REDE CEG0NHA/DAPES/SAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia

Brasília – DF

2014

2014 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>.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 1.000 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

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
Mirella Pessati
Serafim Barbosa Santos Filho

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

Equipe editorial:
Normalização: Amanda Soares
Capa, projeto gráfico e diagramação:
xxxxxxxxxxxxxxxx

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
xx p. : il.

ISBN

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

CDU 618

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0305

Manual of Reception and Risk Classification in Obstetrics

Manual de Recepción Y Clasificación de Riesgo en Obstetricia

VERSÃO PRELIMINAR

Sumário:

Apresentação

1 Introdução

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

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

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

5 Atribuições da equipe de A&CR

6 Ambiência e A&CR

7 Protocolo de A&CR em Obstetrícia

8 Indicadores para monitoramento e avaliação do A&CR

Referências

Anexo

Anexo A - Ficha de Atendimento

VERSÃO PRELIMINAR

Apresentação

Esse Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR é mais uma iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha, para apoiar as maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil.

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.

VERSÃO PRELIMINAR

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 diretos 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 colocando à disposição da rede um protocolo de referência para ampliação do A&CR nos serviços que realizam partos no SUS.

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.

VERSÃO PRELIMINAR

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[1], 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.

[1]Profissional graduada em obstetrícia

VERSÃO PRELIMINAR

A Rede Cegonha tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais:

- Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;
- Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;
- Gestão democrática e participativa. Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

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

Segundo a 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*". (PNH/MS, 2006) 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.

VERSÃO PRELIMINAR

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 corresponsabilização 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 encaminhamento responsável para outros locais. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos.

O A&CR levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente.

VERSÃO PRELIMINAR

A implantação do A&CR passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;
- Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetriz em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

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

VERSÃO PRELIM

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 enfermeiro e todos os profissionais devem estar envolvidos.

- **Socialização do Protocolo** 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:

VERSÃO FINAL

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 doA&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 especificas 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;

PRELIMINAR

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.

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:

VERSÃO PRELIMINAR

Acolhimento da usuária/familiares na porta de entrada:

Nas maternidades inseridas em hospitais gerais, recomenda-se a construção de um fluxo de entrada especifico 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;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem do A&CR:

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

Enfermeiro do A&CR:

- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada;
- Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante;

VERSÃO PRELIMINAR

- 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 quando necessário;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

Enfermeiros Obstetras:

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

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;

VERSÃO PRELIMINAR

- 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.

Coordenação Médica e de Enfermagem da Obstetrícia:

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

Para toda a equipe:

- Ter representantes nos colegiados das unidades e da maternidade, para as discussões dos processos de trabalho do A&CR.

VERSÃO PRELIMINAR

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

VERSÃO PRELIMINAR

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.

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 ≥ 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
  - Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);
  - Sangramento leve: ≥ 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

VERSÃO PRELIMINAR

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 Em paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥110 mmHg	≥ 140 ou ≤50 Em paciente assintomática
≥140 mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

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

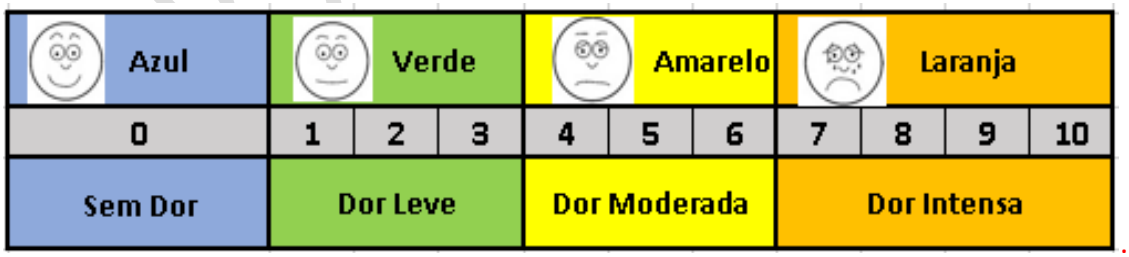
Tabela 2- Parâmetros de Avaliação da Glicemia

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

Avaliação da dor: (EVA)

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



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:**

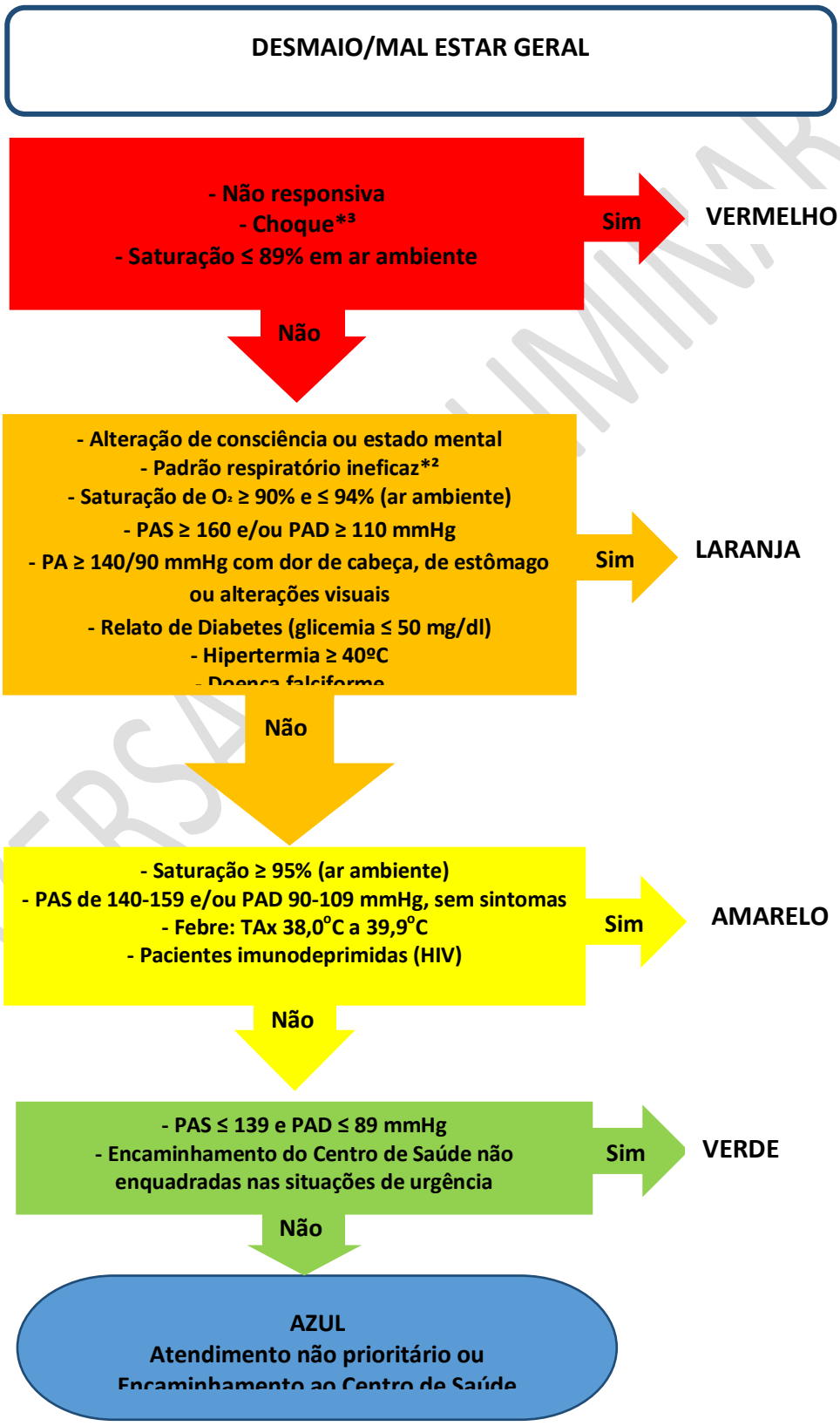
a) Se não tiver dor, a classificação é **zero**;
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é **4 a 6**;
c) Se for intensa, seu nível de referência é **7 a 10**.

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 / pacientes encaminhadas de outras unidades sem referenciamento

VERSÃO PRELIMINAR

Classificação de Risco: passos
1. Avaliar nível de consciência / estado mental
2. Verificar ventilação e circulação / dados vitais
3. Avaliar a dor
4. Avaliar sinais e sintomas
5. Considere os fatores de risco



DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

- Período expulsivo
- Prolapso de cordão umbilical
- Exteriorização de partes fetais
- Sinais de choque

Sim → VERMELHO

Não ↓

- Dor intensa ≥ 7-10
- Contrações intensas a cada 2 minutos
- Hipertonia uterina / Sangramento genital intenso**
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Perda de líquido espesso esverdeado
- Portadora de doença falciforme
- Portadora de HIV em TP (qualquer frequência ou dor)
- Pós-parto imediato

Sim → LARANJA

Não ↓

- Dor lombar moderada 4-6/10
- Contrações com intervalos maiores que 3 minutos
- Sangramento moderado**
- PAS de 140 -159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Ausência de MF em gravidez ≥ 22 semanas
- Vítimas de Violência física e sexual

Sim → AMARELO

Não ↓

- Dor leve intensidade (<3/10),
- Febril ≤ 37,9°C
- PAS ≤ 139 e/ou PAD ≤ 89 mmHg
- Perda de liquido em pequena quantidade
- Encaminhamento de outras unidades de saúde não enquadradas nas situações de urgência

Sim → VERDE

Não ↓

AZUL
Atendimento não prioritário ou
Encaminhamento ao Centro de Saúde

VERSÃO PRELIMINAR

DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM

- Apnéia ou Padrão Respiratório ineficaz*[2]
- Sinais de Choque *[3]

Sim → VERMELHO

Não ↓

- Alteração de consciência ou estado mental
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Dor intensa (7-10/10) de início abrupto ou progressiva
- Distúrbios de equilíbrio, zumbidos, perda da visão, Sinais de meningismo*[6]
- Hipertermia: > 40ºC

Sim → LARANJA

Não ↓

- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Dor forte moderada (5-7/10)
- Náuseas e vômitos de início agudo ou persistentes
- Febre: TAx 38,0°C a 39,9°C

Sim → AMARELO

Não ↓

- PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg
- Dor leve 1-4/10
- Relato de náuseas e vômitos
- Febril: 37,5°C a 37,9°C

Sim → VERDE

Não ↓

AZUL
Atendimento não prioritário ou
Encaminhamento ao Centro de Saúde

VERSÃO ELIMINAR

FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

- Saturação ≤ 89% em ar ambiente
- Estridor*[1]
- Sinais de Choque*[3]

Sim → **VERMELHO**

Não ↓

- Padrão respiratório ineficaz*[2]
- Saturação de O_2 ≥ 90% e ≤ 94% (ar ambiente)
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Início agudo após trauma
- Anemia falciforme

Sim → **LARANJA**

Não ↓

- Dispneia moderada, consegue falar frases mais longas,
- Saturação de O_2 ≥ 95% em ar ambiente
- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Edema unilateral de MMII ou dor em panturrilha
- Febre: TAx 38,0°C a 39,9°C
- Dor de garganta com placas

Dor torácica moderada

Sim → **AMARELO**

Não ↓

- Obstrução nasal com secreção amarelada
- Dor de garganta sem outras alterações
- Tosse produtiva, persistente
- Febril ≤ 37,9°C

PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg

Sim → **VERDE**

Não ↓

AZUL

Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde

VERSÃO PRELIMINAR

FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO

- Convulsão em atividade
- Saturação ≤ 89%
- Sinais de Choque*[3]

Sim → VERMELHO

Não ↓

- Padrão respiratório ineficaz*[2]
- Saturação de O_2 ≥ 90% e ≤ 94% (ar ambiente)
- Hipertermia ≥ 40°C
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Anemia Falciforme

Sim → LARANJA

Não ↓

- Febre: TAx 38,0°C a 39,9°C
- PAS 140- 159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Dor abdominal moderada em puérpera ou não
- Sinais de infecção sítio cirúrgico* associado a febre
- Ingurgitamento mamário com sinais flogísticos*[8] associados a febre
- Pacientes imunodeprimidas (HIV)

Sim → AMARELO

Não ↓

- Lesões genitais agudas
- Ingurgitamento mamário sem sinais flogísticos*[8]
- Queixas urinárias
- PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg
- Dor leve ≤ 3
- Febril: TAx ≤ 37,9°C

Sim → VERDE

Não ↓

AZUL
Atendimento não prioritário ou
Encaminhamento ao Centro de Saúde

VERSÃO ELIMINAR

NÁUSEAS E VÔMITOS

Desidratação intensa com Sinais de Choque*3

Sim → **VERMELHO**

Não ↓

- Padrão Respiratório ineficaz*2
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Sinais de desidratação com repercussão hemodinâmica, mas sem sinais de choque*3

Sim → **LARANJA**

Não ↓

- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Febre: TAx 38,0°C a 39,9°C
- Vômitos com sinais de desidratação*5 sem repercussão hemodinâmica

Sim → **AMARELO**

Não ↓

- PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg
- Vômitos frequentes sem desidratação*5
- Febril: TAx ≤ 37,9º C

Sim → **VERDE**

Não ↓

AZUL
Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde

VERSÃO PRELIMINAR

PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL

- Trabalho de parto (TP) em período expulsivo
- Exteriorização de partes fetais

Sim → VERMELHO

Não ↓

- Dor ≥ 8/10
- TP (contrações a cada 2 minutos)
- Perda de liquido esverdeado espesso
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Portadora de HIV

Sim → LARANJA

Não ↓

- Dor lombar moderada 4-7/10
- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Perda de liquido claro em grande quantidade
- Vítimas de Violência física e sexual

Sim → AMARELO

Não ↓

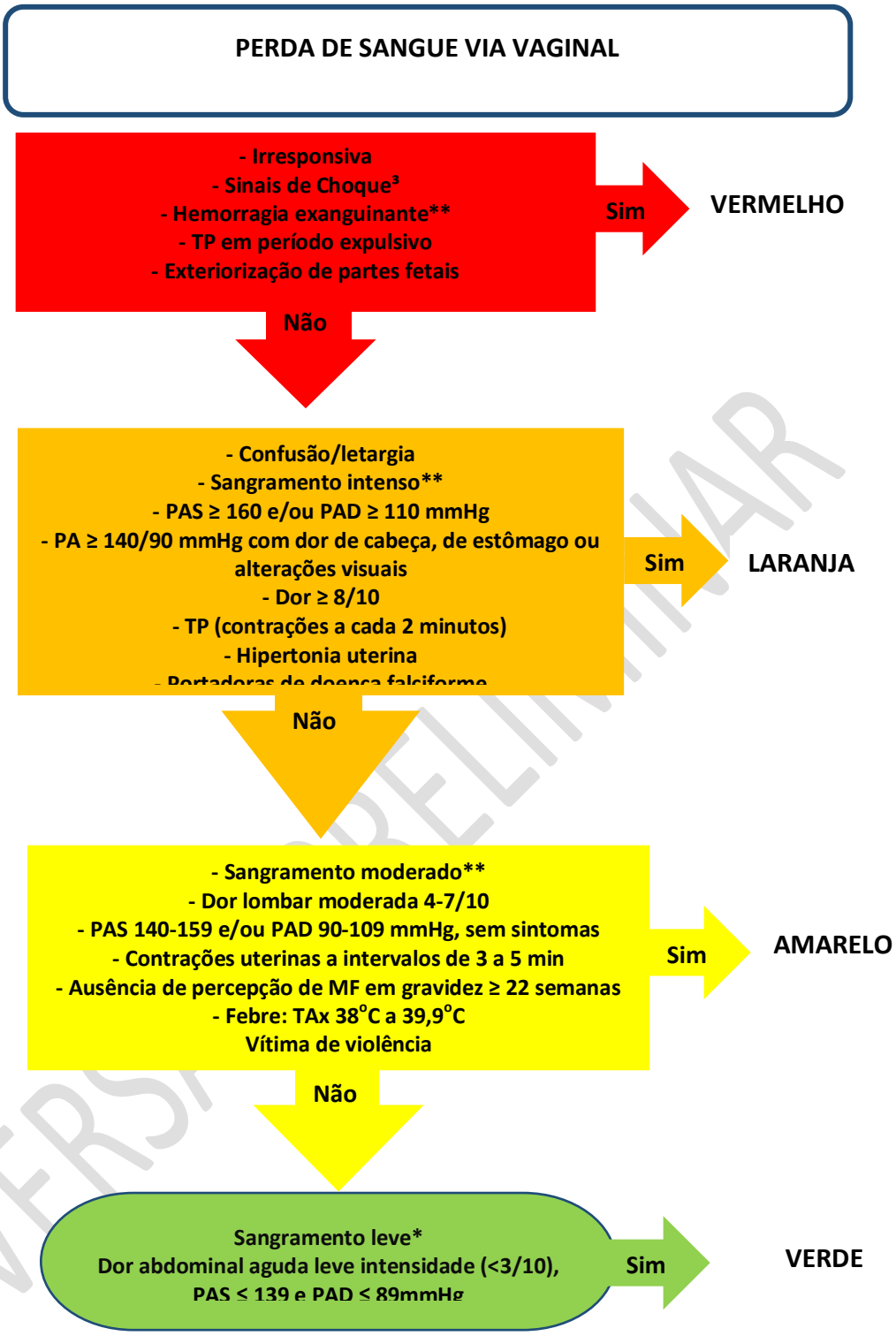
- Queixa atípica de perda de liquido
- Dor abdominal aguda leve intensidade (<3/10),
- PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg
- Encaminhamento do Centro de Saúde não enquadradas nas situações de urgência

Sim → VERDE

Não ↓

AZUL
Atendimento não prioritário ou
Encaminhamento ao Centro de Saúde

VERSÃO PRELIMINAR



VERSÃO PRELIMINAR

**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguinante: 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

QUEIXAS URINÁRIAS

- Saturação de O_2 ≥ 90% e ≤ 94% (ar ambiente)
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Hipertermia ≥ 40°C
- Dor ≥ 7/10

Sim → **LARANJA**

Não ↓

- Febre: TAx 38,0°C a 39,9°C
- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Dor moderada 4-7/10
- Retenção urinária
- Pacientes imunodeprimidas (HIV)

Sim → **AMARELO**

Não ↓

- Algúria, disúria (dor/dificuldade para urinar), poliúria
- Lesões vulvares externas
- Dor leve 1-3/10
- Febril: TAx ≤ 37,9ºC

PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg

Sim → **VERDE**

Não ↓

AZUL
Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde

VERSÃO PRELIMINAR

PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

- Saturação de O_2 ≥ 90% e ≤ 94% (ar ambiente)
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- Hipertermia ≥ 40ºC
- Dor ≥ 7/10

Sim → **LARANJA**

Não ↓

- Relato de ausência de MF por mais de 12 horas em gestação ≥ 26 semanas
- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas

Sim → **AMARELO**

Não ↓

- Relato de ausência de MF por mais de 12 h em gestação de 22 semanas e <26 semanas;
- Relato de ausência de MF por menos de 12 h em gestação > 22 semanas.

PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg

Sim → **VERDE**

Não ↓

AZUL
Atendimento não prioritário ou
Encaminhamento ao Centro de Saúde

VERSÃO PRELIMINAR

RELATO DE CONVULSÃO

- Não responsiva
- Convulsão em atividade
- Padrão respiratório ineficaz
- Saturação ≤ 89% em ar ambiente
- Sinais de Choque*[1]

Sim → **VERMELHO**

Não ↓

Alteração do estado mental/comportamento
- Saturação de O_2 ≥ 90% e ≤ 94% (ar ambiente)
- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais
- História de diabetes* (glicemia ≤ 50 mg/dl)

Hipertermia: ≥ 40ºC

Sim → **LARANJA**

Não ↓

História de perda de consciência
Saturação ≥ 95%
Qualquer valor de PA
Febre: TAx 38,0°C a 39,9°C
Pacientes imunodeprimidas (HIV)
História de Trauma

Sim → **AMARELO**

VERSÃO PRELIMINAR

OUTRAS QUEIXAS/PACIENTES ENCAMINHADAS DE OUTRAS UNIDADES SEM REFERENCIAMENTO

- PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg
- PA ≥ 140/90 mmHg com dor de cabeça, dor de estômago ou alterações visuais

Sim → **LARANJA**

Não ↓

- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas
- Dor persistente na perna que não melhora, acompanhada de edema e rigidez da musculatura da panturrilha
- Pacientes imunodeprimidas (HIV)

Sim → **AMARELO**

Não ↓

- PAS ≤ 139 e PAD ≤ 89 mmHg
- Idade gestacional acima de 41 semanas

Sim → **VERDE**

Não ↓

AZUL
A Agendamento de cesárea
Pedido de Atestados/Licença maternidade
Troca de pedidos de exames/receitas

VERSÃO PRELIMINAR

Descritores:

***[1] Estridor laríngeo**: som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea

***[2] Padrão respiratório ineficaz**: gasping, dispnéia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose.

***[3] Sinais de choque**: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg) Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.

***4 Sinais flogísticos:** Dor, calor, rubor e edema

*** 5 Sinais de desidratação:** hipotensão, taquicardia, turgor da pele deficiente, preenchimento capilar lento, choque

*** 6 Sinais de meningismo:** rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça

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

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)

VERSÃO PRELIMINAR

- 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.

VERSÃO PRELIMI

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

Objetivos:

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

Indicadores propostos:

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	Nº= somatória de todos os tempos de espera dos usuárias, do cadastro da CR, dividido pelo número de usuárias no mesmo período.

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	Nº= somatória de todos os tempos de duração da CR, do início ao final da CR, dividido pelo número de usuárias classificados no mesmo período.

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: - Prioridade Clínica Vermelha: tempo zero - Prioridade Clínica Laranja: até 15 minutos - Prioridade Clínica Amarela: até 30 minutos - Prioridade Clínica Verde: até 120 minutos - Prioridade Clínica Azul: até 240 minutos
Fórmula de Cálculo	Nº = somatória de todos os tempos de espera dos usuários com determinada prioridade clínica para atendimento médico ou da enfermeira obstetra dividido pelo número de usuárias com a mesma prioridade clínica, no mesmo período.

VERSÃO PRELIMINAR

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	Nº = somatória de todas as usuárias classificadas segundo prioridade clínica (cor) dividida pelo número de usuárias classificadas, no mesmo período X 100.

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.

VERSÃO PRELIMINAR

Referências

Arulkumaran N, Singer M. Puerperal sepsis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Dec;27(6):893-902. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004. Epub 2013 Aug 30. Review.

Beach RL, Kaplan PW. Seizures in pregnancy: diagnosis and management. Int Rev Neurobiol. 2008;83:259-71. doi: 10.1016/S0074-7742(08)00015-9. Review.

Bottomley C, Bourne T. Management strategies for hyperemesis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009 Aug;23(4):549-64. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.12.012. Epub 2009 Mar 3. Review.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459, de 24 junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n.27, seção 1, p.109, 27 de junho de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2351, 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 n.193, seção 1, p.58, 06 de outubro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/SAS. 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 n.193, seção 1, p.69, 06 de outubro de 2011

BRASIL.. 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).

BRASIL.. 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brennan MC, Moore LE. Pulmonary embolism and amniotic fluid embolism in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2013 Mar;40(1):27-35. doi:10.1016/j.ogc.2012.11.005. Review.

Brito V, Niederman MS. Pneumonia complicating pregnancy. Clin Chest Med. 2011 Mar;32(1):121-32, ix. doi: 10.1016/j.ccm.2010.10.004. Epub 2010 Dec 17. Review.

VERSÃO PRELIMINAR

Cappell MS, Friedel D. Abdominal pain during pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 2003 Mar;32(1):1-58. Review.

Ciena AP, Gatto R, Pacini VC 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 acessível em http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf

Digre KB. Headaches during pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2013 Jun;56(2):317-29. doi: 10.1097/GRF.0b013e31828f25e6. Review.

Hart LA, Sibai BM. Seizures in pregnancy: epilepsy, eclampsia, and stroke. Semin Perinatol. 2013 Aug;37(4):207-24. doi: 10.1053/j.semperi.2013.04.001.Review.

Hypertension in pregnancy the management of hypertensive disorders during pregnancy; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence; August 2010 (revised reprint January 2011)

Jensen MP, Karoly P, Braver S.The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain. 1986 Oct;27(1):117-26.

Lapinsky SE. Obstetric infections. Crit Care Clin. 2013 Jul;29(3):509-20. doi:10.1016/j.ccc.2013.03.006. Epub 2013 Apr 30. Review.

Manual de Ginecologia e Obstetrícia – SOGIMIG; Melo, Victor Hugo de; Melo, Victor Hugo de; Sogimig; Sogimig; Silva Filho, Agnaldo Lopes da; Silva Filho, Agnaldo Lopes da; Aguiar, Regina Amélia Lopes Pessoa de; Aguiar, Regina Amélia Lopes Pessoa de Coopmed Editora Médica

Murphy VE, Gibson PG. Asthma in pregnancy. Clin Chest Med. 2011 Mar;32(1):93-110, ix. doi: 10.1016/j.ccm.2010.10.001. Epub 2010 Dec 17. Review.

Pearce CF, Hansen WF. Headache and neurological disease in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2012 Sep;55(3):810-28. doi: 10.1097/GRF.0b013e31825d7b68. Review.

Rezende - Obstetrícia Fundamental - 12ª Ed. 2013; Montenegro, Carlos A. Barbosa; Montenegro, Carlos A. Barbosa; Rezende, Jorge de; Rezende, Jorge de; Guanabara Koogan.

Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, Comissão Peri natal. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia. SUS-BH. Belo Horizonte, 2009

VERSÃO PRELIMINAR

SOGC - The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, v. 29, n. 9, supplement 4, sep. 2007

Sonkusare S. The clinical management of hyperemesis gravidarum. Arch Gynecol Obstet. 2011 Jun;283(6):1183-92. doi: 10.1007/s00404-011-1877-y. Epub 2011 Mar 20. Review.

Stone K. Acute abdominal emergencies associated with pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2002 Jun;45(2):553-61. Review.

Thomas AA, Thomas AZ, Campbell SC, Palmer JS. Urologic emergencies in pregnancy. Urology. 2010 Aug;76(2):453-60. doi: 10.1016/j.urology.2010.01.047. Epub 2010 May 10. Review.

Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jan 19;(1):CD002256. doi:10.1002/14651858.CD002256.pub2. Review.

VERSÃO PRELIMINAR

Anexo-A: Ficha de Atendimento

ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

CLASSIFICAÇÃO:

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

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$_2$_____ **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

VERSÃO PRELIMINAR