



REDE CEGONHA/MINISTÉRIO DA SAUDE/UFMG/UFPE

GILVÂNIA GUEDES NUNES SOUZA

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTETRICA NO
ATENDIMENTO Á DEMANDA NA MATERNIDADE MÃE CORUJA .

RECIFE-PE, 2015

GILVÂNIA GUEDES NUNES SOUZA

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTETRICA NO
ATENDIMENTO Á DEMANDA NA MATERNIDADE MÃE CORUJA.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em enfermagem obstetrícia/Rede Cegonha, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Msc.Danielle Santos Alves

RECIFE-PE, 2015

GILVÂNIA GUEDES NUNES SOUZA

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTETRICA NO
ATENDIMENTO Á DEMANDA NA MATERNIDADE MÃE CORUJA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de
especialização em enfermagem
obstetrícia/Rede Cegonha, como
requisito parcial para obtenção do
título de especialista.

Msc.Danielle Santos Alves

APROVADO EM:

Banca Examinadora:

Profª Msc. Danielle Santos Alves - UFPE

Profª Dra.Inez Maria Tenório- UFPE

Profª Dra Anezia Moreira Faria Madeira – UFMG

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me concedido esta oportunidade de aprendizado, minha fonte inesgotável de coragem, quando tudo ficava difícil.

Aos meus filhos, Ítalo e Beatrice, que mesmo sem entender o motivo da minha ausência, me recepcionavam com sorrisos e afagos a cada retorno para casa.

As amigas, Rafaela e sua mãe, Dona Antônia e Fátima Barcellos, pela acolhida e por cederem generosamente sua residência, durante minha estadia em Recife e Petrolina.

A Turma CEEO-PE, pelos momentos maravilhosos e extrovertidos regados a cafeína.

As novas amizades construídas nesta longa jornada.

A minha orientadora pela paciência e incentivo e aos preceptores Ramon, Bianca e Paulo que compartilharam seus conhecimentos com tanto amor e zelo.

Ao Ministério da Saúde, à Universidade Federal de Minas Gerais, e à Rede Cegonha por acreditarem nas mudanças das práticas profissionais a partir da qualificação profissional.

Ao Hospital Dom Malan, pela parceria no campo de prática.

À direção do Hospital Regional Fernando Bezerra pela flexibilidade e incentivo para conclusão deste curso.

“Eu posso não estar onde gostaria de estar, mas estou feliz por saber que estou a caminho”...(Joyce Meye)

RESUMO

O Acolhimento com Classificação de Risco é definido como um dispositivo para orientar as ações de saúde nas redes de cuidados, reorganizando o processo de trabalho e qualificando a assistência prestada as gestantes. Visa garantir a estas mulheres o acesso de qualidade no período gravídico puerperal em tempo oportuno. O presente projeto de intervenção tem como objetivo promover a Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco como ferramenta de reorganização da assistência obstétrica numa maternidade do interior de Pernambuco. As metas deste projeto de intervenção são: pactuação da contra referencia com gestores municipais, reorganizando a rede de cuidados, construção de um fluxograma assistencial, capacitação dos trabalhadores da maternidade em acolhimento com classificação de risco, e criação de um grupo de trabalho para operacionalização do projeto

Palavra-chave: Acolhimento; Classificação de Risco; Reorganização hospitalar; processo de trabalho.

ABSTRACT

The Welcoming with Risk Rating is defined as a device to guide health actions in care networks, reorganizing the work process and qualifying assistance provided pregnant women. Aims to ensure these women quality access in the puerperal pregnancy period on time. This intervention project aims to promote the Home Deployment with Risk Rating as reorganization tool for obstetric care in a maternity in the interior of Pernambuco. The goals of this intervention project are: pact of counter reference with municipal managers, reorganizing the network of care, building a welfare flowchart, training of maternity workers in host with risk classification, and creation of a working group to operationalize the project.

Keyword: Home; Risk classification; Hospital reorganization; work process.

LISTA DE ABREVIATURAS /SIGLAS

ACCR- Acolhimento com Classificação de Risco

ESF – Estratégia Saúde da Família

GT – Grupo de Trabalho

HRFB- Hospital Regional Fernando Bezerra

HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

MS – Ministério da Saúde

O.S – Organização Social

PNH – Política Nacional de Humanização

RC – Rede Cegonha

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2. PROBLEMA/PERGUNTA NORTEADORA	12
3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	13
4. JUSTIFICATIVA	15
5. REFERENCIAL TEORICO	16
6. PÚBLICO ALVO	18
7. OBJETIVOS	19
7.1 OBJETIVO GERAL	19
7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
8. METAS	20
9. METODOLOGIA	21
9.1 TIPO DE ESTUDO	21
9.2 PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO	21
10. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	23
11. ORÇAMENTO	25
12. RECURSOS HUMANOS	26
13. ACOMPANHAMENTO	27
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1- INTRODUÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Riscos (ACCR) é uma ferramenta que avalia riscos, qualifica o acesso por toda a rede de serviços, fomentando as relações humanas entre profissionais e gestantes, não devendo ser um ato isolado de bondade, mais uma nova forma de cuidar, resignificando as práticas assistenciais. (MS,2014).

O presente projeto propõe a reorganização da porta de entrada de uma maternidade referência, de média complexidade, localizada no município de Ouricuri-Pernambuco.

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha (RC), que tem por objetivo aprimorar a assistência, implementando uma rede de cuidados, de modo a assegurar o direito à humanização e ao planejamento familiar, no ciclo gravídico puerperal e às crianças nos primeiros dois anos de vida. Focando na redução da morbimortalidade materna e infantil, garantindo cidadania, direitos humanos, respeito à diversidade cultural, étnica, racial e de gênero. Portanto, a RC deve ter como diretriz norteadora a mudança no processo de trabalho, estabelecendo o acolhimento com Classificação de Risco como estratégia de reorganização dos serviços oferecidos (MS.2011).

Nessa perspectiva, de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), acolher é receber o usuário por toda a rede de assistência, desde sua entrada até a resolução de sua clínica; pautado na integralidade, na escuta qualificada, individualizada e em uma contra referência articulada. De maneira que haja garantia continuada, quando necessário, do acolhimento com base na classificação de risco (Brasil, 2014)

Por conseguinte, enquanto enfermeira assistencial de uma maternidade de média complexidade foi percebida, o desarranjo do atendimento, o qual ocorre por ordem de chegada e não por prioridade clínica. Além do mais, a superlotação constante, devido ao atendimento a gestantes de risco habitual, as quais não dispõem de assistência nos seus municípios, aliada a falta de responsabilização de alguns profissionais e a ausência de um dispositivo para acolher e classificar estas

usuárias converge de maneira que o serviço torne-se um tanto moroso e não adequado às condições clínicas das pacientes.

Diante deste cenário, compreende-se que o ACCR é uma ferramenta importante para reorganização do referido serviço de saúde, com objetivo de oferecer uma assistência individualizada, qualificada, resolutiva e funcional.

E que a transformação do processo de trabalho torne o serviço mais eficiente e eficaz, transformando não só a equipe, mais a vida das usuárias que procuram a Maternidade Mãe Coruja em um momento especial e único da sua vida.

2- PERGUNTA NORTEADORA

Quais estratégias poderão ser utilizadas para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na Maternidade Mãe Coruja, voltado a priorização do atendimento referenciado nos critérios clínicos?

3-APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A IX Regional de Saúde tem uma população média de 347.733 habitantes (IBGE, 2009). Estima-se que 167.943 são mulheres e destas, 62,06% estão em idade fértil (MS-DATASUS, 2012). A maternidade Mãe Coruja funciona como referência para este público, abrangendo onze municípios, a saber, Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade.

Destes municípios, o segundo em população é o município sede da região de saúde, Ouricuri, com 67.676 habitantes (IBGE, 2009). O qual não conta com maternidade municipal, sendo todo o parto realizado pela Maternidade Mãe Coruja. Somado a isso, os outros municípios, geralmente, não dispõem de equipe completa, o que agrava a problemática da assistência obstétrica na região.

O Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB), localizado no município de Ouricuri, sertão de Pernambuco, foi fundado por Fernando Idalino Bezerra, seu gestor no período de 1947 a 1950. Em 12 de janeiro de 1982, a unidade foi reinaugurada, com nova estrutura, tornando-se referência para a média complexidade no atendimento à Urgência e Emergências.

Em 2009, foi instaurada, através do Decreto 30.859, posteriormente alterado para a Lei nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009, a ala obstétrica Maternidade Mãe Coruja Pernambucana, na gestão do então governador do estado de Pernambuco, Eduardo Campos.

Atualmente, está sob a administração direta da Organização Social (OS) Santa Casa de Misericórdia do Recife. Tendo como missão cuidar não só da mulher de forma integral, no ciclo gravídico-puerperal, como também de seus filhos. Garantindo às crianças o direito a um nascimento e desenvolvimento adequados, sendo referência de média complexidade em obstetrícia.

A unidade realiza em média 232 partos por mês, sendo aproximadamente 40% de partos normais e 60% cesáreos. Além destes, são realizados outros procedimentos relacionados à gestação, tais como curetagem pós-abortamento,

revisão de canal de parto pós-parto em domicílio, ou até mesmo no trajeto à maternidade, laparotomia por prenhez ectópica, entre outros.

A estrutura física possui 17 leitos de alojamento conjunto, 02 leitos de pré-parto e 05 leitos na unidade de internações neonatais para fototerapia, aquecimento, ganho de peso, entre outros. Possui equipe obstétrica em tempo integral, formada por dois obstetras, um anestesista, um pediatra, que se divide entre a urgência pediátrica e sala de parto, uma enfermeira assistencial responsável pela equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem, uma enfermeira supervisora, responsável pela organização do setor e da parte administrativa, duas auxiliares de serviços gerais, um maqueiro, uma recepcionista, um vigilante e uma fonoaudióloga.

A sua capacidade instalada, atualmente ultrapassa os 100%, resultando em superlotação nos serviços e vagarosidade no atendimento, sendo isto empecilho para a qualidade e humanização dos serviços, gerando descontentamento na população assistida e estresse profissional.

4 – JUSTIFICATIVA

Esta proposta de intervenção foi pensada para conter os principais desafios existentes na assistência obstétrica da Maternidade Mãe Coruja. Reorganizando o processo de trabalho, com uma assistência integral, vinculando o profissional à usuária, garantindo, a estas mulheres, acesso de qualidade no período gravídico puerperal em tempo oportuno.

Após observação da rotina e realização de pesquisa informal junto a unidade de informática da instituição, constatou-se que em 2014 foram realizados 7.414 atendimentos, dos quais apenas 46,85% apresentavam real necessidade de internamento. Assim, os 53,15% restantes poderiam ter sido acolhidos e direcionados a outras unidades de saúde, tais como as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e maternidades municipais de risco habitual, para continuidade da assistência a mulher quando necessário.

A maternidade mãe coruja, oferece atendimento em tempo integral, fato que representa facilidades para que as mulheres, mesmo sem apresentarem relevância clínica obstétrica, procurem os serviços. Diante desta postura da população e da baixa oferta de atendimento nos outros serviços de saúde nos municípios, amplia-se a demanda, com enormes filas de espera e queixas por parte das pacientes e seus familiares. Dessa forma, a equipe sente-se pressionada para a realização de vários procedimentos, quando deveria estar mais atenta às situações de maior urgência e intercorrências, visto à própria natureza da unidade, que é de média complexidade. Esse cenário, muito dificulta a qualidade e a humanização dos serviços prestados, gerando descontentamento para a população e para os profissionais.

Assim, torna-se necessário promover a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco como ferramenta para reorganização da assistência obstétrica na Maternidade Mae Coruja do Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB).

5-REFERENCIAIS TEÓRICOS

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). Essas atitudes com o outro, dar sentido ao compromisso que o profissional assume a partir daquele momento, daquele primeiro contato e o outro se sente acolhido, importante, valorizado, cuidado.

A Política de Humanização de Atenção e Gestão do SUS lança mão de ferramentas e dispositivos que potencializam os vínculos entre trabalhadores, usuários e gestores. A princípio, o acolhimento foi inserido nas urgências e emergências por apresentarem grandes desafios que precisavam ser superados, entre eles: exclusão de usuários nas portas de entradas dos serviços, assistência fragmentada, desrespeitos aos usuários, superlotação entre outros.

No contexto do SUS acolhimento é uma diretriz política e operacional que tem como base a adoção de uma postura ética, garantindo que o usuário expresse seu universo com todas as peculiaridades e estabeleça vínculo com os profissionais. Também traduz-se em recepcionar o usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações (BRASIL, 2004 p 26).

O Ministério da Saúde lança e aprova a portaria 1.459 de 24 de Junho de 2011 que implanta a Rede Cegonha, que efetiva o ACCR nos serviços de Obstetrícia, onde nela compõe ações que vai do pré-natal ao nascimento. Em 2014, através da Rede Cegonha, é lançado o manual de ACCR que foi como uma ferramenta para apoiar as maternidades e os serviços de obstetrícia no Brasil, no intuito de garantir uma assistência humanizada, resolutiva, baseada em protocolos com evidências científicas para sustentar as decisões clínicas e classificando as gestantes como estado crítico ou grave, no ordenamento do atendimento. E assim evitando que estas mulheres peregrinem na rede de serviços sem referências e evitando um fim desfavorável no tempo certo. (MS 2014).

Todavia, a portaria 2.048 de 5/11/2002 do MS dispõe que o ACCR “deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgências das queixas dos pacientes colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”.

Segundo Merhy (,a principal ação de mudança para se organizar os serviços de saúde é a reordenando o processo de trabalho, que deve ser centrado no usuário e com atenção as suas necessidades. Fazendo uso de tecnologias leves (tecnologias das relações) e as leve-duras (conhecimento técnico) em detrimento de tecnologias duras (máquinas e instrumentos), que vem mostrando no dia a dia, que, isoladas, não são efetivas.

Portanto, a humanização dos serviços e a qualidade da assistência, precisam andar de mãos dadas. Ter qualidade na atenção é mais do que a resolução do problema, são ações que não necessitam apenas de tecnologias pesadas. Para se atingir os princípios da humanização e qualidade da assistência fazem-se necessários o pleno acesso da população aos três níveis de atenção à saúde, definição do desenho das redes de atenção, com garantia de referência e contra referência para continuidade do cuidado, capacitação técnica de toda a equipe envolvida, além da disponibilidade de insumos e equipamentos (BRASIL, 2011.)

Segundo Brasil (2009), “Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidades entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde”.

É preciso que o acolhimento não seja restrito apenas nas portas de entradas dos serviços, o acolher deve acontecer por todo o caminho percorrido por estas mulheres ao longo do seu processo de parturição , puerpério ate sua alta, com ética e respeito, com compromisso com dignificação da vida e do viver e a garantia do acesso. Segundo Brasil (2009), “Acesso saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria (formas dignas/potentes de viver a vida com autonomia”.

6- PÚBLICO ALVO

Beneficiários diretos

- Usuárias do Sistema SUS
- Equipe multidisciplinar que compõe a linha de cuidado da maternidade: 09 pediatras, 11 obstetras, 04 anestesistas, 06 enfermeiras assistenciais, 20 técnicos de enfermagem, 05 auxiliares de serviços gerais, 05 maqueiros, 05 recepcionistas, 05 vigilantes e 01 fonoaudióloga.

Beneficiários indiretos

- Familiares/acompanhantes,
- Gestores do serviço e dos Municípios
- Comunidade vinculada.

7- OBJETIVO GERAL

7.1- Objetivo Geral:

Promover a Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco direcionando a reorganização da assistência obstétrica na Maternidade Mãe Coruja, do Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB).

7.2 Objetivos Específicos:

- Pactuar junto a gestão local e municipal, a organização dos serviços de referência e contra referência obstétricos, visando a implantação do acolhimento e classificação de risco e co-responsabilização dos serviços da rede.
- Identificar junto aos profissionais de saúde, quais estratégias no campo da atenção obstétrica, nos dispositivos técnicos e aparatos legais poderá ser adotado para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na Maternidade Mãe Coruja.
- Definir um fluxo de atendimento para o acolhimento e classificação de risco baseado em protocolos internacionais de evidências científicas para atendimento das usuárias do serviço.
- Estimular o processo de trabalho pautado em protocolo com evidências científica, moldando-o às queixas das gestantes, de modo a identificar por prioridades clínicas, o atendimento mediato e imediato.
- Promover a construção de um Grupo de Trabalho para operacionalização estratégica do projeto de intervenção.

8- METAS

Como proposto, este projeto de intervenção tem-se como metas:

- Sensibilizar 100% os gestores locais e municipais por meio de 01 reunião da CIR no mês de Fevereiro de 2016, trazendo como foco a proposição legal do Ministério da Saúde, adotadas para a implantação do ACCR e fichas de regulação. Considerando total de 11 gestores municipais compromissados coletivamente com a PNH e a inserção dos serviços na rede regional.
- Realizar 04 oficinas no mês de Março de 2016 com pequenos grupos previamente formados, de modo a contemplar 100% de profissionais de saúde, e orientar as (os)participantes para definir um fluxo de atendimento para o acolhimento de risco baseado em protocolos internacionais de evidencias científica para atendimento das usuárias do serviço.
- Construção de um fluxograma assistencial, com o acolhimento a100% das usuárias que buscarem o serviço.
- Capacitar 100% do grupo de trabalhadores no mês Abril de 2016,por meio de 04 encontros, sendo 01 por semana (em pequenos grupos), trazendo como foco a proposição legal do Ministério da Saúde, adotadas para a implantação do ACCR de modo a fomentar o grupo na construção dos protocolos de ACCR e fichas de regulação. Considerando um total de no máximo 20 participantes estimou-se formar 4 grupos 5 integrantes cada.
- Realização de 01 oficina em Março para criação de um grupo de trabalho (GT) formado por:01 representante da gestão 01 enfermeiras, 01 técnica de enfermagem, 01 medico, 01 recepcionista, 01 maqueiro, 01 vigilante, para ambiência, planejamento, monitoramento e avaliação contínuos da operacionalização dos fluxos de atendimento e da implantação do ACCR,no mês de abril 2016.
- Sistematizar as proposições das estratégias para implantação do ACCR do MS na Maternidade Mae Coruja. Esta etapa esta prevista para acontecer em Maio de 2016.

O mês de Junho de 2016, fica reservado para autora elaborar o relatório final da execução do projeto, com as respectivas definições das funções do GT.

9-METODOLOGIA

9.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um Projeto de Intervenção.

9.2- PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO:

Será apresentado inicialmente à direção da Instituição, à gerência médica e à de enfermagem para avaliação da proposta. Mediante a aceitação, se dará início a preparação das oficinas, com o propósito de que todos os atores envolvidos estejam inseridos na construção do projeto, terá as seguintes etapas, a saber:

*1º Passo: Identificar na rede de serviços de saúde, os parceiros que devem estar envolvidos, na discussão e construção do fluxo de ACCR, ordenando os mecanismos de referência e contra-referência que serão usados nas redes municipais.

* 2º Passo: Articular junto a Comissão Intergestores Regionais- CIR as mudanças que ocorrerão com a implantação do ACCR, pactuando junto com os gestores a execução de regulação/referencia das usuárias do serviço

*3º Passo: Realizar quatro oficinas de mobilização e sensibilização para apresentação do ACCR a todos os profissionais do serviço, sob a responsabilidade da autora do projeto. Como produto da oficina, serão elaborados relatórios, os quais serão entregues a direção do hospital.

*4º Passo – Criação de um Grupo de Trabalho (GT) para elaboração e definição dos protocolos de acolhimento e classificação de risco e fichas de regulação.

*5º Passo - Capacitação de enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem para execução do protocolo clínico de ACCR em obstetrícia.

*6º Passo - Socializar o protocolo e fluxograma de ACCR com todos os profissionais da maternidade.

*6º Passo - Construir uma agenda de reuniões mensais para acompanhar as etapas e reajustes da implantação do ACCR: ambiência, planejamento, monitoramento e avaliação contínuos da operacionalização dos fluxos de atendimento e da implantação. Essas etapas serão realizadas de forma participativa por um representante de cada classe profissional junto a direção da instituição.

10-CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Curto Prazo

Ação	Período de realização					
	2015					
	Jun.	Jul.	Ag.	Set.	Out.	Nov.
Levantamento e revisão bibliográfica						
Apresentação do pré-projeto						
Elaboração do projeto de intervenção						
Orientação sobre o andamento do projeto de intervenção.						
Apresentação do projeto de intervenção						

Longo Prazo

Ações	Período de realização					
	2016					
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun
Apresentar o projeto a gestores.						
Apresentar junto a CIR, o projeto de ACCR, realizando pactuações						
Realização de oficinas de sensibilização em ACCR.						
Criação de um						

Grupo de Trabalho -GT						
Capacitação de profissionais em protocolo de ACCR						
Sistematizar o protocolo de ACCR c/equipe.						
Construção de uma agenda de reuniões do GT.						
Processo de acompanhamento avaliativo do projeto.						
Elaboração do relatório final da execução do projeto.						

11-ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

Os recursos humanos para execução das atividades do projeto estão relacionados a equipe:

- 01 Profissional responsável pela execução das oficinas e apresentação do projeto a gestão e parceiros.
- 01 profissional do administrativo para apoio na realização das oficinas.

Já os recursos materiais estão relacionados com a sala da realização das oficinas com cadeiras, refrigeração e iluminação adequadas.

Quadro de despesas

ITENS	ELEMENTOS DE DESPESAS	VALOR ESTIMADO(R\$)
01	Material de consumo (papel A4, canetas, pinceis quadro branco, apagador de quadro, blocos de anotação, pastas classificadoras, tipo polionda)	300.00
TOTAL		300,00

12-RECURSOS HUMANOS

Para a implantação efetiva deste projeto deverão estar envolvidos o corpo profissional técnico da Maternidade Mãe Coruja, os gestores municipais, regionais e do hospital, e os usuários.

Participarão profissionais de saúde, composto por 09 pediatras, 11 obstetras, 04 anestesistas, 06 enfermeiras assistenciais, 20 técnicos de enfermagem, 05 auxiliares de serviços gerais, 05 maqueiros, 05 recepcionistas, 05 vigilantes e 01 fonoaudióloga que atuam na maternidade mãe coruja.

A autora desse projeto estará responsável pela execução desse projeto.

13- ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Conforme cronograma de execução do projeto, as avaliações serão realizadas durante todo o processo de implantação, pelo GT. A partir de Janeiro de 2016, através de observações de execução, caixa de sugestões de satisfações de usuários e relatórios.

Algumas fontes de informações serão monitoradas, como o registro de frequência dos participantes nas oficinas e reuniões, atas, relatórios e, quando necessário, resoluções da instância regional. Os resultados poderão ser socializados por meio de relatórios, comunicações, ofícios, correio eletrônico e redes sociais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Principais Urgências Obstétricas**. Belo Horizonte, 52p. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 163p. 2006.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS- SINASC- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>> acessado em 29/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS- Informação de Saúde**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>> acessado em 30/10/2015.

MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Org.); **Agir em Saúde: um desafio para o público**; São Paulo, Hucitec, 1997.

Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e da outras providências. **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Brasília, 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>> Acesso em: 06/10/2015.

Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências. **Política Nacional de Urgências**. Brasília, 2002. Disponível em <http://dtr_2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Pot2002/Gm/GM-2048.htm> Acesso em 06/08/2012.

Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009.

Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2009..

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2009.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília, 2005.