

Implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia em unidade de emergência: relato de experiência-

Implementation of the reception protocol and obstetrics in risk rating in emergency room: experience report.

Aplicación del protocolo de recepción y obstetricia en la calificación de riesgo en la sala de emergencias: relato de experiencia.

FERNANDES, Michele Suzana¹

HILLESHEIM, Adriana Cristina²

RESUMO

OBJETIVO: descrever a implantação do protocolo de classificação de risco em obstetrícia em unidade de emergência. **MÉTODO:** trata-se de um relato de experiência com descrição do processo de implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia em unidade de emergência com análise dos indicadores após a quatro trimestres de implantação no período de outubro de 2014 a setembro de 2015. **RESULTADOS:** A implantação do projeto de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia na emergência possibilitou um atendimento rápido, eficaz e seguro de forma humanizada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A avaliação da implantação do protocolo após quatro trimestres revelou que existe uma procura muito significativa de pacientes que poderiam ser atendidas nas unidades básicas de saúde, revelando assim a deficiência no atendimento primário à saúde da mulher no que se refere ao atendimento á gestante. **DESCRITORES:** acolhimento, classificação de risco, obstetrícia.

ABSTRACT

¹ Enfermeira, especialista em neonatologia pela Faculdades Pequeno Príncipe- Curitiba/PR, pós-graduanda em urgência e emergência pela UNOCHAPECÓ- Chapecó/SC, Gerente de atendimento do Hospital São Paulo-Xanxerê/SC, Michele_enfermagem@yahoo.com.br

² Enfermeira, Mestre em Envelhecimento Humano, Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ, adrianah@unochapeco.edu.br

OBJECTIVE: To describe the implementation of risk classification protocol in obstetrics in emergency rooms. **METHOD:** it is an experience report describing the implementation process of the host protocol and obstetrics in risk rating to the emergency department with analysis of the indicators after four deployment quarters from October 2014 to September 2015 . **RESULTS:** The implementation of the project acceptance and risk classification in emergency obstetric care has enabled a quick, effective and safe in a humane way. **CONCLUSION:** The evaluation of the implementation of the protocol after four quarters revealed that there is a very significant demand for patients who could be seen at primary care units, thus revealing a deficiency in primary care to women's health in relation to the care of pregnant women . **KEYWORDS:** reception, rating, obstetric.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la aplicación del protocolo de clasificación de riesgo en obstetricia en las salas de emergencia. **MÉTODO:** se trata de un relato de experiencia que describe el proceso de implementación del protocolo de acogida y obstetricia en la calificación de riesgo al servicio de urgencias con el análisis de los indicadores después de cuatro trimestres de despliegue de octubre 2014 a septiembre 2015. **RESULTADOS:** La aplicación de la aceptación del proyecto y la clasificación de riesgo en la atención obstétrica de emergencia ha permitido una rápida, efectiva y segura de una manera humana. **CONCLUSIÓN:** La evaluación de la aplicación del protocolo después de cuatro trimestres revelaron que hay una demanda muy significativa para los pacientes que se podía ver en las unidades de atención primaria, lo que revela una deficiencia en la atención primaria a la salud de las mujeres en relación con el cuidado de las mujeres embarazadas . **PALABRAS CLAVE:** recepción, calificación, obstetría.

INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência hospitalares, constituem-se em locais onde a população procura por soluções para suas necessidades de saúde nas vinte e quatro horas do dia, com alta resolutividade de seu problema imediato¹.

Durante as últimas décadas, houve um aumento significativo e constante na utilização pelo público dos serviços hospitalares de emergência, os quais funcionam acima de sua capacidade máxima com excesso de demanda².

No Brasil é considerável e crescente a gravidade com que acidentes de trânsito, tragédias ambientais e violência exigem dos atendimentos de emergência hospitalares suporte adequado do atendimento para aumentar suas chances de sobrevivência. Somado a essa demanda as emergências atendem a população que se aglomera em filas nas portas das unidades de saúde, sem resolutividade³.

Os serviços de urgência e emergência necessitam cada vez mais melhorar a qualidade da assistência prestada, cujas especificidades induzem os trabalhadores a se posicionar de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada⁴.

O acolhimento significa a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenção resolutiva⁵.

A utilização de protocolos para nortear a decisão dos profissionais de saúde nos atendimentos de urgência e emergência, tem sido cada vez mais frequente, uma vez que possibilita o profissional priorizar os atendimentos aos pacientes que apresentam quadros mais graves e necessitam de atendimento imediato, assim como permite identificar os que podem aguardar pelo atendimento, desde a porta de entrada dos serviços de emergência⁶.

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico⁷.

Essa é uma demanda atual e crescente no contexto dos serviços de emergência brasileiros que emerge da realidade de uma procura cada vez maior de atendimento, acolhida e resolutividade.

A implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia na unidade de emergência tem como metas: permitir que o atendimento à gestante seja rápido, seguro de acordo com o potencial de risco da paciente, evitar desfechos desfavoráveis devido à demora no atendimento, melhorar a resolutividade de cada caso, identificar critérios de gravidade dos clientes, previamente estabelecidos pelo corpo clínico, indicar a prioridade clínica com que o cliente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até o atendimento médico, bem como, disponibilizar ferramentas de trabalho para uso diário dos profissionais que atendem no setor de emergência.

Portanto, sabe-se que os protocolos de atendimentos apoiam os profissionais na tomada de decisão clínica, assegurando que os pacientes mais graves tenham prioridade no atendimento⁸.

Sendo assim, o objetivo do presente relato é descrever a Implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia em unidade de emergência.

REFERENCIAS CONTEXTUAIS

A Rede Cegonha é uma iniciativa do Ministério da Saúde, lançada em 2011 com objetivo de proporcionar melhor atenção à mulher e crianças. Tem como principais diretrizes o acolhimento e classificação de riscos nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência de obstetrícia, para atender seu principal foco, a redução da morbimortalidade materna e infantil⁹.

A procura frequente pelo serviço de urgência e emergência da gestante está diretamente relacionada ao desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal ⁷.

Através do acolhimento é possível identificar prioridades para o atendimento de acordo com a necessidade e gravidade, assim como risco de cada paciente. O mesmo classifica as gestantes de acordo com a gravidade e o quadro clínico apresentado priorizando o atendimento de maior urgência com dignidade¹⁰.

O sistema de classificação de risco obstétrico, baseado no manual de acolhimento e classificação de risco obstétrico do Ministério da saúde de 2014, define os papéis do atendimento através de fluxos de atendimento à gestante, desde a porta de entrada, sendo acolhida pela recepção, encaminhada para atendimento com a equipe de enfermagem e medica assim como possíveis encaminhamentos psicossociais, com identificação da situação/queixa ou evento apresentado pela gestante. Proporciona a organização das filas de espera. Garante atendimento imediato do paciente com grau de risco elevado ^{7 11}.

O protocolo utiliza categorias de análise sistematizada, para definir os fluxos de atendimento, e priorizar situações que ameaçam a vida da gestante descritos na tabela abaixo.

Tabela 1: categoria de análise sistematizada.

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

Fonte: Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia- 2014.

Assim, após a classificação, as clientes são encaminhadas para o atendimento médico de acordo com sua prioridade determinada pela situação clínica.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, tendo por cenário uma unidade de emergência de um Hospital do Oeste de Santa Catarina.

A implantação ocorreu em uma unidade de emergência hospitalar, situada no Município de Xanxerê, com área de 378KM², localizado à 550KM da capital Florianópolis que possui uma população de aproximadamente 44.642 habitantes, sendo referência no tratamento de saúde a criança, adolescente, jovens, adultos e idosos, bem como na alta complexidade em cardiologia. Xanxerê compõe a região da AMAI (Associação dos Municípios do Alto Irani) formada por quatorze municípios, no qual totalizam 150.091 habitantes¹².

Por se tratar de uma instituição que está pactuada à Rede Cegonha desde 2013, se comprometeu em cumprir com as diretrizes da rede, entre elas a implantação da classificação de risco obstétrico conforme o que prevê a portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, a qual efetiva o acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrico e neonatal, para garantir atendimento seguro as gestantes em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde⁷⁹.

Diante ao contingente populacional que a instituição atende e por ser porta de entrada do atendimento às mulheres no período gravídico e puerperal da região AMAI e demais regiões que possam encaminha gestantes de alto risco à emergência do hospital, identificou-se a necessidade de buscar um sistema de gestão deste serviço, de forma que utilizassem

[Digite texto]

princípios de humanização da assistência, sendo o Protocolo de acolhimento e classificação de Risco em obstetrícia a melhor opção a ser aplicada.

Inicialmente o protocolo começou a construir-se através de discussões referentes ao assunto em reuniões com representatividade da enfermagem (através da gerencia) e as coordenações, médica (através do diretor técnico da instituição) e administrativa (através da gerencia de atendimento) além dos diretores: geral e administrativo. Nestas foram definidas as principais ações a serem realizadas para a construção do mesmo.

A primeira ação foi à realização de visita técnica no Hospital e Maternidade Jaraguá, em Jaraguá do Sul-SC, sendo este referencia no atendimento através do protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico em Santa Catarina.

Participaram da visita a gerente de atendimento, gerente de enfermagem, coordenadora de enfermagem e diretor administrativo do hospital. Com a visita a equipe pode ter uma visão mais ampla de como funciona o protocolo após implantação, assim como, identificar pontos a serem melhorados tanto na estrutura como no fluxo de atendimento da equipe, bem como a necessidade de instrumentalizar os profissionais de forma efetiva antes de implantar o protocolo.

Fez-se necessário também participar das reuniões da Rede Cegonha, com representatividade no grupo gestor da Rede no estado de Santa Catarina, com intuito de que o instrumento contemplasse o objetivo de garantir um atendimento rápido e de qualidade as mulheres em período gravídico e puerperal.

Além desse objetivo o protocolo proporciona meios de monitorização e avaliação através de indicadores pré-estabelecidos. Tais indicadores subsidiam o processo de avaliação do acesso ao setor e permitem prever, pactuar e monitorar os fluxos de encaminhamento das pacientes, monitorar a resolutividade do serviço, bem como a sua organização, para garantia

[Digite texto]

da assistência segura e humanizada à mulher. Dessa forma sua implantação se mostrava cada vez mais necessária.

O protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia segue os padrões básicos do Manual Acolhimento e Classificação de risco em obstetrícia do Ministério da Saúde do Brasil de 2014, sendo o protocolo clínico estabelecido pela equipe da unidade de emergência com base no fluxo de atendimento local (anexo I).

Com a aprovação e institucionalização do protocolo pela direção geral e administrativa da instituição hospitalar, partiu-se para a segunda etapa de implantação do protocolo, onde foi realizado treinamento com as equipes de enfermagem e médica, envolvidas no processo.

Também foi realizado encontro com representantes dos municípios que compõe a região da AMAI, para apresentar o protocolo e estabelecer o início das atividades de acolhimento e classificação de risco obstétrico na emergência do hospital.

Com base no protocolo clínico, foi elaborado um instrumento de investigação para coleta de dados o qual baseia-se na anamnese e exame físico da paciente, com intuito de identificar a queixa principal na acolhida pela enfermeira, possibilitando a mesma realizar a classificação de acordo com o que está estabelecido no protocolo clínico e encaminhamentos necessários (anexoII).

Foi estabelecido o consultório destinado à acolhida da gestante, e após instrumentalização de todos os colaboradores do hospital, iniciou-se a implantação prática com pleno funcionamento no dia primeiro de julho de dois mil e quatorze.

Desde então, mensalmente os indicadores obtidos pelos atendimentos às gestantes na emergência através do processo de acolhimento e classificação de risco, são analisados pela

equipe de enfermagem e encaminhados à coordenação da Rede Cegonha do Estado de Santa Catarina.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da classificação de risco identificam-se os sinais e sintomas que a paciente apresenta no momento do atendimento, o que permite à equipe atribuir um grau de prioridade clínica para esse atendimento, assim como, o máximo de tempo que pode se esperar conforme a prioridade clínica identificada.

O protocolo de acolhida e classificação de risco em obstetrícia preconiza que a paciente tem que ser atendida em no máximo 10 min, após o cadastro, bem como a classificação de risco não pode ultrapassar 5 min.

O protocolo ainda define que a enfermeira realiza avaliação clínica através do protocolo de prioridades clínicas, por meio da anamnese e queixas da paciente, o qual estabelece por cores o tempo que a mesma poderá esperar por atendimento médico. Através do indicador de tempo médio de espera do final da classificação de risco ao atendimento médico ou da enfermeira a classificação é identificada com pulseiras nas cores: vermelhas, laranja, amarela, verde e azul, conforme tabela abaixo.

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

Classificação	Tempo	Característica
Vermelhas	(atendimento médico imediato)	O atendimento se dá diretamente na sala de emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.
Laranja	(atendimento médico em até 15 minutos)	O atendimento dessas pacientes deverá ser no consultório médico ou na sala de acolhimento obstétrico, atentando para prioridade do atendimento, seu potencial de risco demanda o atendimento do obstetra o mais rápido possível.
Amarelo	(atendimento médico em até 30 minutos)	Deverá ser no consultório médico ou da enfermeira, atentando para prioridade do atendimento.
Verde	(atendimento	Por definição são pacientes sem risco de agravo. Serão

	médico em até 120 minutos)	atendidas por ordem de chegada.			
Azul	(atendimento não prioritário)	Permanecerá	aguardando	atendimento	médico
		conforme ordem de chegada.			

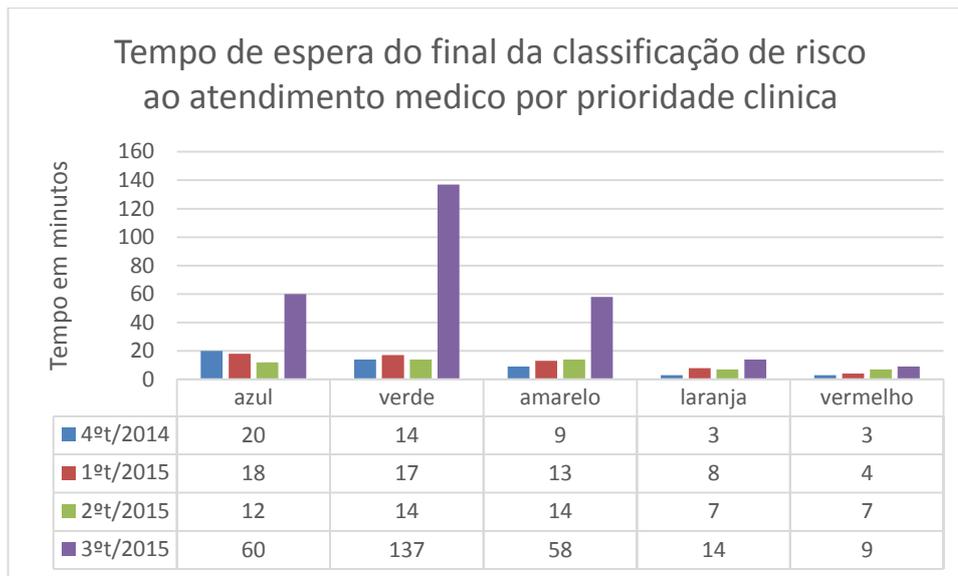
Fonte: protocolo de acolhimento e classificação de risco da unidade de emergência.

Todas as pacientes que foram classificadas com necessidade de atendimento imediato devido a alterações do quadro clínico, passam por avaliação da enfermeira obstetra ou médico plantonista da emergência que fazem os encaminhamentos necessários.

Para esse relato, foram avaliados quatro trimestres de uso do protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico na emergência, que se refere aos meses de outubro de 2014 a setembro de 2015, onde se percebe que a média de espera das gestantes do cadastro ao início da classificação é de 12.3 min, em média, o que não contempla o esperado pelo Ministério da Saúde, ainda conseguimos perceber que o tempo de realização da classificação pelo profissional fica em média de 8.3 min, ficando acima do preconizado, que é de 5 min.

Entretanto observa-se que o tempo médio de espera para atendimento, da classificação de risco ao atendimento médico ou da enfermeira por prioridade clínica através das cores, atendem com excelência o que está preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme o gráfico I.

Gráfico I: tempo médio de espera do final da classificação de risco ao atendimento médico por prioridade clínica



Fonte: estatística de controle da enfermagem.

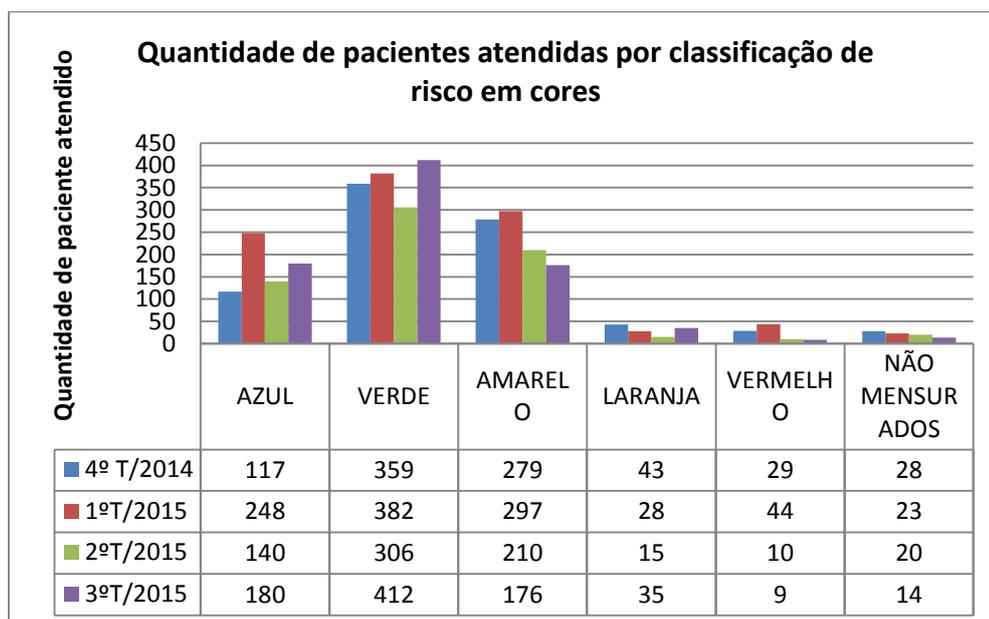
Analisando o gráfico acima nota-se que no terceiro trimestre de 2015 houve um aumento significativo do tempo de espera em todas as classificações em relação aos outros trimestres, mesmo que contemple o tempo preconizado pelo Ministério da saúde, isso possivelmente se deve ao fato de que no mesmo período as unidades de saúde do município de Xanxerê estavam atendendo apenas em um período do dia, levando a emergência do hospital um grande número de pessoas à procura de atendimento médico para diversas necessidades de saúde, sendo elas emergências ou não.

No Brasil a situação que provoca uma grande demanda assistencial nas emergências do país é altas taxas de violência e acidentes, além da procura por atendimento de agravos que poderiam ser resolvidos na rede básica de saúde, devido a oferta restrita de serviços na atenção primária faz com que a população procure atendimento no pronto atendimento e no pronto-socorro, pois acreditam ser uma forma de atendimento mais ágil e concentrada^{13 14}.

O tema acolhimento com classificação de risco tornou-se uma questão central no que se refere a serviços de urgência e emergência no Brasil, principalmente devido à característica destes serviços que funcionam em horário contínuo e tem a finalidade de atender pessoas com agravos à saúde aguda ou agudizados com risco de morte ou grande sofrimento¹⁵.

[Digite texto]

Gráfico II: análise de quatro trimestres de uso do protocolo de acolhimento com classificação de risco por prioridade clínica em cores



Fonte: estatística de controle da enfermagem.

Em relação a classificações de prioridade clínica, podemos observar no gráfico II que a maioria dos atendimentos foram classificados em azul, verde e amarelo, que se trata de pacientes sem risco de agravos ou baixo risco, que poderiam ser atendidas nas unidades básicas de saúde, porém procuram o serviço da emergência.

O pré - natal trabalha a prevenção de complicações da gravidez, do parto e do puerpério, protegendo a saúde das mães e dos bebês, o início precoce da assistência é fundamental para que se façam possíveis diagnósticos, além da identificação de riscos ligados à saúde da mãe e do bebê, mas também para as demandas emocionais da gestante¹⁶.

Embora haja evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal no Brasil, existem ainda questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré- natal, as altas taxas de mortalidade materna e perinatal, carência de orientações às gestantes, início tardio da assistência pré-natal e o baixo número de consultas, bem como a falta de profissionais aptos e treinados para o bom atendimento da mulher comprometem a

qualidade da assistência durante o pré-natal e expõe a gestação, o parto e puerpério a riscos e consequências adversas¹⁷.

A persistente preferência por consultas nas emergências deve-se ao fato de que o atendimento se faz de forma rápida e eficaz, independente da adequação desse atendimento e do modo assistencial de saúde, aumentando assim a demanda do serviço de emergência¹⁸.

Essa procura em grande parte é definida pela situação de urgência e emergência que o paciente se encontra, como foi acolhido e atendido da última vez. Assim como, terapia medicamentosa de fácil obtenção, sendo este atendimento imediato às suas necessidades. Para tanto a resolutividade de suas necessidades, é um grande determinante quanto à escolha de um Serviço de Saúde para o andamento normal de sua vida, independente de onde isto será realizado¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de implantação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na emergência de um Hospital de referência do Oeste de Santa Catarina possibilitou através dos indicadores de monitoramento e avaliação, a identificação da deficiência no atendimento primário à saúde da mulher no que se refere ao pré-natal.

Pode-se observar que a maioria da demanda atendida na emergência em um período de um ano, foram classificadas com a cor azul, verde e amarelo, o que nos remete a um atendimento ambulatorial, onde a paciente apresenta muitas vezes urgências sociais as quais não são atendidas na atenção básica, assim levando a procura espontânea da população pelos serviços de emergência que apresentam características de atendimento rápido e eficaz.

A implantação do protocolo acolhimento com classificação de risco na emergência contribuiu para a instituição, através do método descrito, proporcionar um olhar mais humano e seguro á essa clientela, assim evitando ocorrência de maiores agravos.

Acredita-se que este protocolo tem se mostrado importante para a instituição, bem como para os clientes, como uma boa experiência a ser experimentada por outras instituições como um atendimento eficaz e ágil face à atual realidade das portas de entrada das emergências do Brasil.

Além disso, pode contribuir para discussões e reflexões no processo de ensino-aprendizagem entre universidade-serviço de saúde e comunidade e na formação da competência do enfermeiro que atua na área de saúde da mulher e em emergência.

REFERÊNCIAS

- 1- Ludwig Maria Luiza Machado, Bonilha Ana Lúcia de Lourenzi. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2003 Fev [citado 2015 Dez 08] ; 56(1): 12-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100003&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000100003>.
- 2- O'Dwyer Gisele Oliveira, Oliveira Sergio Pacheco de, Seta Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 Dec [cited 2015 Dec 08] ; 14(5): 1881-1890. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500030>.
- 3- Rosa Tiago de Paula; et al. Perfil dos atendimentos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. R. Enferm. UFSM [Internet]. 2011 jan/abril [citado 2015 Dez 07]; 1(1):51-60. Disponível em <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2090/1511>.
- 4- Andrade Luciene Miranda de; et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [Internet].

2009; [cited 2015 Dec 02] 11(1): 151-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.

- 5- Guedes Maria Vilani Cavalcante, Henriques Ana Ciléia Pinto Teixeira, Lima Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Feb [cited 2015 Nov 20]; 66(1): 31-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100005>.
- 6- Pinto Júnior Domingos, Salgado Patrícia de Oliveira, Chianca Tânia Couto Machado. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2012 Dec [cited 2015 Nov 20]; 20(6): 1041-1047. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000600005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600005>.
- 7- 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. [Internet]. 2014. Dec [cited 2015 Nov 20]; Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf>.
- 8- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007. [citado 2015 Nov 20]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>.
- 9- Ministério da saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS- a Rede Cegonha. [Internet]. 2011. [citado 2015 Nov 20]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
- 10- Borges Talita Defant de Souza. Proposta de implantação de protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia na maternidade do município de Lapa- PR. Projeto Técnico. [Internet]. 2011. [citado 2015 Nov 20]. Disponível em <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/33663/TALITA%20DEFANT%20DE%20SOUZA%20BORGES.pdf?sequence=>
- 11- Hedlund Ana Caroline Boff; et al. Percepção de profissionais sobre acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico. Saúde Santa Maria Santa. [Internet]. 2015.

Jul./dez. [cited 2015 Nov 20]; 41 (2): 149-160. Disponível em [file:///C:/Users/Michele/Downloads/15059-91007-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Michele/Downloads/15059-91007-1-PB%20(1).pdf).

- 12- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2010. [citado 2015 Nov 20]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisas.php>.
- 13- Bellucci Júnior José Aparecido, Matsuda Laura Misue. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 Dec 04] ; 21(1): 217-225. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100025&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100025>.
- 14- Marques Giselda Quintana, Lima Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Feb [cited 2015 Dec 04] ; 15(1): 13-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100003>.
- 15- Moraes, Joanita Carneiro. Formação e competências para classificação de risco em urgência e emergência obstétrica. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina. [Internet]. 2012. [cited 2015 Dec 04]; Disponível em https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Joanita_Carneiro_de_Moraes.pdf.
- 16- Piccinini, Cesar Augusto, Carvalho, Fernanda Torres de, Ourique, Luciana Rubensan, & Lopes, Rita Sobreira. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. Psicologia: Teoria e Pesquisa, [Internet]. Dec 2012. [cited 2015 Dec 04]; 28(1), 27-33. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722012000100004&lng=en&tlng=pt.
- 17- Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):516-22. Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf.
- 18- Carret Maria Laura Vidal, Fassa Anaclaudia Gastal, Paniz Vera Maria Vieira, Soares Patrícia Carret. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2015 Dec 04] ; 16(Suppl 1): 1069-1079. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700039&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700039>.

- 19- Camerro Aline; et al. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. Revista Fafibe On-Line, [Internet]. 2015. [cited 2015 Dec 04]; 8 (1): 515-524. Disponível em <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/10112015195658.pdf>.

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO.

A paciente chega na recepção da emergência – Ao realizar a ficha de atendimento o profissional pergunta se é gestante ou puérpera (entre os primeiros 40 dias pós parto), caso a resposta seja sim, a paciente é encaminhada ao acolhimento nível técnico que irá avaliar os sinais vitais de rotina, encaminhar na porta do consultório de acolhimento do enfermeiro, o técnico avisa o enfermeiro da maternidade para atendimento.

Prioridade máxima emergência – atendimento imediato.

A paciente chega em estado grave ou em franco trabalho de parto.

A paciente deve ser atendida no setor da emergência e o médico plantonista da emergência deve ser chamado imediatamente para definição de conduta.

Muito urgente – atendimento em até 10 minutos.

O enfermeiro deve ser comunicado e encaminha para consulta médica prioritária.

A paciente faz a ficha na portaria e é colocada no consultório de classificação da gestante com a permanência de um profissional enfermeiro.

Urgente – atendimento médico em até 30 minutos.

O enfermeiro deve realizar a classificação de risco e solicitar que a mesma aguarde dentro do setor da emergência.

CASO O ENF. DA MATERNIDADE ESTIVER OCUPADO O ENF. DA EMERGENCIA DEVE REALIZAR O ACOLHIMENTO.

Pouco Urgente – atendimento médico em até 120 minutos.

O enfermeiro realiza o acolhimento, faz a classificação e reencaminha a paciente até a recepção para aguardar o atendimento.

Não Urgente – atendimento médico em até 4 horas.

O enfermeiro realiza o acolhimento, faz a classificação e reencaminha a paciente até a recepção para aguardar o atendimento.

Anexo II: formulário de avaliação da gestante.

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

Data/hora chegada: ___/___/___ - ___:___ **Data/hora classificação:** ___/___/___ - ___:___

Nome da Paciente: _____ **Idade:** ___ anos

Município: _____ **Carteirinha de pré-natal:** () Sim () Não

Pré-natal: () Unidade Básica de Saúde () Consultório médico () Não realizado

Médico responsável pelo Pré-natal: _____

Idade Gestacional: ___ semanas e ___ dias **Antecedentes Obstétricos:** G:___ P:___ A:___

DUM: ___/___/___ **DPP:** ___/___/___ Calculada pela: () DUM () Ultrasson

Partos prematuros prévios: () Não () Sim Idade Gestacional: ___ semanas Ano: _____

Exames Prévios (pré-natal):

- HIV: () Positivo () Negativo () Desconhecido
- Hepatite B: () Positivo () Negativo () Desconhecido
- Sífilis: () Positivo () Negativo () Desconhecido

Diabete: () Não () Sim HGT: _____ mg/dL

Sinais Vitais: PA: _____ FC: _____ T°: _____ FR: _____ SPO₂: _____ BCF(s): _____

Avaliação da dor:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor Intensa			

Dinâmica de parto: () Ausente () Presente ___ contrações em 10min.

Movimentação fetal: () Presente () Ausente

Colo: () Fino () Médio () Grosso **Dilatação:** ___ cm

Bolsa rota: () Não () Sim, há ___ horas. Aspecto do líquido: () Claro/Normal () Meconial

Sangramento: () Ausente () Presente

Fluxograma adotado: _____

Classificação de risco obstétrico:

Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul

Horário de término da Classificação: ___:___

Horário de atendimento médico: ___:___ **Enfermeiro Responsável**

Carimbo e assinatura