

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**Conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento e classificação de  
risco em uma Maternidade de Baixo Risco**

Rosa Aline Maria Silva Soares <sup>1</sup>  
Simone Alves Barbosa da Silva <sup>2</sup>  
Maria Celina Rocha Morimura <sup>3</sup>  
Karla da Silva Ramos <sup>4</sup>

1-Função: Discente do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica  
e-mail: [alinesoares25@hotmail.com](mailto:alinesoares25@hotmail.com)

2 - Função: Discente do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica  
e-mail: [simone.super\\_alves@hotmail.com](mailto:simone.super_alves@hotmail.com)

3 - Função: Docente da Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica da FPS  
e-mail: [celina@imip.org.br](mailto:celina@imip.org.br)

4 - Função: Docente da Graduação de Enfermagem da FPS  
e-mail: [karladsramos@yahoo.com.br](mailto:karladsramos@yahoo.com.br)

**Recife, 2017**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O modelo de acolhimento e classificação de risco vem sendo utilizado nas urgências/emergências do SUS, inclusive na Ginecologia/Obstetrícia, baseado no protocolo de Manchester, possibilita ordenar o atendimento por prioridades, além de trazer aspectos da humanização. Apesar das evidências e recomendações serem a favor do modelo referido alguns serviços ainda precisam de uma melhor implantação.

**OBJETIVO:** Identificar o conhecimento dos enfermeiros de uma maternidade de baixo risco sobre acolhimento e classificação de risco. **MÉTODO:** Estudo descritivo, observacional, tipo corte transversal. Foi realizado com os enfermeiros da Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco. A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2017 e contou com a participação de onze enfermeiros. A análise dos dados foi efetuada utilizando-se o programa EPI-INFO 3.5.2. Inicialmente foram obtidas as distribuições de frequência das variáveis utilizadas para caracterizar a amostra.

**RESULTADOS:** Em relação ao perfil dos enfermeiros a maioria tinha mais de 30 anos e estavam atuando há mais de 10 anos na enfermagem. Todas as enfermeiras possuíam pós-graduação, sendo especializadas em mais de um serviço. Apenas três enfermeiras têm pós-graduação em ginecologia e obstetrícia, onde duas ainda estão com o curso em andamento. Das enfermeiras com pós-graduação, 55% apresentam na forma de especialização *Latu sensu*. Em relação a capacitação para atuação no serviço, 91% das enfermeiras não realizaram treinamento específico no serviço e 82% referiram ter interesse em participar de capacitação relacionado ao acolhimento e classificação de risco na Maternidade. Em relação ao entendimento de acolhimento por estes profissionais observou-se que 82% referiram entender que se refere a prestar um atendimento resolutivo e com responsabilidade, 82% a realizar um atendimento de acordo com classificação de risco mediante protocolo e 64% referiram o atendimento a partir da escuta qualificada. Em relação a classificação de risco, 80% das enfermeiras relacionaram a cor vermelha com quadro clínico de emergência, 90% relacionaram a cor laranja aos casos muito urgentes e 80% relacionaram a cor amarela com casos urgentes. **CONCLUSÃO:** Esta pesquisa permitiu evidenciar a necessidade de capacitação dos enfermeiros que atuam na maternidade de baixo risco no município de Camaragibe, Pernambuco, visto que se verificou falta de formação adequada, pouco tempo de experiência e falta de conhecimento para subsidiar competências e habilidades essenciais no processo de atendimento em urgências/emergências, com vistas a contribuir na redução da mortalidade materna e óbitos neonatais nos serviços públicos de saúde.

Palavras-chaves: Triagem; Acolhimento; Emergência Obstétrica

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The model of host and risk classification has been used in the emergencies / emergencies of the SUS, including in Gynecology / Obstetrics, based on the Manchester protocol, makes it possible to order care by priorities, as well as to bring aspects of humanization. Although the evidence and recommendations are in favor of the model mentioned, some services still need a better implementation. **OBJECTIVE:** To identify the knowledge of the nurses of a low risk maternity hospital about shelter and risk classification. **METHOD:** Descriptive, observational, cross-sectional study. It was carried out with the nurses of the Amiga Maternity Family of Camaragibe, Pernambuco. The data collection was performed in April 2017 and was attended by eleven nurses. Data analysis was performed using the EPI-INFO 3.5.2 program. Initially, the frequency distributions of the variables used to characterize the sample were obtained. **RESULTS:** Regarding the profile of nurses, the majority were over 30 years old and had been working for more than 10 years in nursing. All the nurses had postgraduate degrees, being specialized in more than one service. Only three nurses have postgraduate degrees in gynecology and obstetrics, where two are still with the course in progress. Of the nurses with post-graduation, 55% present in the form of *Latu sensu* specialization. Regarding the training to act in the service, 91% of the nurses did not perform specific training in the service and 82% reported having an interest in participating in training related to the host and risk classification in the Maternity. Regarding the understanding of reception by these professionals, it was observed that 82% referred to understand that it refers to providing resolute and responsible care, 82% to perform a care according to risk classification by protocol and 64% referred the care to From qualified listening. Regarding the classification of risk, 80% of the nurses related the red color with emergency clinical picture, 90% related the color orange to the very urgent cases and 80% related the yellow color with urgent cases. **CONCLUSION:** This research made it possible to highlight the need for training of nurses working in low-risk maternity hospitals, since there was a lack of adequate training, little experience and lack of knowledge to subsidize skills and abilities essential to the emergency / emergency care process , with a view to contributing to the reduction of maternal mortality and neonatal deaths in public health services.

**KEY-WORDS:** Screening; Reception; Emergency Obstetric

## INTRODUÇÃO

Uma boa formação e aprendizagem significativa do enfermeiro durante o curso de graduação é de suma importância para atuação eficaz e efetiva do profissional em relação às demandas da sociedade contemporânea. Situações de urgência e emergência surgem todos os dias sejam por acidentes no trânsito, a partir de situações de violência física ou situações clínicas agudas, como: parada cardiorrespiratória entre outras.<sup>1</sup>

Entre as redes de atenção prioritárias do Ministério da Saúde(MS), a rede de atenção às urgências foi constituída considerando que, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.<sup>2</sup>

A triagem classificatória de risco envolve um complexo processo de tomada de decisão e, por isso, diferentes sistemas têm sido desenvolvidos no mundo todo, para auxiliar os enfermeiros na classificação de gravidade mais adequada a cada caso. De modo geral esses sistemas de classificação visam diminuir o tempo de espera do paciente no serviço hospitalar de emergência, por meio da priorização do atendimento dos casos de maior gravidade, cujo prognóstico tende a ser mais sombrio com o atraso do início do tratamento.<sup>3</sup>

Os sistemas de triagem classificatória de risco mais utilizados no âmbito internacional são: a Australian Triage Scale, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, Manchester Triage Scale e Emergency Severity Index. No Brasil, desde 2004, tem sido recomendado por órgão governamental, o acolhimento com classificação de risco.<sup>3</sup>

Em se tratando de saúde no âmbito da obstetrícia, vem sendo utilizado o sistema de classificação de risco nas emergências obstétricas, da rede cegonha com o intuito de dinamizar o atendimento as mulheres que buscam estes serviços baseando-se no grau de necessidade conforme cada caso.<sup>4</sup>

Com o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH), tornou-se necessária a reorganização dos serviços de saúde de modo a garantir à população, atendimento resolutivo, humanizado e acolhedor. Para isso, foi proposta a diretriz Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que representa um sistema dinâmico de identificação de pacientes e ordenação do atendimento, em consonância ao grau de complexidade e risco potencial de cada caso.<sup>5</sup>

Segundo o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha, que foi criado com o intuito de apoiar as maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil: É desafio e compromisso do Governo Brasileiro ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde, contando com a participação e corresponsabilização dos usuários.<sup>4</sup>

O Acolhimento e Classificação de Risco levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente.<sup>4</sup>

O Acolhimento com Classificação de Risco é um sistema que transcende a lógica perversa de atendimento por ordem de chegada e se diferencia de outros sistemas de classificação de risco por se fundamentar no fortalecimento de vínculo entre usuário e trabalhadores, por meio da escuta qualificada. Nesse contexto, as ações de Acolhimento podem ser realizadas por qualquer profissional treinado, enquanto a Classificação de Risco é de responsabilidade do enfermeiro.<sup>6</sup>

Com a realização desta pesquisa pretende-se contribuir para a melhoria da assistência às parturientes, no sentido de avaliar aspectos do acolhimento e classificação de risco numa maternidade de baixo risco. Destaca-se também a experiência de estudos referente a classificação de risco no serviço de Obstetrícia e Ginecologia, visto que a maioria dos artigos publicados sobre o tema se refere a experiências de serviço de urgência e atendimentos a pacientes em pediatria.

O melhor conhecimento sobre o tema e posterior implantação adequada do protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, a paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da

assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia destes encaminhamentos.

## **OBJETIVO**

Identificar a conhecimentos dos enfermeiros de uma Maternidade de Baixo Risco sobre o Acolhimento e Classificação de risco.

## **Método**

Estudo do tipo corte transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado na Maternidade Amiga da Família, localizado no município de Camaragibe, Pernambuco que é integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), com atendimento a gestante de baixo risco do município de Camaragibe e de municípios que compõe a Rede Cegonha dispõe de três leitos para observação na triagem obstétrica, 27 leitos de puerpério e uma média de 200 partos por mês. É voltada ao atendimento da população usuária do SUS, com o enfoque à assistência integral e humanizada à parturiente.

O universo caracterizado para efeito desta investigação será composto por enfermeiros da instituição, plantonistas e diaristas. A amostra contemplará 15 profissionais da unidade e que se enquadrem nos critérios de inclusão que aceitem participar da pesquisa. Os dados foram coletados no mês de abril de 2017, com entrevistas estruturadas. O critério de inclusão para participação na pesquisa foram enfermeiros que trabalham na Maternidade de Baixo Risco do município de Camaragibe e aceitem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme os critérios de elegibilidade. Como critérios de exclusão temos os enfermeiros que no período da coleta se encontram afastados por férias ou licença ou que se recusem a participar da pesquisa, que contou com 04 profissionais nestas situações.

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados do Excel confeccionado para esta finalidade, após inclusão dos dados serão corrigidas as inconsistências. Posteriormente os dados serão processados e analisados pelo programa EPI-INFO 3.5.2.e apresentado em forma de tabelas de frequência simples.

Foi aplicada a entrevista a onze enfermeiras, que compuseram a amostra do estudo de uma população de 15 enfermeiras que trabalhavam na Maternidade Amiga da

Família, no momento da coleta, uma enfermeira estava de licença, outra estava em período de férias e duas não obtivemos acesso.

O estudo atende às determinações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde protocolo nº 65821516.0.0000.5569.

## Resultados

A maioria das enfermeiras apresentavam idade maior que 30 anos, apenas uma enfermeira tem idade inferior a 30 anos, cinco enfermeiras com idade entre 30 e 40 anos e cinco com mais de 40 anos de idade. Conforme ilustrado na tabela abaixo;

**Tabela 1. Distribuição do perfil das enfermeiras de acordo com a idade, tempo de formação e tempo de atuação em ginecologia/obstetrícia, abril 2017.**

Perfil das Enfermeiras	n	%
<b>Idade</b>		
Menos de 30 anos	1	9%
Entre 30 e 40 anos	5	45,5%
Mais de 40 anos	5	45,5%
<b>Tempo de Formação</b>		
Maior que 10 anos de formação	10	91%
Menor do que 10 anos	1	9%
<b>Tempo de atuação</b>		
Entre 1 – 4 anos	2	18%
Entre 5 – 10 anos	6	55%
Mais que 10 anos	3	27%

Fonte: Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco, 2017.

Em relação ao ano de formação das enfermeiras, 91% destas tem mais de dez anos de formada e apenas 9% com menos. Quanto ao tempo de atuação das enfermeiras no serviço de obstetrícia, mais 50% tinham mais de cinco anos de atuação no serviço, permitindo assim experiência em relação aos serviços executados e intervenções precoces ao agravamento ou comorbidades na saúde da gestante.

Todas as enfermeiras possuíam pós-graduação, sendo especializadas em mais de um serviço. Apenas três enfermeiras tinham pós-graduação em ginecologia e obstetrícia, onde duas ainda estão com o curso em andamento. Das enfermeiras com pós-graduação 55% apresentam estana forma de especialização *Lato sensu*.

**Tabela 3. Distribuição de acordo com pós-graduação, abril 2017.**

<b>Modalidade de Pós-graduação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Especialização	6	55%
Residência	5	45%
Mestrado	0	0
Doutorado	0	0
Total	11	100%

Fonte: Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco, 2017.

Dentre os cursos de especialização, 2 enfermeiras possuem o curso de educação em saúde, 1 em enfermagem do trabalho, 1 em oncologia, 2 em Saúde da Família, 2 em Unidade de Terapia Intensiva, 2 enfermeiras estão cursando ainda a pós-graduação em obstetrícia. Na modalidade de pós-graduação referente a residência, 2 enfermeiras são capacitadas na área de Saúde da Mulher, 1 em Doenças infecto-parasitárias, 1 em Saúde da Criança e 1 enfermeira em ginecologia e obstetrícia. Algumas enfermeiras possuem mais de uma pós-graduação.

. Em relação a capacitação para atuação no serviço 91% das enfermeiras não realizaram treinamento para atuação no serviço.

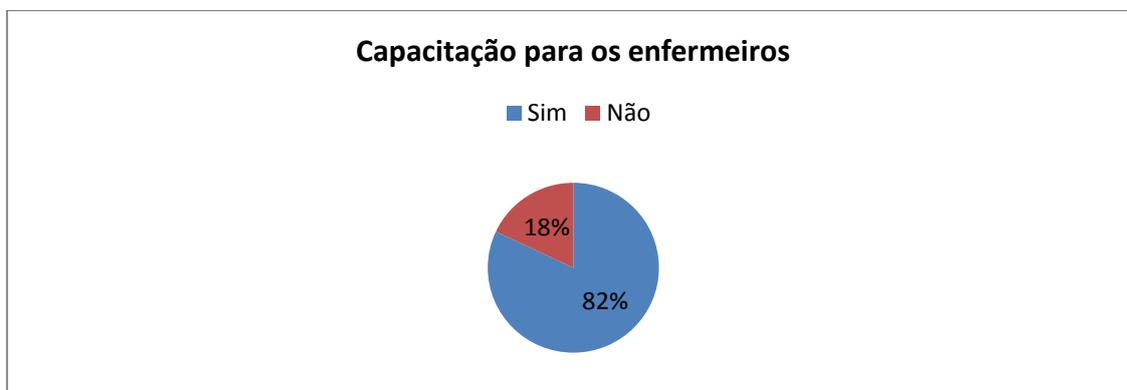
**Tabela 4. Distribuição em relação a capacitação sobre acolhimento e classificação de risco em obstetrícia e ginecologia, abril 2017.**

<b>Capacitação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Enfermeiro capacitados	1	9%
Enfermeiros não capacitados	10	91%
Total	11	100%

Fonte: Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco, 2017.

Em relação a realização de capacitação relacionada ao acolhimento e classificação de risco na Maternidade 82% das profissionais referiram ter interesse em participar destes cursos.

**Gráfico 2. Motivação dos enfermeiros para realização de capacitação referente ao Acolhimento e Classificação de risco, abril 2017.**



Fonte: Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco, 2017.

A maioria dos enfermeiros possuem experiência em acolhimento e classificação de risco, perfazendo um total de 55% dos participantes da pesquisa, porém após análise podemos observar que o acolhimento com classificação de risco é realizado mais no setor de emergência geral, sendo este atendimento ainda incipiente nos demais serviços.

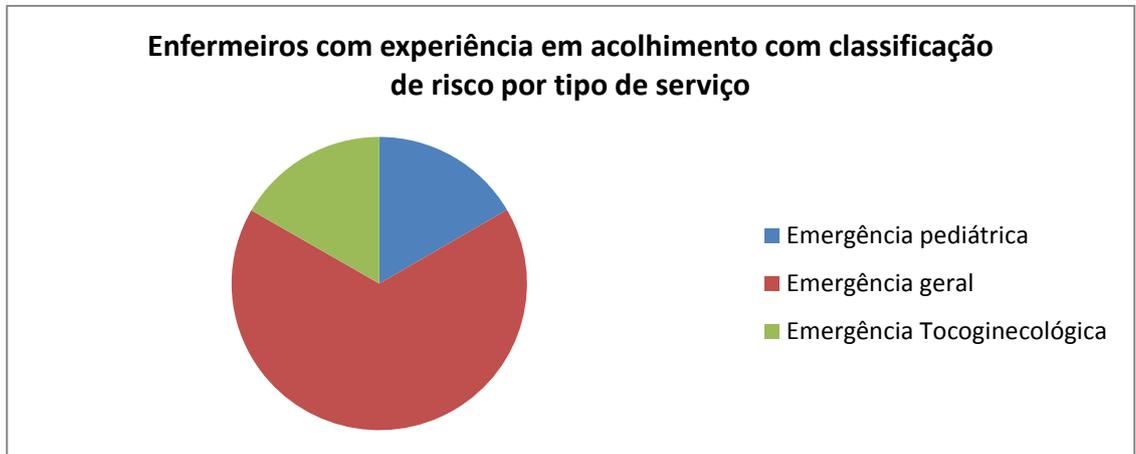
**Tabela 7. Distribuição da frequência de enfermeiros com experiência em acolhimento e classificação de risco, abril 2017.**

Experiência profissional	n	%
Possui experiência	6	55%
Não possui experiência	5	45%
Total	11	100%

Fonte: Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco, 2017.

Os profissionais atuantes na Maternidade 55% já possuem experiência em acolhimento e classificação de risco, porém está se dá em outros serviços, 67% nos serviços de emergência geral, que comporta as Unidades de Pronto Atendimento, 17% em serviços de emergência pediátrica e 17% em serviços de emergência toco ginecológica.

**Gráfico 3. Distribuição da experiência de acolhimento com classificação de risco por tipo de serviço, abril 2017.**



Fonte: Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco, 2017.

A maioria dos enfermeiros tem a concepção de que o acolhimento se dá através da prestação de atendimento com qualidade e resolutividade, assim como haver classificação de risco de acordo com protocolo estabelecido da instituição, 64% das enfermeiras entendem que é prestar o atendimento através da escuta qualificada e esclarecer sobre sua expectativa e espera, 54% referiram que o acolhimento é realizar a articulação com outros serviços se for necessário, 27% declararam que é responsabilizar-se de maneira integral pela paciente desde sua chegada na recepção e 18% realizar informação as clientes e seus familiares de acordo com a sua situação de saúde.

**Tabela 5. Concepção sobre Acolhimento com Classificação de risco na Maternidade, abril 2017.**

<b>Concepções de Acolhimento e Classificação de risco na Maternidade de Baixo Risco</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Recepção da cliente nas maternidades, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ela, ouvir suas queixas e esclarecer as suas dúvidas e preocupações	3	27%
Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientar de acordo com o caso, a cliente e a família	9	82%
Quando necessário garantir a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência	6	54%
Atender a cliente no clico gravídico puerperal que procura os serviços de urgência e emergência das maternidades com escuta qualificada	7	64%
Proporcionar a organização do processo de trabalho	6	54%
Realizar informação as clientes e seus familiares de acordo com sua situação de saúde	2	18%
Esclarecer sobre sua expectativa de atendimento e espera	7	64%
Classificar de acordo com o protocolo, as queixas das clientes que procuram os serviços de urgência/emergência das maternidades, com a finalidade de identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato	9	82%

Fonte: Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco, 2017.

Na tabela 6 mostra a relação entre a prioridade do atendimento de acordo com o estado clínico da paciente e as cores utilizadas para classificação de risco e atendimento imediato ou não da gestante. Nesta pergunta apenas dez profissionais responderam em relação a classificação de risco, 80% dos profissionais relacionaram a cor vermelha com o atendimento de emergência, 90% relacionaram a cor laranja em casos muito urgentes, 80% relacionaram a cor amarela nos casos urgentes, 100% relacionaram a cor verde com casos em que demande pouca urgência e 100% em casos que não seja atendimento de urgência, cada profissional pode assinalar mais de uma resposta.

**Tabela 6. Conhecimento sobre classificação de risco e relação com a classificação de risco, abril 2017.**

<b>Classificação de risco</b>	<b>Vermelha</b>	<b>Laranja</b>	<b>Amarela</b>	<b>Verde</b>	<b>Azul</b>
Urgente	10%	10%	80%	-	-
Pouco Urgente	-	-	-	100%	-
Emergência	80%	-	20%	-	-
Não Urgente	-	-	-	-	100%
Muito urgente	10%	90%	-	-	-

Fonte: Maternidade Amiga da Família de Camaragibe, Pernambuco, 2017.

## DISCUSSÃO

De acordo com o art. 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, assim como no art.198 o sistema de saúde é organizado de forma hierarquizada e regionalizada, sendo os indivíduos assistidos de maneira equitativa, integral e universal nos diversos serviços de acordo com a Lei 8080/90.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), proporcionou que a mulher fosse acompanhada em todos os ciclos de sua vida: criança, adolescência, fase adulta e climatério, assim como mulheres em situações específicas. A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras.<sup>7</sup>

Para o atendimento integral e de qualidade aos agravos acometidos as mulheres principalmente no seu estado gravídico- puerperal é de suma importância a capacitação destes profissionais que atuam diretamente na saúde da mulher seja no atendimento em Maternidades ou em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com a pesquisa foi visto que as enfermeiras não tinham capacitação prévia para o acolhimento ou classificação de risco, mas que algumas já tiveram experiência na classificação de risco, principalmente nos serviços de emergência geral.

Para prevenção e controle dos agravos à saúde na população, em 2006 foi lançado o pacto pela saúde, dividido em três eixos o pacto pela gestão, pacto pela vida e pacto em defesa do SUS. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.<sup>8</sup>

O Pacto pela Vida institui as responsabilidades sanitárias e ações a serem desenvolvidas de acordo com as prioridades estabelecidas para o fortalecimento da atenção primária, ações de promoção à saúde, saúde do idoso, da mulher, criança e doenças prevalentes, onde no pacto de gestão estabelece o plano diretor de regionalização onde os municípios são divididos de acordo com a sua capacidade de

serviços de saúde implantados servindo como referência para municípios que não tenham em sua rede de saúde atendimentos para tratamento de agravos nos serviços de média e alta complexidade.

A gestante deve ter o seu atendimento integral e resolutivo nos serviços de saúde, de acordo com a pesquisa as enfermeiras referiram que o acolhimento seria um atendimento integral e com responsabilização dos agravos acometidos à gestante, escuta qualificada, orientação da situação de saúde a paciente, família e classificação de risco de acordo com protocolo institucional.

O acolhimento e a humanização nos serviços de saúde proporcionam o vínculo entre paciente e profissional de saúde, favorecendo a adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos de vida para melhoria de sua saúde, evitando o aparecimento de complicações durante a gestação. Através do acolhimento o profissional deverá compreender o usuário do SUS de acordo com os princípios de integralidade, equidade, universalidade e promover a resolutividade das demandas da saúde dos usuários seja no próprio serviço ou encaminhando o indivíduo para o serviço de referência. O programa Rede Cegonha foi instituído com serviços que permitem o atendimento integral a gestante, acesso aos exames, medicamentos e vinculação desta a maternidade em que será realizado o parto.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, 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, denominada Rede Cegonha.<sup>9</sup> A rede é formada por 4 componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação. No componente pré-natal: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de

pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.<sup>9</sup>

A maioria das enfermeiras possuíam mais de 30 anos de idade e mais de dez anos de formação, todas possuíam especialização e duas estavam cursando a segunda pós-graduação, que é na área de ginecologia/obstetrícia.

O profissional enfermeiro tem um papel de suma importância para prevenção de complicações durante a gravidez e ocorrência de mortes materna e perinatal. Para isso é necessário que haja o acompanhamento desta gestante durante as consultas de enfermagem, busca ativa da gestante em caso de não comparecimento a unidade de saúde. Na consulta de enfermagem é utilizado os equipamentos, como: balança, fita métrica, sonar, materiais para coleta de exame citopatológico, entre outros que proporcionam um atendimento integral à mulher. Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo.<sup>10</sup>

O método de classificação de risco torna-se importante na triagem dos casos e encaminhamentos eficazes para resolutividade dos problemas de saúde diagnosticados a maternidade intervindo de maneira precoce nos agravos encontrados. De acordo 80% das enfermeiras entrevistadas relacionaram a cor vermelha a casos de emergência, 90% relacionaram a cor laranja com casos muito urgente, 80% a cor amarela como casos de urgência, 100% relaciona a cor verde com casos pouco urgente e 100% a cor azul a casos não urgente, como evidenciado no gráfico abaixo:

Gráfico 4. Conhecimento sobre classificação de risco e relação com a classificação de risco, abril 2017.



O enfermeiro também deve observar os sinais das patologias que acometem a gestante no segundo trimestre e podem agravar no terceiro, como: diabetes, descolamento de placenta, hipertensão arterial, entre outras complicações além do fator biológico, como sinais de violência, problemas socioeconômicos de modo que se evite intervenção tardia que possa levar a morte materna ou do feto.

## **CONCLUSÃO**

Esta pesquisa permitiu evidenciar a necessidade de capacitação dos enfermeiros que atuam na maternidade de baixo risco no município de Camaragibe, Pernambuco, visto que se verificou falta de formação adequada, pouco tempo de experiência e falta de conhecimento para subsidiar competências e habilidades essenciais no processo de atendimento em urgências/emergências, com vistas a contribuir na redução da mortalidade materna e óbitos neonatais nos serviços públicos de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. NARCHI, Nádia Zanon et al. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência and Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013.
2. BRASIL. Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011. Política Nacional de Urgência e Emergência. [Acesso em 04 de mai de 2017]. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_n\\_1600\\_de\\_07\\_07\\_11\\_Politica\\_Nac\\_Urg\\_Emerg.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf)
3. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, OredssonSJonsson H, Asplund K, Goransson KE. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma ResuscEmerg Med*. 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014
5. BRASIL. Ministério da Saúde Política Nacional de Humanização. Brasília-(DF) : Ministério da Saúde;2013.16.p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência. BRASÍLIA (DF): Ministério da Saúde; 2009. 56p.
7. 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, 2004. 82 p.: il.
8. BRASIL. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. [Acesso em 30 de abr de 2017] [Acesso em 30 de abril de 2017] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)
9. BRASIL. Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. [Acesso em 30 de abril de 2017] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

