

UFMG



Enfermagem
UFME

Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica II- Rede Cegonha -CEE0 II - UFU

SILVIA REGINA DOS SANTOS

INSERÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO HCU/UFU: ênfase no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia como estratégia de otimização de recursos e humanização da assistência.

UBERLÂNDIA

2017

SILVIA REGINA DOS SANTOS

INSERÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO HCU/UFU: ênfase no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia como estratégia de otimização de recursos e humanização da assistência.

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica II - Rede Cegonha - CEEOII - Universidade Federal de Uberlândia/ Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em obstetrícia. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helena Borges Martins da Silva Paro.

UBERLÂNDIA

2017

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acolhimento está relacionado com a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as mulheres no seu estado gravídico puerperal, através de escuta, identificação de problemas e intervenção resolutiva. O Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia exige do enfermeiro comprometimento e pensamento crítico, além de conhecimento científico.

OBJETIVO: Implantar o Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR em Obstetrícia no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia HCU/UFU, com vistas na redução do tempo de espera da mulher para o atendimento e priorização do atendimento obstétrico de acordo com o grau de risco definido por protocolo. Garantir um atendimento humanizado mediante a escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de emergência obstétrica.

MÉTODO: Trata de um projeto de intervenção que abordou a implantação do ACCR em obstetrícia no setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia - PSGO do HCU-UFU. A triagem é realizada de acordo com o Manual de ACCR em obstetrícia do Ministério da Saúde de 2017. A implantação aconteceu após várias reuniões com os gestores e diretores do HCU-UFU, sendo o grande desafio durante o processo à articulação dos gestores para estabelecer os critérios de referência e contra referências para os casos de atendimentos não prioritários. Neste contexto, outro desafio encontrado se refere a objeção de toda equipe quanto a mudança do ACCR em obstetrícia para o setor, sendo necessário rodas de conversas com o intuito de esclarecimento e envolvimento de todos, enfim em parceria com o a Secretária de Saúde o treinamento dos enfermeiros sobre a classificação em obstetrícia, utilizamos alguns protocolos direcionadores com objetivo de nortear as tomadas de decisões nos atendimentos de urgência e emergência obstétrica.

CONCLUSÃO: A implantação do ACCR possibilitou priorizar os atendimentos as gestantes que apresentaram quadros mais graves e necessitaram de atendimento imediato. Permitiu também identificar casos que poderiam aguardar pelo atendimento. Além disso, os enfermeiros conseguiram desenvolver maior habilidade técnica e científica e identificamos redução no tempo de espera para o acolhimento e atendimento médico culminando em maior resolutividade no atendimento imediato da gestante de forma holística e humanizada.

Palavras-chaves: Acolhimento, gestantes, classificação, enfermagem e gravidez.

LISTA DE ABREVIACOES

AACR	Acolhimento Com Avaliao e Classificao de Risco
CEE0	Curso de Especializao em Enfermagem Obsttrica
CEP	Comit de tica em Pesquisa
CEPEPE	Centro de pesquisa e Educao Permanente em Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CR	Classificao de Risco
HC	Hospital de Clnicas
HC/UFU	Hospital de Clnicas da Universidade Federal de Uberlândia
MEC	Ministrio da Educao
PAISM	Programa de Assistncia Integral  Sade da Mulher e da Criana
PNH	Poltica Nacional de Humanizao
PPA	Projeto Parto Adequado
PSGO	Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrcia
RC	Rede Cegonha
SUS	Sistema nico de Sade
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	JUSTIFICATIVA.....	9
3	OBJETIVOS.....	11
4	MÉTODO.....	12
5	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO	17
6	RECURSOS FINANCEIROS.....	18
7	RESULTADOS PARCIAIS.....	18
8	ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO	20
8	REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS	21
9	ANEXOS	23

1 INTRODUÇÃO

O acolhimento está relacionado com a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenção resolutiva (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em obstetrícia é baseado no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico do MS que define os papéis do atendimento através de fluxos de atendimento à gestante, desde a porta de entrada, sendo acolhida pela recepção, encaminhada para atendimento com a equipe de enfermagem e médica, assim como possíveis encaminhamentos psicossociais, com identificação da situação/queixa ou evento apresentado pela gestante. Garante atendimento imediato da paciente com grau de risco elevado (BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde ciente da realidade atual, com o aumento de casos de urgências e emergências, superlotação e sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde na atenção às urgências, em 2004, lançou a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) no qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. (BRASIL, 2009).

O ACCR para o atendimento por critério de gravidade e não mais por ordem de chegada aos serviços de emergência cumpriu-se como uma estratégia para alcançar o princípio da PNH e foi implantado sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade (COFEN, 2011; BRASIL, 2010a).

Segundo o estudo do Ministério da Saúde (2014a), a ansiedade, que envolve a gestação, o parto e o nascimento levam à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. Acontece principalmente pela falta de informação durante o pré-natal, que se torna um dos fatores da busca aos serviços de urgência das maternidades com frequência. Motivo pelo qual, o acolhimento à mulher e acompanhante tem papel importante para favorecer as mulheres no processo

gravídico, especialmente no trabalho de parto, parto e pós – parto com, uma atenção holística de forma humanizada, diminuindo assim a ansiedade que envolve a gestação.

Neste âmbito, os serviços de emergência brasileiros apresentaram dentro da sua realidade nos últimos anos, uma necessidade de melhoria no atendimento, acolhida e resolutividade das emergências obstétricas (BRILHANTE et. al., 2016).

Segundo estudos analisados por Pinto, Salgado e Chianca (2012), a obstetrícia utiliza de instrumentos para nortear a decisão dos profissionais de saúde nos atendimentos de urgência e emergência sendo estes os protocolos institucionais, que por sua vez possibilita o profissional priorizar os atendimentos aos pacientes que apresentam quadros mais graves e necessitam de atendimento imediato, assim como permite identificar os que podem aguardar pelo atendimento, desde a porta de entrada dos serviços de emergência.

Neste contexto foi criado pelo Ministério da Saúde em 2011 o Projeto Rede Cegonha (RC), que se trata de uma estratégia instituída no Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de reduzir a morbimortalidade materna no Brasil. Por meio desse programa, a mulher tem assegurado o direito de planejar a reprodução, de receber atenção humanizada na gravidez, no parto e puerpério, além da criança ter o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha propõe a implantação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde a década de 1980, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiros obstetras e neonatais, obstetras, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros, e que dá continuidade às demais ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM) e da Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2014b).

De acordo com a Portaria nº 2.048 (2002), o acolhimento com classificação de risco (ACCR) deve ser realizado por profissional de nível superior, mas para que possa realizar este atendimento, o profissional deve estar devidamente capacitado,

possuir treinamento específico, bem como deve basear sua avaliação a partir de protocolos pré-estabelecidos (BRASIL, 2002).

Ainda na perspectiva do Ministério da Saúde (2010a) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2011) que descreve o ACCR um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Essa prática é entendida como uma postura ética e profissional para o atendimento por nível de complexidade.

Nesta análise segundo a Resolução nº 423 do COFEN, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do profissional enfermeiro, sendo que para executar esta atividade, o enfermeiro deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (COFEN, 2012).

Compreende-se então segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015) que o ACCR requer do profissional enfermeiro comprometimento e pensamento crítico, para que, ao realizar a classificação e triagem, não incorra em falhas que possam inviabilizar todo o processo. O enfermeiro, no que se refere ao processo de triagem e classificação, necessita de constante qualificação e uma vasta experiência clínica, devendo ser orientado por um protocolo direcionador para nortear a decisão dos profissionais nos atendimentos de urgência e emergência, possibilitando priorizar os atendimentos aos pacientes que apresentam quadros mais graves e necessitam de atendimento imediato, assim como permite identificar os que podem aguardar pelo atendimento, desde a porta de entrada dos serviços de emergência.

Diante do exposto, em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico (BRASIL, 2014b). Nesse contexto, através do levantamento de dados realizado no serviço de urgência e emergência do Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, que evidenciou uma média de seiscentos a oitocentos atendimentos ao mês, como demonstrado no anexo V, em anexo. Dessa forma, o presente projeto propõe uma reestruturação no processo de trabalho da classificação de risco existente no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de

Uberlândia (HC/UFU), que constitui em um atendimento de urgência e emergência público, com funcionamento nas vinte e quatro horas do dia, com o intuito de oferecer as mulheres no seu estado gravídico puerperal, maior resolutividade de seu problema imediato, garantindo assim humanização ao atendimento da mulher desde o momento da sua chegada, com a finalidade de prestar uma atenção holística, objetivando alcançar melhores resultados no atendimento prestado na promoção da saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O acolhimento fundamenta-se desde a recepção do usuário na sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2009).

O acolhimento e a classificação de risco possuem objetivos diferentes, porém complementares, podendo coexistir ou funcionarem separadamente no contexto físico dado a singularidade dos serviços, mas jamais díspares no processo de trabalho (BRASIL, 2009).

O ACCR em obstetrícia configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede. Tem se mostrado um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos Projetos Terapêuticos Singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão (PROENF, 2009).

Nesse contexto, a implantação do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia – PSGO justifica-se pela esperada redução no tempo de espera pelo atendimento e humanização da

assistência. Priorizando o atendimento obstétrico de acordo com o grau de risco impactando, assim na acessibilidade da parturiente.

Anteriormente a gestante que procurava o serviço por livre demanda passava pelo contratempo de aguardar uma autorização para a abertura de ficha de atendimento, que nem sempre era autorizada e quando isto acontecia era realizada por profissionais não capacitados. Muitas vezes ela recebia a negativa do atendimento, sendo encaminhada à outra unidade de saúde pelo chefe de turno do serviço, profissional este que pertence à área administrativa sem formação de nível superior e/ou em outros momentos pelo médico chefe através de contato via telefone. Com esse processo de trabalho a gestante estava sempre exposta a ter complicações, além de afligir os princípios regidos pela Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000.

A tabela 01 demonstra dados referentes à procura de gestantes pelo serviço classificada pelo modelo anterior à implantação da ACCR.

Tabela 1: Classificação de Risco no Pronto Socorro do HCU-UFU- Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia / 2017

Mês	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Não Aplicável	Total
janeiro	16	152	237	33	13	129	2	582
fevereiro	10	195	253	41	8	115	4	626
março	10	224	251	49	5	157	4	700
abril	8	172	213	56	3	170	3	625
maio	9	165	232	65	4	212	3	690
junho	10	159	198	43	14	204	5	633
julho	17	184	197	44	11	156	3	612
TOTAL	80	1.251	1.581	331	58	1.143	24	4.468

Fonte: Gestão de Informações Hospitalares. Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares/ UFU.

Diante da realidade expressada no presente projeto, se fez necessário a Implantação do ACCR em obstetrícia e bem como a reestruturação do local de atendimento com classificação de risco, com o objetivo de garantir os direitos da mulher no período gravídico puerperal de acordo com as diretrizes do Projeto Rede Cegonha e Projeto Parto Adequado.

3 OBJETIVOS:

3.1 Objetivo Geral

Implantar o Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas - UFU.

3.2 Objetivos Específicos

- Reestruturar o acolhimento e classificação de risco já existente;
- Humanizar o atendimento mediante a escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de emergência obstétrica;
- Reduzir o tempo de espera da mulher para o atendimento;
- Priorizar o atendimento obstétrico de acordo com o grau de risco baseado em protocolo de ACCR em obstetrícia.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo que aborda o tema ACCR em obstetrícia e a importância do atendimento à mulher no estado gravídico e puerperal. Está aderido ao Programa Rede Cegonha (RC) e no Projeto do Parto Adequado (PPA), linha de pesquisa Tecnologia do Cuidado, em que o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido, visando o aperfeiçoamento de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado, especificamente no ACCR específico para obstetrícia.

A intervenção está sendo desenvolvida no setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia – HC/UFU, que se encontra localizada no município de Uberlândia, Minas Gerais.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais e estão entre os três maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). Possui 520 leitos, sendo 17 leitos no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, 37 na unidade da Maternidade, 41 leitos de unidade neonatal, sendo 06 destinados ao Projeto Canguru, 20 leitos de cuidados intermediários convencionais neonatais e 15 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. É hospital de referência em média e alta complexidade para 86 municípios da região ampliada do Triângulo Norte. Ainda conta com um ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia que atende cerca de 150 gestantes por mês tanto na atenção ao pré-natal de alto risco quanto ao de risco habitual.

Neste cenário está sendo desenvolvido o presente projeto de intervenção, sendo a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFU, com a finalidade de Humanizar o atendimento mediante a escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de emergência obstétrica; reduzir o tempo de espera da mulher para o atendimento; priorizar o atendimento obstétrico de acordo com o grau de risco baseado em protocolo de ACCR em obstetrícia do Ministério da Saúde de 2014.

De acordo com o Manual de acolhimento e classificação de Risco em obstetrícia da Rede Cegonha (2014) são recomendações para o ACCR em obstetrícia:

- “ • Acolhimento imediato da mulher;*
- Priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, considerando-se os fatores científicos e humanos;*
- A adequação do trajeto para o atendimento e ambiência, compondo as reformas pertinentes se houver necessidade, incluindo a sinalização interna porta de entrada até a sala de ACCR (consultórios, centro obstétrico e salas de imagens, laboratório) de acordo com as necessidades do serviço;*
- Adequação da estrutura física e logística da sala de atendimento para ACCR (sala deve ser equipada com Sonar, aparelho de PA, termômetro de ouvido, relógio de parede, mesa, cadeira, escala da dor, demonstração de cores de forma explicativa conforme recomendação MS);*
- A adequação do espaço físico e ambiência do Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, com a finalidade de criar ambiente confortável na Sala de Espera para a mulher e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para as usuárias e acompanhantes;*
- Criar ambiente confortável e acolhedor para permanência da parturiente em local destinado à observação e à avaliação do trabalho de parto, quando necessário;*
- Participação ativa de todos os profissionais envolvidos com a assistência;*
- Sensibilização e qualificação de todos os profissionais da instituição, da recepção à direção, enfermagem, médicos, serviço social, orientadores de fluxo, segurança;*
- Envolvimento de todos os gestores e chefes de serviços do HC-UFU; (Construir agenda de monitoramento e avaliação permanente do plano de ação);*
- Informação para a usuária e familiares e esclarecimento sobre todos os procedimentos (classificação de risco, medicações, observação clínica, exames, encaminhamento etc.);*
- Identificação dos profissionais (verbalmente e por 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 (medicina, enfermagem e, se necessário, psicologia, serviço social);*
- *Garantia de privacidade durante todo o atendimento;*
- *Utilização do instrumento de ACCR por enfermeiro, favorecendo um atendimento individualizado e ágil;*
- *Estabelecimento de fluxos e protocolos de atendimento;*
- *Promoção da linha de cuidado integral com vinculação da assistência à rede pública;*
- *Atuação segundo normas de referência e contra referência.....”(BRASIL ,2014).*

Em outras palavras, as recomendações preconizam o atendimento eficiente, humanizado, em ambiente propício à assistência específica para as demandas da mulher gestante ou puérpera. Esta primeira escuta qualificada permite atendimento resolutivo e integral das queixas apresentadas conforme protocolos já existentes na instituição.

4.1 PUBLICO ALVO

O público alvo do projeto são mulheres no ciclo gravídico puerperal que procuram o Hospital Clínicas - UFU do sistema de saúde da rede SUS no município de Uberlândia- MG, no momento definido pela mesma como de necessidade aguda ou de urgência.

4.2 PLANO DE AÇÃO

Por se tratar de um método dinâmico de identificação das mulheres que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento

é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante.

De acordo com as recomendações Manual Rede Cegonha para o ACCR em obstetrícia foi necessário definir estratégias para articulação com a rede, que ainda estão em processo juntamente com os Coordenadores da equipe Médica da Obstetrícia, Direção do HC-UFU, Direção de Enfermagem, Gestores do Pronto Socorro, Ambulatório de Ginecologia, Materno Infantil e Gestores das Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde, para analisar e reestruturar as referências e contra referências que foi e está sendo identificada como a maior dificuldade durante o processo de implantação, por ainda não conseguirmos contra referenciar para outros serviços.

Estabelecemos parceria junto ao Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem – CEPEPE que promoveu a capacitação da equipe de enfermeiros atuantes no PSGO, juntamente em parceria com a Secretária de Saúde para a promoção da capacitação, utilização e aplicabilidade do Manual de ACCR em obstetrícia. No entanto a proposta se estende a todos os enfermeiros que já classificam e que atuam no Pronto Socorro Geral nos diversos setores, a fim de ampliar e divulgar o instrumento e garantir sua aplicabilidade.

O processo de implantação teve início no dia quinze de novembro de 2017, com a apresentação do projeto a gerência e diretoria de enfermagem, e após a capacitação dos enfermeiros lotados no PSGO. Logo após realizamos a definição do fluxo de encaminhamento da gestante após a abertura da ficha até o setor de classificação, formalizado através de reunião com o gerente de enfermagem e equipe do administrativo e equipe de apoio. O ACCR em obstetrícia iniciou no dia cinco de outubro de 2017, após definição do fluxograma.

O fluxograma estabelecido se inicia quando a gestante chega ao serviço no Hospital de Clínicas, ela realiza a confecção da ficha de atendimento na portaria/recepção, em guichê exclusivo, conforme rege o Art. 1º da Lei nº 10.048. Após a sua identificação, a usuária é encaminhada de cadeira de rodas ou na maca ao Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia onde será realizado o Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia baseados no manual.

No PSGO a gestante é acolhida pelo enfermeiro, que realiza a escuta qualificada e inicia o processo de triagem, neste momento são aferidos os sinais vitais pela equipe de enfermagem e utilizando as informações da escuta qualificada

e do protocolo, é realizada a classificação da gestante, de acordo com o grau de risco, conforme tabela 1:

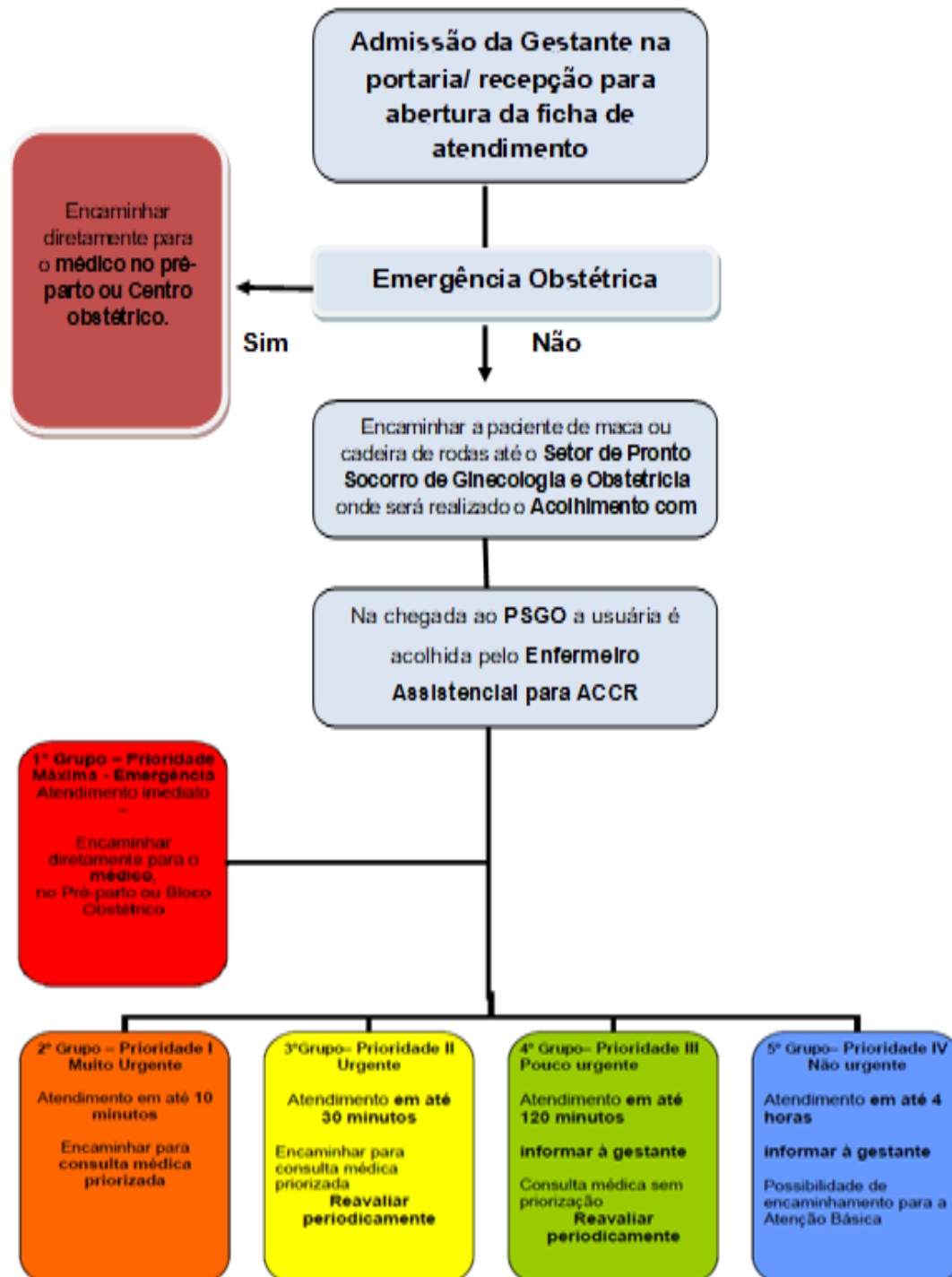
Tabela I: Classificação de risco em cores por tempo de espera.

Classificação	Tempo	Característica
Vermelhas	(atendimento médico imediato)	O atendimento se dá diretamente na sala de emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.
Laranja	(atendimento médico em até 15 minutos)	O atendimento dessas pacientes deverá ser no consultório médico ou na sala de acolhimento obstétrico, atentando para prioridade do atendimento, seu potencial de risco demanda o atendimento do obstetra o mais rápido possível.
Amarelo	(atendimento médico em até 30 minutos)	Deverá ser no consultório médico ou da enfermeira, atentando para prioridade do atendimento. Reavaliar periodicamente.
Verde	(atendimento em até 120 minutos)	Por definição são pacientes sem risco de agravo. Informa a expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente.
Azul	(atendimento não prioritário) em até 4 horas;	Permanecerá aguardando atendimento médico. Informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica (UBS) ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde.

Fonte: Protocolo de acolhimento e classificação de risco da unidade de emergência.

Ressalta-se que nenhuma paciente poderá ser dispensada sem ser atendida, ou seja, sem ser acolhida, classificada e encaminhada de forma responsável a uma Unidade Básica de Saúde (caso seja necessário), de acordo com pactuação, que ainda estão em processo juntamente com os Coordenadores da equipe Médica da Obstetrícia, Direção do HC-UFU, Direção de Enfermagem, Gestores do Pronto Socorro, Ambulatório de Ginecologia, Materno Infantil e Gestores das Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde, para analisar e reestruturar as referências e contra referências.

5 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO



6 RECURSOS FINANCEIROS

Para implantação do Projeto de Intervenção de ACCR em Obstetrícia no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia foi necessário uma adequação no próprio local, sem custos. Apenas algumas requisições de serviços que executadas pelo setor de Bioengenharia do Hospital de Clínicas/UFU. Remanejamento de dois Enfermeiros para o setor de PSGO, com a finalidade de garantir 24 horas de atendimento.

Quanto ao material necessário foram fornecidos ao setor de PSGO: 01 (um) aparelho de pressão; 01(um) oxímetro de pulso; 02 (duas) cadeiras de rodas; 01 (um) termômetro e 01 (um) sonar móvel.

7 RESULTADOS PARCIAIS

Os registros da classificação são realizados no Sistema ALERT, local onde descrevemos a queixa da paciente, e após realizar a triagem de acordo com o Manual de ACCR em obstetrícia, o enfermeiro realiza o registro da queixa da gestante, o fluxograma e o discriminador utilizado. Optamos por utilizar o sistema como ferramenta de registro pela necessidade da coleta de dados. A utilização também é importante para determinar a cor da qual a gestante é classificada, onde dentro do sistema ALERT, é utilizada a escala da dor como referencial da cor e identificação do risco.

Essa adaptação se fez necessária devido à dificuldade da equipe de Tecnologia da Informação do HC-UFU, em criar um programa capaz de utilizar os recursos fornecidos no Manual de ACCR em obstetrícia para classificar dentro do sistema de informação que hoje é utilizado no serviço. Tendo como finalidade a coleta de dados durante o processo de implantação.

O método utilizado para análise do conteúdo teve como referencial teórico Bardin (1977). Através da análise dos dados apresentados, no anexo II e III, identificamos que houve uma diminuição do tempo de espera da gestante após a abertura da ficha e até o acolhimento e classificação, levando em consideração que

o tempo médio que a gestante gasta para chegar ao PSGO é de aproximadamente cerca de cinco a oito minutos. No que se refere à resolutividade conseguimos analisar que após o acolhimento e classificação da gestante no setor, houve uma redução do tempo no intervalo entre a triagem e até o atendimento médico. Redução está justificada pela capacidade do enfermeiro em identificar situações de risco após a classificação e comunicar prontamente para a equipe médica que realiza o atendimento de imediato, garantindo uma melhor assistência.

Durante o processo de implantação nos deparamos com algumas dificuldades, dentre essas situações a de maior destaque foi à rejeição da equipe diante da implantação da classificação no setor de PSGO, no primeiro momento toda a equipe se sentiu sobrecarregada devido ao aumento do número de pacientes, sobrecarga de trabalho, dificuldade de aferir os sinais vitais das gestantes na chegada entre outras queixas. No que se refere à equipe médica atribuíram um aumento do número de gestantes com queixas simples, que poderiam ser encaminhadas a outro serviço, porém ainda não ficou estabelecida **nenhuma pactuação com a rede**, impossibilitando assim o encaminhamento da gestante para outro serviço. Por fim, outro problema identificado durante a implantação da classificação de risco, que impactou diretamente ao aumento do número de gestantes de demanda espontânea que procuram o serviço se deu através de uma reportagem realizada pela Rede Integração, onde o repórter por fonte desconhecida informou que o HCU-UFU estaria de porta aberta após a implantação da classificação de risco. Este fato impactou diretamente ao número de atendimentos por demanda espontânea no setor, conforme demonstrado no anexo III.

8 ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO

Propõe-se que sejam avaliados, entre outros, os seguintes indicadores:

1. Projeto de ACCR em obstetrícia implantado, contemplando etapas de reestruturação do Acolhimento e classificação de risco já existente, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição de rotinas e fluxos;
2. Projeto de integração com a direção do Hospital de Clínicas de Uberlândia - UFU e gestores municipais para estabelecer critérios para referência e contra referência;
3. Procedimento e normas documentadas conhecidas por todos os trabalhadores sobre encaminhamentos de usuários para outros serviços, em caso de impossibilidade de internação no serviço;
4. Percentual de usuários segundo classificação de gravidade: VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE e AZUL;
5. Reduzir o tempo de espera da mulher entre a chegada até o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia;
6. Identificação de problemas externos que impactam diretamente no atendimento do serviço;
7. Análise continuada dos fatores que interferem na reorganização do fluxo de atendimento;
8. Humanizar o atendimento mediante a escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de emergência obstétrica.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE L. M. de, et. al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. [citado em 2015 Dez 02] 11(1): 151-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>. Acesso em: 18 agosto 2017.

BARTEL T.E, et. al. Dialogando sobre serviços de saúde a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco: relato de experiência. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2015; 39(1):164-73. Disponível em: Acesso 05 set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília. 2014 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília. 2014 b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 a.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília. 2010 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>> Acesso em: 08 agosto 2017.

BRILHANTE, A. F. et. al.- Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. Northeast Network Nursing Journal, v. 17, n. 4, 2016.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem de Minas Gerais - Resolução Cofen nº 423, de 09 de abril de 2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Diário Oficial [da] União República Federativa do Brasil, nº 70, quarta-feira, 11 de abril de 2012, seção I, pag. 195- 196.

_____. Conselho Federal de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer técnico Nº 136/2011. Competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos pontos de atenção à saúde da população. Belo Horizonte. Acesso em: 26 set. 2017.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. História da classificação de risco no brasil [Internet]. 2015. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=109. Acesso em: 10 set. 2017.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C.P.T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. Rev. Bras. Enferm. 2013 Feb [Citado 2015 Nov. 20] ; 66(1): 31- 37. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en.> Acesso em: 23 agosto 2017.

LUDWIG. M. L. M; BONILHA. A. L.L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. Rev Bras Enfermagem, 2003, 56(1):12-7.

PEREIRA A. L. F, et. al. Implantação do módulo acolhimento do programa cegonha carioca no município do Rio de Janeiro. Rev. Fund. Care. 2016; 8(1):3935-44. Disponível em:<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5420/pdf_5657. Acesso em< 10 agosto 2017>

PEREIRA ALF, LIMA AEF - Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública. Recife: Rev. Enferm. UFPE. 2014; 8(1):2309-15.

PROENF: Saúde materna e neonatal. Programa de Atualização em Enfermagem/ Associação Brasileira de Enfermagem; Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras; Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2009.

PINTO J.D, SALGADO P.O, 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 Enferm [periódico na internet] 2012;20(6):[08 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_05.pdf> Acesso em: 17 julho 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA (CE). Sistema municipal de saúde escola. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em obstetrícia. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; 2012.

ANEXO I**FICHA DE ACOLHIMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
EM OBSTETRÍCIA**

NOME: _____ IDADE: _____

REGISTRO: _____ DATA: ___/___/___

HORÁRIO DE CHEGADA: ___/___H

HORÁRIO DO ACOLHIMENTO: ___:___H

HORÁRIO DO ACOLHIMENTO MÉDICO: ___:___H

BREVE HISTÓRIA OBSTÉTRICA: G___ P___ A___ (PN= ___/PC= ___)

DUM: ___/___/___ IG: ___ sem ___ dias DPP: ___/___/___

OUTROS: _____

_____SITUAÇÃO/QUEIXA: _____

_____USO DE MEDICAMENTOS:

DADOS VITAIS:

PA= ___X___ MMHG FC= ___BPM FR= ___IRPM TAX= ___°C

MF (+/-): _____ SANGRAMENTO VAGINAL (Sim/Não): _____

CONTRAÇÕES UTERINAS (Sim/Não): _____ PERDA DE LÍQUIDO (Sim/Não):

_____/10 DOR: _____/10

CLASSIFICAÇÃO:

() VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL .

Enfermeiro Classificador

ANEXO II

Relatório de Atendimentos por Especialidades – Setembro/2017.

Especialidades	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Não Aplicável	Total
Alergia e Imunologia	-	1	9	-	-	3	-	13
Bucomaxilofacial (Odontologia)	-	2	5	1	-	3	1	12
Cardiologia	-	1	1	-	-	19	6	27
Cirurgia Geral	5	88	104	14	2	38	7	258
Cirurgia Maxilo-Facial	-	-	2	-	-	1	-	3
Cirurgia Pediátrica	-	1	4	3	-	3	-	11
Cirurgia Plástica	-	1	2	-	-	-	-	3
Cirurgia Vascular	-	17	22	2	-	2	-	43
Clínica Médica	16	163	132	32	1	62	5	411
Geriatria	-	6	4	-	-	2	-	12
Ginecologia e Obstetrícia	4	164	216	35	6	137	3	565
Infectologia	1	3	1	-	-	1	-	6
Medicina Intensiva	1	2	-	2	-	-	1	6
Medicina Interna	-	25	25	2	-	3	1	56
Medicina legal	-	1	2	-	-	1	-	4
Não Aplicável	14	56	69	17	1	47	74	278
Neurocirurgia	-	6	4	1	-	-	-	11
Oftalmologia	4	11	68	42	-	9	3	137
Ortopedia e Traumatologia	2	39	97	14	-	35	2	189
Otorrinolaringologia	1	-	17	2	-	9	-	29
Pediatria	6	53	104	40	2	79	2	286
Psiquiatria	-	7	13	1	-	-	1	22
Urologia	-	-	4	-	-	-	-	4
Total	54	647	905	208	12	454	106	2.386

Relatório de Atendimentos por Especialidades – Outubro/2017.

Especialidades	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Não Aplicável	Total
Alergia e Imunologia	-	-	1	-	-	-	-	1
Angiologia	-	1	-	-	-	-	-	1
Bucomaxilofacial (Odontologia)	-	2	5	2	1	8	2	20
Cardiologia	-	6	6	2	1	12	5	32
Cirurgia Geral	4	103	143	28	4	48	4	334
Cirurgia Maxilo-Facial	-	1	2	-	-	1	-	4
Cirurgia Pediátrica	-	4	7	6	-	-	-	17
Cirurgia Plástica	-	1	1	-	-	1	-	3
Cirurgia Vascular	-	11	14	1	-	5	2	33
Clínica Médica	6	187	170	37	6	78	11	495
Geriatria	-	-	3	-	-	-	-	3
Ginecologia	-	9	4	4	1	6	-	24
Ginecologia e Obstetrícia	8	153	198	91	14	121	6	591
Infectologia	-	2	-	-	-	2	1	5
Medicina Interna	4	16	19	-	-	3	-	42
Medicina legal	-	4	1	1	-	-	-	6
Não Aplicável	5	58	79	15	2	49	21	229
Neurocirurgia	-	7	2	-	-	-	-	9
Oftalmologia	3	24	59	31	-	9	5	131
Ortopedia e Traumatologia	4	41	123	21	2	18	3	212
Otorrinolaringologia	-	-	5	-	-	-	-	5
Pediatria	4	64	117	46	4	101	-	336
Psiquiatria	-	9	17	-	-	4	-	30
Urologia	-	-	2	-	-	1	-	3
Total	38	703	978	285	35	467	60	2.566

Relatório de Atendimentos por Especialidades – Novembro/2017.

Especialidades	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Não Aplicável	Total
Bucomaxilofacial (Odontologia)	-	-	2	-	1	1	2	6
Cardiologia	-	3	8	1	-	3	6	21
Cirurgia Geral	-	41	56	22	-	7	2	128
Cirurgia Maxilo-Facial	-	-	-	-	-	1	-	1
Cirurgia Pediátrica	-	2	3	1	-	-	-	6
Cirurgia Vascular	-	7	7	-	-	1	2	17
Clínica Médica	2	69	79	24	6	26	2	208
Ginecologia	-	7	4	-	-	-	-	11
Ginecologia e Obstetrícia	6	66	84	23	3	14	2	198
Infectologia	1	-	-	-	-	-	-	1
Medicina Interna	-	5	6	1	-	1	-	13
Não Aplicável	1	16	28	7	-	12	9	73
Oftalmologia	-	4	24	16	-	4	3	51
Ortopedia e Traumatologia	-	8	29	4	1	7	-	49
Otorrinolaringologia	-	-	9	4	1	4	-	18
Pediatria	1	10	38	14	-	13	-	76
Psiquiatria	-	1	3	-	-	3	-	7
Urologia	-	1	1	1	1	-	-	4
Total	11	240	381	118	13	97	28	888

ANEXO IV

Total de triagens realizadas no Pronto Socorro organizadas por semana HCU-UFU 01/09/2017 a 09/11/2017

Mês	Especialidade	Semana do mês	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Não Aplicável	Total
Setembro	Ginecologia e Obstetria	1ª SEMANA	-	43	45	4	-	26	-	118
		2ª SEMANA	1	29	47	4	1	31	1	114
		3ª SEMANA	2	44	59	7	1	43	-	156
		4ª SEMANA	1	41	49	14	4	30	2	141
		5ª SEMANA	-	7	16	6	-	7	-	36
	Total	4	164	216	35	6	137	3	565	
Outubro	Ginecologia	1ª SEMANA	-	3	2	2	-	3	-	10
		2ª SEMANA	-	3	1	-	1	2	-	7
		4ª SEMANA	-	3	1	1	-	-	-	5
		5ª SEMANA	-	-	-	1	-	1	-	2
		Total	-	9	4	4	1	6	-	24
	Ginecologia e Obstetria	1ª SEMANA	1	42	43	16	3	22	2	129
		2ª SEMANA	2	24	36	21	4	26	1	114
		3ª SEMANA	-	39	45	26	2	35	-	147
		4ª SEMANA	2	33	48	21	3	30	3	140
		5ª SEMANA	3	15	26	7	2	8	-	61
Total	8	153	198	91	14	121	6	591		
Total	8	162	202	95	15	127	6	615		
Novembro	Ginecologia	1ª SEMANA	-	5	-	-	-	-	-	5
		2ª SEMANA	-	1	-	-	-	-	-	1
		Total	-	6	-	-	-	-	-	6
	Ginecologia e Obstetria	1ª SEMANA	4	33	40	14	2	9	1	103
		2ª SEMANA	-	13	12	4	-	1	1	31
		Total	4	46	52	18	2	10	2	134
Total	4	52	52	18	2	10	2	140		
Total	16	378	470	148	23	274	11	1.320		

ANEXO V**FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE****NOME:** _____

No dia e horário informados abaixo, o paciente supracitado foi recepcionado, acolhido e classificado no SETOR DE PRONTO SOCORRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA- MG.

No momento do atendimento, não foi observada nenhuma queixa clínica ou alteração de dados vitais que demande atendimento de urgência, motivo pelo qual encaminhamos para atendimento na Unidade Básica de sua referência para ser acolhido e agendado um atendimento. Salientamos que os dados classificatórios são relativos ao dia e horário informados, devendo o paciente dirigir-se ao local de referenciamento o quanto antes.

Encaminhado a Unidade Básica de Saúde: _____**Assinatura / carimbo:** _____**DATA DO ATENDIMENTO:** _____**HORA DO ATENDIMENTO:** _____

ANEXO V

BANNER DE ORIENTAÇÃO



Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia



Atendimento Médico	Prioridade	Tempo
1	Necessitam de atendimento imediato. CASOS DE EMERGÊNCIA	0 min
2	Necessitam de atendimento praticamente imediato. CASOS MUITO URGENTES	15 min
3	Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar. CASOS DE URGÊNCIA	30 min
4	Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde. CASOS POUCO URGENTES	120 min
5	Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde. CASOS NÃO URGENTES	240 min