



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA  
REDE CEGONHA – UFPI/UFMG/MS**

**RANIÉRI APARECIDA PEREIRA DE SANTANA**

**IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM  
UMA MATERNIDADE MUNICIPAL**

**TERESINA/PI  
2015**

**RANIÉRI APARECIDA PEREIRA DE SANTANA**

**IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM  
UMA MATERNIDADE MUNICIPAL**

Projeto de intervenção apresentado à Banca de defesa como requisito necessário para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Profa. Ms. Tatiana Maria Melo  
Guimarães dos Santos

**TERESINA/PI  
2015**

**RANIÉRI APARECIDA PEREIRA DE SANTANA**

**IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM  
UMA MATERNIDADE MUNICIPAL**

Relatório Final do projeto de intervenção submetido à Banca de Defesa no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Aprovada em: 13 de novembro de 2015.

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos – Presidente da Banca  
Universidade Federal do Piauí

---

Ms. Simone Santos e Silva – 1<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Piauí

---

2<sup>a</sup> Examinador (a)  
Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico este trabalho a DEUS,  
Que me deu a bênção de uma bela família;  
Que tem me dado saúde, força e a fé de nunca desistir;  
Que tem me mostrado que na vida tudo há um propósito;  
E que por mais distante ou impossível tudo tem o tempo certo de acontecer.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Piauí por nos oportunizar a realização desse curso;

À todos os professores e preceptores que nos ajudaram transmitindo seus conhecimentos. Vocês foram fundamentais nessa caminhada;

À diretora da Maternidade do Promorar, Sandra Marina pelo apoio e estímulo para conclusão dessa especialização;

Às parturientes, puérperas e recém-nascidos, os verdadeiros protagonistas dessa história. No fim é tudo por vocês;

À minha orientadora, Tatiana Melo que com sua calma, experiência e sabedoria soube me conduzir ao final dessa caminhada;

Aos amigos de turma, nossa união fez no final tudo dar certo;

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram de forma positiva para a conclusão de mais esta etapa.

## RESUMO

O presente projeto de intervenção propõe reorganizar o serviço do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em uma maternidade municipal na cidade de Teresina-PI. O ACCR é um importante instrumento, pois promove melhorias no atendimento dos serviços de saúde de uma forma geral, já que os atendimentos são realizados conforme o grau de agravamento e vulnerabilidade do paciente, se tornando assim um atendimento mais organizado e humanizado. Tendo em vista que esta maternidade vivencia dificuldades na execução deste serviço, este projeto tem por objetivo implementar o ACCR por meio de um protocolo que atenda as orientações do Ministério da Saúde com enfoque na Rede Cegonha no intuito de reorganizar o processo de trabalho. Em roda de conversa realizada com os enfermeiros e gerência de enfermagem da instituição, foi apresentado o protocolo fruto deste trabalho e feito um levantamento, através da aplicação de um instrumento, das potencialidades e fragilidades da maternidade para a implementação do ACCR. Os resultados esperados devem refletir uma humanização nas relações trabalhadores/usuárias, uma resolutividade e agilidade do atendimento, trabalho em equipe, e principalmente a satisfação tanto das usuárias quanto dos profissionais de saúde envolvidos.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Avaliação de risco. Saúde da Mulher. Obstetrícia. Humanização da Assistência.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO.....	9
3	APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	9
4	JUSTIFICATIVA.....	10
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
5.1	Assistência obstétrica: uma rede de atenção materno-infantil.....	10
5.2	Acolhimento e Classificação de Risco: uma estratégia de atenção qualificada.....	12
6	PUBLICO ALVO.....	13
7	OBJETIVOS DO PROJETO.....	14
7.1	Geral.....	14
7.2	Específicos.....	14
8	METAS.....	14
9	METODOLOGIA.....	15
10	CRONOGRAMA.....	16
11	ORÇAMENTO.....	17
12	RECURSOS HUMANOS.....	17
13	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	18
14	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
	REFERÊNCIAS.....	22
	APÊNDICE I.....	24
	APÊNDICE II.....	25
	APÊNDICE III.....	26
	APÊNDICE IV.....	60
	APÊNDICE V.....	61
	APÊNDICE VI.....	62

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e infantil são indicadores que há tempos têm sido foco de discussões, buscando-se formas para sua diminuição. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, cerca de 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Em 2001, nas capitais brasileiras, os dados foram de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004a). Segundo dados do DATASUS (2015), em 2014 no Brasil houveram 51.194 mortes maternas registradas, sendo a região Nordeste responsável por 13.685 e o estado do Piauí por 813. Em relação à mortalidade infantil, os dados são de 31.026 no país, 9.540 no Nordeste e 601 do estado do Piauí.

Para Brasil (2014a) a humanização e a qualidade da atenção em saúde são pontos chave e essenciais para que os problemas de saúde sejam identificados e solucionados a tempo diminuindo assim os índices de mortalidade. A Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada em 2003 com o objetivo de produzir mudanças de práticas de saúde, qualificando assim os modos de cuidado e modos de gerir no SUS. Esta política define por humanização como sendo a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, mudanças estas construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada.

O Acolhimento apresenta-se como uma das diretrizes da PNH. Segundo esta política, o acolhimento é construído de forma coletiva e deve reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. É uma ação de saúde que deve comparecer e sustentar a relação entre equipes, serviços e usuários (BRASIL, 2004b).

O acolhimento é uma forma de atuar nos processos de trabalho em saúde no intuito de atender a todos que procuram os serviços de saúde, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. É também uma ação que pressupõe a mudança da relação entre o profissional e o usuário, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004c).

A Rede Cegonha instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 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. E tem como uma de suas diretrizes a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (BRASIL, 2011a).

A classificação de risco tem como objetivo classificar o paciente através de cores antes da avaliação médica, identificando os que possuem risco de morte ou complicações sérias e que por este motivo não podem esperar pelo atendimento. O acolhimento com a classificação de risco em obstetrícia tem sido implantado nos serviços das maternidades no país e ganhado força após instituição da Rede Cegonha.

Segundo o Ministério da Saúde (2014b), o acolhimento deve ser uma postura exercida por todos os componentes da equipe de saúde e não deve ser encarada como uma simples função administrativa ou de enfermagem de triagem para selecionar aqueles que deverão ser atendidos com rapidez. Deve ser uma escuta com objetivo de promover e garantir o acesso das mulheres durante todo o percurso no serviço, envolvendo recepção, os espaços assistenciais, resolutividade do problema e/ou encaminhamento responsável a outros locais.

Portanto, tendo em vista que a mortalidade materna no seu ciclo gravídico-puerperal ainda é significativa, a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) torna-se de fundamental importância para minimizar e/ou evitar danos, pois viabiliza um atendimento com resolutividade em tempo adequado.

O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, a falta de informação clara, a insegurança e preocupação são fatores que fazem com que as gestantes procurem os serviços de urgência e maternidades com maior frequência. O acolhimento entra neste cenário como um instrumento para a construção de um vínculo de confiança das usuárias com os profissionais e o serviço. O acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades possui peculiaridades próprias relacionadas ao processo gravídico o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e habilidade para um julgamento clínico criterioso. Julgamento clínico este, que deve estar embasado em protocolo fundamentado cientificamente (BRASIL, 2014b).

## **2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO**

A partir da experiência como enfermeira na assistência à mulher e ao recém-nascido em uma maternidade municipal da cidade de Teresina-PI tem sido possível vivenciar a falta de um acolhimento adequado na recepção das usuárias a este serviço. Nesta unidade de saúde citada, o serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) foi implantado há aproximadamente um ano e não há um enfermeiro exclusivo para exercer este atendimento como também não há uma sala própria para este acolhimento.

O enfermeiro que atualmente realiza o ACCR, além de estar neste setor, é também responsável por mais três outros setores dentro da maternidade (sala de parto, centro cirúrgico e central de material e esterilização) e o consultório para a realização do ACCR é um espaço improvisado dentro da recepção desta maternidade, na qual a paciente não tem sua privacidade respeitada. Isto torna inviável que o enfermeiro possa estar disponível para realizar o acolhimento e classificação de todas as pacientes que procuram atendimento, o que faz com que muitas delas sejam encaminhadas diretamente ao consultório médico.

Neste sentido, com a proposta de elaboração de um plano de intervenção dada pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/Rede Cegonha – UFPI/UFMG/MS, vejo a possibilidade de elaborar um projeto no sentido de implementar e melhorar o serviço de ACCR na referida maternidade, preconizando o que defende o Ministério da Saúde e a Rede Cegonha, tendo em vista a importância desta atividade na assistência à saúde materna e neonatal.

## **3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

A Maternidade está localizada na zona sul da cidade de Teresina-PI possui um total de vinte leitos obstétricos para alojamento conjunto, quatro leitos em sala de parto, sete leitos neonatais sendo que destes quatro pertencem à Unidade de Cuidados Convencionais (UCINco), além de duas salas cirúrgicas. É composta por uma equipe onde em cada turno de 12 horas possui dois obstetras, um acadêmico de medicina, dois enfermeiros (um responsável por sala de parto, centro cirúrgico e central de material e esterilização e outro enfermeiro responsável pelo alojamento conjunto e neonatologia) e doze técnicos de enfermagem assim distribuídos: dois

em sala de parto, três no alojamento conjunto, três para neonatologia, dois no centro cirúrgico e dois na central de material e esterilização.

Atualmente, possui o título de Hospital Amigo da Criança e segundo dados registrados nos livros de cirurgia obstétrica e livro da sala de parto do Hospital Geral do Promorar, no ano de 2014 a maternidade teve uma média de 5,09 partos por dia com um total de 1.823 partos, sendo uma taxa de parto normal ao mês de 58,7% e parto cesáreo 41,3%.

#### **4 JUSTIFICATIVA**

Com base no proposto pela Rede Cegonha, é indispensável que a ferramenta do ACCR seja utilizada nos serviços de atendimento à saúde da mulher. Isto porque o ACCR permite a garantia de acesso, respeitando o princípio da equidade e tornando possível a identificação das prioridades para a realização de um atendimento efetivo. Este trabalho, elaborado na forma de projeto de intervenção, com a finalidade de implementar o ACCR em uma maternidade municipal de Teresina no estado do Piauí, vem como um instrumento para melhorar a assistência e a resolutividade do serviço, tendo como principais finalidades garantir o atendimento imediato da usuária com grau de risco elevado, organizar a demanda, além de fornecer informações à paciente e familiares.

#### **5 REFERENCIAL TEÓRICO**

##### **5.1 Assistência obstétrica: uma rede de atenção materno-infantil**

Segundos dados do Ministério da Saúde (2011b) a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde brasileiras nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada apenas às demandas relativas à gravidez e ao parto. A visão direcionada à mulher era restrita e baseada apenas na especificidade biológica e no seu papel social de mãe responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos. As metas de tais políticas eram definidas pelo nível central, sem a devida avaliação das necessidades de saúde locais. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de

descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção. Neste mesmo período no Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que formularia o SUS.

Segundo Giffin (2002) após reivindicações do movimento feminista brasileiro na década de 60, emergiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado na função da reprodução. Essa luta das mulheres por seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou a adoção das primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde voltadas para a assistência integral à saúde da mulher.

Na década de 70, foi lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil, com foco no planejamento familiar a fim de incentivar a paternidade responsável, no intuito de reduzir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna. Apenas em meados da década de 80 foi de fato incorporado ações de caráter integral à saúde da mulher: em 1983, foi lançado pelo Ministério da Saúde o PAISM que passou a permitir o acesso da população aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero (FREITAS *et al.*, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM) que promove a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, com ênfase, principalmente, na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004b).

Dentro desse histórico de políticas voltadas à saúde da mulher surge em 2011 a Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, e que consiste numa rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esta rede traz uma nova ótica à saúde da mulher e da criança, pois tem como objetivo fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto,

ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; bem como organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; além de reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha articula como objetivos: fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; fomentar a organização e fortalecimento da rede de atenção a gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de vida, garantindo acesso qualificado, com acolhimento e resolutividade; e contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente neonatal. Tendo como diretrizes a garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência; da vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; do acesso às ações do planejamento reprodutivo; e de uma gestão democrática e participativa. Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2011a).

## **5.2 Acolhimento e Classificação de Risco: uma estratégia de atenção qualificada**

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Sendo assim, o mais importante não é perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, mas sim analisar como ele acontece (BRASIL, 2013). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói como uma ação que deve ocorrer em todos os momentos do usuário dentro da Unidade de Saúde. É uma ação que necessita de uma reorganização do serviço, de mudanças estruturais e de uma postura de escuta qualificada com o compromisso de dar respostas às necessidades de saúde que surgirem.

O Acolhimento com Classificação de Risco é um importante instrumento, pois promove melhorias no atendimento dos serviços de saúde de uma forma geral, já que os atendimentos são realizados conforme o grau de agravamento e vulnerabilidade do paciente, se tornando assim um atendimento mais organizado e humanizado.

Conforme estudo de Pinto *et al.* (2012), a classificação de risco como um processo de priorização do atendimento não é fato novo e já vem sendo executado em diversos países como a Austrália, Reino Unido, Canadá e Estados Unidos. No Brasil o primeiro estado a adotar essa forma de classificação foi Minas Gerais que optou pela implantação do protocolo de triagem Manchester nas portas de entrada dos seus serviços de saúde. Esse protocolo foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994 e estabelece uma classificação de risco utilizando cinco categorias. De acordo com a história clínica e os sinais e sintomas apresentados pelo usuário, este é classificado dentro de uma das cinco categorias que são distribuídas em cores, tendo prioridade de atendimento os considerados com maior gravidade. As cores são descritas como: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul).

Acolher é uma forma de humanizar o atendimento e fazer com que os profissionais de saúde atendam melhor e de uma forma mais respeitosa seus usuários, utilizando uma abordagem ética e humana, tendo em vista que isto irá garantir um melhor vínculo entre o profissional e o usuário. O acolhimento tem por objetivo um atendimento mais resolutivo, sabendo identificar prioridades, porém sem deixar de tratar os pacientes de forma digna. Esse processo de triagem é realizado na sua grande maioria por enfermeiros, profissional este que assume importante papel na triagem com classificação de risco, pois supervisiona a entrada de pacientes, tem autonomia sobre sua equipe exercendo espírito de liderança, promovendo assim um melhor fluxo nos serviços de triagem. (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

## **6 PÚBLICO ALVO**

A população beneficiada com o serviço do ACCR na maternidade anteriormente citada é em sua maioria composta da própria população dos bairros que compõem a região sul da capital do Piauí, além das usuárias encaminhadas

pelos municípios mais próximos do território Entre Rios como é pactuado na Rede Cegonha. São em sua maior parte gestantes de baixa renda e baixa escolaridade.

## **7 OBJETIVOS DO PROJETO**

### **7.1 Geral**

- Implementar o Acolhimento com Classificação de Risco na recepção de usuárias em uma Maternidade no município de Teresina-PI.

### **7.2 Específicos**

- Elaborar um Protocolo local de Acolhimento com Classificação de Risco para um Maternidade municipal de Teresina-PI;
- Apresentar o protocolo aos enfermeiros e direção da maternidade; e sensibilizá-los quanto à importância da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco na Maternidade;
- Realizar o levantamento, segundo opinião dos enfermeiros da instituição, das potencialidades e fragilidades do serviço para a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco;
- Envolver toda a equipe multiprofissional da maternidade na participação da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco.

## **8 METAS**

- Elaboração do Protocolo para o Acolhimento com Classificação de Risco;
- Apresentação aos enfermeiros e direção da maternidade do Protocolo criado para o Acolhimento com Classificação de Risco;
- Dentro do período de um ano (2016 a 2017) implementar o Acolhimento com Classificação de Risco na maternidade municipal de Teresina-PI, conforme os parâmetros estabelecidos pela Rede Cegonha e contando com a participação de toda a equipe multiprofissional.

## 9 METODOLOGIA

O Projeto de Intervenção é uma reflexão acerca de um planejamento. É um instrumento de trabalho utilizado para organizar ações e tomar decisões, de modo a realizar objetivos pretendidos. É um projeto que tem a intenção de organizar ideias possíveis para implementar mudanças. Trata-se, portanto de uma proposta objetiva e focalizada de ação organizada, para resolver problemas da realidade (PAZ *et al.*, 2013).

Este Projeto de Intervenção de caráter educativo se desenvolverá com a elaboração de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para a maternidade já mencionada, que será organizado em concordância com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia produzido pelo Ministério da Saúde em 2014, disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/dae/ManualObstetricia.pdf>.

O plano de intervenção foi realizado em quatro etapas:

**1ª Etapa (Mobilização):** os enfermeiros e direção da maternidade receberam um convite (APÊNDICE I) para a participação de uma reunião que ocorreu em 20 de outubro de 2015 na própria maternidade; (APÊNDICE II)

**2ª Etapa (Conhecendo o projeto de intervenção):** nesta etapa foi realizada uma roda de conversa durante a reunião onde foi apresentado aos enfermeiros e gerência de enfermagem o projeto, seus objetivos e o protocolo elaborado (APÊNDICE III);

**3ª Etapa (Levantamentos das potencialidades e fragilidades):** Nesta etapa, através de um instrumento (APÊNDICE IV), foi solicitado aos presentes na reunião que descrevessem de forma anônima, segundo sua experiência, quais seriam as potencialidades e fragilidades do serviço para a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco;

**4ª Etapa (Envolvimento da equipe multiprofissional, implementação do protocolo e avaliação):** Será realizada uma nova reunião para apresentação do acolhimento a toda equipe multiprofissional. Além da implementação, de acordo com protocolo, do acolhimento com classificação de risco na referida maternidade e posterior avaliação dos sujeitos envolvidos. Esta etapa está prevista para o período entre 2016 e 2017.



Para sua elaboração, esse trabalho não utilizou dados primários, não sendo necessário, portanto, aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, foi solicitado à Gestora da Unidade em questão, a ciência e aprovação desse projeto (APÊNDICE V), sendo o mesmo deferido.

## 10 CRONOGRAMA

<b>ATIVIDADES</b>	<b>JUL/AGO 2015</b>	<b>SET 2015</b>	<b>OUT 2015</b>	<b>NOV 2015</b>	<b>2016 a 2017</b>
Elaboração do projeto	X	X			
Desenvolvimento do Protocolo de ACCR em Obstetrícia		X	X		
Apresentação do Protocolo para todos os enfermeiros e direção da maternidade em reunião.			X		
Finalização do projeto de intervenção			X	X	
Apresentação do projeto de intervenção				X	
Entrega de cópia do trabalho final para a direção da maternidade				X	
Apresentação do acolhimento para toda a equipe multiprofissional da instituição, implementação do protocolo e Avaliação.					X

**11 ORÇAMENTO**

<b>MATERIAIS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR</b>
Resma de papel A4	01	R\$ 12,00	R\$ 12,00
Pen drive	01	R\$ 28,00	R\$ 28,00
Caneta esferográfica	03	R\$ 0,80	R\$ 2,40
Recarga do cartucho de tinta preta	01	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Recarga do cartucho de tinta colorida	01	R\$ 20,00	R\$ 20,00
<b>VALOR TOTAL</b>			<b>R\$ 77,40</b>

**12 RECURSOS HUMANOS**

<b>FORMAÇÃO</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>VÍNCULO COM O PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>
Enfermeira	Diretora da Maternidade	Autorização e ciência
Enfermeira	Mestre Docente	Orientação
Enfermeira	Enfermeira Assistencial da maternidade	Autora
Enfermeiro	Enfermeiros Assistenciais da maternidade	Levantamento das potencialidades e fragilidades do serviço na implementação do ACCR

### **13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO**

Como citado na metodologia, foram convidados neste primeiro momento a direção e os enfermeiros que compõem a escala da maternidade para participarem de uma reunião onde, em roda de conversa, foram apresentados os objetivos do projeto e um protocolo local elaborado para a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (APÊNDICE III). Na referida reunião, ocorrida no dia 20 de outubro de 2015, na maternidade do Hospital Geral do Promorar, estiveram presentes cinco enfermeiros dos onze que constam na escala (um total 45,4%), além da gerente de enfermagem. Porém, não foi possível a presença da diretora da instituição. (APÊNDICE II)

A participação da equipe, principalmente a de enfermagem, no processo de implementação do ACCR é de suma importância, pois o acolhimento é também um dispositivo de intervenção que irá possibilitar a análise e possíveis mudanças no processo de trabalho em saúde. O que leva a mudanças nas relações entre profissionais e usuários, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2009). O número reduzido de profissionais que compareceram a este primeiro momento torna-se preocupante, além de ser um alerta à instituição no sentido de se promover uma maior articulação e envolvimento do profissional com o serviço.

O protocolo local para o ACCR apresentado em reunião foi elaborado em concordância com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia produzido pelo Ministério da Saúde em 2014. O mesmo é composto de introdução, objetivos, os benefícios para as pacientes e os profissionais, descreve quem faz e a quem se destina, contém recomendações para implementação do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia, consta as atribuições dos profissionais envolvidos, como deve ser aplicado e apresenta fluxogramas, anexos, apêndices e referências.

Com a exposição do protocolo aos enfermeiros e gerência de enfermagem, solicitou-se que em instrumento próprio, como consta no apêndice III, fosse elencado os principais desafios para a implementação do ACCR. Desafio este que foi traduzido em potencialidades e fragilidades do serviço diante da proposta, como consta no quadro abaixo (Quadro 1).

**Quadro 1** – Principais potencialidades e fragilidades do serviço para a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco

Potencialidades	Fragilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter, no mesmo turno de trabalho, dois enfermeiros assistenciais na maternidade, embora não tenha um exclusivo para o ACCR;</li> <li>▪ Alto fluxo de atendimento em obstetrícia;</li> <li>▪ Equipe multiprofissional receptiva e acolhedora;</li> <li>▪ Existência de impressos adequados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausência de recursos humanos específicos para o setor de ACCR;</li> <li>▪ Ausência de estruturas adequadas (garantia de privacidade);</li> <li>▪ Não ter uma sala de emergência na maternidade para atendimento, caso necessário;</li> <li>▪ Não ter consultórios distintos para cada classificação, pelo menos dois;</li> <li>▪ Não ter sistema informatizado;</li> <li>▪ Falta de interação multiprofissional;</li> </ul>
<p><b>OBS:</b> Boa parte dos enfermeiros também destacaram que a implementação do ACCR irá garantir uma melhor qualidade da assistência prestada.</p>	

Os principais problemas diagnosticados pelos enfermeiros foram apontados mediante suas observações e vivências no cotidiano do trabalho. Problemas estes que interferem no processo de trabalho e dificultam a implementação, de forma adequada, da proposta deste trabalho. Pode-se notar a existência de um número maior de fragilidades em detrimento das potencialidades. As fragilidades mais citadas foram a inexistência de uma ambiência adequada e a falta de recursos humanos específicos para exercer as atividades exigidas pelo ACCR.

Segundo o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde, existe uma equipe multiprofissional envolvida no processo do ACCR. Cada um desses profissionais com atribuições específicas, onde pode-se destacar o técnico/auxiliar de enfermagem e o enfermeiro, mostrando assim a necessidade desses profissionais no exercício de atividades exclusivas do ACCR. Além de recursos humanos adequados, nas maternidades e em serviços de saúde que realizam partos, deve-se ter uma adequada ambiência que consiste em reformas em seus espaços físicos com o objetivo de qualificá-los para favorecerem e facilitarem os processos e relações de trabalho. Além da aquisição de mobiliários

e equipamentos adequados, de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2014b).

Existiu também uma discordância em relação à existência de trabalho em equipe, houve quem descreveu na instituição existir uma equipe multiprofissional receptiva e acolhedora, ao mesmo tempo em que descreveram haver uma falta interação multiprofissional. Sabe-se da necessidade de trabalho em equipe para que todo e qualquer processo de trabalho tenha um bom desenvolvimento.

Atualmente, além de não possuir consultório específico para tal atividade, não há enfermeiro e técnico de enfermagem que exerça exclusivamente as atividades do ACCR. Como já citado no item “problematização da situação” deste trabalho, o mesmo enfermeiro que presta assistência no pré-parto, centro-cirúrgico e central de esterilização é no momento o responsável também pela classificação de risco.

Portanto, em se tratando da própria execução e implementação do ACCR na maternidade em questão por meio do uso do protocolo elaborado, pôde-se concluir tal ação como uma meta futura, entre os anos de 2016 e 2017. Pois, em afirmação da gerente de enfermagem durante a reunião, a implementação do ACCR de acordo com o protocolo só será possível após reforma na maternidade e aquisição de novos funcionários, tal reforma tem previsão de início para final do corrente ano. Neste período, quando de fato ocorrerá a implementação, toda a equipe multiprofissional será convocada a entender e participar do processo.

## **14 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) mostra-se como uma importante intervenção para a reorganização e realização da promoção e proteção da saúde. Apresenta-se como um dispositivo no intuito de reorganizar os processos de trabalho, melhorar a assistência prestada, além de trazer satisfação aos usuários e trabalhadores. A sua implementação, respeitando os preceitos da Rede Cegonha, vem com a proposta de efetivar e organizar o serviço, contribuindo assim para uma prática humanizada e qualificada, no intuito de atingir uma melhor qualidade no atendimento.

É importante lembrar que, como um dispositivo de mudança no processo de atendimento, o ACCR pode, em um primeiro momento, apresentar resistência por

parte tanto dos profissionais quanto das usuárias. No entanto, se a sua efetivação gerar cuidados para as usuárias e resolutividade das ações, essa prática será defendida por todos. Torna-se necessário, desde a sua implementação, dialogar com os sujeitos envolvidos sobre a importância da concretização de um acesso mais democratizado e justo ao serviço, respeitando assim o princípio da equidade.

No que se refere à atuação da equipe de enfermagem, destaca-se a presença desses profissionais como de fundamental importância para o êxito da implementação do ACCR, em virtude da dedicação, participação, interatividade e comprometimento desses profissionais com a qualidade do atendimento.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização**. 1 ed. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed., 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

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

DATASUS. Disponível em:

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw> e

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Acesso em 25 de julho de 2015.

FREITAS, G. L; *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.2, 2009.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, 2002.

OLIVEIRA, D. A.; GUIMARÃES, J. P. Importância do Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.2, n.2, 2013.

PAZ, A. A. M. A. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. II Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania com ênfase na Educação de Jovens e Adultos (EJA) - 2013-2014. Universidade de Brasília (UnB). Universidade Aberta do Brasil (UAB). Faculdade de Educação. Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Educação. Brasília (DF): UnB. 2013.

PINTO, D. J.; SALGADO P.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n. 6, 2012.





## APÊNDICE I

### CONVITE

Vimos por meio deste convidá-lo(a) a participar de uma reunião que realizar-se-á no dia 20 de outubro de 2015, no Auditório do Hospital Geral do Promorar, para discussão de propostas relacionadas a melhorias na qualidade da assistência de Enfermagem na maternidade Dr. Olavo Mendes Carvalho. No momento será apresentado um modelo de **Plano de Alta de Enfermagem** e um **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia** a serem implementados nesta maternidade. Tratam-se de projetos de intervenção oriundos do Curso de Especialização em Enfermagem obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

#### PROGRAMAÇÃO:

Abertura (16h30)

- Discussão sobre propostas de melhorias da qualidade da assistência de Enfermagem;  
(Ministrantes: Acadêmicos do 7º Bloco de Enfermagem – UESPI);

Apresentação do projeto de intervenção: Plano de Alta de Enfermagem

Ministrante: Enf.<sup>a</sup> Livia Carvalho Pereira

Apresentação do projeto de intervenção: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia

Ministrante: Enf.<sup>a</sup> Raniéri Aparecida Pereira de Santana

Encerramento:

Coffee Break

A presença e a colaboração de todos vocês, é muito importante!

Desde já, Agradecemos!

*Livia Carvalho Pereira*

*Enfermeira – Especializanda em Enfermagem Obstétrica-UFMG/UFPI*

*Raniéri Aparecida Pereira de Santana*

*Enfermeira – Especializanda em Enfermagem Obstétrica-UFMG/UFPI*



## APÊNDICE II

**Reunião com Enfermeiros e Gerência de Enfermagem\***

**\*Fotos autorizadas pela assinatura do “Termo de Consentimento de Exibição de Imagem” (APÊNDICE VI).**



**UFMG**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS

**APÊNDICE III**  
**- PROTOCOLO -**

# HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

## - MATERNIDADE -

# Protocolo

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA



Teresina/PI

2015

# **HOSPITAL GERAL DO PROMORAR – MATERNIDADE**

Outubro de 2015

Raniéri Aparecida Pereira de Santana

***Enfermeira – Especializanda em Enfermagem Obstétrica-UFMG/UFPI***

Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos

***Enfermeira Obstetra – Mestre em Enfermagem – Orientadora – FSA/UFPI***

Sandra Marina Gonçalves Bezerra

***Direção Geral***

Naila Luany Carvalho Brito

***Gerência de Enfermagem***

# APRESENTAÇÃO

Este protocolo foi criado como projeto de intervenção da Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Universidade Federal do Piauí (UFPI). Foi organizado em concordância com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia produzido pelo Ministério da Saúde em 2014 disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dae/ManualObstetricia.pdf>, e tem como finalidade humanizar o atendimento e facilitar o acesso da mulher no ciclo gravídico puerperal ao serviço desta maternidade, além de melhorar o processo de trabalho promovendo assim a redução da mortalidade materna e infantil.

Foi um trabalho construído de forma responsável na intenção de influenciar de maneira positiva o cuidado em saúde, para os usuários e profissionais da assistência. Assim, avançamos na direção de uma melhor assistência e promoção a vida de nossas mães e bebês.

Raniéri Aparecida Pereira de Santana

*Enfermeira – Especializanda em Enfermagem Obstétrica-UFMG/UFPI*

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	V
2 - OBJETIVOS.....	VII
3 - BENEFÍCIOS.....	VII
3.1 - Para as pacientes.....	VII
3.2 - Para os profissionais.....	VIII
4 - QUEM FAZ.....	VIII
5 - A QUEM SE DESTINA.....	VIII
6 - RECOMENDAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR) EM OBSTETRÍCIA.....	VIII
7 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO ACCR EM OBSTETRÍCIA.....	IX
7.1 - Profissionais da Recepção .....	X
7.2 - Técnico/Auxiliar de Enfermagem do ACCR.....	X
7.3 - Enfermeiro do ACCR.....	XI
7.4 - Enfermeiros Obstetras.....	XI
7.5 - Médicos Obstetras.....	XII
7.6 - Serviço Social e Psicologia.....	XII
7.7 - Serviço de Vigilância .....	XII
7.8 - Serviço de transporte (quando houver) .....	XIII
7.9 - Coordenação Médica e de Enfermagem da Obstetrícia.....	XIII
8 - COMO SE APLICA.....	XIII
9 - FLUXOGRAMA DO ACCR NA OBSTETRÍCIA.....	XV
10 – FLUXOGRAMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	XVI
10.1 - Desmaio/Mal estar geral.....	XVI
10.2 - Dor abdominal/Lombar/Contrações Uterinas.....	XVII
10.3 - Dor de Cabeça / Tontura / Vertigem.....	XVIII
10.4 - Falta de Ar/Sintomas Respiratórios.....	XIX
10.5 - Febre/Sinais de Infecção.....	XX
10.6 - Náuseas e Vômitos.....	XXI
10.7 - Perda de Líquido Via Vaginal.....	XXII

10.8 - Perda de Sangue Via Vaginal.....	XXIII
10.9 - Queixas Urinárias.....	XXIV
10.10 - Parada/Redução de Movimentos Fetais.....	XXV
10.11 – Relato de Convulsão.....	XXVI
10.12 - Outras Queixas/Pacientes encaminhadas de outras Unidades sem referenciamento.....	XXVII
REFERÊNCIAS.....	XXVIII
ANEXO I -.....	XXIX
ANEXO II -.....	XXIX
ANEXO III -.....	XXIX
ANEXO IV -.....	XXX
APÊNDICE I .....	XXXI



## 1 INTRODUCAO

A mortalidade materna e infantil são indicadores que há tempos têm sido foco de discussões, buscando-se formas para sua diminuição. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, cerca de 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Em 2001, nas capitais brasileiras, os dados foram de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004a). Segundo dados do DATASUS (2015), em 2014 no Brasil houveram 51.194 mortes maternas registradas, sendo a região Nordeste responsável por 13.685 e o estado do Piauí por 813. Em relação à mortalidade infantil, os dados são de 31.026 no país, 9.540 no Nordeste e 601 do estado do Piauí.

Para Brasil (2014a) a humanização e a qualidade da atenção em saúde são pontos chave e essenciais para que os problemas de saúde sejam identificados e solucionados a tempo diminuindo assim os índices de mortalidade. A Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada em 2003 com o objetivo de produzir mudanças de práticas de saúde, qualificando assim os modos de cuidado e modos de gerir no SUS. Esta política define por humanização como sendo a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, mudanças estas construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada.

O Acolhimento apresenta-se como uma das diretrizes da PNH. Segundo esta política, o acolhimento é construído de forma coletiva e deve reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. É uma ação de saúde que deve comparecer e sustentar a relação entre equipes, serviços e usuários (BRASIL, 2004b).

O acolhimento é uma forma de atuar nos processos de trabalho em saúde no intuito de atender a todos que procuram os serviços de saúde, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. É também uma ação que pressupõe a mudança da relação entre o profissional e o usuário, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004c).

A Rede Cegonha instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 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. E tem como uma de suas diretrizes a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (BRASIL, 2011a).

A classificação de risco tem como objetivo classificar o paciente através de cores antes da avaliação médica, identificando os que possuem risco de morte ou complicações sérias e que por este motivo não podem esperar pelo atendimento. O acolhimento com a classificação de risco em obstetrícia tem sido implantado nos serviços das maternidades no país e ganhado força após instituição da Rede Cegonha.

Segundo o Ministério da Saúde (2014b), o acolhimento deve ser uma postura exercida por todos os componentes da equipe de saúde e não deve ser encarada como uma simples função administrativa ou de enfermagem de triagem para selecionar aqueles que deverão ser atendidos com rapidez. Deve ser uma escuta com objetivo de promover e garantir o acesso das mulheres durante todo o percurso no serviço, envolvendo recepção, os espaços assistenciais, resolutividade do problema e/ou encaminhamento responsável a outros locais.

Portanto, tendo em vista que a mortalidade materna no seu ciclo gravídico-puerperal ainda é significativa, a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) torna-se de fundamental importância para minimizar e/ou evitar danos, pois viabiliza um atendimento com resolutividade em tempo adequado.

O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, a falta de informação clara, a insegurança e preocupação são fatores que fazem com que as gestantes procurem os serviços de urgência e maternidades com maior frequência. O acolhimento entra neste cenário como um instrumento para a construção de um vínculo de confiança das usuárias com os profissionais e o serviço. O acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades possui peculiaridades próprias relacionadas ao processo gravídico o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e habilidade para um julgamento clínico criterioso. Julgamento clínico este, que deve estar embasado em protocolo fundamentado cientificamente (BRASIL, 2014b)

## 2 OBJETIVOS

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de urgência/emergência da maternidade;
- A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada;
- Organizar o processo de trabalho e ambiência;
- A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais;
- Melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e tempo de espera;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas das usuárias que demandam os serviços de urgência/emergência da maternidade, visando identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Promover a integralidade da atenção em saúde através da articulação entre atenção básica e maternidade.

## 3 BENEFÍCIOS

### 3.1 Para as pacientes:

- Agilidade no atendimento, principalmente para os casos de maior risco que necessitam de uma rapidez no atendimento;
- Conhecimento, por parte das usuários e familiares, sobre o tempo de espera no atendimento;
- Resolutividade e qualidade do atendimento.

### **3.2 Para os profissionais:**

- Mudança no processo de trabalho;
- Melhor integração da equipe de profissionais no processo de cuidado;
- Otimização e valorização do trabalho e trabalhador da saúde.

## **4 QUEM FAZ**

O acolhimento com classificação de risco é uma ação interdisciplinar e por isso necessita de uma equipe multiprofissional envolvida no processo. Equipe esta que deve ter uma capacidade de interação e comunicação eficazes, além de agilidade, julgamento crítico, ética e organização. Deve ser composta por: enfermeiro/enfermeiro obstetra, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

## **5 A QUEM SE DESTINA**

Mulheres no ciclo gravídico puerperal que buscam o serviço de urgência da maternidade do Hospital Geral do Promorar.

## **6 RECOMENDAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR) EM OBSTETRÍCIA**

- Responsabilização e participação ativa dos profissionais de saúde;
- Sensibilização e qualificação de todos os profissionais da instituição, da recepção a direção, enfermagem, médicos, serviço social;
- Trabalho em equipe;
- Adequação do espaço físico e ambiência, compondo as reformas pertinentes;
- Aquisição de equipamentos para o atendimento básico tais como: sonar, aparelho de PA, termômetro, oxímetro de pulso, glicosímetro, relógio de parede, mesa, cadeira, maca, escala da dor;

- Capacitação dos profissionais envolvidos;
- Acolhimento imediato da mulher;
- Priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada;
- Oferta de um ambiente confortável e acolhedor para a paciente e seu acompanhante;
- Informação e esclarecimento para a usuária e familiares sobre todos os procedimentos (classificação de risco, medicações, observação clínica, exames, encaminhamento, etc.);
- Identificação dos profissionais (verbalmente ou crachá) pelas pacientes;
- Identificação das pacientes pelo nome;
- Oferta das práticas baseadas no modelo de humanização do parto e nascimento;
- Oferta de assistência por equipe multidisciplinar;
- Garantia de privacidade durante todo o atendimento;
- Utilização do instrumento de ACCR pelo enfermeiro, favorecendo um atendimento individualizado;
- Estabelecimento de fluxos e protocolos de atendimento;
- Promoção da linha de cuidado integral com referência e contra-referência;
- Solicitação de vaga para transferência quando necessário;
- Identificação de vítimas de violência;
- Avaliação contínua do processo de atendimento para promover reajustes necessários;
- Monitoramento contínuo a partir de reuniões realizadas com os profissionais buscando a construção de indicadores;
- Avaliação de satisfação das usuárias.

## **7 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO ACCR EM OBSTETRÍCIA:**

De acordo com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (2014) do Ministério da Saúde:

### **7.1 Profissionais da Recepção:**

- Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na emergência do centro obstétrico/maternidade, para fins estatísticos;
- Encaminhar a paciente para a Classificação de Risco;
- Dar baixa nas fichas das pacientes que não foram internadas;
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.

### **7.2 Técnico/Auxiliar de Enfermagem do ACCR:**

- Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher;
- Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco;
- Aferir sinais vitais da mulher;
- Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco;
- Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso;
- Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento;
- Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

### **7.3 Enfermeiro do ACCR:**

- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada;
- Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante;
- Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado;
- Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso;
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher;
- Registrar classificação no mapa do ACCR;
- Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
- Reclassificar as usuárias quando necessário;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

### **7.4 Enfermeiros Obstetras:**

- Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário;

- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

### **7.5 Médicos Obstetras:**

- Atender as usuárias que a eles competem de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da paciente;
- Preencher as fichas das mulheres vítimas de violência e proceder ao tratamento segundo protocolo específico;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

### **7.6 Serviço Social e Psicologia:**

- Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
- Atualizar informação sobre a rede SUS locorregional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;
- Realizar atendimento às vítimas de violência física e sexual conforme protocolo existente.

### **7.7 Serviço de Vigilância:**

- Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
- Zelar pela segurança do patrimônio;



- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e da maternidade.

#### **7.8 Serviço de transporte (quando houver):**

- Ajudar na recepção de mulheres impossibilitadas de deambular;
- Transportar a paciente de forma segura e cordial;
- Garantir a privacidade e respeitar o pudor da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e da maternidade;
- Atender às solicitações de prioridade no setor de emergência obstétrica.

#### **7.9 Coordenação Médica e de Enfermagem da Obstetrícia:**

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
- Apoiar a equipe do ACCR sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

## **8 COMO SE APLICA**

O ACCR é um processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas a capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

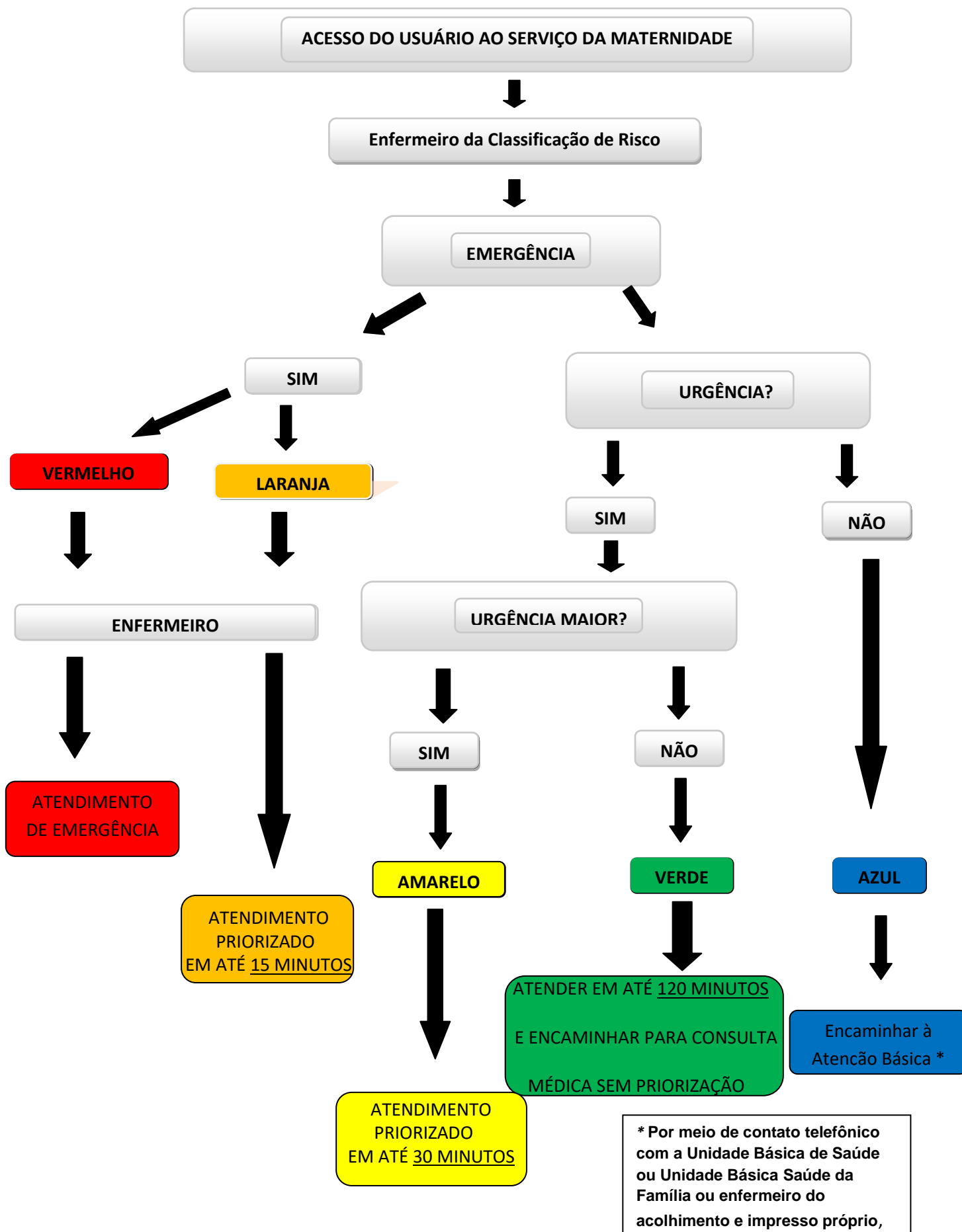
Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, a usuária é acolhida e identificada pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhada ao espaço destinado ao Acolhimento com Classificação de Risco. A equipe de enfermagem irá ouvir as queixas da paciente, aferir os dados vitais e classificar conforme protocolo. A

paciente será encaminhada ao atendimento médico ou atenção básica conforme necessidade. A classificação se dá conforme quadro abaixo:

<b>Prioridade Máxima</b>	<b>Vermelho</b>	<b>Emergente</b>	<b>Encaminhar imediatamente para o consultório médico ou pré-parto que devem ter suporte para atendimento de emergência</b>
<b>Prioridade I</b>	<b>Laranja</b>	<b>Muito Urgente</b>	<b>Encaminhar para consulta médica priorizada. Atendimento em até <u>15 minutos</u>.</b>
<b>Prioridade II</b>	<b>Amarelo</b>	<b>Urgente</b>	<b>Encaminhar para consulta médica priorizada. Atendimento em até <u>30 minutos</u>. (Reavaliar periodicamente)</b>
<b>Prioridade III</b>	<b>Verde</b>	<b>Pouco urgente</b>	<b>Atender em até <u>120 minutos</u> e encaminhar para consulta médica sem priorização. Informar expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente.</b>
<b>Prioridade IV</b>	<b>Azul</b>	<b>Não urgente</b>	<b>Pacientes classificados como AZUL podem também receber encaminhamento a unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente. *</b>

\*Todos os pacientes classificados como AZUL, se desejarem, serão atendidos pela equipe médica.

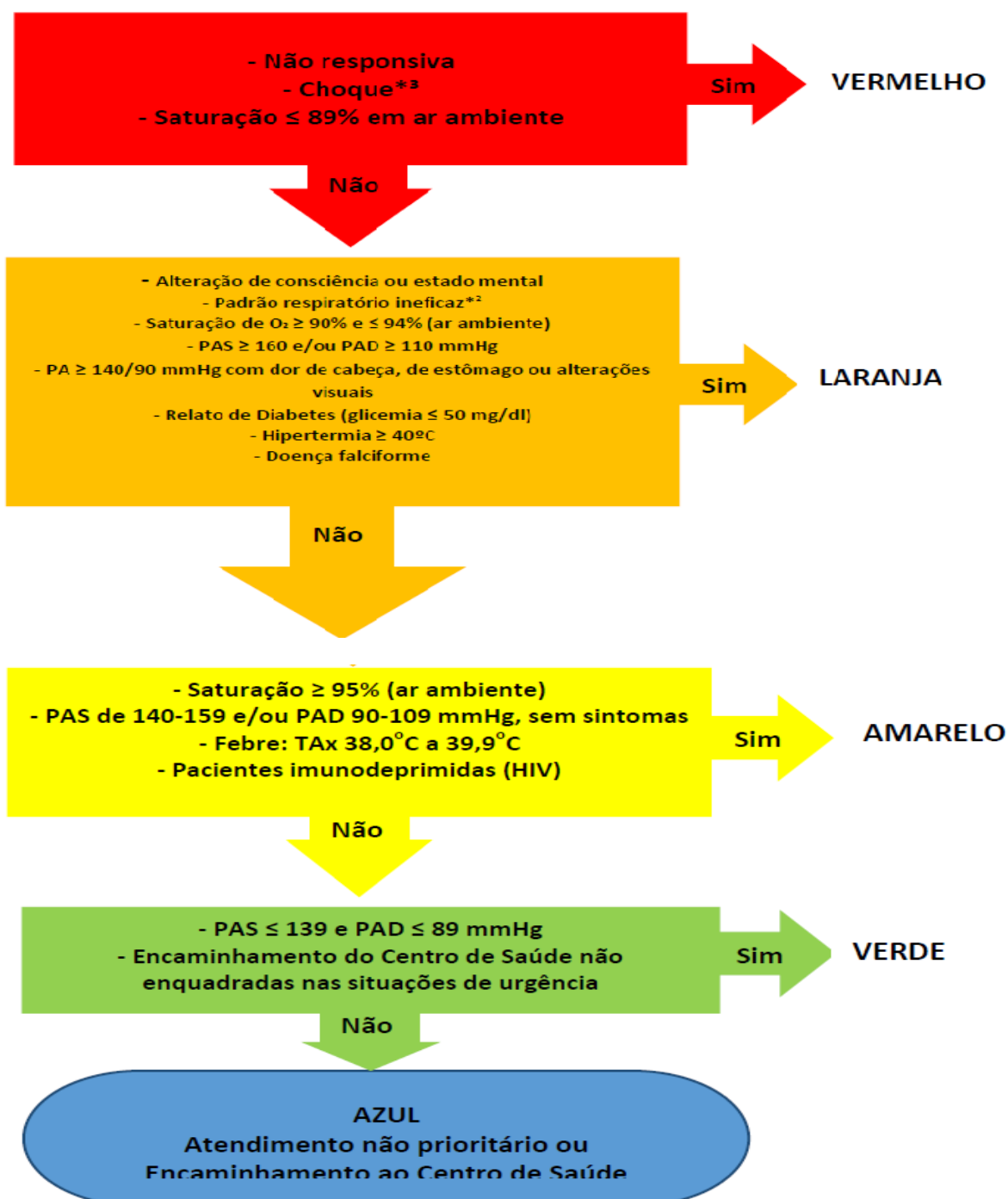
### 9 FLUXOGRAMA DO ACCR NA OBSTETRICIA



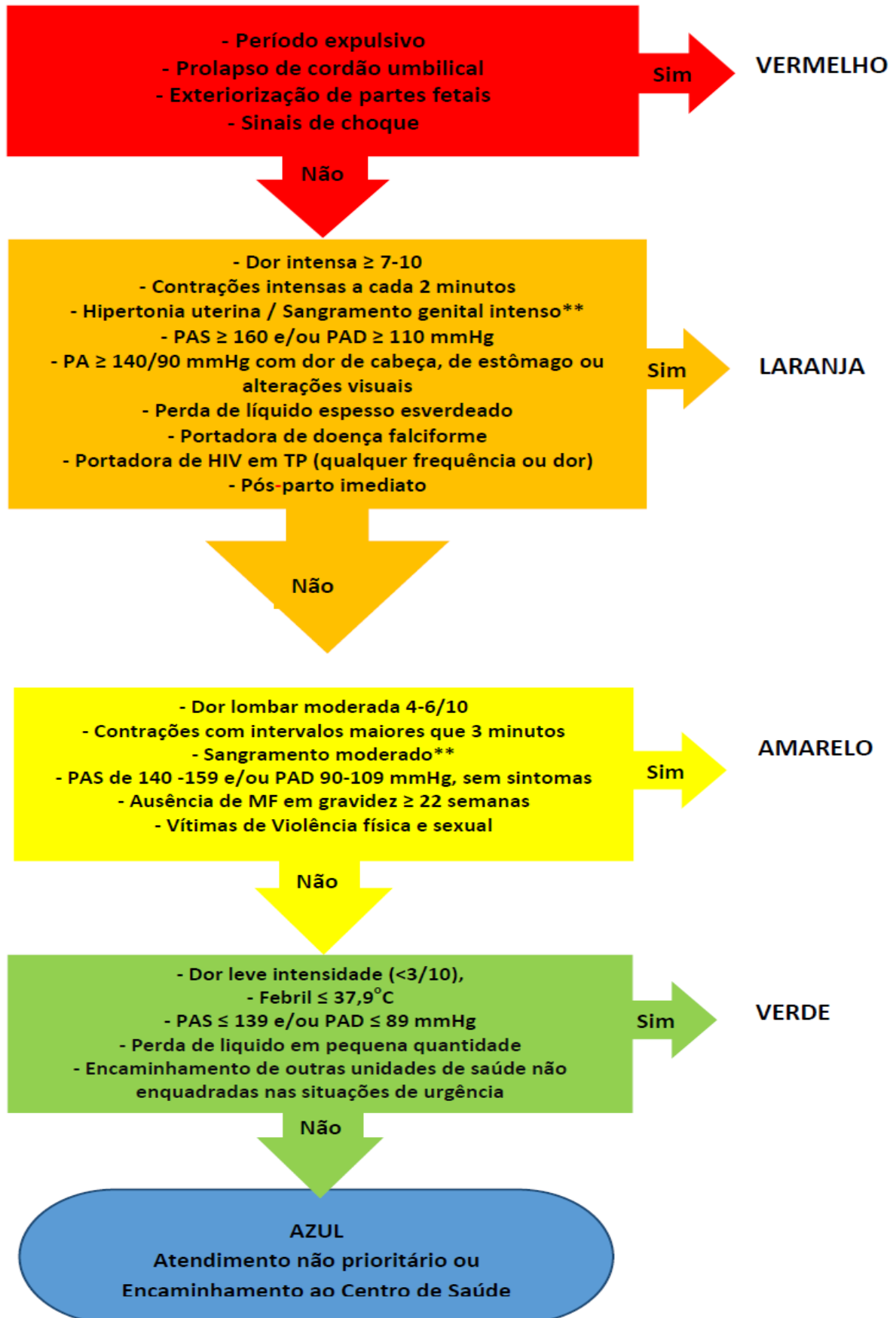
## 10 FLUXOGRAMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De acordo com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (2014) do Ministério da Saúde:

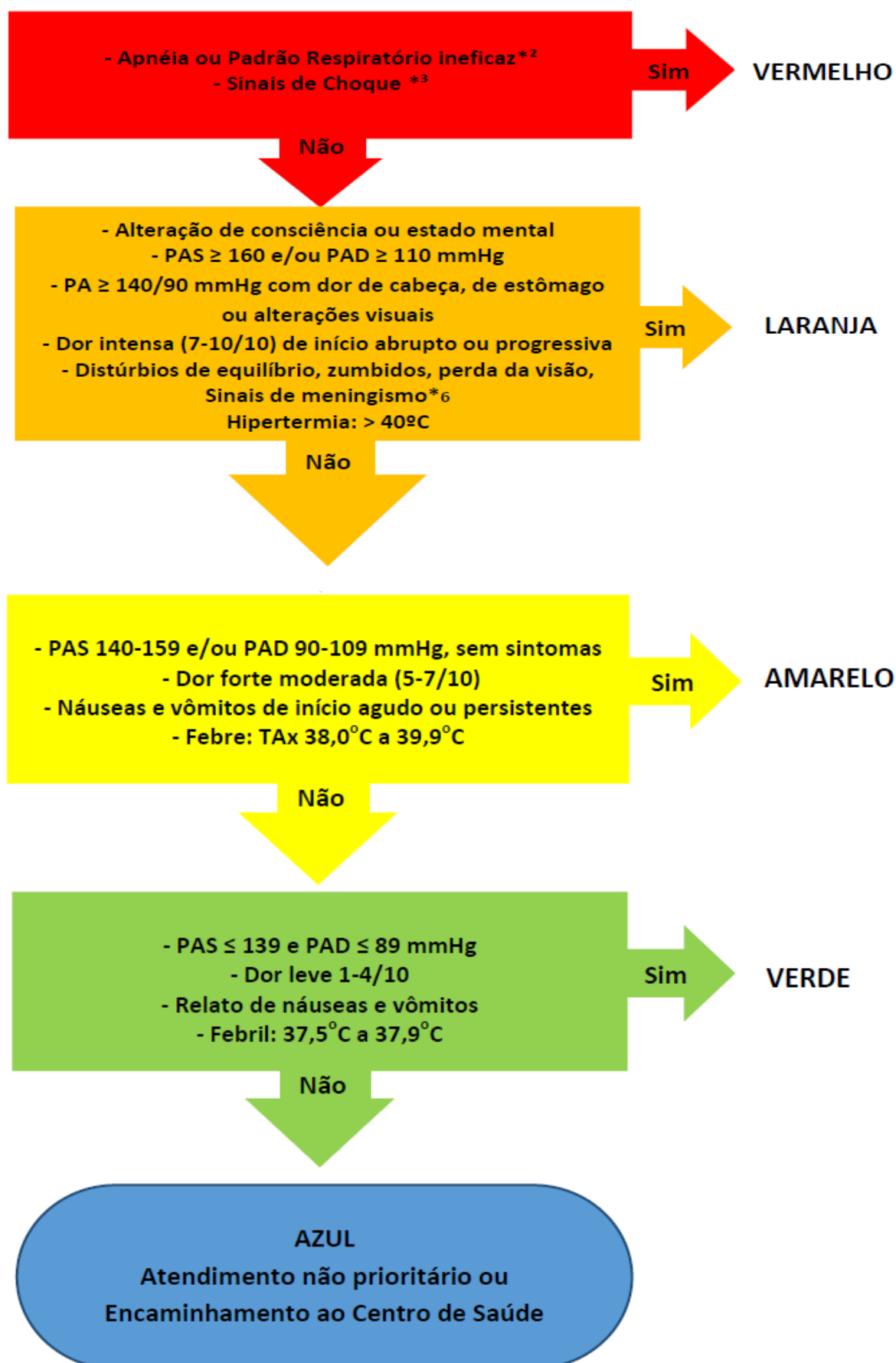
### 10.1 Desmaio/Mal estar geral



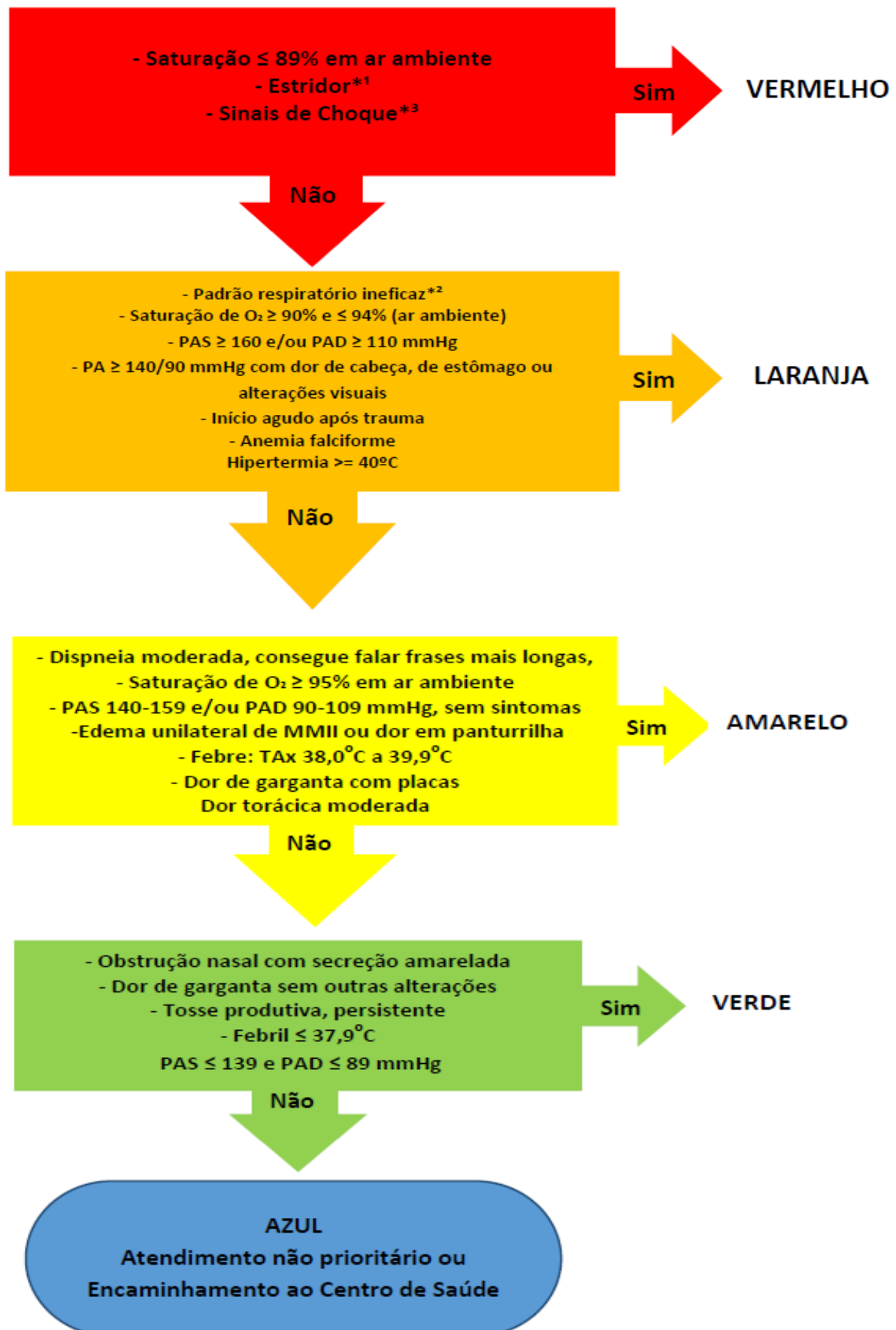
## 10.2 Dor abdominal/Lombar/Contrações Uterinas



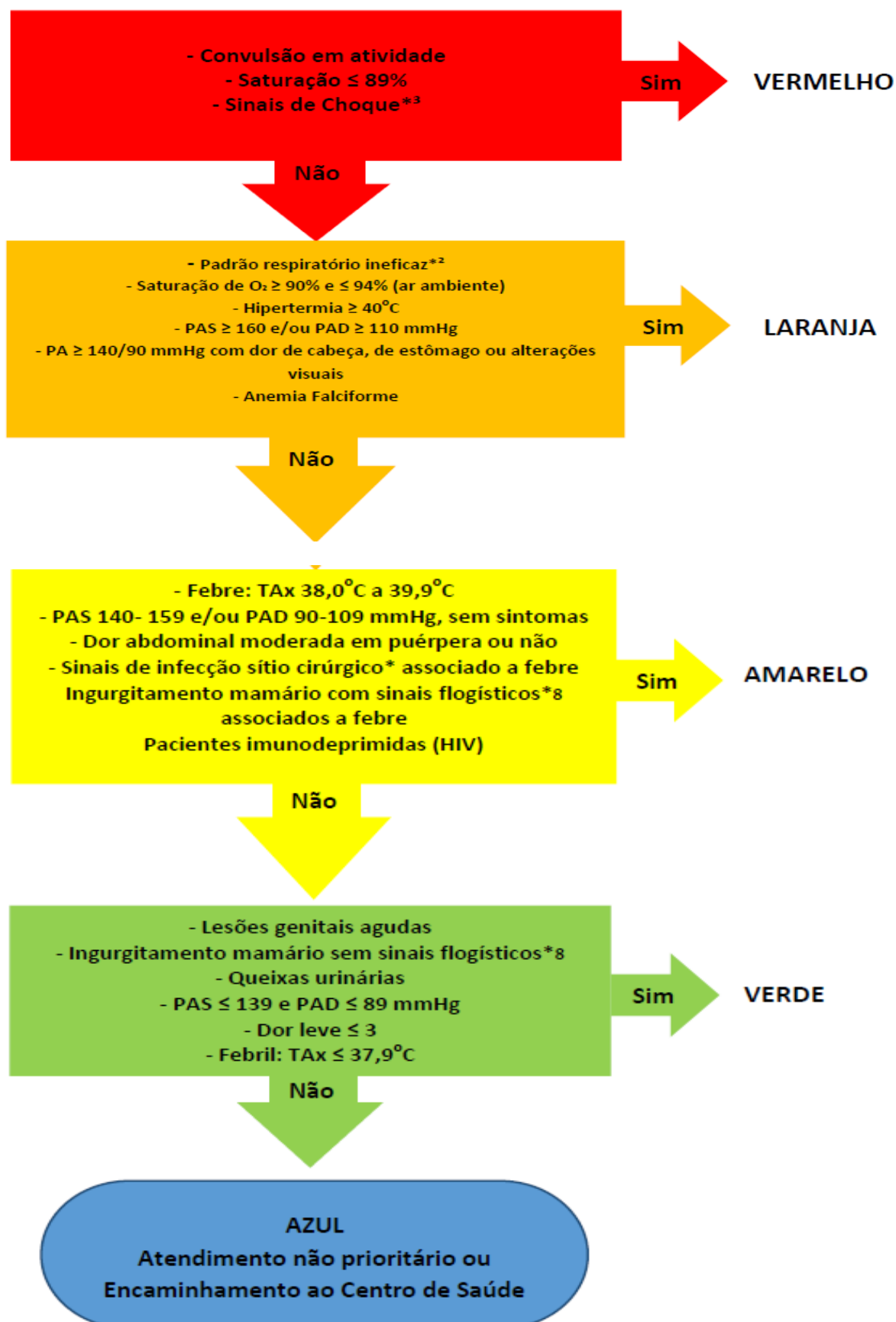
### 10.3 Dor de Cabeça / Tontura / Vertigem



### 10.4 Falta de Ar/Sintomas Respiratórios

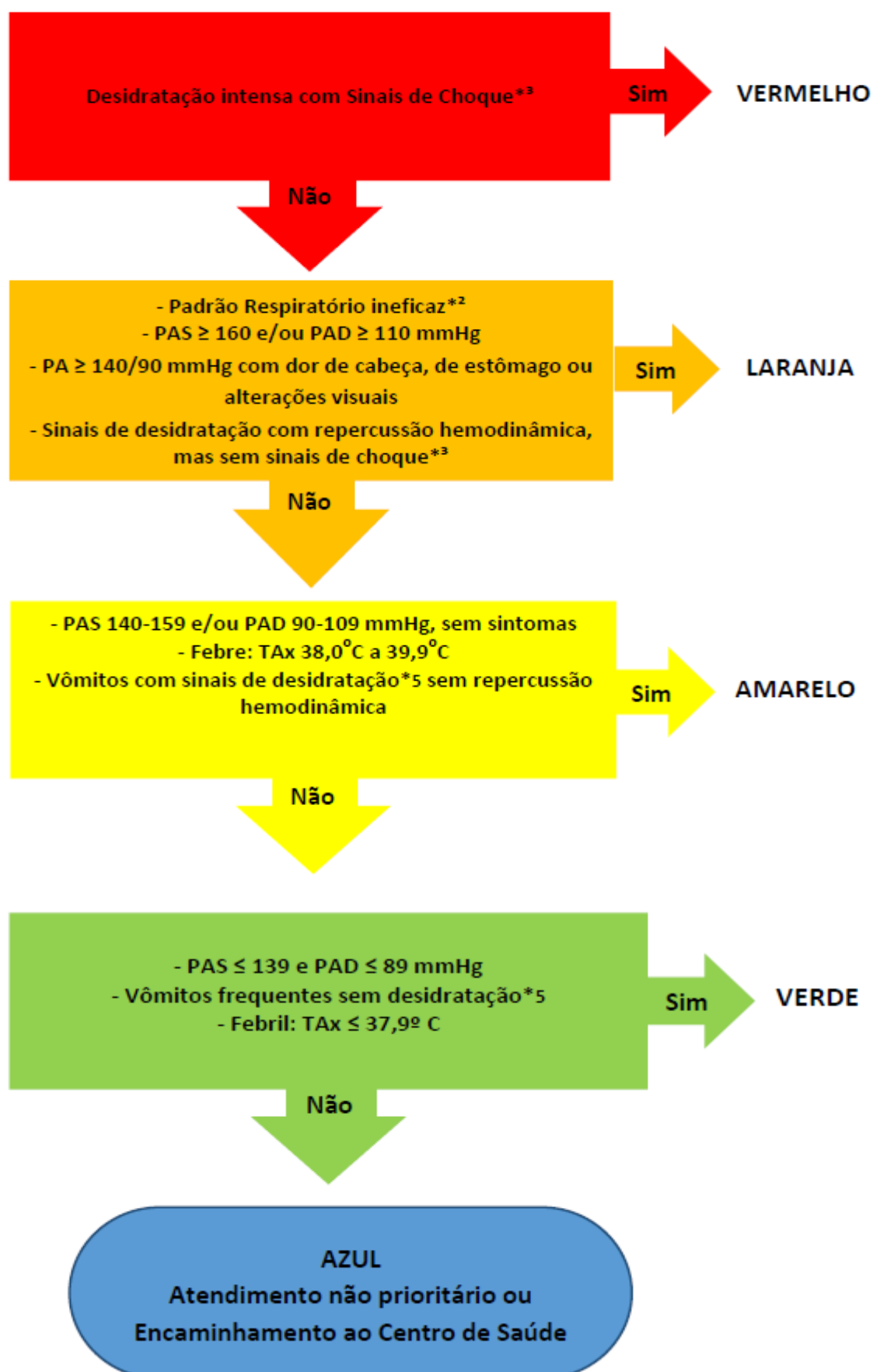


## 10.5 Febre/Sinais de Infecção

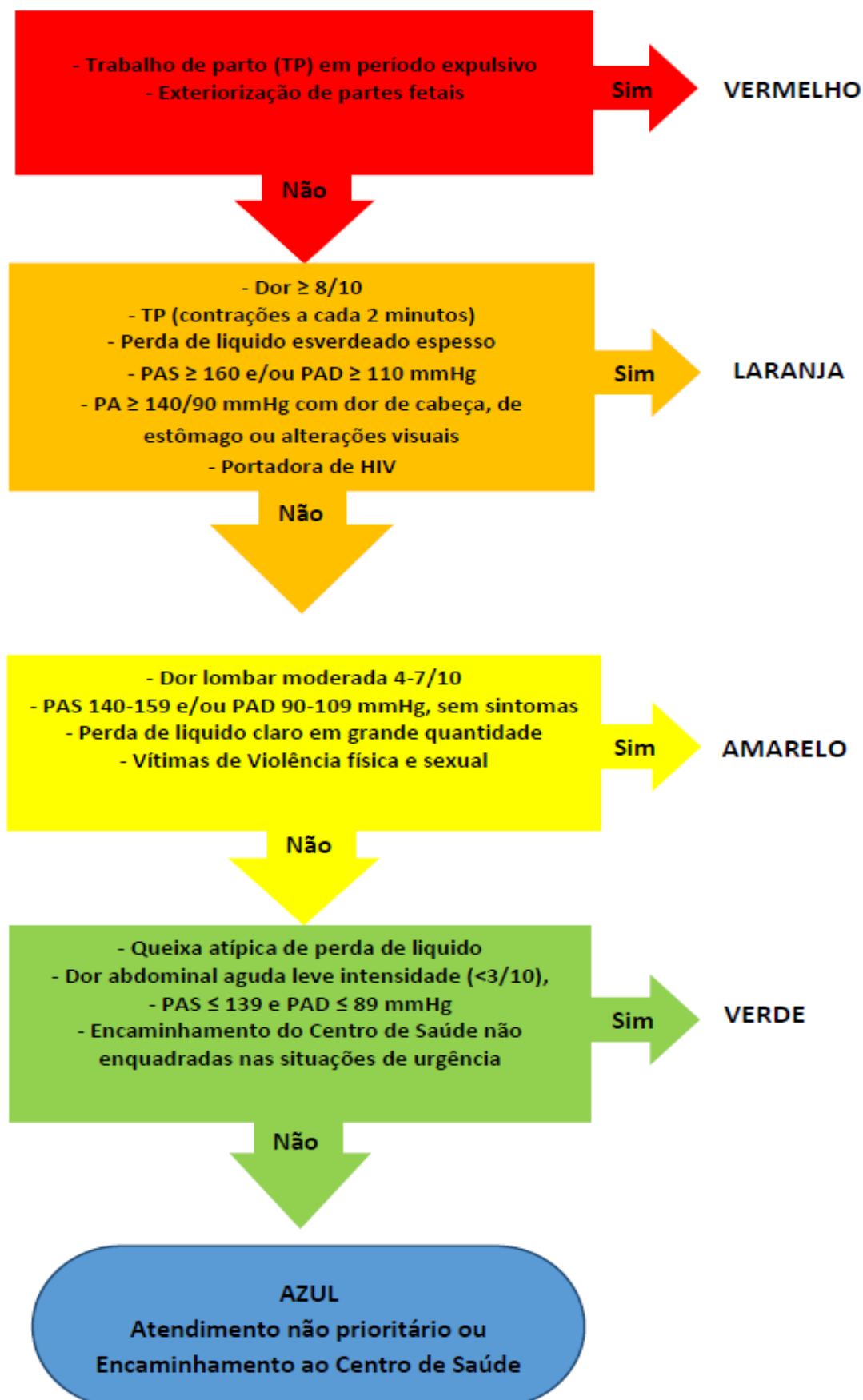




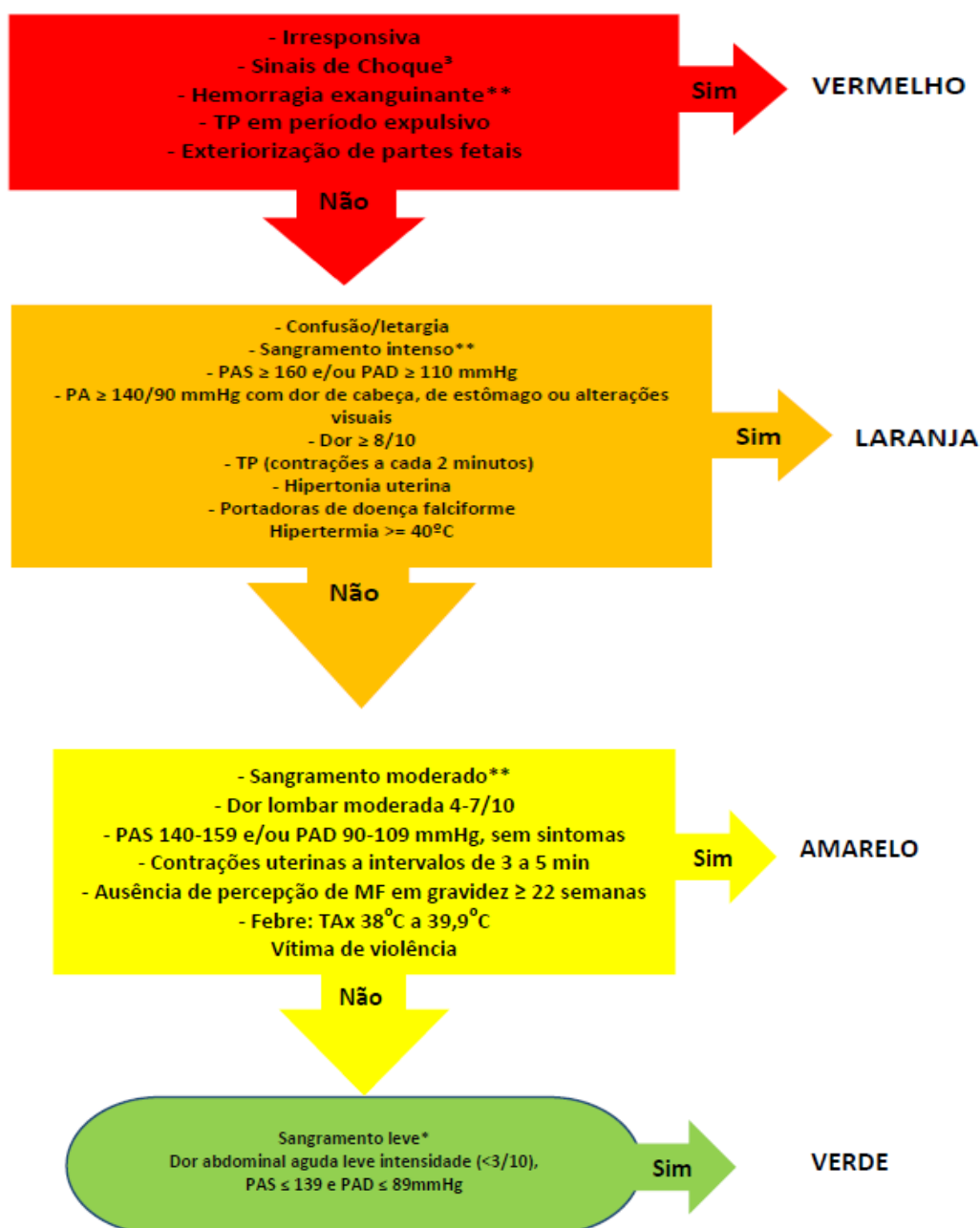
## 10.6 Náuseas e Vômitos



### 10.7 Perda de Líquido Via Vaginal

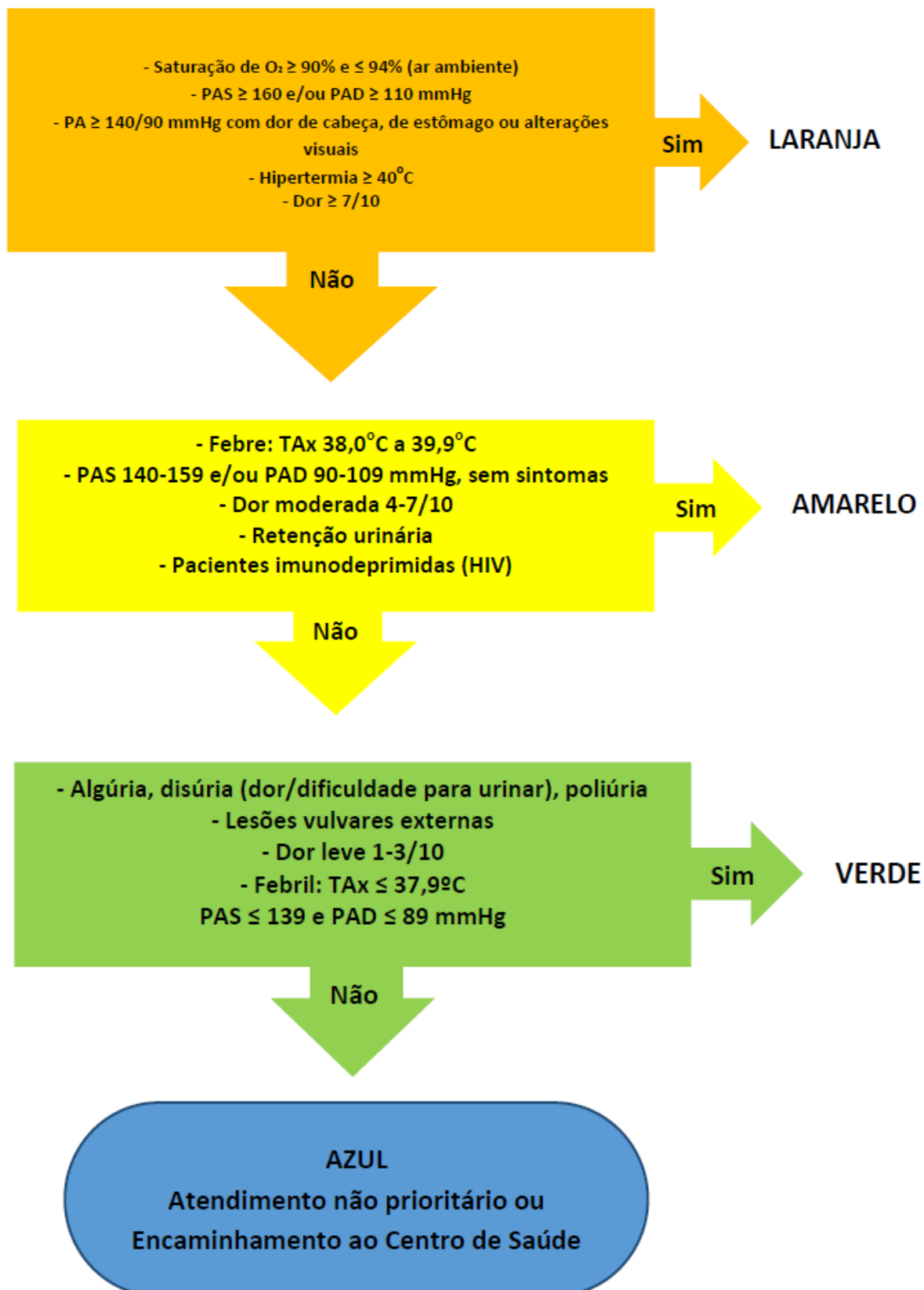


## 10.8 Perda de Sangue Via Vaginal

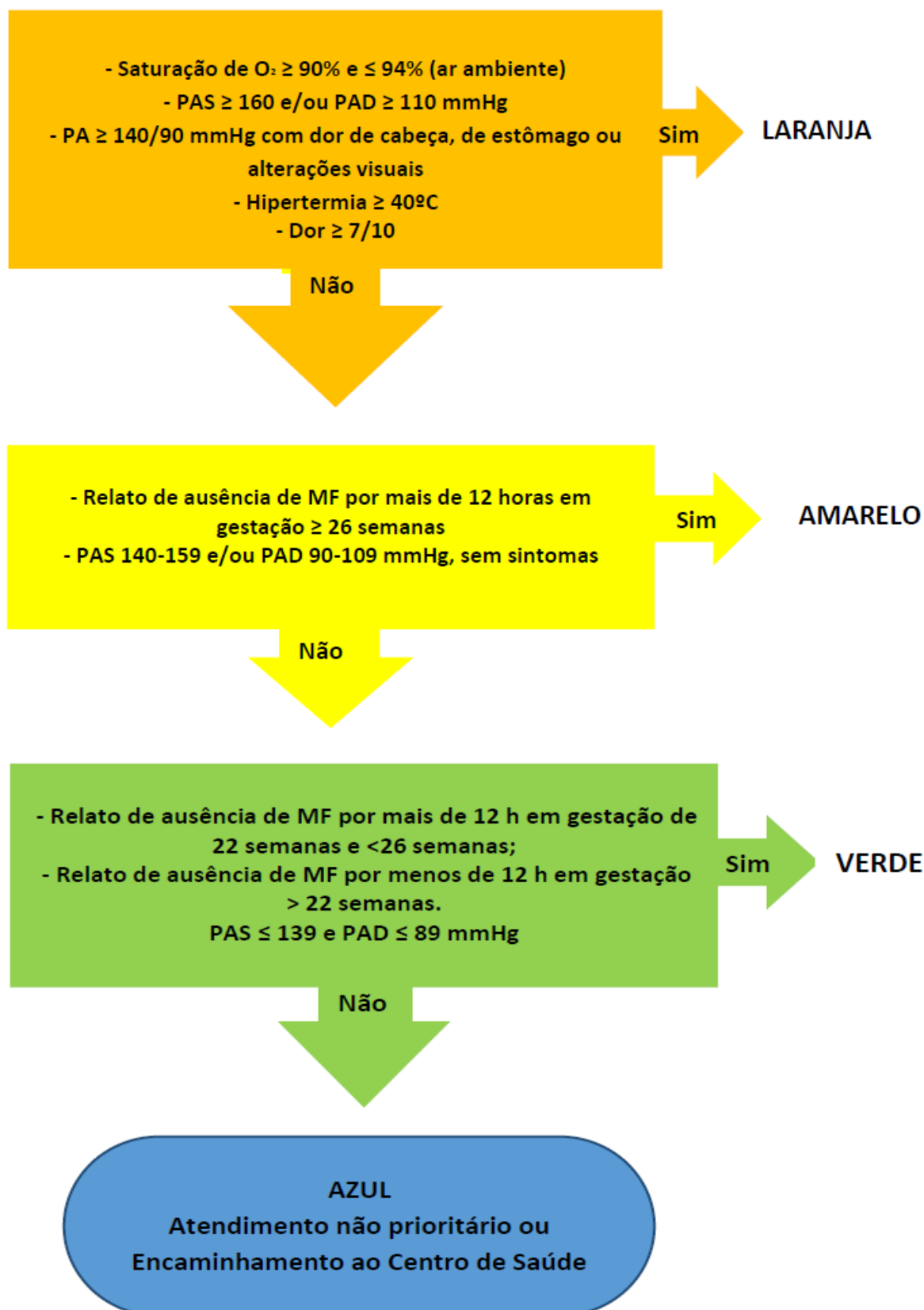


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguinante: perda $\geq 1500$ ml (um lençol encharcado abruptamente)	$\geq 120$	PAS $\leq 70$
Sangramento intenso: perda brusca $\geq 150$ ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS $\leq 71$ a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: $< 60$ ml em 6 horas = 01 absorvente normal	$\leq 90$	Normal

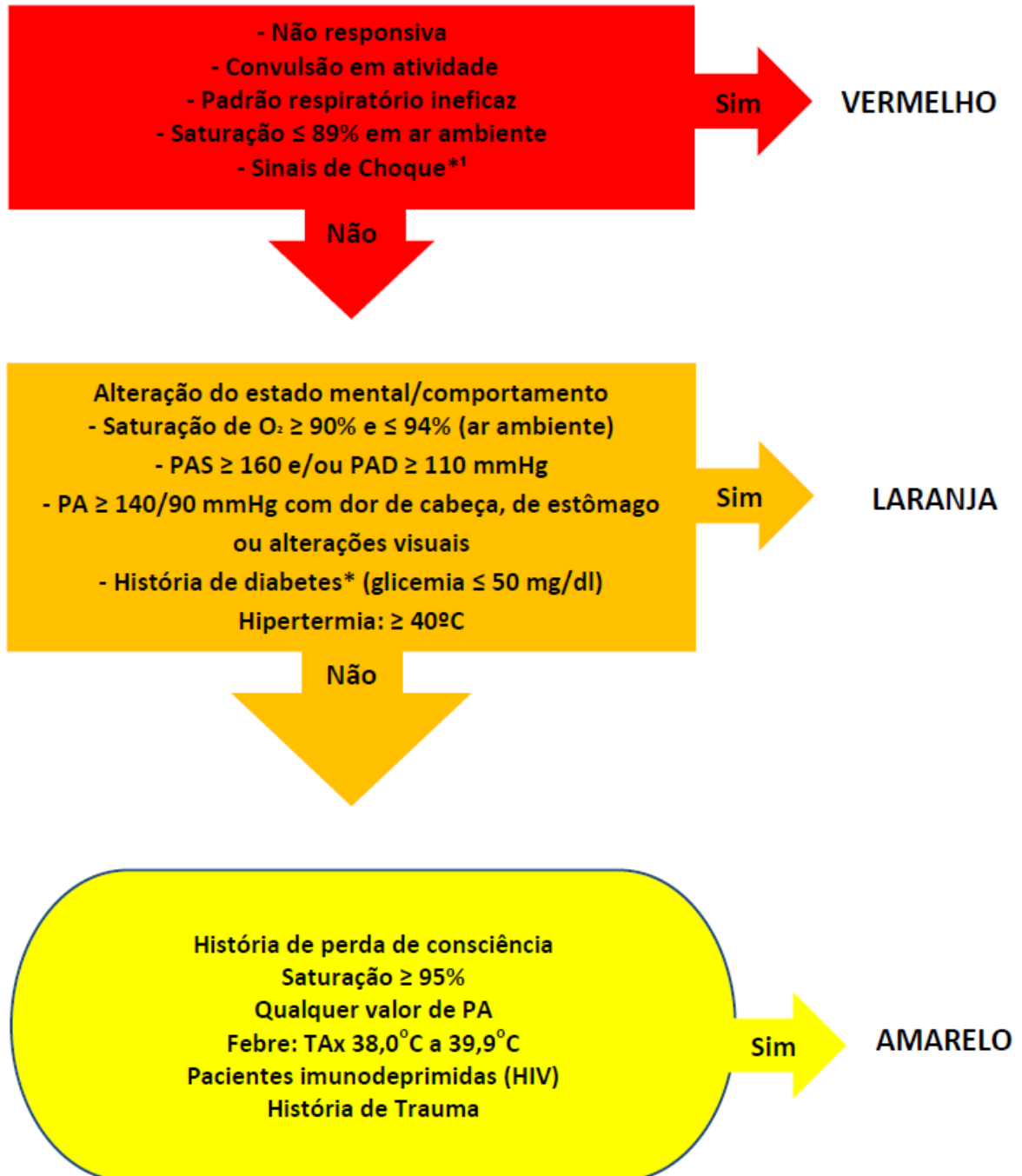
## 10.9 Queixas Urinárias



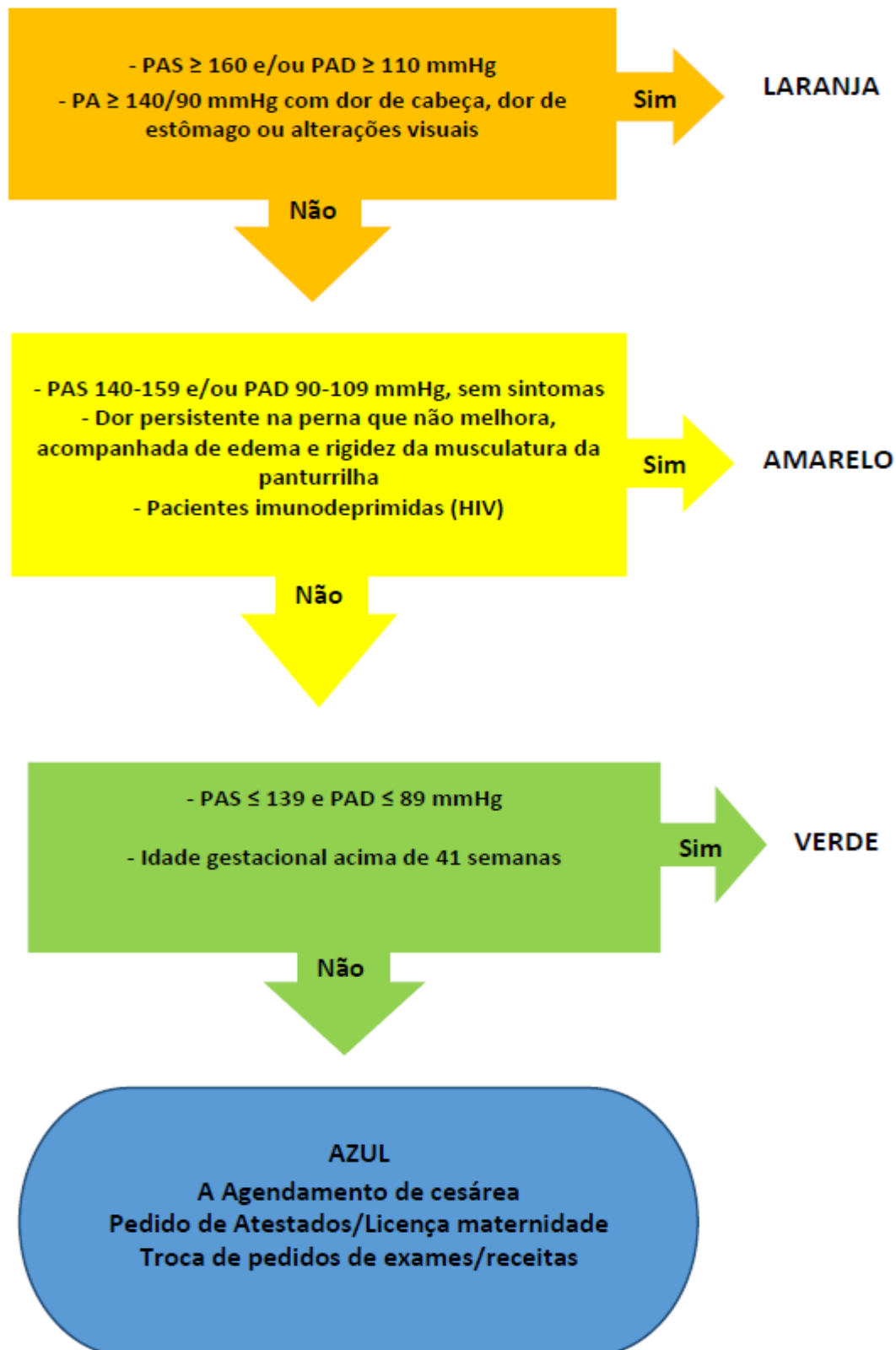
### 10.10 Parada/Redução de Movimentos Fetais



## 10.11 Relato de Convulsão



### 10.12 Outras Queixas/Pacientes encaminhadas de outras Unidades sem referenciamento



## REFERÊNCIAS

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização**. 1 ed. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

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

DATASUS. Disponível em:

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw> e

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Acesso em 25 de abril de 2015.



**ANEXO I - Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas**

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	$\geq 140$ ou $\leq 59$ bpm Em paciente sintomática
$\geq 160$ mmHg	$\geq 110$ mmHg	$\geq 140$ ou $\leq 50$ Em paciente assintomática
$\geq 140$ mmHg a 159 mmHg com sintomas	$\geq 90$ mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm





Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais)

**ANEXO II - Parâmetros de Avaliação da Glicemia**

Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia $> 300$ mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia $> 200$ mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia $< 50$ mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012

**ANEXO III - A Escala Visual Analógica**

 Azul	 Verde	 Amarelo	 Laranja							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor Intensa			

## ANEXO IV - Ficha de Atendimento

**ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA****CLASSIFICAÇÃO:**

1. NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

2. DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_:\_\_\_      HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO: \_\_\_h\_\_\_min

4. É GESTANTE? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) INCERTEZA

5. DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      IG: \_\_\_\_\_

6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:      G\_\_\_      P\_\_\_      A\_\_\_

**7. QUEIXA:**

\_\_\_\_\_

**8. FLUXOGRAMA:****9. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO:**

PA= \_\_\_x\_\_\_ mmHg      FC= \_\_\_ bpm      FR= \_\_\_ ipm      Temp.= \_\_\_ °C

SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_      Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl.

CONTRAÇÕES UTERINAS: ( ) Não ( ) Sim      Hipertonia uterina ( ) Não ( ) Sim

DOR: \_\_\_/10      Localização \_\_\_\_\_

PERDA DE LÍQUIDO: ( ) Não ( ) Sim      Aspecto: ( ) Claro ( ) Meconial fluido ( ) Meconial espesso

SANGRAMENTO VAGINAL: ( ) ausente ( ) presente sem repercussão hemodinâmica

( ) presente com repercussão hemodinâmica

MF (+/-): \_\_\_\_\_ se ausente

Outras queixas:

\_\_\_\_\_

**10. MEDICAMENTOS EM USO:**

\_\_\_\_\_

11. Observações: ( ) Alergias      ( ) Drogas      ( ) Vítima de violência

Horário de término da classificação: \_\_\_h\_\_\_min      Horário do atendimento clínico: \_\_\_h\_\_\_min

\_\_\_\_\_  
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Carimbo e assinatura

## APÊNDICE I - FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Na maternidade do Hospital Geral do Promorar, na data e horário citados abaixo, a paciente \_\_\_\_\_, Rg nº: \_\_\_\_\_ foi recepcionada, acolhida e classificada. No momento do atendimento não foi observada nenhuma queixa clínica ou alteração de dados vitais que demande atendimento de urgência, motivo pelo qual a encaminhamos, após contato prévio, para atendimento na Unidade Básica de sua referência, o Centro de Saúde: \_\_\_\_\_.

Informamos que os dados da classificação são relativos **ao dia e horário informados**, devendo o paciente dirigir-se ao local de referenciamento o quanto antes.

**Data do Atendimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Hora do Atendimento:** \_\_\_\_hs \_\_\_\_min

---

**Assinatura / carimbo**



UF *m* G

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS



**FHT**  
Fundação Hospitalar  
de Teresina

**HGP**  
HOSPITAL GERAL  
DO PROMORAR



## APÊNDICE IV

### IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

#### Potencialidades:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Fragilidades:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## APÊNDICE V

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Através do presente instrumento, solicitamos do Gestor da Maternidade do Hospital Geral do Promorar, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da discente Raniéri Aparecida Pereira de Santana orientada pela Prof.<sup>a</sup> Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos, tendo como título IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL. A presente atividade é requisito para a conclusão do curso de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Teresina, 20 de outubro de 2015.

Deferido ( x )

Indeferido ( )

---

Sandra Marina Gonçalves Bezerra  
Direção Geral  
Maternidade Dr. Olavo Mendes de Carvalho



## APÊNDICE VI



### TERMO DE CONSENTIMENTO DE EXIBIÇÃO DE IMAGEM

Eu, abaixo assinado declaro para os devidos fins que autorizo a exibição da minha imagem para efeito de divulgação do projeto de intervenção intitulado **IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL** de autoria da discente Raniéri Aparecida Pereira de Santana sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos. A presente atividade é requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Teresina, 20 de outubro de 2015.

Nome	RG