

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde



# **Manual** de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia

Brasília – DF  
2015



2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 189.777 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres  
SAF Sul, Trecho 2, lotes 5/6, Ed. Premium  
Torre II, sala 17, térreo  
CEP: 70070-600 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-9101  
E-mail: [www.saude.mulher@saude.gov.br](mailto:www.saude.mulher@saude.gov.br)

Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência  
SAF Sul, Qd. 02 Lt 5/6  
Ed. Premium, Bloco II  
2º andar, sala 205  
CEP: 70070-600 – Brasília/DF

*Elaboração:*

Amado Nizarala  
Carlos Augusto Alencar Júnior  
Dagoberto Machado  
Débora Rodrigues Lima  
Fátima Penso  
Gisele Cordeiro Maciel  
Joaquim Parente  
João Batista Marinho de Castro Lima  
Maria Esther de Albuquerque Vilela  
Maria Liduina Freitas Pinto  
Marcos Augusto Bastos Dias  
Marilene Wagner

Patrícia Pereira Rodrigues Magalhães  
Sibylle Emilie Vogt  
Simone Barcelos dos Santos  
Vera de Oliveira Nunes Figueiredo

*Colaboração:*

Amanda Fedevjcyk de Vico  
Mirella Pessati  
Serafim Barbosa Santos Filho

*Ilustrações:*

Bia Fioretti

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Amanda Soares  
Capa, projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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, 2015.  
64 p. : il.

ISBN 978-85-334-2217-9

1. Acolhimento. 2. Risco. 3. Obstetrícia. 4. Rede Cegonha. I. Título.

CDU 618

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0020

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Manual of Reception and Risk Classification in Obstetrics

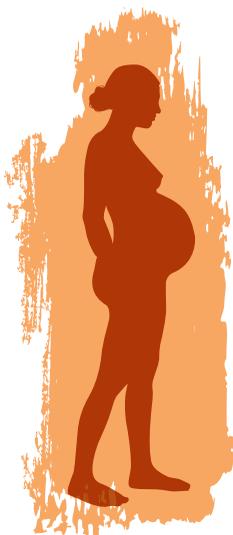
Em espanhol: Manual de Recepción Y Clasificación de Riesgo en Obstetrícia

# Sumário

|  |           |
|--|-----------|
| Apresentação   | <b>5</b>  |
| 1 Introdução   | <b>7</b>  |
| 2 A Rede Cegonha e o modelo de atenção obstétrica e neonatal | <b>9</b>  |
| 3 Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetria   | <b>13</b> |
| 4 Passo a passo para implantação do A&CR: recomendações      | <b>17</b> |
| 5 Atribuições das equipes de A&CR*                           | <b>23</b> |
| 6 Ambiência e o A&CR   | <b>31</b> |
| 7 Protocolo de A&CR em Obstetria                             | <b>33</b> |
| 8 Indicadores para o monitoramento e avaliação do A&CR       | <b>53</b> |
| Referências  | <b>57</b> |







## Apresentação

Esse Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia é mais uma iniciativa do Ministério da Saúde para apoiar as Redes de Atenção à Saúde visando à ampliação do acesso e qualificação do cuidado, com foco nas maternidades e serviços de obstetrícia do Brasil.

Tem como perspectiva apoiar o processo de Regionalização, enfatizando a relação interfederativa e favorecendo o aumento da capacidade de articulação dos serviços em rede nas regiões de saúde, espaços privilegiados para fortalecimento da rede de serviços, que além do território geográfico, são espaços de produção de transversalidade entre políticas e práticas de saúde, superando a fragmentação na gestão e na atenção.

Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Sua elaboração se deu a partir das experiências de maternidades que vêm implementando o A&CR, e contou com a colaboração desse grupo de gestores, trabalhadores e especialistas de diversos serviços e instituições.

O Manual inclui o Protocolo de Classificação de Risco que é uma ferramenta de apoio à decisão clínica que tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com



base nas evidências científicas existentes. Baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida.

Pretende-se, com sua utilização, evitar a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica evitando as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso.



# 1 Introdução

A Rede Cegonha (RC) é uma iniciativa do Ministério da Saúde/MS lançada pelo Governo Federal em 2011 com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. A RC incentiva a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida. Vem mobilizando gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços, especialmente as mulheres e crianças como beneficiários diretos. Em sua operacionalização, tem-se investido um conjunto de recursos e estratégias de parcerias para um trabalho interfederativo. O foco estratégico da RC está na redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente em seu componente neonatal.

Os princípios fundantes da RC põem em relevo os direitos de cidadania, previstos no SUS, reforçando a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e de gênero, a busca de equidade no atendimento, considerando as diferenças regionais, e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens, além do incentivo à participação e mobilização social.

É desafio e compromisso do Governo Brasileiro ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde, contando com a participação e corresponsabilização dos usuários.

Nessa direção, a RC adota estratégias para reorganização dos processos de trabalho no campo obstétrico-neonatal e este Manual aborda uma de suas principais diretrizes, o Acolhimento e Classificação de Risco nas portas de entrada dos serviços de urgência de obstetrícia (A&CR).

Para a elaboração do Manual, partiu-se das experiências de maternidades que vêm implementando o A&CR e contou-se com a colaboração de gestores, trabalhadores e especialistas de diversas instituições. Com este produto, o MS espera contribuir para ampliação do A&CR nos serviços que realizam atendimentos obstétricos.



## 2 A Rede Cegonha e o modelo de atenção obstétrica e neonatal

Os altos índices de mortalidade materna e neonatal e as taxas crescentes de cirurgia cesariana dos últimos anos evidenciam a necessidade de colocar em discussão o modelo de atenção obstétrica e neonatal hegemônico no país.

Apesar do avanço na melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas dos governos e da sociedade nos últimos 30 anos, a redução da morbimortalidade materna e neonatal permanece como um desafio.

Embora o acesso e a disponibilidade de profissionais para a assistência tenham se ampliado, ainda se observam muitas lacunas na qualidade da prestação de serviços, principalmente no sentido da garantia da integralidade e da singularização do cuidado conforme as necessidades da população brasileira. Observa-se no cotidiano dos serviços a fragmentação das ações e sua organização incipiente para operarem na lógica das linhas de cuidado.

Nas práticas de atenção e gestão, predominam arranjos organizacionais que dificultam a participação tanto de trabalhadores como de usuários e uma assistência marcada por intensa medicalização e intervenções potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas. Além disso, há uma fragilidade na rede quanto aos processos de acompanhamento da mulher no pré-natal, parto e pós-parto, nas ações do planejamento reprodutivo e saúde sexual, bem como no acompanhamento do recém-nascido de risco e ações do crescimento e desenvolvimento da criança.



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, obstetrizes<sup>1</sup>, 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).

Trata-se de uma estratégia para garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade, afirmando que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher, parceiro(a) e sua família.

Por meio de ações que buscam a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, da garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência para atendimento integral, da implementação de boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, e do acesso ao planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha articula os seguintes objetivos:

- Fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- Fomentar a organização e fortalecimento da rede de atenção a gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de vida, garantindo acesso qualificado, com acolhimento e resolutividade;
- Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente neonatal.

<sup>1</sup> Profissional graduada em obstetrícia.







## 3 Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia

Segundo o Glossário da Política Nacional de Humanização

acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (ACOLHIMENTO, 2014).

Desejado 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.

Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade

entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

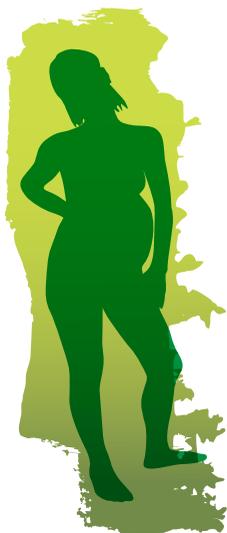
Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e de produção de vínculo.

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto.

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou







## 4 Passo a passo para implantação do A&CR: recomendações

O processo de implantação do **A&CR** em Obstetrícia tem sido intensificado a partir das normativas que constituem a Rede Cegonha. Este Manual vem com a proposta de contribuir com esse movimento, não no sentido de indicar uma padronização para “toda a rede”, mas principalmente como um guia para subsidiar discussões e ajustes locais, compatíveis com as experiências em andamento e particularidades de cada território/serviço.

O caminho proposto neste passo a passo baseou-se na experiência de gestores e trabalhadores de saúde de diferentes locais do país.

Em se tratando de uma intervenção que propõe alteração dos processos de trabalho das equipes de atenção e gestão, é essencial assegurar na implantação do A&CR nos serviços um processo participativo, baseado no seguinte pressuposto:

**Construção coletiva**, especialmente com a equipe da porta de entrada da maternidade. Isso se constitui como estratégia fundamental para operar mudanças no modo de organizar o serviço de saúde. A implantação do A&CR deve produzir um movimento de discussão do processo de trabalho em todo o serviço. Para que os efeitos esperados sejam alcançados, necessita-se da adesão das equipes de saúde, de representantes dos usuários e da comunidade local. Portanto, é fundamental mobilizar trabalhadores, gestores, representantes de usuários e comunidade. Recomenda-se a utilização de **métodos interativos** de identificação de problemas na assistência e organização dos serviços e elaboração coletiva de propostas de ação, para aprimorar a capacidade de análise e intervenção das equipes:

- a) Realizar **oficina de mobilização** para discussão sobre o AC&R com todo o serviço e representantes de usuários (o contexto hospitalar, conceitos e fluxos internos e externos);

**! Como já referido, a adesão dos profissionais ao processo de implantação do A&CR é importante para que os efeitos esperados sejam alcançados. Muitos gestores e equipes relatam que uma das dificuldades encontradas é a baixa adesão da equipe ou falta de entendimento das mudanças no processo de trabalho.**

- b) Constituir um **Grupo de Trabalho** de planejamento, monitoramento e avaliação para operacionalizar a implantação do A&CR;

**! Este grupo é o responsável por disparar e acompanhar o processo, mobilizar os recursos e as ações necessárias. Na sua constituição, é importante assegurar que estejam presentes: profissionais que conhecem e vivenciam o processo de trabalho, gerentes e gestores responsáveis pelas tomadas de decisão e representantes de usuários, que irão vivenciar os efeitos das mudanças, especialmente nas portas de entrada.**

- c) Elaborar **Plano de Ação** com envolvimento da equipe multiprofissional;

**! Plano de Ação não entendido como documento burocrático ou uma mera “carta de intenções”, mas como um instrumento de registro das metas, ações, responsáveis, refletindo as condições concretas de viabilização das mudanças na realidade local.**

- d) Construir agenda de **monitoramento e avaliação** permanente do plano de ação.

**Reuniões semanais para acompanhamento da operacionalização do plano fará movimento crescente para a implantação do A&CR e a realização de ajustes.**

Recomenda-se a inclusão, no plano, das seguintes ações:

- A adequação do espaço físico e **ambiência**, compondo as reformas pertinentes e incluindo a sinalização interna (porta de entrada, consultórios, centro obstétrico, laboratório, área de imagens e demais unidades) de acordo com as necessidades do serviço.

**! A discussão coletiva da ambiência tem se mostrado uma excelente oportunidade de repensar não só os espaços físicos, mas os espaços das relações e processos de trabalho. Deve ser uma pauta estratégica na agenda do Grupo de Trabalho.**

- Adequação dos **fluxos** de atendimento nos serviços de apoio diagnóstico, Centro Obstétrico, entre outros;

**! As experiências de A&CR demonstram que não adianta classificar o risco na porta de entrada se o risco classificado não for considerado nos tempos de atendimento nos setores/unidades de apoio diagnóstico e terapêutico.**

- Elaboração de **material de divulgação** sobre o A&CR para os usuários

**! Uma das dificuldades encontradas é tornar de domínio público as informações acerca da gravidade, do tempo de espera e da estratificação em cores. Sendo assim, a utilização de *banners* nas portas de entrada tem se mostrado instrumento eficiente na informação e comunicação com usuários. Outra estratégia é a produção de vídeos informativos apresentados nas salas de espera, que versam sobre o modo como é realizado o atendimento na maternidade.**

- Articulação com os **Conselhos de Saúde, Fóruns Perinatais e de Urgência** pautando a discussão sobre o A&CR;

**! Além destes espaços possibilitarem a divulgação das mudanças internas da maternidade, neles também se tem potencializado a pactuação com a rede de serviços, especialmente viabilizando maior vinculação entre a maternidade e atenção básica.**

- **Capacitação** de enfermeiros para a execução da Classificação de Risco em obstetrícia;

**A realização da CR deve ser incorporada como uma prática do cuidar do (a) enfermeiro (a) generalista e todos os profissionais devem estar envolvidos.**

- **Socialização do Manual** de A&CR com todos os trabalhadores da maternidade;

**! Realizar reuniões rápidas, rodas de conversa, com a equipe da maternidade sobre o A&CR, visando à solução de problemas identificados na implantação e ajustes pertinentes e de forma mais ágil.**

Para as oficinas, reuniões e rodas de conversa, ofertam-se algumas **questões disparadoras** para discussão e uma matriz de planejamento para apoiar a organização do processo:

1. O que significa Acolhimento para esta maternidade?
2. O que significa A&CR?
3. Quais são os desafios para a implantação do A&CR?
4. Quais as estratégias e ações propostas para implantação do A&CR?
5. Que resultados são esperados?

**Matriz de planejamento para implementação do A&CR na maternidade:**

| Objetivos | Metas | Ações | Recursos | Responsáveis | Prazos |
|-----------|-------|-------|----------|--------------|--------|
|           |       |       |          |              |        |
|           |       |       |          |              |        |

**Obs.:** Esta é uma matriz básica de elaboração de plano de ação, que pode ser precedida por outras (de levantamentos de problemas e desafios), e deve-se desdobrar em outras mais específicas para acompanhamento avaliativo do processo.

O “processo de implantação” do A&CR requer um “processo de acompanhamento avaliativo”, cuidando-se em articular eixos consistentes de monitoramento e avaliação, inclusive para adequação/ajustes durante seu curso.

**! Algumas indicações podem ser potentes na perspectiva de sucesso na efetivação da implantação:**

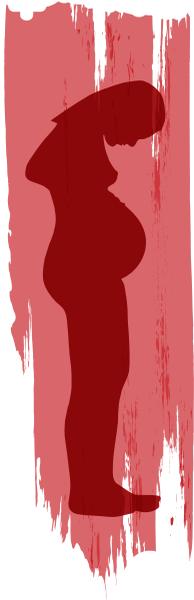
- Pesquisa sobre grau de satisfação dos usuários e trabalhadores;
- Identificação de problemas externos que impactam diretamente no atendimento do serviço;
- Análise continuada dos fatores que interferem na reorganização do fluxo de atendimento;
- Levantamento dos sinais que indiquem fragilidade na adoção do protocolo, assim subsidiando reajustes e atualização das capacitações para as equipes;
- Reuniões periódicas de avaliação da implantação com levantamento coletivo dos problemas e sugestões de soluções.

**Recomendações em relação à articulação com a rede de serviços:**

Para que a implantação do A&CR na maternidade seja efetivamente uma estratégia articulada em rede, há que se buscar a pactuação de espaços de trabalho conjunto; para isso, mobilizando-se gestores para garantia desses espaços de conversa. Nessa direção, ressaltam-se os seguintes movimentos:

- Definir estratégias para articulação com a rede, pactuando encontros mensais entre as maternidades, distritos sanitários e unidades básicas, para analisar os dados produzidos pelo A&CR, problemas encontrados e a qualidade dos encaminhamentos;

- Constituir grupo específico para formação e educação permanente de trabalhadores do município/estado para aprimoramento na utilização do protocolo;
- Articular a discussão e o aprimoramento do processo de implantação do A&CR com o SAMU, centrais de regulação de vagas, serviços de atenção secundária e de atenção básica, representantes de usuárias, de instituições de ensino, de movimentos de mulheres, representantes de categorias profissionais, Ministério Público e no Fórum Perinatal ou outros fóruns existentes.



## 5 Atribuições das equipes de A&CR\*

A implementação do A&CR em obstetrícia deve seguir alguns cuidados comuns a todos os processos de incorporação de protocolos, principalmente no sentido de nortear um “padrão de conduta”, mas, por outro lado, sem causar enrijecimento da atividade dos trabalhadores envolvidos nas equipes multiprofissionais.

Assim é necessário salientar alguns atributos e atribuições necessários a uma nova dinâmica do processo de trabalho, ressaltando sua discussão no contexto local.

Entre os atributos ou movimentos desejados para as mudanças se efetuarem, destacam-se:

- Capacidade de comunicação e interação com equipe multidisciplinar, usuários, SAMU-192, Bombeiros, e outros;
- Resolutividade de problemas e conflitos;
- Agilidade, observação e julgamento crítico;
- Qualificação através de treinamentos para a atividade proposta;
- Experiência no atendimento em urgências obstétricas.

\* As atribuições da equipe da porta de entrada foram inicialmente experimentadas em 2005, no Hospital Odilon Behrens de Belo Horizonte, um dos pioneiros na implantação do ACCR e em Maternidades de Salvador em 2013 e a elaboração final do texto pelo GT A&CR.

## 5.1 Atribuições dos profissionais envolvidos no A&CR em obstetrícia

O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

### *Acolhimento da usuária/familiares na porta de entrada:*

Nas maternidades inseridas em hospitais gerais, recomenda-se a construção de um fluxo de entrada específico para a maternidade.

### *Profissionais da Recepção:*

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



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

*Enfermeiros Obstetras:*

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

*Médicos Obstetras:*

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

*Serviço Social e Psicologia:*

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

*Serviço de Vigilância:*

- Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
- Zelar pela segurança do patrimônio;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e da maternidade.

*Serviço de transporte (quando houver):*

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







## 6 Ambiência e o A&CR

Nas maternidades e em serviços de saúde que realizam partos, a adequação da ambiência refere-se a reformas em seus espaços físicos com o objetivo de qualificá-los para favorecerem e facilitarem os processos e relações de trabalho. Também se refere à aquisição de mobiliários e equipamentos adequados, de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção ao parto e nascimento.

*Orientações para adequação da ambiência nas Portas de Entrada dos Serviços que realizam partos:.*

- Prever espaços que favoreçam o acolhimento da gestante e sua rede social;
- Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera quanto para o interior do hospital, facilitando o atendimento e a monitoração das usuárias;
- 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;



- Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento da mulher/acompanhante no momento da sua recepção;
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Prever sistema de telefonia pública de modo a atender às necessidades dos usuários;
- Atender a NBR 9050 para acessibilidade.



## 7 Protocolo de A&CR em Obstetrícia

O A&CR é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela.

O protocolo de CR é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Consiste numa análise sucinta e sistematizada, que permite identificar situações que ameaçam a vida a partir das seguintes chaves de decisão:

Os Protocolos de CR utilizam algumas categorias de sistematização, que serão apresentadas nos itens seguintes.

### **Chaves de decisão dos fluxogramas:**

1. Alteração do nível de consciência/estado mental.
2. Avaliação da respiração e ventilação.
3. Avaliação da circulação.



4. Avaliação da dor (escalas).
  5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos).
  6. Fatores de risco (agravantes presentes).
1. **Avaliação sumária do nível de consciência:** Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.
  2. **Análise Primária:** o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:
    - **Vias Aéreas:** incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
    - **Respiração:** a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.
    - **Circulação:** a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.
    - **Hemorragia:** na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:
      - A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
      - Sangramento intenso: perda brusca  $\geq$  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:  $\geq$  60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

**Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas**

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

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

**Tabela 2 – Parâmetros de Avaliação da Glicemia**

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

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012.

## 7.1 Avaliação da dor: (EVA)

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

|   |                 |   |              |   |                |   |                    |          |          |           |
|---|-----------------|---|--------------|---|----------------|---|--------------------|----------|----------|-----------|
|  | <b>Azul</b>     |  | <b>Verde</b> |  | <b>Amarelo</b> |  | <b>Laranja</b>     |          |          |           |
| <b>0</b>  | <b>1</b>        | <b>2</b>  | <b>3</b>     | <b>4</b>  | <b>5</b>       | <b>6</b>  | <b>7</b>           | <b>8</b> | <b>9</b> | <b>10</b> |
| <b>Sem Dor</b>  | <b>Dor Leve</b> |   |              | <b>Dor Moderada</b>   |                |   | <b>Dor Intensa</b> |          |          |           |

Fonte: Autoria do grupo de trabalho GT – A&CR.

A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima** suportável pela mulher (ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente).

### Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você pode imaginar?

### Observação:

- a) Se não tiver dor, a classificação é **zero**;
- b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é **4 a 6**;
- c) Se for intensa, seu nível de referência é **7 a 10**.

### **Fluxogramas de CR:**

1. Desmaio / mal estar geral;
2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
3. Dor de cabeça, tontura, vertigem;
4. Falta de ar;
5. Febre / sinais de infecção;
6. Náuseas e vômitos;
7. Perda de líquido vaginal / secreções;
8. Perda de sangue via vaginal;
9. Queixas urinárias;
10. Parada / redução de movimentos fetais;
11. Relato de convulsão;
12. Outras queixas / situações

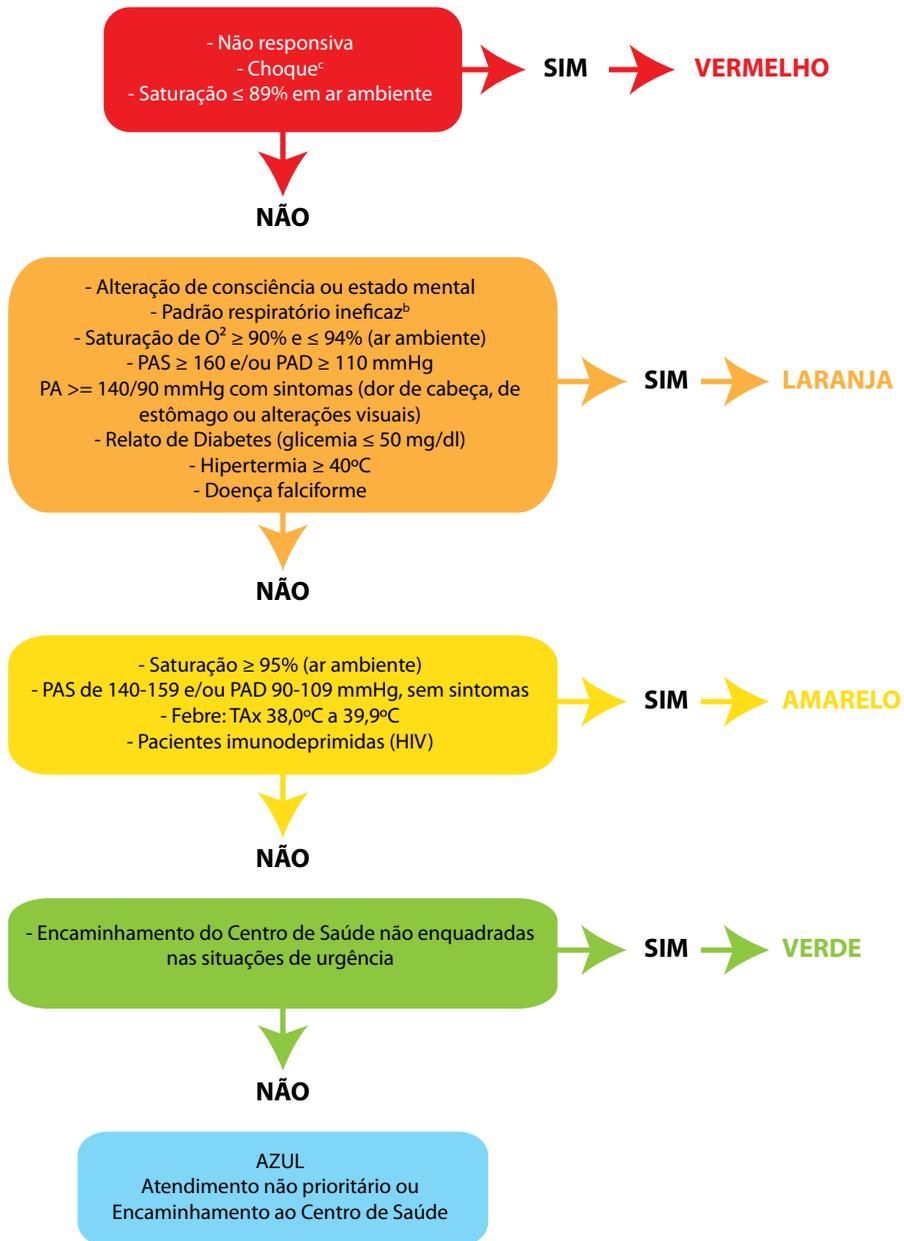
**Os fluxogramas apresentados a seguir foram elaborados a partir de consensos entre médicos e enfermeiros, baseados em evidências clínicas que objetivam avaliar a gravidade ou potencial de agravamento da situação bem como a necessidade de uma intervenção imediata.**

### **Processo de identificação da prioridade clínica:**

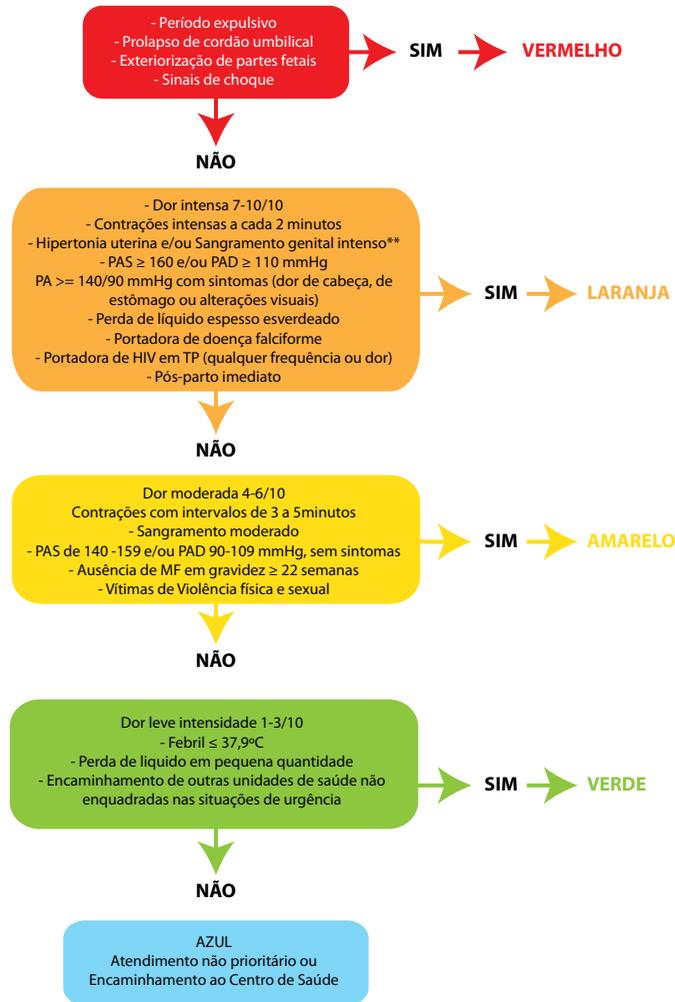
#### **A partir dos fluxogramas:**

1. Avaliar nível de consciência/estado mental
2. Avaliar a ventilação e circulação/dados vitais
3. Avaliar a dor
4. Avaliar sinais e sintomas gerais e específicos da gestação
5. Considerar os fatores de risco

## 1 DESMAIO/MAL ESTAR GERAL

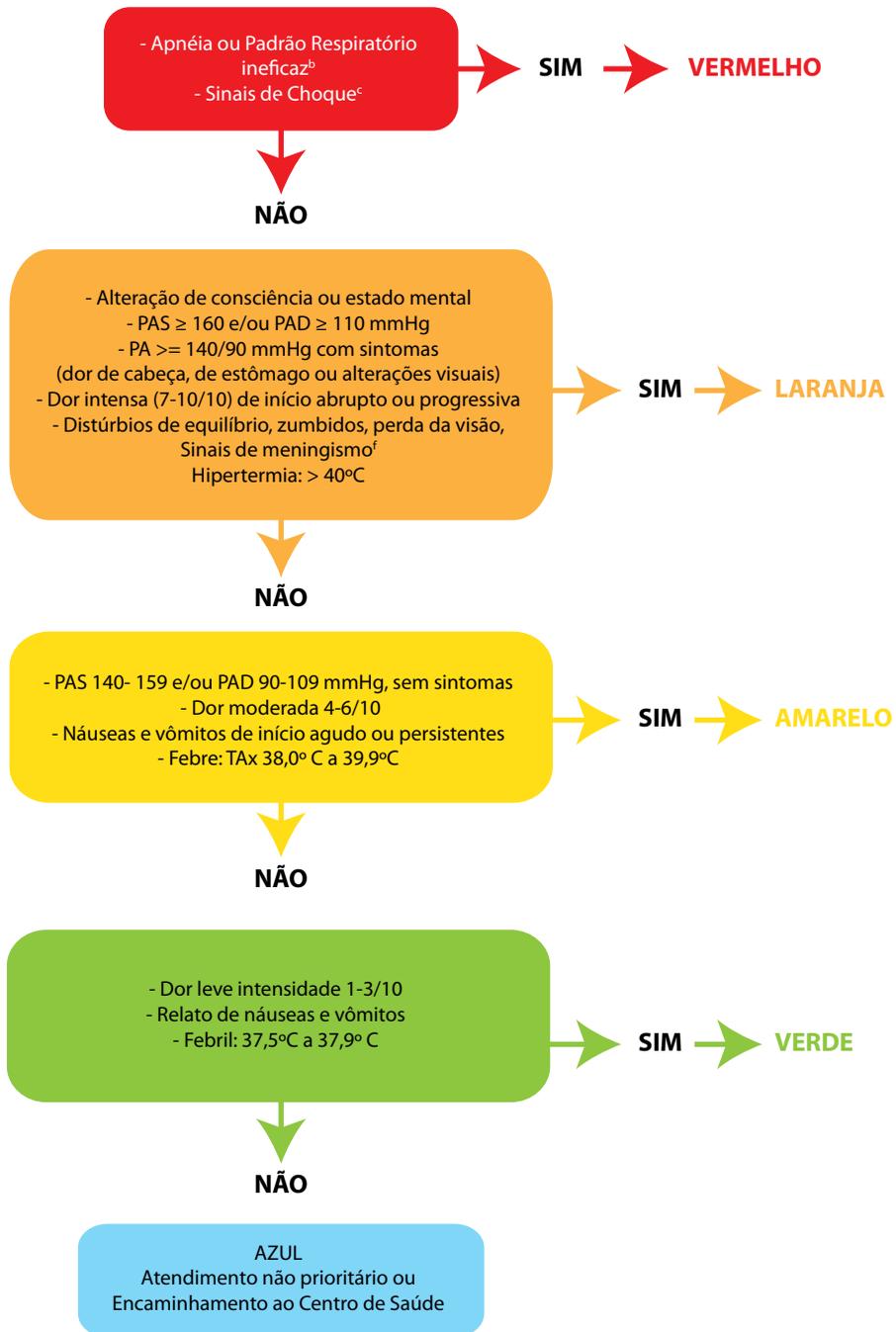


## 2 DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

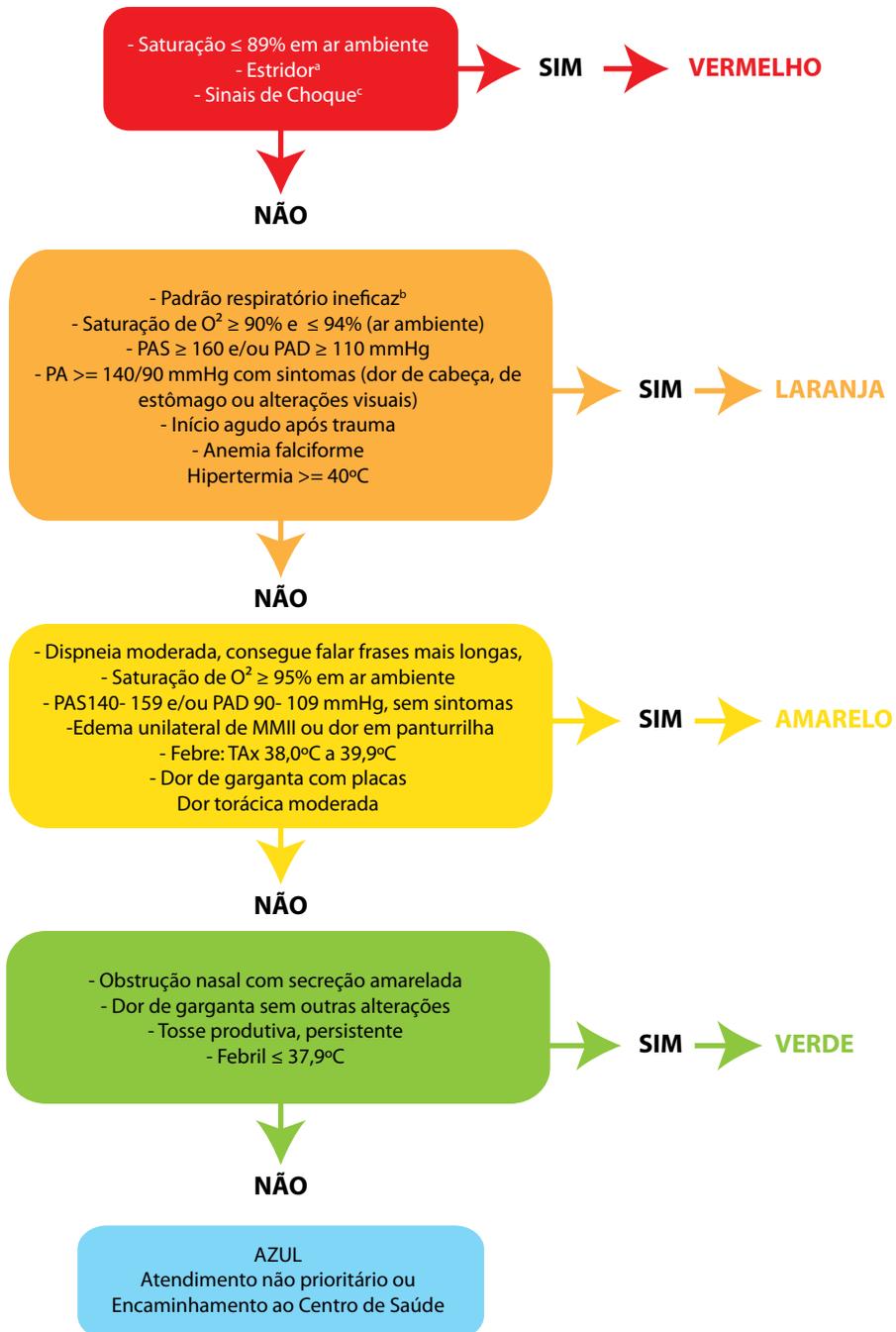


| **Volume aproximado de perda sanguínea   | FC      | PAS                 |
|--|---------|---------------------|
| Exangüinante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)                      | ≥120    | PAS ≤ 70            |
| Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de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

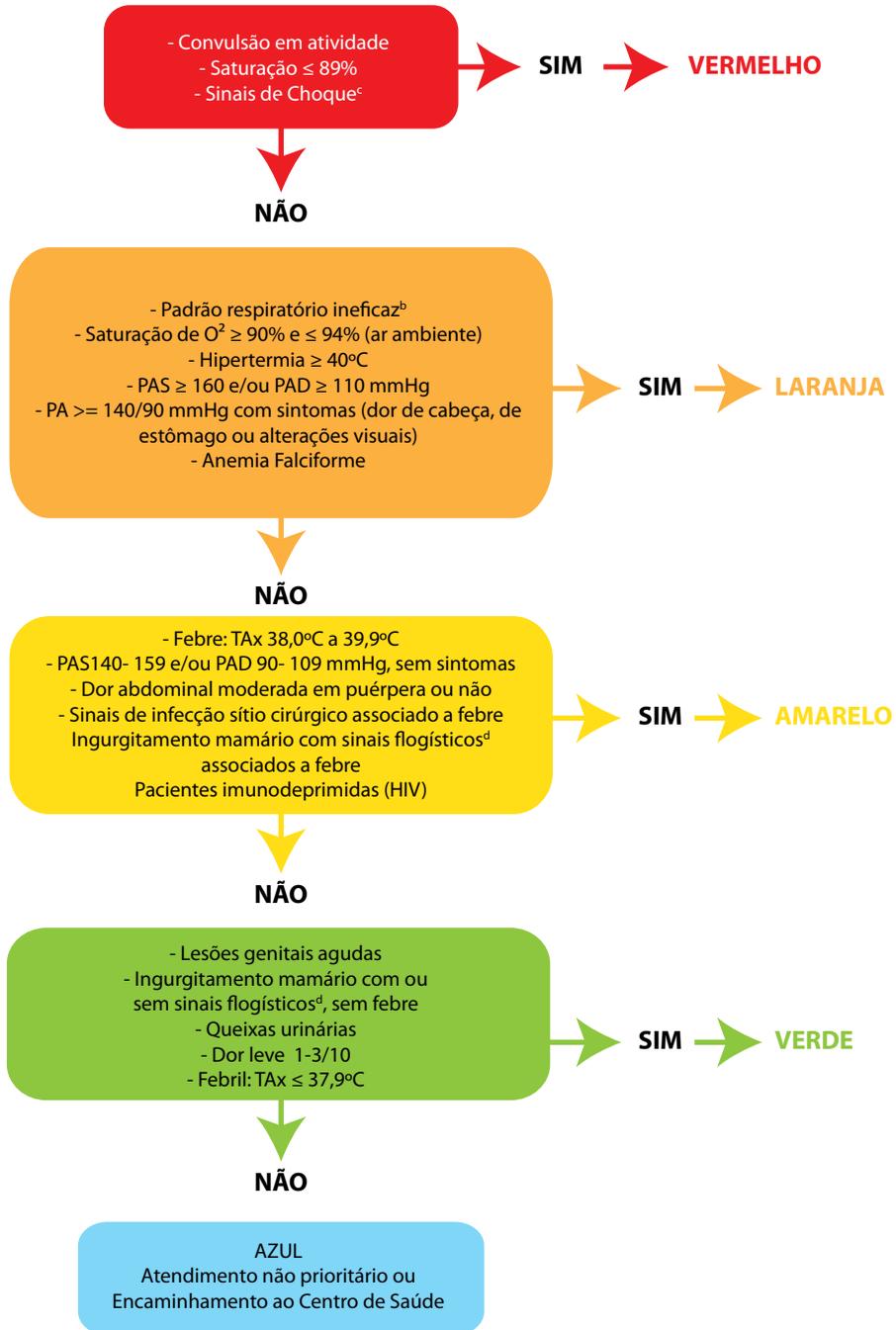
### 3 DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM



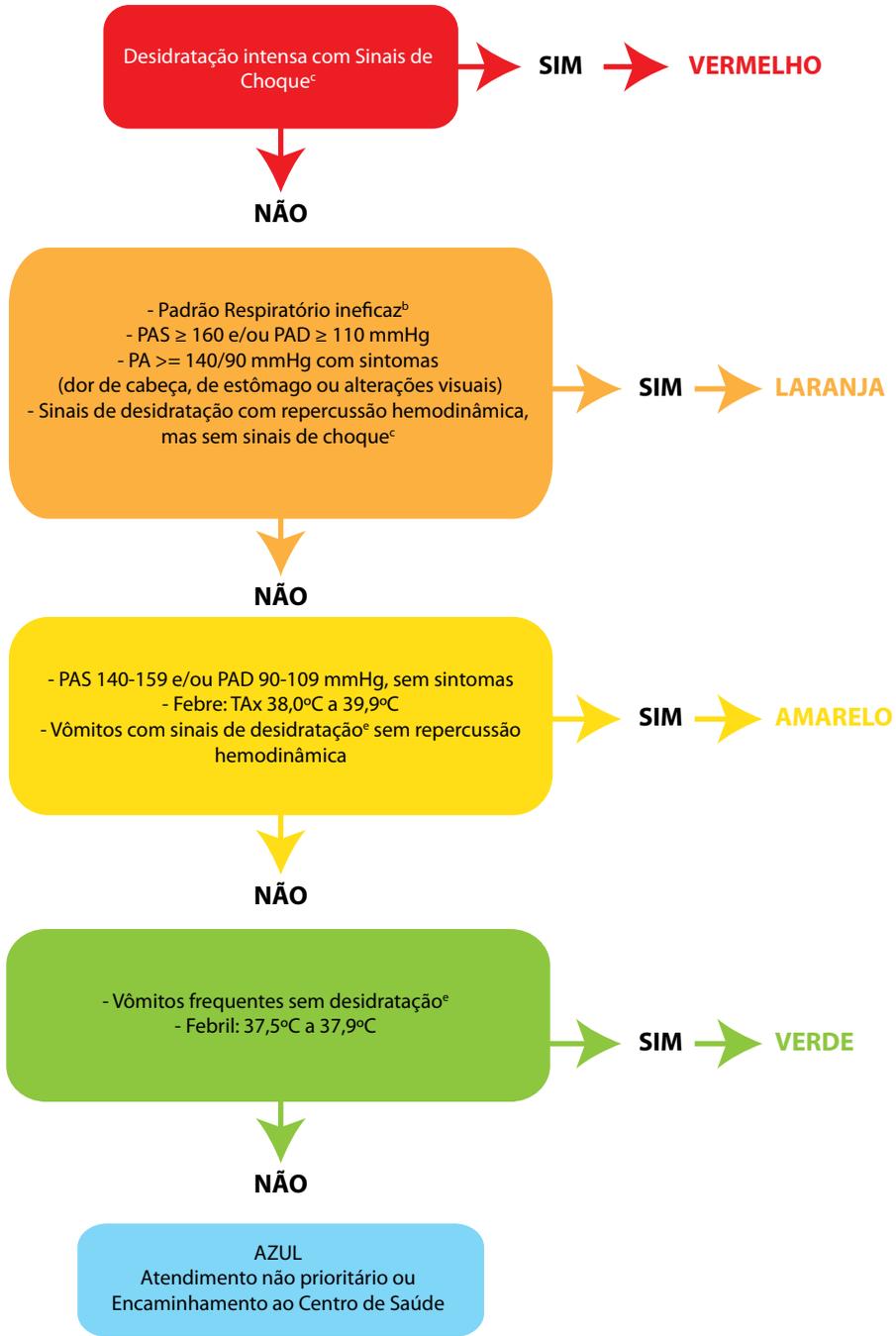
#### 4 FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



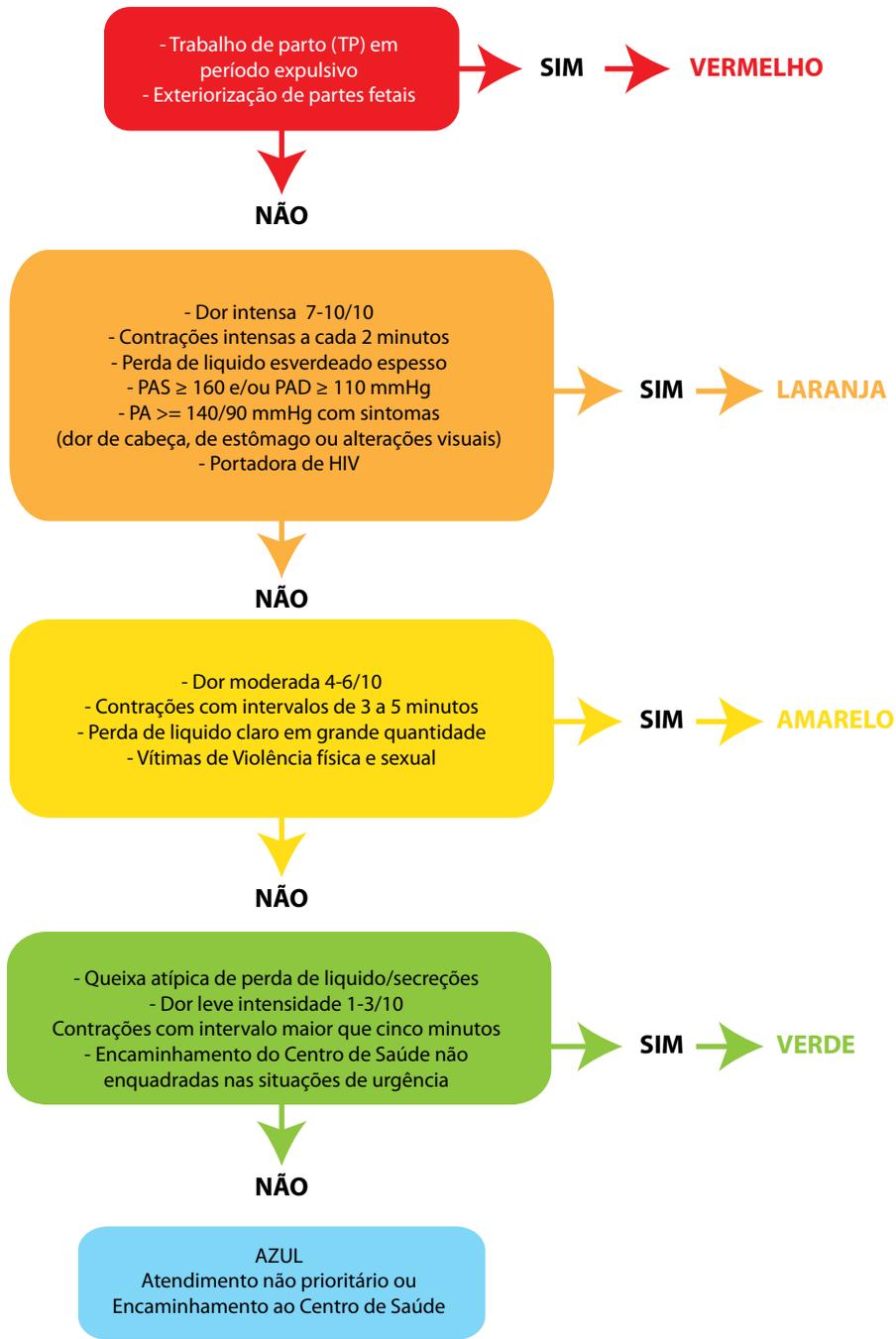
## 5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO



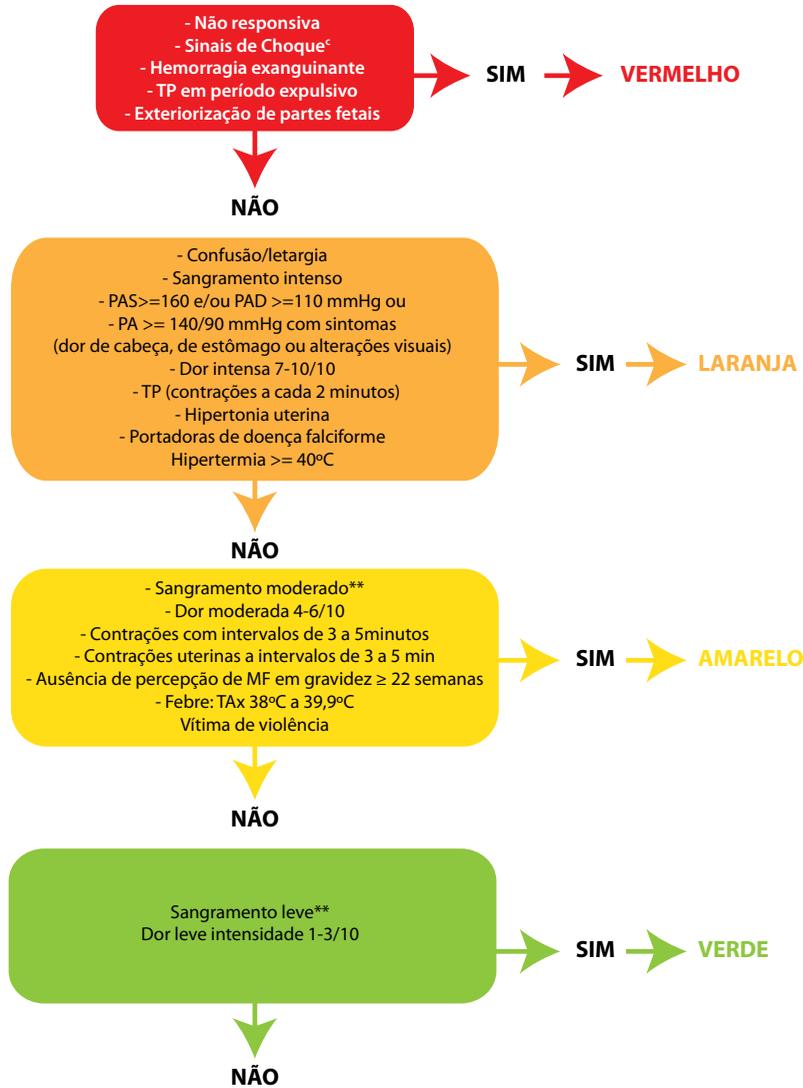
## 6 NÁUSEAS E VÔMITOS



## 7 PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES

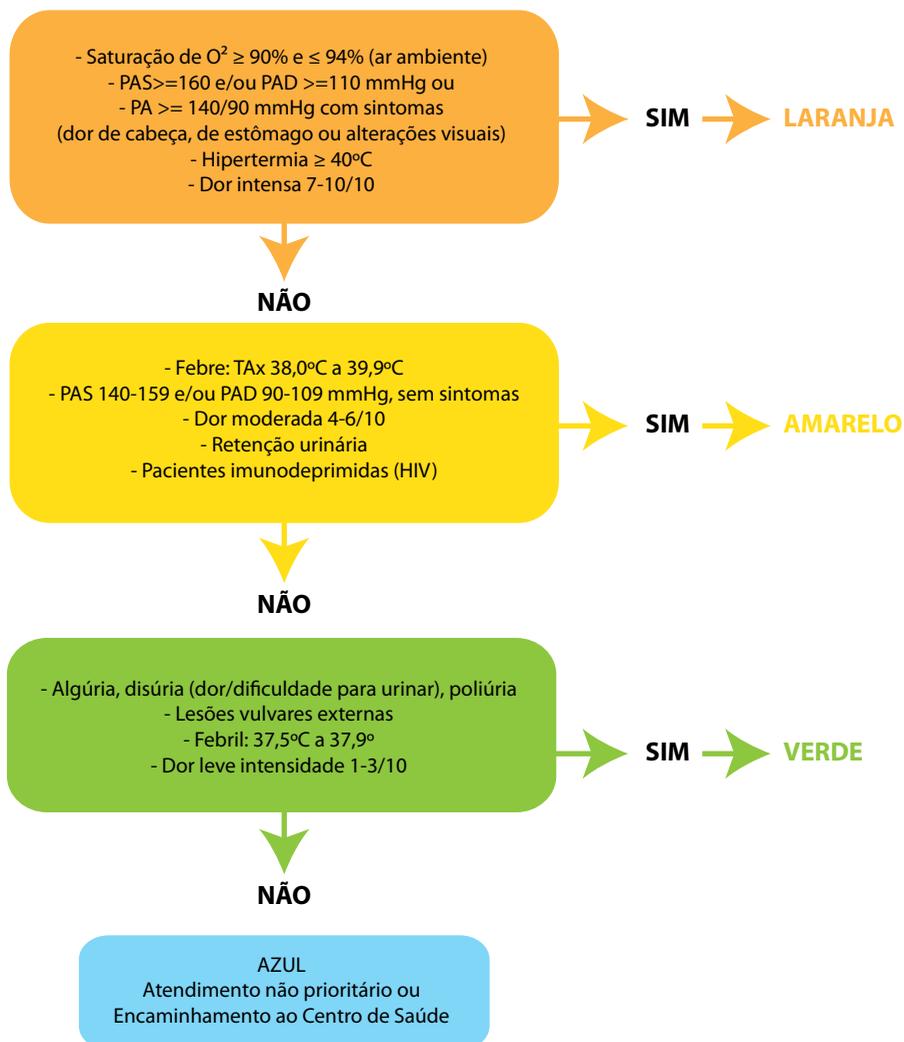


## 8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

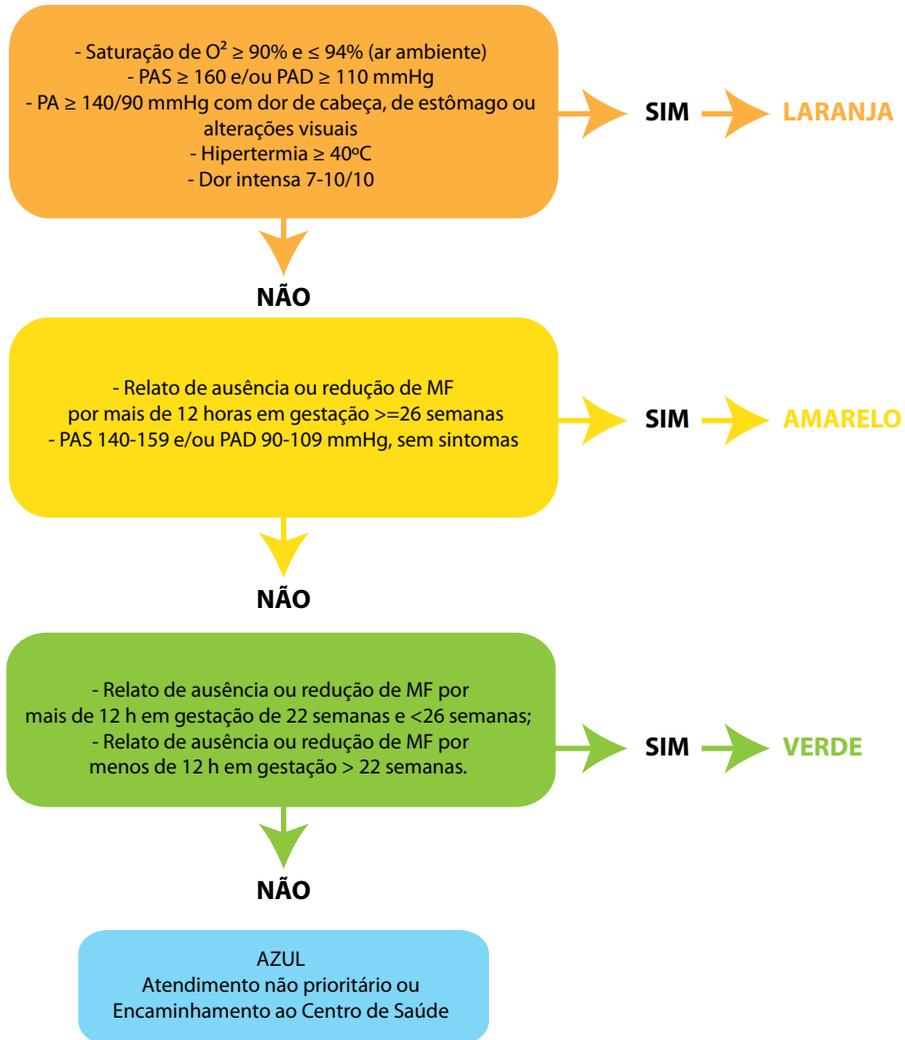


| **Volume aproximado de perda sanguínea  | FC         | PAS                 |
|---|------------|---------------------|
| Exanguiante: perda $\geq$ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)                       | $\geq$ 120 | PAS $\leq$ 70       |
| Sangramento intenso: perda brusca $\geq$ 150 ml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

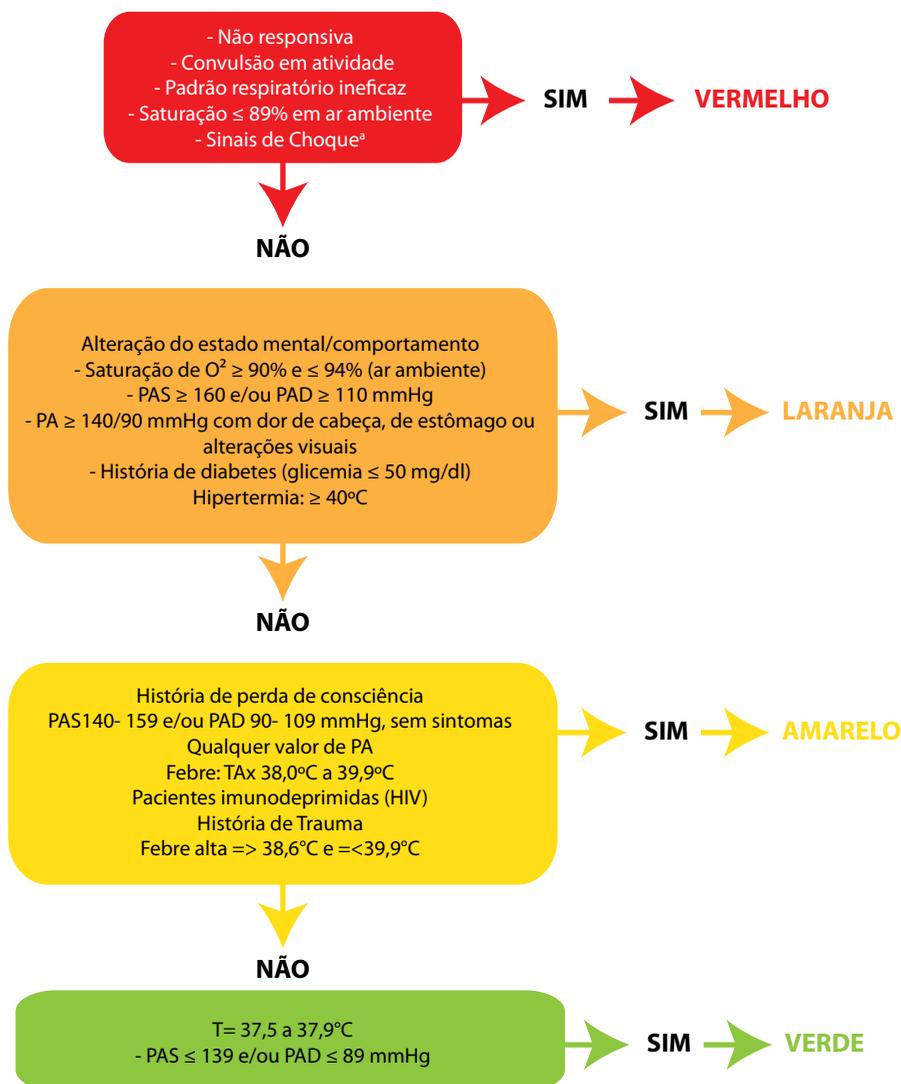
## 9 QUEIXAS URINÁRIAS



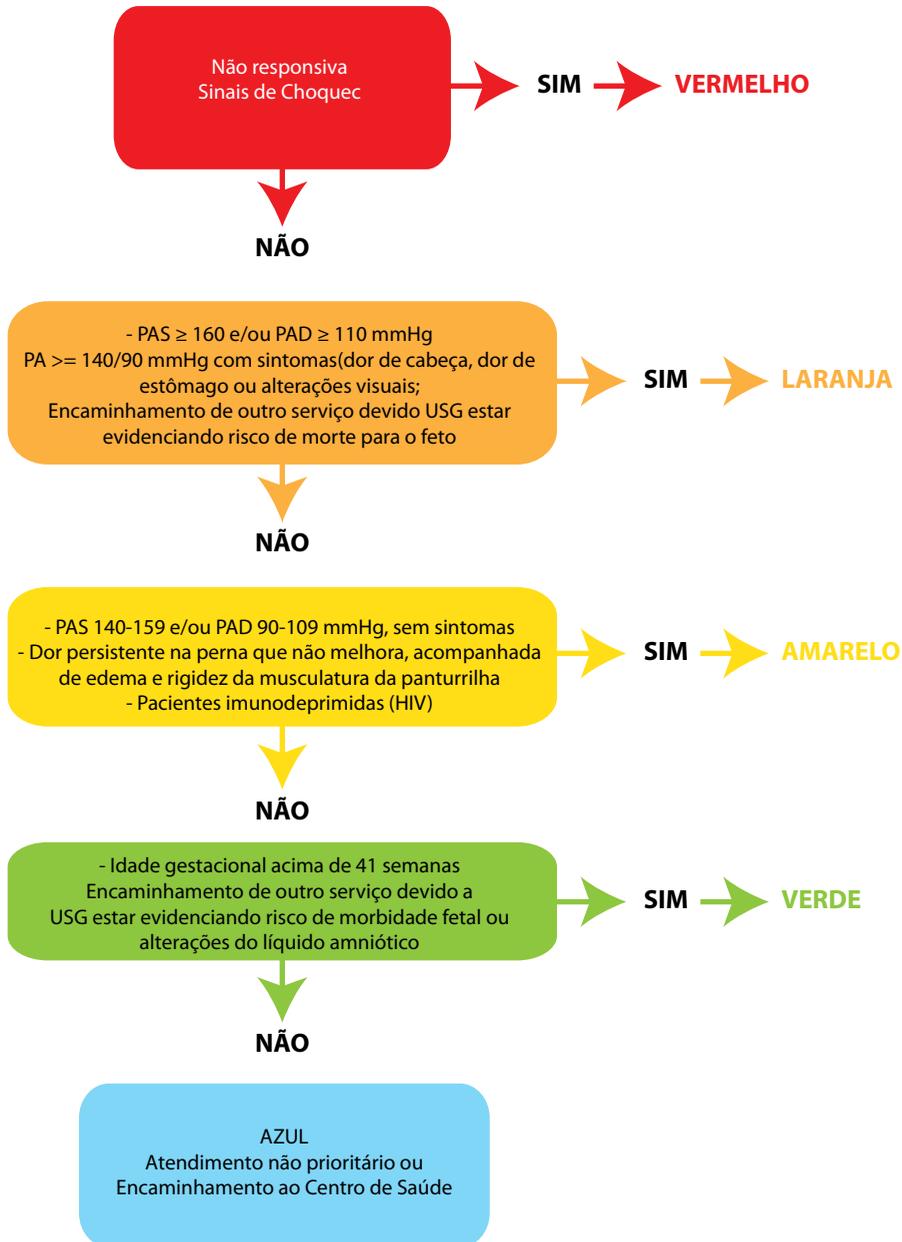
## 10 PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



## 11 RELATO DE CONVULSÃO



## 12 OUTRAS QUEIXAS/SITUAÇÕES



### Descritores:

- <sup>a</sup> **Estridor laríngeo:** som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea
- <sup>b</sup> **Padrão respiratório ineficaz:** gasping, dispnéia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose.
- <sup>c</sup> **Sinais de choque:** Hipotensão (PA sistólica  $\leq$  80mmHg) Taquicardia (FC  $\geq$  140bpm) ou Bradicardia (FC  $\leq$  40bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.
- <sup>d</sup> **Sinais flogísticos:** Dor, calor, rubor e edema
- <sup>e</sup> **Sinais de desidratação:** hipotensão, taquicardia, turgor da pele deficiente, preenchimento capilar lento, choque
- <sup>f</sup> **Sinais de meningismo:** rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça

## 7.2 Fluxos de atendimento após classificação de risco

### *Pacientes classificadas como vermelhas (atendimento médico imediato)*

- O atendimento destas pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.
- As medidas de suporte de vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportada / atendida pelo Suporte Avançado do SAMU-192.

50

### *Classificação Laranja (atendimento médico em até 15 minutos)*

- O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física

da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esses profissionais o mais rápido possível.

- As medidas de suporte a vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportado / atendido pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192.

*Classificação Amarela (atendimento médico em até 30 minutos)*

- O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento.

*Classificação Verde (atendimento médico em até 120 minutos)*

- Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas por ordem de chegada.

*Classificação Azul (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação)*

- Os encaminhamentos para o Centro de Saúde devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento da usuária pela equipe multiprofissional neste serviço.
- Caso não haja esta pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência deverá ser garantido o atendimento na maternidade.





## 8 Indicadores para o monitoramento e avaliação do A&CR

### Objetivos:

- Subsidiar o processo de avaliação do acesso ao setor de urgência;
- Prever, pactuar e monitorar os fluxos de encaminhamentos dos pacientes;
- Monitorar a resolubilidade do serviço de urgência dos hospitais, bem como a organização deste serviço para a garantia da assistência segura e humanizada à mulher.

### Indicadores propostos:

#### Quadro 1 – Tempo médio de espera do cadastro ao início da classificação de risco

| Indicador 1        | Tempo médio de espera do cadastro ao início da classificação de risco  |
|--------------------|--|
| Periodicidade      | Mensal   |
| Meta               | O tempo médio de espera do cadastro para a classificação de risco deverá ser menor que 10 minutos.   |
| Fórmula de Cálculo | <b>Numerador:</b> somatório de todos os tempos de espera das usuárias cadastradas<br><b>Denominador:</b> número de usuárias cadastradas no mesmo período |

Fonte: A&CR.

### Quadro 2 – Tempo médio da classificação de risco

| Indicador 2        | Tempo Médio da classificação de risco  |
|--------------------|--|
| Periodicidade      | Mensal   |
| Meta               | O tempo médio da classificação de risco deverá ser menor que 05 minutos.   |
| Fórmula de Cálculo | <b>Numerador:</b> somatório de todos os tempos de duração da CR (do início ao final da CR) de todas as usuárias classificadas.<br><b>Denominador:</b> número de usuárias classificadas no mesmo período. |

Fonte: A&CR.

### Quadro 3 – Tempo médio de espera para atendimento médico ou da enfermeira obstetra segundo prioridade clínica (cor) classificada

| Indicador 3        | Tempo médio de espera do final da classificação de risco ao atendimento médico ou da enfermeira obstetra por prioridade clínica   |
|--------------------|---|
| Periodicidade      | Mensal  |
| Meta               | O tempo médio de espera da classificação de risco ao atendimento médico por prioridade clínica deverá ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioridade Clínica Vermelha: tempo zero</li> <li>- Prioridade Clínica Laranja: até 15 minutos</li> <li>- Prioridade Clínica Amarela: até 30 minutos</li> <li>- Prioridade Clínica Verde: até 120 minutos</li> <li>- Prioridade Clínica Azul: até 240 minutos</li> </ul> |
| Fórmula de Cálculo | <b>Numerador:</b> somatório de todos os tempos de espera do final da classificação de risco de determinada prioridade clínica (cor) até o início do atendimento médico ou da enfermeira obstetra.<br><b>Denominador:</b> número total de usuárias classificadas com a mesma prioridade clínica, no mesmo período.   |

Fonte: A&CR.

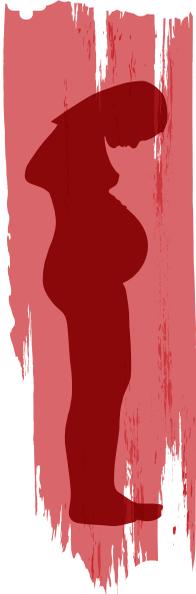
#### Quadro 4 – Percentual de classificações segundo prioridade clínica (cor)

| Indicador 4        | Percentual de classificações segundo prioridade clínica (cor)   |
|--------------------|---|
| Periodicidade      | Mensal  |
| Meta               | Mapear a compatibilidade do tipo de demanda porta com o perfil do serviço de urgência e emergência.   |
| Fórmula de Cálculo | <b>Numerador:</b> somatório de todas as usuárias classificadas segundo determinada prioridade clínica (cor)<br><b>Denominador:</b> número total de usuárias classificadas, no mesmo período X 100 |

Fonte: A&CR.

Esses indicadores, aliados ao monitoramento dos fluxos de atendimento pactuados nas instituições, são importantes instrumentos de avaliação para tomada de decisão e elaboração de planos de melhoria, caso se fizerem necessários. Cabe ressaltar que este monitoramento deverá ser mensal e que seu produto e os relatórios gerados deverão ser discutidos com a equipe gestora e trabalhadores, visando ao compartilhamento das fragilidades e elaboração de estratégias de enfrentamento e corresponsabilização.





## Referências

ACOLHIMENTO. In: GLOSSÁRIO: rede HumanizaSUS. 2014. Disponível em: <[www.redehumanizaus.net/glossary/term/92](http://www.redehumanizaus.net/glossary/term/92)>. Acesso em: 25 jun. 2014.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill (Ed.). **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Tradução do livro Emergency Triage/Manchester Triage Group. 2. ed.; 1. ed. [S.l.: s.n], setembro, 2010.

## Bibliografia complementar

ARULKUMARAN, N.; SINGER, M. Puerperal sepsis. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, [S.l.], v. 27, n. 6, p. 893-902, Dec. 2013. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004. Epub 2013 Aug 30. Review.

BEACH, R. L.; KAPLAN, P. W. Seizures in pregnancy: diagnosis and management. **Int Rev Neurobiol.**, [S.l.], v. 83, p. 259-271, 2008. Doi: 10.1016/S0074-7742(08)00015-9. Review.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Peri Natal. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia. Belo Horizonte, 2009.

BOTTOMLEY, C.; BOURNE, T. Management strategies for hyperemesis. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 549-564, Aug. 2009. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.12.012. Epub 2009 Mar 3. Review.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.351, de 05 outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 Out. 2011. Seção 1, p. 58.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650, de 05 outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 out. 2011. Seção 1, p. 69.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. **Acolhimento e classificação de risco**

**nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRENNAN, M. C.; MOORE, L. E. Pulmonary embolism and amniotic fluid embolism in pregnancy. **Obstet Gynecol Clin North Am.**, [S.l.], v. 40, n. 1, p. 27-35, Mar. 2013. Doi:10.1016/j.ogc.2012.11.005. Review.

BRITO, V.; NIEDERMAN, M. S. Pneumonia complicating pregnancy. **Clin Chest Med.**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 121-132, Mar. 2011. Doi: 10.1016/j.ccm.2010.10.004. Epub 2010 Dec 17. Review.

CAPPELL, M. S.; FRIEDEL, D. Abdominal pain during pregnancy. **Gastroenterol Clin North Am.**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 1-58, Mar. 2003. Review.

CIENA, A. P. et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina**, v. 29, n. 2, p. 201-212, jul./dez. 2008. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf)>. Acesso em: 15 Maio 2014.

DIGRE, K. B. Headaches during pregnancy. **Clin Obstet Gynecol.**, [S.l.], v. 56, n. 2, p. 317-329, Jun. 2013. Doi: 10.1097/GRF.0b013e31828f25e6. Review.

HART, L. A.; SIBAI, B. M. Seizures in pregnancy: epilepsy, eclampsia, and stroke. **Semin Perinatol.**, [S.l.], v. 37, n. 4, p. 207-224, Aug. 2013. Doi: 10.1053/j.semperi.2013.04.001. Review.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain.**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 117-126, Oct. 1986.

LAPINSKY, S. E. Obstetric infections. **Crit Care Clin.**, [S.l.], v. 29, n. 3, p. 509-520, Jul. 2013. Doi:10.1016/j.ccc.2013.03.006. Epub 2013 Apr 30. Review.

MONTENEGRO, Carlos A.; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 12. ed. [S.l.]: Guanabara Koogan, 2013.

MURPHY, V. E.; GIBSON, P. G. Asthma in pregnancy. **Clin Chest Med.**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 93-110, Mar. 2011. Doi: 10.1016/j.ccm.2010.10.001. Epub 2010 Dec 17. Review.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH.

**Hypertension in pregnancy:** the management of hypertensive disorders during pregnancy. London: RCOG pres, 2010.

PEARCE, C. F.; HANSEN, W. F. Headache and neurological disease in pregnancy. **Clin Obstet Gynecol.**, [S.l.], v. 55, n. 3, p. 810-828, Sep. 2012. Doi: 10.1097/GRF.0b013e31825d7b68. Review.

THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, [S.l.], v. 29, n. 9, Sep. 2007. Supplement 4.

SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da; AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa de; MELO, Victor Hugo de. **Manual de ginecologia e obstetrícia – SOGIMIG.** [S.l.]: Coopmed Editora Médica, 2012. 1308 p.

SONKUSARE, S. The clinical management of hyperemesis gravidarum. **Arch Gynecol Obstet.**, [S.l.], v. 283, n. 6, p. 1183-1192, Jun. 2011. Doi: 10.1007/s00404-011-1877-y. Epub 2011 Mar 20. Review.

STONE, K. Acute abdominal emergencies associated with pregnancy. **Clin Obstet Gynecol.**, [S.l.], v. 45, n. 2, p. 553-561, Jun. 2002. Review.

THOMAS, A. A. et al. Urologic emergencies in pregnancy. **Urology**, [S.l.], v. 76, n. 2, p. 453-460, Aug. 2010. Doi: 10.1016/j.urology.2010.01.047. Epub 2010 May 10. Review.

VAZQUEZ, J. C.; ABALOS, E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev.** Jan. 2011. Doi:10.1002/14651858.CD002256.pub2. Review.

## Anexo A – Ficha de Atendimento Acolhimento & Classificação de Risco em Obstetrícia

### Classificação:



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

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

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

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

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

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

7. **QUEIXA:**

\_\_\_\_\_

8. **FLUXOGRAMA:**

9. **PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO:**

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

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

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

DOR: \_\_\_/10 Localização \_\_\_\_\_

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

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

( ) presente com repercussão hemodinâmica

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

Outras queixas:

\_\_\_\_\_

10. **MEDICAMENTOS EM USO:**

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Carimbo e assinatura





EDITORA MS  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAVSE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Fonte principal: Myriad Pro  
Tipo de papel do miolo: Couchê 90gm  
Impresso por meio do contrato 28/2012  
Brasília/DF, janeiro de 2015  
OS 2015/0020