes que deve adotar para melhorar sua saúde.

**INDICAÇÃO DE ALTO RISCO NA GRAVIDEZ**

**FATORES INDIVIDUAIS E SÓCIOS ECONÔMICOS**

* Idade materna menor do que 17 anos ou maior do que 35 anos
* Altura materna menor do que 1,45 m
* Exposição a agentes físico-químicos nocivos e estresse
* Má aceitação da gestação
* Situação conjugal insegura
* Baixa escolaridade
* Baixa renda
* Peso materno inadequado
* Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

**HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA ANTERIOR**

* Gestação ectópica
* Abortamento habitual
* Infertilidade
* Anormalidades uterinas
* Feto morto ou morte neonatal não explicada
* Trabalho de parto prematuro
* Recém-nascido de baixo peso
* Neoplasia ginecológica
* Cirurgia uterina anterior
* Hemorragia ou pressão alta em gestação anterior

**DOENÇAS MATERNAS PRÉVIAS OU CONCOMITANTES**

* Cardiopatia (doença do coração)
* Pneumopatia crônica (doença dos pulmões)
* Doenças da tireóide
* Retardo mental
* Doenças sexualmente transmissíveis
* Tumores
* Doenças psiquiátricas
* Epilepsia
* Doenças hematológicas (do sangue)
* Infecções

**DOENÇAS DA GESTAÇÃO ATUAL**

* Crescimento uterino maior ou menor do que o esperado
* Gestação gemelar ou múltipla
* Não realização de pré-natal ou pré-natal insuficiente
* Hipertensão associada a gestação
* Diabete associada a gestação
* Ruptura prematura de membranas (ruptura da bolsa antes de 37 semanas)
* Isoimunização (doença do RH)
* Ganho de peso excessivo

No caso de constatado a gestação de alto risco a equipe deve estar preparada para fornecer todas as informações necessárias, para avaliação do risco e referencia-la para o hospital indicado para um tratamento adequado.

 **3.2 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**ACOLHIMENTO**

Acolhimento e Classificação de Risco têm objetivos distintos, mas complementares, podendo, oferecida a singularidade dos serviços, conviverem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais diferentes no processo de trabalho. O Acolhimento com postura e prática implica em uma prestação de atendimento com resolutividade (BRASIL, 2004).

Brasil (2009) aponta o Acolhimento como uma das diretrizes da PNH. Segundo o autor, o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão favorece uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços. Todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos serviços de saúde (Pronto-Socorro, Ambulatório de Especialidades, Centro de Saúde) podem demandar a necessidade de um grupo preparado para promover o primeiro contato com o usuário. Dessa forma, a Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizados. Reflete-se numa postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos.

O acolhimento como postura e pratica nas ações de atenção e gestões nas unidades de saúde beneficiam a construção de uma relação de confiança e compromisso das usuárias com equipes e os serviços contribuindo para a promoção de cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema publico de saúde. Favorece também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde em defesa do SUS como politica publica essencial para a população brasileira (MS-PNH\_2006).

PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2° Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

O sistema de classificação de risco e estar atento para o sofrimento físico e psíquico da usuária para a que busca o serviço a fim de se evitar intercorrências entre os pacientes graves que são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento Sensibilização de todo o profissional, respaldo altos direção, comunicação com os usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a triagem classificatória deverá ser realizada por meio de protocolos pré-estabelecidos, por profissionais de saúde de nível superior, com treinamento específico; sendo proibida a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deverá ter sua referência garantida, por meio do encaminhamento realizado às centrais de regulação ou aos fluxos previamente pactuados.

**O objetivo:**

* É avaliar a usuária logo na sua chegada humanizando o atendimento e classificando o risco;
* Reduzir o tempo para o tempo de atendimento médico, priorizando de acordo com a gravidade;
* Informar o tempo de espera
* Informar a usuária e/ou acompanhante sobre o atendimento medico

O Protocolo é um instrumento de apoio que aponta à identificação rápida e científica do doente de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem o paciente será atendido. Abordar um modelo em que Enfermeiros conseguem os mesmo resultados na análise do paciente, aumentando a agilidade e a segurança nos serviços de urgência. Com esse Protocolo Clínico de classificação de risco por cores, os serviços de urgência acolhem em primeiro lugar os pacientes mais graves e não primeiramente os que chegarem antes. A triagem acontece a partir de uma observação prévia, um conjunto de sintomas ou de sinais é identificado para atribuir uma cor a ser classificado ao paciente. A cor corresponde ao grau de prioridade clínica no atendimento e a um tempo de espera recomendado (COREN, 2010).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, cabe ao enfermeiro realizar a Classificação de Risco, uma vez que a Lei n.º 7.498/86 incumbe privativamente ao enfermeiro, a Consulta de Enfermagem e a realização de técnicas de maior complexidade, que exijam conhecimentos científicos adequados, e a capacidade de tomar decisões rápidas (NISHIO; FRANCO, 2011).

**COMO ORGANIZAR O PROCESSO**

É um processo dinâmico de identificação das gestantes que necessitam de intervenção médica e de enfermagem, de acordo com o potencial de risco. Será necessária uma avaliação crítica e decisória para o apropriado o adequado encaminhamento do caso.

Ao chegar ao serviço de urgência/emergência, a usuária será acolhida por profissionais administrativos responsáveis pela confecção do boletim de atendimento e posteriormente, será encaminhada a um espaço onde a classificação de risco se dará. A equipe de enfermagem verificará sinais vitais e um Enfermeiro treinado, apoiado pela equipe médica, utilizara os dados da escuta qualificada e dos sinais vitais para a devida classificação e encaminhamento da usuária em questão. (PNH,MS,2006).

**O PROTOCOLO IRÁ CLASSIFICAR A GESTANTE DE ACORDO COM A GRAVIDADE E RISCO BASEADO EM CORES**

1º - Prioridade máxima- Emergência: VERMELHO. Atender imediatamente e encaminha direto ao atendimento medico.

2º Prioridade I - Muito urgente: LARANJA. Atender em até 10 minutos e encaminhar o atendimento médico.

3º Prioridade II – Urgente: AMARELO. Atender em até 30 minutos e encaminhar para consulta médica priorizada, mas será necessária uma reavaliação periódica.

4º Prioridade III – Pouco urgente: VERDE. Atender em até 2 horas e encaminhar para consulta médica sem priorização, informar a expectativa de tempo para o atendimento médico e reavaliar a periodicidade.

5° Prioridade IV – Não urgente: AZUL. Atendimento em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para Unidade Básica de Saúde.

**3.3 POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

**POLITICA DE HUMANIZAÇÃO SUS**

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da eqüidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta:

**AVANÇOS E DESAFIOS DO SUS**

* Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
* Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
* Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção
* Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado
* Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
* Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
* A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica:

A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL NA REDE SUS

* Desrespeito aos direitos dos usuários;
* Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da ; formulação da política pública de saúde;
* Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
* Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.
* Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
* Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
* Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
* Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

**ENTENDEMOS HUMANIZAÇÃO COMO:**

* Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
* Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
* Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
* Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
* Identificação das necessidades sociais de saúde;
* Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
* Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

**Humanização do SUS se operacionaliza com:**

* A troca e a construção de saberes;
* A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS,

**A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL NA REDE SUS**

* Desrespeito aos direitos dos usuários;
* Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da; formulação da política pública de saúde;
* Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
* Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.
* Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
* Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
* Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
* Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

**Assim, entendemos Humanização como:**

* Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
* Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
* Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
* Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
* Identificação das necessidades sociais de saúde;
* Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
* Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.
* Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:
* A troca e a construção de saberes;

**PRINCÍPIOS NORTEADORES**

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.).

* Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade ;
* Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
* Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
* Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
* Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
* Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
* O trabalho em rede com equipes multiprofissionais.
* A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde.

O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;

O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

**PRINCÍPIOS NORTEADORES**

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

* Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional,fomentando a transversalidade e a grupalidade ;
* Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
* Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
* Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção
* Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
* Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.
* O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
* A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
* O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
* O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
* Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

**3.4 ATENÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A GESTANTE**

O Enfermeiro precisa desenvolver um trabalho humanizado priorizando o respeito, atenção e ser solicito em toda sua assistência. O principal contato é o acolhimento; pois é a partir dele, que o Enfermeiro estará estreitando os primeiros laços de respeito e confiança com a gestante que estará sendo acolhida e classificada diante do risco ao ser atendido na porta de entrada do hospital.

O que torna um profissional imprescindível no cuidado a gestante. Quando esse profissional oferece o cuidado a essa cliente de forma atenciosa, acaba então percebendo os resultados positivos do devido atendimento. Além de proporcionar o bem estar desta paciente e também segurança da mesma. O cuidado é considerado um bem social que tem um significado importante à vida e ações que ajudam a manter a promoção de saúde.

O acolhimento a visa a utilização pelas usuárias do serviço de saúde por meio de vínculos entre profissionais e clientes, tendo em vista permitir uma melhor interação no trabalho no acolhimento, tendo como prioridade possibilitar a intervenção de toda equipe envolvida no atendimento que se empenha na escuta e resolução no atendimento em suas prioridades.

Segundo FERREIRA, 2006:

O ato de cuidar exige mais do que conhecimento técnico de abordagem, pois o discurso biológico- biomédico não basto para conhecermos o outro (Sujeito do cuidado). Exige que entendamos o sujeito a partir dele próprio que vive ,sofre, produz e se reproduz no seu cotidiano de vida. Esse entendimento é condição necessária para cuida-lo, sob o ponto de vista humanístico.

Durante a consulta o Enfermeiro deve ter uma postura ética e profissional levando assim a segurança ao paciente na hora da prestação desse cuidado, um comportamento ético significa um trabalho desenvolvido com respeito e de maneira correta. Para facilitar o trabalho de enfermagem deve se respeitar o processo de enfermagem utilizando as etapas para a construção de um plano de cuidado e prioridades. O processo de enfermagem e a dinâmica das ações sistematizadas e inter – relacionadas, visando à assistência do ser humano (HORTA, 1979).

A enfermagem se destaca no processo do cuidar, criando ações e estratégias para ofertar um atendimento qualificado, através de um plano assistencial e educativo levando informações importantes para um melhor conhecimento do diagnostico vívido para cada paciente, promovendo através destas informações de saúde. O cuidado de enfermagem objetiva promover o bem estar o conforto, o alivio de tensões , contribuir para cura de doenças e a prevenção de agravos(Ferreira, 2006).

**4 CONCLUSÃO**

A Gravidez é um momento muito esperado na vida da mulher, quando este momento tão esperado pode oferecer risco tanto para mãe ou para o feto, é que se começa uma intervenção rápida no pré-natal para se providenciar toda segurança proposta na Politica de Humanização do SUS e o projeto cegonha carioca o que garante a mulher o acesso e atendimento em unidades que possam prestar o atendimento necessário diante do risco oferecido. Incluir nos Hospitais e unidades Básicas de Saúde, profissionais qualificados para realização do atendimento e acolhimento devido proporcionado segurança na hora de atendimento.

Com a criação da Rede Cegonha que é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa programar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A mulher passa ter direito ao acesso desde o pré-natal até o puerpério com assistência integral para mãe e bebê (Binômio). O que faz com que essa mulher receba todas as informações possíveis e atenção necessária para levar a gestação até o final.

A equipe multiprofissional deve esta apta para prestar o atendimento na porta de entrada tendo este risco ou não. Estar atento a escuta e acolhimento, sempre observando o paciente como um todo.

Prestando assim um serviço de qualidade sem risco para gestantes que serão classificadas mediantes seu diagnóstico, sinais e sintomas.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS**

\_\_\_\_\_\_BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_\_BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. Collor. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

FERREIRA, N.S.C. A gestão da educação e as políticas de formação de profissionais da educação: desafios e compromissos. In: FERREIRA, N.S.C. Gestão democrática da educação: atuais tendências, novos desafios. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4° Edição. São Paulo. Editora Atlas S.A. 2002.

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

Manual Prático Para Implementação Da Rede Cegonha. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062 .Acesso em 22/11/2012.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22°. Petrópolis. Editora Vozes. 2002.

PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/atos\_normativos/legislacao-sanitaria/est. Acesso em 22/11/2012.

POTTER, A. Patricia; Perry, Anne Griffiin. Fundamentos de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2004.