

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

MARIA GÉSSICA GUEDES DE SOUZA

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E O ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE
ESPERANÇA EM PORTO VELHO-RO**

**PORTO VELHO
2017**

MARIA GÉSSICA GUEDES DE SOUZA

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E O ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE
ESPERANÇA EM PORTO VELHO-RO**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito de conclusão de curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Fundação Universidade Federal de Rondônia, Campus Porto Velho.

Orientador: Prof. Me Aldrin de Sousa Pinheiro.

**PORTO VELHO
2017**

FOLHA DE APROVAÇÃO

RELATÓRIO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

Autor (a): Maria Gécica Guedes de Souza

Orientador: Prof. Me. Aldrin de Sousa Pinheiro

Conceito atribuído:

Aprovado em: 14 de dezembro de 2017.

Prof. Me Aldrin de Sousa Pinheiro
Orientador

Profa. Ma Valentina Barbosa
UNIR

Drª Clara de Jesus Marques Andrade
UFMG

PORTO VELHO
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família no qual me motivou a conclusão dessa especialização e aos colegas da Maternidade Municipal Mãe Esperança, que contribuíram para a realização do projeto, onde compartilhamos o mesmo objetivo: a melhora da assistência de enfermagem no acolhimento e na classificação de risco.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu professor e orientador Me. Aldrin de Sousa Pinheiro que me apoiou na continuação desse projeto de intervenção.

Aos professores do curso, pelas aulas teóricas na Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Professores, vocês colaboraram com o meu enriquecimento intelectual.

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que nos proporcionou a oportunidade de termos uma especialização pela rede cegonha/ UNIR.

Aos Professores das aulas Práticas na sala de Parto (PPP) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN). Sem dúvidas tivemos muitos momentos emocionantes que ficarão registrados em fotos e na memória.

Aos colegas e gestores da Maternidade Municipal Mãe Esperança.

RESUMO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) garante oportunidades de qualificar melhor a assistência de enfermagem no processo, classificando adequadamente a gestante de forma rápida e segura. Na rotina assistencial do ACCR na Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME), é possível observar como característica do atendimento a carência da escuta ativa às mulheres, bem como a atenção aos sinais e sintomas apresentados e suas reais queixas. Nesse contexto, observa-se que o preenchimento da ficha do atendimento do ACCR a ser realizada pelos Enfermeiros não é realizado de forma adequada conforme o protocolo do ministério da saúde. O Objetivo geral do projeto de intervenção é desenvolver atividades de educação permanente com os Enfermeiros no manejo do protocolo de atendimento do ACCR na MMME. Para isso, foi realizada coleta de dados no livro de registro do ACCR a fim levantar o quantitativo de gestantes classificadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2017 e assim observou-se que 60 a 70% das gestantes foram classificadas quanto ao risco obstétrico, e no mesmo período apenas 28% dos enfermeiros referiam ter realizado em algum momento de sua vida profissional treinamento sobre o ACCR. Em diálogo informal com os enfermeiros durante as passagens de plantões, foram realizadas perguntas norteadoras a fim de promover a sensibilização do atual fluxo do acolhimento com classificação de risco. Através de cinco rodas de conversas com a colaboração do Núcleo de Educação Permanente (NEP) serão realizadas as ações educativas a fim de promover mudanças de atitudes dos enfermeiros no ACCR e melhorar a escuta ativa as gestantes.

Palavras-chave: Acolhimento. Classificação de risco. Enfermagem.

ABSTRACT

The Risk Rating Reception (TRRR) guarantees opportunities to better qualify the nursing care in the process, adequately classifying the pregnant woman quickly and safely. In the TRRR care routine at the Mãe Esperança Municipal Maternity Hospital, it is possible to observe as a characteristic of the service the lack of active listening to women, as well as an attention to the signs and symptoms found and their real complaints. In this context, it is noted that the completion of the record of TRRR's attendance to be performed by Nurses is not adequately performed according to the protocol of the Ministry of Health. The general objective of the intervention project is to develop continuing education activities with nurses without management of the protocol of attendance of TRRR in the Mãe Esperança Municipal Maternity Hospital. For this, data collection was done without a registry of TRRR in order to raise the number of pregnant women classified in the months of January and February of 2017 and thus it was observed that 60 to 70% of the pregnant women were classified for obstetric risk, and in the same period only 28% of nurses referenced at the time of their professional life on the TRRR. In informal dialogue with nurses during planting passages, external questions were asked to promote awareness of the host flow with risk classification. Through five wheels of talks with a collaboration of the Nucleus of Permanent Education (NPE) were carried out as educational actions in order to promote changes in attitudes of non-TRRR nurses and improve active listening as pregnant.

Keywords: Reception. Risk rating. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APA	Assistência Pós- Abortamento
ALCON	Alojamento conjunto
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle Hospitalar
CME	Central de Material e Esterilização
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CR	Classificação de Risco
CRSM	Centro de Referência Saúde da Mulher
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DEMAC	Departamento de Média e Alta Complexidade
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
MMME	Maternidade Municipal Mãe Esperança
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Projeto de intervenção
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
PNH	Política Nacional de Humanização

PPP	Pré-parto, Parto e Pós-Parto
RC	Rede Cegonha
RO	Rondônia
SC	Santa Catarina
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO	13
3 JUSTIFICATIVA	15
4 REFERÊNCIA TEÓRICO-POLÍTICA	17
4.1 Acolhimento.....	17
4.2 Protocolo de Classificação de risco	18
4.3 Protocolo de <i>Manchester Triage System</i>	19
5. OBJETIVOS DO PROJETO	20
5.1 Objetivo Geral.....	20
5.2 Objetivos Específicos.....	20
6. PÚBLICO ALVO	21
7. METAS	22
8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	23
8.1 Acompanhamento Avaliativo do Projeto.....	25
9. ORÇAMENTO- ESTIMATIVA DE CUSTOS.....	26
10. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	27
11. REFERENCIAL TEÓRICO POLÍTICO	28
APÊNDICES – Proposta de parâmetros autoexplicativos para o verso da ficha de atendimento do ACCR	32
ANEXOS.....	33
ANEXO I – Ficha de Atendimento do ACCR da MMME	33

1.INTRODUÇÃO

A vivência da gestação ocorre de forma inesquecível na vida da gestante e de sua família, que às vezes é cercada por medos, dúvidas, angústia e ansiedade. Nesse sentido, a prática da educação em saúde deve ajudar a mulher a entender as mudanças com a gravidez e os eventos fisiológicos do parto. O papel do profissional de saúde é orientar a mulher e seus familiares, dando autonomia no cuidado, além de realizar os esclarecimentos de dúvidas (GUERREIRO et al., 2014).

A partir da iniciativa da Rede Cegonha (RC) criada em 2011 pelo Ministério da Saúde, o Brasil passa a adotar uma nova estratégia a fim de proporcionar mais qualidade de saúde na assistência às mulheres e às crianças, em redes integradas via Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia tem como finalidade a organização da saúde materno-infantil em todo o território nacional, estruturando o serviço através de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integrada à saúde da criança envolvendo a regulação e transporte sanitário (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de promover a melhora da qualidade da assistência, o Ministério da Saúde (MS) através da Política Nacional de Humanização (PNH), institui a estratégia do Acolhimento com Classificação de risco (ACCR), na qual o enfermeiro acolhe a usuária por meio de escuta qualificada, dando prioridade aos casos mais graves (VERAS et al., 2011). Nesse contexto, a estratégia do ACCR, destaca que o protocolo é uma ferramenta para a decisão clínica, identificando a usuária como crítica ou grave por meio de sinais e sintomas. Assim, a usuária tem o atendimento de acordo como potencial de risco, com base em evidências científicas (BRASIL, 2014).

O acolhimento é considerado um processo, sendo um resultado das práticas de saúde e produto da relação entre os usuários e os profissionais de saúde, com a necessidade de posturas ativas de acordo com a necessidade do usuário, resgatando a humanização e o respeito (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013). Assim, a humanização dos serviços de saúde e rotinas hospitalares é de fundamental importância, visando à assistência integral, respeitando à parturiente nas dimensões biológica, espiritual e psicológica, tornando o parto mais fisiológico, com menos intervenções desnecessárias e na inserção de boas práticas que reduzem o desconforto emocional e físico da parturiente (GONÇALVES et al., 2011).

Nesse sentido, o processo de classificação de risco deve ser adequado, oportuno e rápido, a fim de proporcionar o atendimento seguro conforme a necessidade de cada paciente, preconizando o objetivo do protocolo de classificação de risco que é reduzir a peregrinação da mulher na rede SUS (BRASIL, 2014). Para isso é necessário que todos os profissionais envolvidos neste serviço, sejam sensibilizados e qualificados para classificação de risco obstétrica e tenham o entendimento das suas particularidades e necessidades, realizando um acolhimento humanizado e com escuta qualificada.

Na Maternidade Municipal Mãe Esperança, no setor de ACCR, atualmente percebe-se que partes dos profissionais não realizam de forma adequada o acolhimento e a classificação de risco em consonância com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde. Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se contribuir para o serviço do acolhimento com classificação de risco de forma que a ficha de atendimento seja preenchida de forma adequada em todos os seus campos, bem como o uso de pulseiras coloridas já disponíveis no serviço. Assim, proporcionará a melhoria no fluxo do setor e na qualidade do serviço as clientes.

2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

A Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME) está situada na Rua Antônio Lourenço Pereira Lima, N°2350, Bairro Embratel, zona norte da cidade de Porto Velho, estado de Rondônia, inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde com o número 3970442, presta assistência às gestantes de risco habitual no município de Porto Velho, distritos, municípios vizinhos e até de outros estados.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o município de Porto Velho contabilizava um quantitativo de 390.733 residentes na área urbana 37.794 pessoas na rural, e sete estabelecimentos que atendem o serviço de obstetrícia. (IBGE, 2010).

A MMME, inclusa na região Madeira Mamoré, é uma unidade especializada de atenção ambulatorial e hospitalar, de média complexidade com 111 leitos, destes 10 para ginecologia, 62 para obstetrícia, distribuídos entre PPP (Pré-Parto, Parto e Pós-Parto), ALCON, Admissão e APA, e 39 para neonatologia, distribuídos entre UCIN, ALCON e PPP. (CNES/DATASUS, 2017). O setor da Classificação de Risco (CR) na MMME foi implantado em julho de 2015 (PORTO VELHO, 2016).

A MMME é uma instituição de médio porte, conta com a área de Recepção, Setor Administrativo, Cartório, Laboratório, Acolhimento, Classificação de Risco, Admissão, Consultórios, Sala de Assistência Pós-Abortamento (APA), Sala de Pré-Parto, Parto e Pós Parto (PPP), Centro Cirúrgico (CC), Central de Material Esterilizado (CME), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), Alojamento Conjunto (ALCON), Sala de Vacina, Laboratório, Gerência de Enfermagem e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Núcleo de Educação Permanente (NEP), Lavanderia, Setor de Nutrição, Serviço de Ultrassonografia, Farmácia, Serviço de Fonoaudiologia, Serviço de Atendimento Psicossocial, Assistente Social e Serviço de Ginecologia e Vasectomia.

A inauguração da MMME foi um marco na assistência obstétrica de Porto Velho, pois até então não havia um serviço que atendesse especificamente às gestantes. Os partos no serviço público eram realizados no Hospital de Base Dr. Ari Pinheiro, sem a presença do acompanhante, pautados no modelo biomédico (PORTO VELHO, 2012).

Considerado um hospital escola, a maternidade serve de campo de estágio para estudantes dos cursos: técnico em enfermagem, enfermagem, internato de medicina, pós-graduação em enfermagem obstétrica e residência médica em obstetrícia. Possui no seu quadro de servidores, 198 profissionais de enfermagem, sendo 132 técnicos em enfermagem, sete auxiliares de enfermagem e 59 enfermeiros, trabalham em regime de plantão de seis, 12 e 24 horas, com carga horária semanal de 30 horas.

A missão da maternidade é oferecer assistência obstétrica de qualidade, garantindo os direitos das mulheres, em especial os direitos sexuais e reprodutivos. É referência para todas as usuárias acompanhadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Desempenham ainda ações na área de planejamento familiar, com realização de laqueadura tubária, cauterização, conectomia, histerectomia, vasectomia através do Centro de Referência Saúde da Mulher (CRSM). A MMME realiza cerca de 400 partos por mês, 73% são partos vaginais e 27% partos por cirurgias cesarianas. Só em 2015 foram 4.084, quase 3.000 partos vaginais. É referência no atendimento de risco habitual e parto humanizado, por isso, recebe pacientes de municípios vizinhos e até de outros estados devido à boa repercussão da assistência em parto normal (PORTO VELHO, 2016).

A MMME é a única instituição no estado a possuir o selo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança- IHAC desde 2010, em 2017 passou a integrar o projeto *Apice on*. A conquista do título conferido pelo Ministério da Saúde, foi graças ao empenho da equipe e da gestão, principalmente da enfermagem, na promoção do aleitamento materno e implementação dos 10 passos para o sucesso da amamentação (SEMUSA, 2012). A iniciativa é do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com a Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir as taxas de mortalidade neonatal, pelo incentivo ao aleitamento materno e implementação dos 10 passos para a amamentação (UNICEF, 2015).

3. JUSTIFICATIVA

Atualmente, o setor do ACCR/Admissão conta com 11 enfermeiros e 20 técnicos em enfermagem, distribuídos para prestar assistência no acolhimento, classificação de risco, observação, medicação, APA (Assistência Pós Abortamento), admissão, encaminhamento para coleta no laboratório, auxílio na realização de ultrassom e solicitações de sangue ao banco de sangue, visto que não há um banco de sangue fixo na MMME. Todas estas atividades são realizadas pelos profissionais que se encontram de plantão nos setores do ACCR e Admissão, absorvendo um tempo considerável dos mesmos.

Como enfermeira na MMME atuando há dois anos no setor de ACCR tive a oportunidade de trabalhar com diversas problemáticas existentes na porta de entrada, sobretudo em urgências. Em análise do livro de registro da classificação de risco da MMME nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, foi possível identificar que 60% a 70% aproximadamente das gestantes atendidas foram classificadas como quadro de risco. Em diálogo informal com os enfermeiros e técnicos de enfermagem lotados no setor de ACCR constatou-se apenas 28% desses profissionais foram capacitados para o ACCR em obstetrícia.

Considerando o déficit de enfermeiros não capacitados no manejo do ACCR bem como as muitas tarefas adicionais desempenhadas aos técnicos de enfermagem, verifica-se enorme prejuízo ao cumprimento do ACCR de forma adequada, oportuna e rápida para atender a necessidade de cada usuária, como é recomendado para evitar a peregrinação da mulher pela rede do SUS (BRASIL, 2014).

Na rotina assistencial no setor ACCR, é possível observar como característica do atendimento a carência da escuta ativa às mulheres, bem como a atenção aos sinais e sintomas apresentados e suas reais queixas. Nesse contexto, observa-se que o preenchimento da ficha de atendimento do ACCR, a ser realizada pelos Enfermeiros, não é preenchida de forma adequada conforme o protocolo do MS. Tal característica em alguns momentos leva a usuária e por vezes seu acompanhante à insatisfação com o serviço prestado. Isto reflete o despreparo da equipe no tocante ao acolhimento e a classificação de risco.

Nota-se que parte da problemática se deve ao revezamento dos profissionais no período de descanso, onde há o remanejamento dos trabalhadores entre setores. O revezamento entre profissionais de enfermagem capacitados e não capacitados no ACCR, acaba gerando insatisfação dos profissionais pelo volume de trabalho, bem como baixa qualidade no atendimento à gestante e acompanhante.

Diante do exposto, foi possível elencar possíveis causas relacionadas a esta problemática que podem explicar a fragilidade do atendimento no setor de ACCR tais como:

a) Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe de enfermagem nos setores de ACCR e Admissão:

- Profissionais sem qualificação adequada para atuar no ACCR de risco obstétrico;
- Revezamento e rodízios de funcionários nos setores, onde a equipe que substitui não é qualificada para realizar habilidades específicas do ACCR.

b) Causas relacionadas à organização institucional que dificulta o atendimento nos setores de ACCR e Admissão

- Ausência / insuficiência de programa de educação permanente/educação continuada no ACCR e na Admissão;
- Falta de instrumentais e equipamentos para aplicação integral da ficha do protocolo;
- Dimensionamento de profissionais de enfermagem insuficientes para as escalas nos serviços de ACCR;
- Quanto à adequação da ambiência: Mobiliário inadequado, ausência de sala para ACCR (realizada no corredor), ausência de bebedouro no ACCR, ausência de sinalização e comunicação visuais acessíveis, ausência da NBR 9050 para acessibilidade.

c) Causas relacionadas à usuária e acompanhante:

- A inexistência da classificação do nível de dor da usuária (embora seja subjetiva), mas pode e deve ser avaliada conforme critérios da ficha de ACCR;
- Baixo nível de informação sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto;
- Desconhecimento da lógica da classificação de risco existente

Pelo exposto, o presente projeto de intervenção é relevante, pois pretende promover mudanças de atitudes nas práticas assistenciais dos enfermeiros que atuam no ACCR, envolvendo enfermeiros dos outros setores, já que é realizado mensalmente rodízios entre os profissionais na escala de enfermagem, a fim de proporcionar melhora na qualidade do atendimento à usuária por meio do preenchimento qualificado da ficha de atendimento do ACCR segundo o protocolo do ministério da saúde. Para isso, vislumbra-se a articulação com a gerência de enfermagem, gestão, núcleo de segurança do paciente e núcleo de educação permanente.

4. REFERENCIAL TEÓRICO- POLÍTICO

4.1 Acolhimento

O acolhimento é considerado como um dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho, contribuindo para o fortalecimento da perspectiva de direito e para a melhoria da assistência (BARRA, 2011). Entendido como uma tecnologia, o acolhimento possibilita a qualificação da escuta, a garantia de acesso, à construção de vínculo e a resolutividade nos serviços. Como dispositivo técnico-assistencial, permite a reflexão e a mudança dos modos de trabalhar na assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2006).

O ato acolhimento é comumente entendido na prática como um lugar para “recepção” ou “triagem”. Tal divergência em relação ao termo e ao que significa, exige a necessidade de esclarecimento sobre as formas de abordagem do acolhimento sob a ótica do profissional de saúde e a relação do profissional com os usuários que buscam a unidade sendo necessário destacar que a resolutividade do serviço está relacionada às práticas de acolhimento adotadas (LUZ et al., 2013).

Uma das possibilidades para fazer uma nova forma de saúde seria o aperfeiçoamento do acolhimento, juntamente com o estabelecimento do vínculo com os usuários, profissionais de enfermagem e gestores, buscando a humanização do atendimento. Assim, o acolhimento permeia todo o tratamento com a finalidade de proporcionar um cuidado integral à usuária (JORGE et al., 2011).

O protocolo de ACCR preconiza que a usuária tem que ser classificada em no máximo 10 minutos, após o cadastro na recepção, bem como a classificação de risco não pode ultrapassar 5 minutos (BRASIL, 2014).

Em um estudo sobre a experiência da implantação do ACCR na capital Florianópolis/SC, nos anos de 2014 e 2015, foi observada uma média de espera entre o cadastro da recepção ao início da classificação de 12.3 minutos, e o tempo em média da classificação foi de 8.3 minutos, ficando acima do preconizado (FERNANDES; HILLESHEIM, 2016).

Na realidade do setor de ACCR da Maternidade Mãe Esperança, não é possível contabilizar o tempo médio de atendimento, pois nem todas as fichas de atendimento das

gestantes são preenchidas adequadamente. Apesar da intenção da instituição em mudar este cenário, os recursos humanos de enfermagem são insuficientes e poucos treinados no ACCR. Assim, é preciso investir na capacitação dos demais profissionais disponíveis e repensar o processo de trabalho no seu todo como forma de mudar as atuais práticas.

Nesse sentido, um estudo aponta a necessidade de qualificação dos enfermeiros para a realização da classificação de risco, onde foi observado que quanto maior a qualificação do enfermeiro e maior o número de horas praticadas no ACCR os resultados na priorização do atendimento são mais confiáveis (SILVA et al., 2014). A literatura corrobora que os profissionais de saúde que atuam na urgência e emergência necessitam de habilidades que desenvolvem competência para o ACCR (SOUZA et al., 2014; BELLUCCI et al., 2015).

4.2 Protocolos de Classificação de risco

O protocolo de classificação de risco é um dispositivo de organização dos serviços de saúde e fluxos. É uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem em comum para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da cliente, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o risco, serve de base para uma análise minuciosa e objetiva (BRASIL, 2014).

O ACCR é uma ferramenta de organização dos fluxos de serviços de urgência. Dentre seus benefícios, estão: a garantia do atendimento imediato a usuária com grau de risco elevado; informação da usuária que não corre risco imediato, especialmente sobre o tempo de espera; promove o trabalho em equipe, por meio da avaliação contínua do processo (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Assim, observa-se abaixo a prioridade de atendimento relacionada à cor e o tempo de atendimento que a usuária deve ser atendida. Portanto, o ACCR é fundamental para uma assistência rápida e oportuna, de modo que as pacientes mais graves devem ter prioridade máxima.

Segundo o protocolo do ACCR, a classificação se dá em grupos (BRASIL, 2014, p. 34-35):

- 1º Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha) – Emergência. Atender imediatamente encaminhar diretamente para atendimento médico.
- 2º Grupo – Prioridade I (Laranja) - Muito Urgente. Atender em até 15 minutos e encaminhar para consulta médica priorizada.

3º Grupo – Prioridade II (Amarelo) – Urgente. Atender em até 30 minutos e encaminhar para consulta médica prioritizada. Reavaliar periodicamente.
4º Grupo – Prioridade III (Verde) - Pouco urgente. Atender em até 120 minutos e encaminhar para consulta médica sem priorização. Informar expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente.
5º Grupo – Prioridade IV (Azul) - Não urgente. Atender em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica.

A avaliação de risco começa na primeira consulta de pré-natal e se faz necessário a cada consulta, devido a fatores que podem ser identificados em outros momentos. Assim, fator de risco é qualquer situação que possa aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa a uma doença ou síndrome que surja qualquer risco de morte/mortalidade (POTTER, 2004).

A ficha de atendimento do ACCR é um instrumento com a finalidade de promover a organização das portas de entrada, garantindo assistência qualificada às mulheres no ciclo gravídico puerperal, e com o intuito de ter um impacto de forma positiva nos indicadores de mortalidade materna e morbidade (BRASIL, 2014).

4.3 Protocolos de *Manchester Triage System*

O ministério da saúde tem tentado padronizar o fluxo do acolhimento com classificação de risco por meio de processos que sejam padrão em todo o território nacional. Nessa logística, o Hospital Municipal Odilon Behrens- HOB, foi o primeiro do estado de Minas Gerais a implantar a classificação de risco utilizando-se do método canadense, sendo destaque nacional na utilização desse dispositivo (Hospital Odilon Behrens, 2006).

A escala canadense prevê um tempo determinado para que os pacientes sejam classificados adequadamente conforme o grau de risco e se necessário reavaliados. A prioridade no atendimento é: ressuscitação (imediatamente), muito urgente (10 minutos), urgente (60 minutos), pouco urgente (120 minutos) e não urgente (240 minutos) (BEVERIDGE et. al, 1999; MACKWAY-JONES et al, 2006).

Assim, observa-se que o protocolo do ACCR em obstetrícia tem como base o protocolo de ACCR de Manchester, adotado nacionalmente como o método de classificação de risco em urgências e emergências do SUS.

5. OBJETIVOS DO PROJETO

5.1 Objetivo Geral

Desenvolver atividades de educação permanente com os Enfermeiros no manejo do protocolo de atendimento do ACCR na Maternidade Municipal Mãe Esperança.

5.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar os enfermeiros quanto à importância do manejo da ficha de atendimento do ACCR;
- Identificar as principais dificuldades dos enfermeiros no manejo da ficha de atendimento do ACCR;
- Promover junto ao NEP atividades de educação permanente no manejo do protocolo do ACCR conforme calendário anual.

6. PÚBLICO ALVO

Os Enfermeiros que atuam no setor de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e na Admissão da Maternidade Municipal Mãe Esperança no município de Porto Velho-RO e gestantes/acompanhantes que serão beneficiadas de forma indireta pelo projeto de intervenção.

7.METAS

Objetivos	Metas		Ações
	Quantitativas	Qualitativas	
Sensibilizar os enfermeiros quanto à importância do manejo da ficha de atendimento do ACCR	Sensibilização de 100% dos enfermeiros quanto à necessidade de melhorar o ACCR	Promover a discussão do processo de trabalho atual no ACCR	Apresentar os números da pesquisa documental realizada em março/2017 e a porcentagem de gestantes que deixaram de ser classificadas conforme o manual
Identificar as principais dificuldades dos enfermeiros no manejo da ficha de atendimento do ACCR	Ouvir 100% dos enfermeiros a fim de detectar as principais dificuldades	Elencar os motivos pelos quais os campos estão ficando sem o devido preenchimento	As dificuldades serão levantadas por meio de perguntas norteadoras relacionadas com o tema. Você já realizou algum treinamento sobre o ACCR? Você como Enfermeiro do setor, realiza o ACCR? Para você, o que precisa para o ACCR funcionar adequadamente?
Promover junto ao NEP atividades de educação permanente no manejo do protocolo do ACCR conforme calendário anual.	Treinamento de 100% dos enfermeiros do ACCR e admissão	Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração dos envolvidos, promovendo conversas e discussões	Realizar educação permanente através de oficinas com os enfermeiros do ACCR e admissão. A duração será de 15-20 minutos.

8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para o alcance dos objetivos, o projeto será desenvolvido em cinco etapas, descritas a seguir.

Etapa I- Levantamento do número de gestantes classificadas no livro de registros do ACCR nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, e diálogo informal com os enfermeiros, a saber, quantos realizaram treinamento sobre o ACCR e manejo da ficha de atendimento.

Etapa II- Elaboração e apresentação do projeto de intervenção (PI) à gestão da maternidade. Realizada em março e abril de 2017, devido à necessidade de readequação do tema, para apoio necessário ao desenvolvimento das atividades junto aos profissionais.

Etapa III- Sensibilização dos enfermeiros do ACCR e admissão sobre o conhecimento do protocolo do ACCR obstétrico segundo o Manual do Ministério da Saúde em reunião realizada individualmente antes da passagem de plantão através de diálogo informal. Por motivo de urgência foram propostas questões iniciais para reflexão, utilizando questões disparadoras através de perguntas diretas para posterior levantamento de problemas, a fim de promover reflexões e conversas sobre o atual fluxo e situação do ACCR. As perguntas realizadas foram: Você já realizou algum treinamento sobre o ACCR? Você como Enfermeiro do setor, realiza o ACCR? Para você, o que precisa para o ACCR funcionar adequadamente?

O contato com os enfermeiros foi realizado antecipadamente por meio telefônico a fim de saber sobre a presença do profissional no plantão e se havia disponibilidade de chegar mais cedo para uma conversa informal sobre o ACCR e o preenchimento da ficha de atendimento.

Etapa IV- Promoção da qualificação dos enfermeiros para o preenchimento da ficha de atendimento a gestante de acordo com o protocolo de classificação de risco obstétrico pelo Ministério da Saúde. Nesse momento, se faz importante a articulação com a gerência de enfermagem, gestão, Departamento de Média e Alta Complexidade (DEMAC) municipal, núcleo de segurança do paciente e núcleo de educação permanente.

Será realizada roda de conversa com os enfermeiros durante o plantão, a fim de facilitar o encontro, visto que muitas vezes, profissionais não participam de atividades educativas devido à disponibilidade de horário e transporte.

Assim, será exposta a ficha de atendimento do ACCR e o manual do ACCR, demonstrando os doze fluxogramas coloridos existentes no manual para a correta classificação conforme a queixa principal da gestante.

Nesse momento, será proposta uma adaptação da ficha de atendimento com figuras explicativas no verso do formulário, a fim de facilitar o preenchimento do mesmo. Observa-se que apenas 28% dos enfermeiros foram qualificados para desempenhar a classificação de risco com qualidade como citado acima, além disso, não há informações que facilitem o preenchimento dos mesmos.

No novo manual do ACCR (versão 2017) há discriminação de quantidades e valores que servem de parâmetros para detecção de anormalidades de sinais e sintomas. Segundo BRASIL (2017) é considerado um sangramento intenso quando ocorre a perda brusca mais de 150 ml de sangue ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos.

Assim, no verso do formulário foram elaboradas tabelas com parâmetros dos valores dos sinais vitais com os níveis pressóricos, frequência cardíaca, sangramento, parâmetros de avaliação de glicemia, escala visual analógica e dinâmica uterina (fraca, média e intensa) (BRASIL, 2017).

A proposta do conteúdo auto explicativo referente aos parâmetros está no apêndice I.

Na realização da roda de conversa serão abordados os seguintes pontos: apresentação dos objetivos da atividade; leitura e destaque dos fluxogramas de classificação de risco no manual do ministério da saúde; apresentação e discussão sobre a nova versão da ficha de atendimento para a classificação de risco.

Como a meta é atingir 100% dos enfermeiros no ACCR, cada roda de conversa contará com a presença mínima de dois enfermeiros. Durante a realização das rodas de conversas poderá ser incluso outros enfermeiros de outros setores caso interesse dos mesmos, já que ocasionalmente alguns enfermeiros realizam plantões no ACCR por motivo troca de plantão. Essa extensão do projeto a intersetores será discriminada em relatório posteriormente.

Etapas V- Sistematização das atividades realizadas nas etapas II e III, apresentadas em forma de relatórios para os participantes, para gestão da Maternidade e para o curso da especialização.

8.1 Acompanhamento avaliativo do projeto

Após dois meses da realização dos cinco encontros com os enfermeiros do ACCR e admissão, atingindo 100% do quadro de enfermeiros, será realizado monitoramento em 50 prontuários de gestantes, onde será avaliado se a ficha de atendimento do ACCR está anexada ao prontuário, bem como o teor dos dados quanto à qualidade e consistência das informações escritas na ficha.

Em decorrência do rodízio de funcionários nos setores, faz-se necessário uma nova qualificação da ficha de atendimento a cada seis meses, a fim de garantir o nível de qualidade no ACCR e o preenchimento adequado da ficha de atendimento.

Havendo a adaptação do verso explicativo na ficha de atendimento do ACCR pelos enfermeiros através das rodas de conversas este será introduzido no serviço. Posteriormente, a metodologia de formulários auto-explicativos poderá ser adotada em outros setores, a fim de facilitar o preenchimento dos mesmos.

9. ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	FONTE DE RECURSO
	E	R\$	R\$	
Notebook	1	1.600,00	1.600,00	Recurso próprio
Cópia dos protocolos do ACCR	4	-	-	Já impresso
Resma de papel sulfite	1	15,00	15,00	Recurso próprio
Canetas	1cx	50,00	50,00	Recurso próprio
Tonner para impressora	1	130,00	130,00	Recurso próprio
Impressão e encadernação do PI	2	30,00	30,00	Recuso próprio
TOTAL			R\$ 1.825,00	

Fonte: Elaborada pela autora.

10. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	ANO 2017										
	Fev	Mar	Ab r	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Ou t	No v	De z
Elaboração do PI	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Coleta de dados através do livro de registro do ACCR	X										
Apresentação da nova versão do PI a gestão da MMME		X	X								
Reunião com o orientador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Sensibilização dos enfermeiros do ACCR e admissão sobre o conhecimento do protocolo do ACCR							X	X	X	X	
Entrega prévia do PI à banca examinadora											X
Defesa do PI											X

Fonte: Elaborada pela autora.

11. REFERÊNCIAS

BARRA, Sabrina. **O acolhimento no processo de trabalho em saúde**. Serviço Social em Revista. Londrina, 2011 jan/jul; volume 13.

Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8828>>.

Acesso em: 05 de abril de 2017.

BELLUCCI, Júnior; VITURI DW, VERSA GLGS, FURUYA OS, VIDOR RC, MATSUDA LM. **Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento**. Rev. Enferm UERJ. 2015;23(1)82-7.

BEVEREIDGE R, C.B., et al. Canadian emergency department triage and acuity scale:

Implementation guidelines. Canadian Journal of Emergency Medicine 1999. Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf>. Acesso em: 08 de dezembro de 2017.

BRANDAO, H. P. **Aprendizagem, Contexto, Competência e Desempenho: um Estudo Multinível**. Tese de Doutorado. 81p. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2009. Disponível em:

<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8322/1/2009_HugoPenaBrandao.pdf>. Acesso em 17 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Humanização do parto e o nascimento. Programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN)**. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção humanizada – Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. Ed. Brasília (DF); 2006. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/dicas-de-saude/404.html>>>.

Acesso em: 05 de abril de 2017.

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. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf>>. Acesso em: 26 de março de 2017.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF, 2014.

Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2017/03/21/relat-rio-do-pnud-destaca-grupos-sociais-que-n-o-se-beneficiam-do-desenvolvimento-humano/>>. Acesso em: 26 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde CNES/DATASUS-2017. Disponível em:

<http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=1100203970442>. Acesso em: 04 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf>. Acesso em: 08 de dezembro de 2017.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 423/2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 26 de março de 2017.

FERNANDES, Michele Suzana; HILLESHEIM, Adriana Cristina. Implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia em unidade de emergência: relato de experiência [2016]. Disponível em:

<<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/Michele-Suzana-Fernandes.pdf>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. Equidade em pauta, 2017. Disponível em:

<<http://pensesus.fiocruz.br/equidade>>. Acesso em: 26 de março de 2017.

FRIEDMAN, Emanuel. Partograma-Conhecimentos fisiológicos importantes. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/partograma/SPARTOGRAMA.pdf. Acesso em: 09 de dezembro de 2017.

GONÇALVES Roselane; AGUIAR, Cláudia; MEIRGHI, Miriam; JESUS, Maria.

Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011.

GUERREIRO, Eryjósy; RODRIGUES, Dafne; QUEIROZ, Ana Beatriz; FERREIRA, Márcia. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. Revista Brasileira de Enfermagem [2014]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100013>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

Hospital Odilon Behrens. Protocolo de acolhimento com classificação de risco. Belo Horizonte (MG): Hospital Odilon Behrens; 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010: sinopse.**

Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=110020&idtema=1&search=rondonia|porto-velho|censo-demografico-2010:-sinopse->>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

JORGE, Maria Salete; PINTO, Diego; QUINDERÉ, Paulo; PINTO, Germane; SOUSA, Fernando; CAVALCANTE, Cinthia. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia (2011).** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

LANDIM, S. A.; SILVA, G. T. R.; BATISTA, N. A. A vivência clínica na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 3, p. 558-62, 2011.

LIMA, Leilson; MOREIRA, Thereza; JORGE, Maria. **Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização.** Revista Brasileira de Enfermagem 2013; 66(4): 14-22. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a08.pdf>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

LUZ, Alessandra; MARTINS, Tauana; BARBOSA, Adriana; QUEIROZ, Evandro. **Revista eletrônica Gestão e Saúde.** Volume 4, nº 2 (2013). Disponível em:

<<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22950>>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

MACKWAY, Jones; MARSDEN, J; WINDLE J. **Emergencytriage/ Manchester TriageGroup.** 2 ed. Oxford: Blackwell, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002.**

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>>>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004.**

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é HumanizaSUS. Criado em 10 de janeiro de 2014.

Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/233-sas-raiz/humanizasus/13-humanizasus/8608-quem-somos>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

MORAES, Joanita Carneiro. **Formação e competências para classificação de risco em urgência e emergência obstétrica.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2013.

OLIVEIRA, Daiani; GUIMARÃES, Jaciane. **A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência.** Caderno saúde e desenvolvimento volume nº Jan/Jun 2013. Disponível em:

<<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/viewFile/197/101>>. Acesso em: 21 de novembro de 2017.

SEMUSA-Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho. **Relatório anual de gestão do município de Porto Velho – RO**. Porto Velho, 2017.

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

Prefeitura do Município de Porto Velho /RO, **Maternidade Municipal Mãe Esperança** [2016]. Disponível em: <<http://www.newsrondonia.com.br/noticias/com+a+maternidade+municipal+gestantes+passar+am+a+ter+atendimento+mais+humanizado+e+de+qualidade/20688>>. Acesso em: 04 de abril de 2017.

SILVA, A. A. **Prática Clínica Baseada em Evidencias na Área da Saúde**. São Paulo. Editora Ltda., 2009. 293p.

Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. **Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units**. Rev Latino Am Enfermagem. 2014; 22(2):218-25.

Souza CC, Mata LRF, Carvalho EC, Chianca TCM. **Nursing diagnoses in patients classified as priority level I and II according to the Manchester protocol**. RevEscEnferm USP. 2014;47(6):1318-24

UNICEF Brasil. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança- IHAC, 2015**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em: 04 de abril de 2017.

VASCONCELOS, Michlene; MARTINS, CÁTIA; MACHADO, Dagoberto. **Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da PNH em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. Interface (Botucatu)**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220130335.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

VERAS, Joelma; CARVALHO Aline; UCHÔA Janaina; NASCIMENTO Ludmila; XIMENES Lorena; ALMEIDA, Paulo. **Profile of children and teens attended in emergency according to the risk classification: a documental study** . Online Brazilian Journal Of Nursing. Aurora de Afonso Costa Nurse School [2011]. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3264/1149>>. Acesso em 04/04/2017.

APÊNDICE I- Proposta de parâmetros auto-explicativos para o verso da ficha de atendimento do ACCR

Tabela 1-Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes

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

*BRASIL, 20147. Manual ACCR obstétrico.

Tabela 2- Parâmetros de Avaliação de glicemia

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

*BRASIL, 20147. Manual ACCR obstétrico.

Tabela 3- Parâmetros da avaliação de hemorragia

Definição	Caracterização
Hemorragia exanguinante	>1500ml
Sangramento intenso	Perda brusca de mais de 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos
Sangramento moderado	60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)
Sangramento leve	> 60 ml em 6 horas

*BRASIL, 20147. Manual ACCR obstétrico.

Tabela 4- Parâmetros para avaliação de contrações uterinas em 10 minutos

Classificação	Duração
Fraca	1 a 19s
Média	20 a 39s
Forte	>40s

* Friedman, 1978.

Figura 1 – A Escala Visual Analógica – EVA – consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher

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

Fonte: Autoria do grupo de trabalho GT – AS&R.

*BRASIL, 20147. Manual ACCR obstétrico.

ANEXO I- FICHA DE ATENDIMENTO DO ACCR DA MMME



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA



Ficha de Atendimento de Acolhimento & Classificação de Risco em Obstetrícia

Nome: _____	Idade: _____
Data: ___/___/___	Horário da classificação: ___:___
É gestante? () Sim () Não () Incerteza	
DUM: ___/___/___ IG: ___ Antecedentes obstétricos: G ___ P ___ A ___ n° de consultas pre-natal: ___	
Queixas: _____ _____	
Fluxograma:	
Parâmetros de avaliação:	
PA= ___ x ___ mmHg FC= ___ bpm FR= ___ ipm Temp.= ___ °C SatO2 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: _____ _____	
Medicamentos em uso: _____	
Observações: Alergias () não () sim _____ Drogas () não () sim _____ Vítima de violência () não () sim _____	
Classificação: <input type="checkbox"/> VERMELHO <input type="checkbox"/> LARANJA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AZUL	
Horário de término da classificação: ___ h ___ min	
Horário do atendimento clínico: ___ h ___ min	
<p>ENFERMEIRO RESPONSÁVEL Carimbo e assinatura</p>	

*Fonte: Maternidade Municipal Mãe Esperança, 2017.