

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
OBSTETRICIA REDE CEGONHA CEEO REDE UFMA/UFMG/MS**

MARLEUDE DA SILVA XAVIER

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO CENTRO
DE PARTO NORMAL DE BURITICUPU/MA**

SÃO LUÍS

2018

MARLEUDE DA SILVA XAVIER

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO
CENTRO DE PARTO NORMAL DE BURITICUPU/MA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Maranhão/Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Teresa Frias Rios

SÃO LUÍS

2018

MARLEUDE DA SILVA XAVIER

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO
CENTRO DE PARTO NORMAL DE BURITICUPU/MA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Maranhão/Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Teresa Frias Rios

Data da defesa _____ / _____ / _____

Nota _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Claudia Teresa Frias Rios (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Membro da Banca
Universidade Federal de Minas Gerais

Membro da Banca
Universidade Federal do Maranhão

Dedicatória

Este projeto é dedicado à minha família em especial a minha mãe Francisca da Silva Xavier e minhas irmãs que sempre me apoiaram e me deram forças para persistir até aqui e são a minha base. Dedico também a minha filha Letícia que é meu presente de Deus, e por quem luto todos os dias para que tenha um futuro melhor que hoje.

AGRADECIMENTOS

Sou infinitamente grata a Deus pela vida que me concedeu, por ter me dado condições de buscar meus objetivos, saúde para me manter firme e fé para não desistir.

Agradeço aos meus pais Antônio Xavier (em memória) e Francisca Xavier pelo amor que me deram, por terem me educado e formado meu caráter e por sempre me incentivarem a crescer profissional e humanamente.

Agradeço a Universidade Federal de Minas Gerais, por esse projeto de formação pautado na Rede Cegonha e pela oportunidade que me foi dada de fazer o Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica.

A Universidade Federal do Maranhão, pela chance de integrar neste Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica, regulado pela Rede Cegonha o qual será relevante para a minha vida profissional.

Aos professores, preceptores, funcionários dos campos de estágios que tanto nos acolheram como passaram seus conhecimentos para proporcionar um melhor aprendizado. Agradeço também à minha orientadora Claudia Teresa Frias Rios pela dedicação e paciência em ensinar.

Sou grata ainda aos meus amigos Luana Souza, Elenilda Dias e Ítalo Roger pelo apoio e carinho, por me ajudarem nos momentos difíceis, pelos conselhos e palavras de conforto, pelas lágrimas e sorrisos e aos colegas de trabalho do Centro de Parto Normal de Buriticupu pela adesão ao projeto e imensa contribuição para o seu desenvolvimento

Epígrafe

“A persistência é o caminho do êxito”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação que leva em consideração o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento dos pacientes, cujo objetivo é avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade, humanizando o atendimento. Mediante a carência de um protocolo de Classificação de Risco no Centro de Parto Normal e observando as dificuldades encontradas no atendimento às gestantes causadas por essa falta, emerge o anseio em efetivar a Classificação de Risco no Centro de Parto, dessa forma o presente projeto tem por objetivo geral implantar um protocolo de acolhimento com classificação de risco no Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues”, em Buriticupu MA. Trata-se de um projeto de intervenção, seu desenvolvimento ocorreu a partir da observação e constatação da necessidade de classificar as pacientes que buscam atendimento. Por sua vez, foi elaborado um Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico com base nas diretrizes do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico do Ministério da Saúde e adequado à realidade do local. O projeto foi apresentado à equipe de saúde por meio de reuniões e também contou a participação da coordenação do CPN e o Gestor de saúde do município, na ocasião das ações houve a assinatura das frequências e da carta de anuência dos participantes e colaboradores. Foi adaptado também o verso da ficha de classificação de risco de acordo com a necessidade da instituição para melhorarias no atendimento a paciente e o uso dos profissionais. A implantação do protocolo aconteceu de maneira exitosa, a classificação de risco não é uma intervenção no quadro clínico da paciente, mas permite que seja conforme sua necessidade. É considerado um grande passo, especialmente pelos benefícios que traz para as próprias pacientes.

Palavras-chave: Acolhimento; Classificação de Risco; Obstetrícia.

ABSTRACT

Risk classification is a dynamic process of identification that takes into account the risk potential, the health problems or the degree of suffering of the patients, whose objective is to evaluate the patient as soon as they arrive at the unit, humanizing the care. Due to the lack of a Risk Classification protocol in the Normal Delivery Center and observing the difficulties encountered in the care given to pregnant women caused by this lack, the desire to perform the Risk Classification in the Delivery Center emerges, in this way the present project has for general objective to implement a host protocol with risk classification at the Normal Birth Center "Maria de Nazaré Rodrigues" in Buriticupu MA. This intervention project, its development occurred from the observation and verification of the need to classify patients who seek care. In turn, a Protocol of Reception and Classification of Obstetric Risk was prepared based on the guidelines of the Manual of Reception and Classification of Obstetric Risk of the Ministry of Health and adapted to the reality of the place. The project was presented to the health team through meetings and also counted on the participation of the coordination of the CPN and the Municipal Health Manager, during the actions, the frequencies and the letter of agreement of the participants and collaborators were signed. The back of the risk classification card was also adapted according to the institution's need for improvements in patient care and the use of professionals. The implantation of the protocol happened in a successful way, the classification of risk is not an intervention in the clinical picture of the patient, but allows that it is according to its necessity. It is considered a big step, especially for the benefits it brings to the patients themselves

Keywords: Reception; Risk classification; Obstetrics.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

PNPM - Plano Nacional de Políticas para Mulheres

RC – Rede Cegonha

A&CR – Acolhimento com Classificao de Risco

CPN – Centro de Parto Normal

SUS – Sistema nico de Saúde

PPP - Pré-parto Parto Pós-parto

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

MS - Ministério da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 PROBLAMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO.....	12
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	13
4 JUSTIFICATIVA.....	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
6 PÚBLICO ALVO.....	17
7 OBJETIVOS.....	17
7.1 Objetivo geral.....	17
7.2 Objetivos específicos.....	18
8 METAS.....	18
9 METODOLOGIA.....	19
10 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....	20
11 ORÇAMENTO.....	21
12 RECURSOS HUMANOS.....	21
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO.....	21
14 RESULTADOS PRELIMINARES.....	22
15 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO DO PROJETO “PILOTO”.....	26
APÊNDICE B – REUNIÃO COM EQUIPE DO CPN.....	27
APÊNDICE – C LISTA DE FREQUÊNCIA.....	29
APÊNDICE D – FICHA DE CLASSIFICAÇÃO ADAPTADA AO CPN (VERSO).....	30
APÊNDICE E – ASSINATURA DA CARTA DE ANUÊNCIA.....	31
APÊNDICE F – CARTA DE ANUENCIA CPN.....	32
APÊNDICE F – CARTA DE ANUENCIA SECRETÁRIO DE SAÚDE.....	33
ANEXO A – PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRICIA.....	34

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da mulher é uma preocupação tanto do estado como da sociedade e vem sendo efetivada pelos Serviços de Atenção Integral a Saúde da Mulher, que têm se empenhado na reorganização da assistência sob os princípios da integralidade e universalidade.

Fazendo parte da Atenção Integral a Saúde da Mulher está a assistência prestada durante o período da gestação e parto. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo (ONIAS; CARVALHO; ESCOBAR, 2013).

Sendo assim, e entendendo que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres é que, além dos aspectos físicos, programas de saúde procuram consolidar o contexto sociocultural, e também os aspectos emocionais que estão envolvidos na saúde da mulher (PITALUGA, 2014).

O Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), lançado em 2013, tem como objetivos contribuir para a redução da morbidade e mortalidade das mulheres no Brasil, especialmente no período da gestação parto e puerpério por causas evitáveis e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações; promover a ampliação, qualificação e humanização das ações de atenção integral à saúde das mulheres na rede pública e privada.

Ainda assegurar a qualidade do atendimento e ampliar o acesso, através de novos programas como Rede Cegonha (RC), que deveria ser implantada em todo o território nacional até 2015 (BRASIL, 2013).

A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e

resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (UNA-SUS/UFMA, 2015).

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação que leva em consideração o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento dos pacientes. O objetivo dessa classificação é de avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade, humanizando dessa forma o atendimento já que é determinada a área de atendimento primário e o tempo de espera para o atendimento médico de acordo com a gravidade do paciente. Com isso é possível descongestionar a unidade de serviço de urgência e emergência e fornecer aos pacientes e familiares um atendimento e informações necessárias (BRASIL, 2004).

Atualmente o Ministério da Saúde no Brasil tem procurado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio da adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional (GUEDES *et al.*, 2014).

A Rede Cegonha 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 (BRASIL, 2014).

Portanto, é fundamental que os municípios tenham ações na saúde da mulher melhorando a assistência prestada, propiciando uma qualidade e resolutividade no atendimento, visando melhorias nas ações referentes à redução da mortalidade materna, humanização e qualificação da atenção obstétrica.

Por isso, faz-se necessário a realização de protocolos elaborados para definir fluxos de atendimento e procedimentos em saúde da mulher, especialmente a classificação de risco obstétrica, que promove um atendimento com equidade.

Compreendendo a importância e a necessidade de humanizar o atendimento e facilitar o acesso da mulher no ciclo gravídico puerperal aos serviços de saúde, além de melhorar o processo de trabalho nos serviços de atenção ao parto, foi elaborada uma proposta de implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco no Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues” em Buriticupu-Ma.

A partir do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR) do Ministério da Saúde e adequando-se a realidade local, sem prejuízos da proposta inicial do MS, busca-se implantar um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco no Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues”, com vistas em contribuir para aperfeiçoar o atendimento prestado as gestantes que buscam o serviço.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O Centro de Parto Normal (CPN) de Buriticupu é o único da região, por isso atende a um público consideravelmente grande e presta serviços de média complexidade. Além dos usuários do próprio município o Centro de Parto recebe ainda usuários de municípios vizinhos, que pela proximidade das zonas rurais onde vivem preferem buscar atendimento neste local.

Atualmente o acesso ao serviço do Centro de Parto se dá pela recepção onde é preenchida a ficha da paciente, em seguida ela é direcionada para a triagem, acolhida e encaminhada logo para o atendimento, não havendo portanto, classificação de risco.

Dessa forma foi percebido que a paciente que chega para buscar atendimento é atendida conforme a ordem chegada, ainda que este esteja em estado mais grave que o anterior a ele.

O tempo de espera para o atendimento depende da demanda do momento (que geralmente é grande) e não da gravidade do caso.

Observa-se portanto que o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), não é obedecido. Além disso, a falta de classificação de risco gera prejuízos a

pacientes mais graves pois pode haver demora no atendimento, e ainda provoca aumento de demanda que muitas vezes poderia ser sanada, visto que casos simples que poderiam ser tratados na atenção básica, pela falta de classificação de risco ou simples triagem, são resolvidas na atenção secundária.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O projeto será implantado no Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues” no município de Buriticupu. Este município localiza-se no oeste do estado do Maranhão, a 417 km da capital São Luís (AGUIAR, 2015). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), Buriticupu possui uma população estimada em 71.227 habitantes. Este município limita-se com os municípios “Bom Jesus das Selvas, Bom Jardim e Santa luzia” (AGUIAR, 2015).

O Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues” foi inaugurado em 01 de julho de 2016, com a expectativa de ser o primeiro a realizar partos humanizados no Estado do Maranhão. O Centro de Parto Normal possui uma estrutura de primeira qualidade, estrutura do tipo peri-hospitalar, com espaços amplos e equipamentos modernos, que dispõe de: Uma Recepção; Uma Área de Estar; Um Posto de coleta de leite materno; 6 Enfermarias conjuntas, com banheiros privativos, sendo que cada alojamento contém 02 leitos com berço e poltronas para os acompanhantes; Um Posto de enfermagem; Uma Farmácia; Uma Copa; 2 Salas de repouso para os profissionais; 3 Consultórios (Assistência Social, Enfermagem e médico); 5 Suítes PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto); Um Auditório; Uma Área Administrativa; 7 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal; Um Vestiário Neonatal; 3 Leitos Cangurus (Para bebês recém saídos da UTI).

A equipe do Centro de Parto Normal é composta de 10 enfermeiros e 12 técnicos que trabalham em escala de plantão. O Centro de Parto Normal funciona 24 horas, atende em média 20 pacientes por dia, e ainda dá suporte aos municípios adjacentes.

4 JUSTIFICATIVA

Mediante a carência de um protocolo de Classificação de Risco no Centro de Parto Normal e observando as dificuldades encontradas no atendimento às gestantes causadas por essa falta, emerge o anseio em efetivar a Classificação de Risco no Centro de Parto. Esta proposta tem a finalidade de propor a descentralização dos atendimentos e a organização dos fluxos, propiciando com isto, uma melhora no atendimento as pacientes, tendo resolutividade, qualidade, rapidez nas urgências e emergências obstétricas evitando as filas de espera. Proporcionando a educação e orientação para a população sobre as consultas ambulatoriais e eletivas que devem ser avaliadas nas unidades de saúde, e não no Centro de Parto Normal do município.

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada paciente.

A implantação desse protocolo irá beneficiar principalmente as gestantes, pois receberão um atendimento humanizado. Quando se é bem acolhido se criam boas expectativas do que virá depois, assim, ofertando desde a porta de entrada um acolhimento efetivo proporcionará boas expectativas para as gestantes, que muitas vezes chegam ao Centro de Parto cheias de medo e inseguranças sobre o que as esperam, além do mais a reputação da instituição melhora no meio da comunidade quando os próprios usuários reconhecem suas potencialidades.

O Acolhimento com Classificação de Risco também traz melhorias para o trabalho dos profissionais envolvidos. Acolher e classificar conforme o risco não deve ser entendido como um trabalho a mais, mas como uma forma de organizar o serviço e prevenir problemas futuros, pois os casos que demandam atendimento urgente terão prioridades, isso implica em prevenção de agravos, pois na ausência da classificação de risco um paciente grave poderia ser atendido tardiamente e com isso ter complicações evitáveis.

5 REFERÊNCIAL TEÓRICO

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres. Associadas às questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo do SUS cada vez mais o olhar para este segmento da população (BRASIL, 2013).

No Brasil, as ações de saúde direcionadas à mulher até meados da década de 1980 não são diferentes das medidas adotadas na implementação da política de saúde como um todo. Predominantemente marcados pela centralização normativa, os planos direcionados à saúde eram elaborados sem qualquer avaliação das necessidades da população local. Assim, as ações de saúde implantadas durante esse período foram caracterizadas pelo distanciamento entre as medidas adotadas e as reais necessidades das mulheres brasileiras (RAMALHO et al., 2013)

A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (UNA-SUS/UFMA, 2015).

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 (BRASIL, 2014).

O Acolhimento com Classificação de Risco (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 (BRASIL, 2014).

Atualmente o Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) está sendo implantado em várias instituições que buscam melhorar a assistência prestada à população, servindo como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho (MELO, 2014).

Ao juntar estas duas práticas, pode-se perceber que são estratégias que se completam, visto que todos os que buscam atendimento são acolhidos e com certeza serão atendidos. Entretanto, faz-se uma classificação de risco para se identificar os pacientes que se encontram em estado de maior gravidade e necessitam de atendimento prioritário (MELO, 2014).

Segundo a Portaria nº 2.048 (2002), o acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por profissional de nível superior, mas para que realize este atendimento, o profissional deve estar devidamente capacitado, possuir treinamento específico, bem como deve basear sua avaliação a partir de protocolos pré-estabelecidos (BRASIL, 2002).

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

Entende-se então, que o acolhimento com classificação de risco requer do profissional enfermeiro comprometimento e pensamento crítico, para que, ao realizar a classificação e triagem, não incorra em falhas que possam inviabilizar todo o

processo. O enfermeiro, no que se refere ao processo de triagem e classificação, necessita de constante qualificação e uma vasta experiência clínica (MELO, 2014).

O Acolhimento com Classificação de Risco possui importantes objetivos, dentre eles estão o de avaliar o paciente em sua chegada ao serviço, descongestionar a emergência, reduzir o tempo para o atendimento médico e possibilitar que a paciente seja atendida precocemente de acordo com sua gravidade (BRILHANTE et al.,2016).

Trata-se de um processo dinâmico de identificação dos pacientes, sendo o enfermeiro o profissional escolhido para realização do Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia, utilizando-se de escuta qualificada e da capacidade de julgamento crítico. O instrumento utilizado no acolhimento possibilita a classificação por cores que indicam a necessidade de atendimento segundo agravo e o tempo de espera (BRILHANTE, 2016).

A implementação desse Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco nos setores de emergência obstétrica dos hospitais brasileiros é recente, o que reforça a necessidade de avaliação dessa implementação. Em outro país que utiliza triagem realizada por enfermeiras obstétricas, encontrou elevada satisfação das pacientes, principalmente em relação ao tempo de espera (BRASIL, 2014).

6 PÚBLICO ALVO

Mulheres que buscam o serviço do Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues”.

7 OBJETIVOS

7.1 Objetivo geral

Implantar o protocolo de Acolhimento com classificação de risco obstétrico no CPN Maria de Nazaré Rodrigues.

7.2 Objetivos específicos

- Elaborar o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco no Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues”, baseado no Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia do MS.

8 METAS

- Obter o apoio da Secretaria de Saúde do Município
- Acolher e classificar 100% das gestantes/parturientes/usuárias baseado no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do MS, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência dos enfermeiros.
- Proporcionar a 100% das mulheres um atendimento com qualidade e equidade e em tempo ágil de acordo com suas necessidades clínicas.
- Garantir a humanização no primeiro atendimento prestado a gestante quando ela chega ao Centro de Parto.
- Capacitar a equipe de enfermagem e médicos para realizar o Acolhimento com Classificação de Risco.
- Conscientizar as usuárias sobre a importância e os benefícios do Acolhimento com Classificação de Risco.
- Avaliar a implantação do Protocolo quanto aos pontos positivos e dificuldades encontradas.
- Realizar melhorias de acordo com as limitações encontradas após a avaliação.

9 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, seu desenvolvimento deu-se a partir da observação e constatação da necessidade de classificar as pacientes que buscam atendimento no Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues” em Buriticupu – MA.

Foi elaborado um Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico para o Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues” com base nas diretrizes do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico do Ministério da Saúde e adequado à realidade do local.

Foram utilizados critérios clínicos indispensáveis à classificação de risco, incluindo avaliações do estado geral; por sistemas; escala de dor e nível de consciência, respiração e ventilação; circulação, outros sinais presentes (níveis pressóricos, taxa de glicemia, eliminações fisiológicas e outros).

Para implantação do protocolo, o projeto foi apresentado ao Secretário de Saúde e Coordenação do CPN em uma reunião previamente agendada com vistas de obter contribuição logística e recursos humanos, na oportunidade estes firmaram importante apoio à implantação.

Posteriormente foi realizada uma reunião com a equipe multidisciplinar do Centro de Parto Normal (APÊNDICE A) para a apresentação do protocolo, com objetivo de sensibilizar a equipe sobre os temas relacionados e sua necessidade e importância no serviço, além de esclarecer como ele é realizado enfatizando que é uma forma de organizar os fluxos de atendimentos, proporcionando melhor acolhimento e qualidade no serviço prestado as nossas pacientes.

Obtendo consenso com a equipe e coordenação do CPN e o aval da secretária de saúde através da assinatura da Carta de Anuência (ANEXO), o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia foi implantado no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues, sendo impresso e disposto na sala de triagem à disposição da equipe.

Após a implantação do protocolo foram realizadas outras reuniões com o intuito de observar e avaliar o uso do protocolo e caso necessário realizadas algum ajuste, nessas ocasiões também eram sanadas dúvidas, e pontuadas as limitações encontradas e oferecido auxílio para solução das mesmas.

A análise dos resultados preliminares foi realizada através de um gráfico com quantitativos de partos e casos classificados com a estratificação em cores, vermelho/laranja, amarelo, verde e azul (Gráfico - 1).

10 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Reunião com o secretário de saúde, e Diretor do Centro de Parto Normal.						
Revisão da literatura						
Elaboração do Protocolo de Classificação de Risco de acordo a partir do Protocolo do MS.						
Reunião com a equipe de enfermagem e médicos do centro de parto normal para apresentação do protocolo.						
Implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco						
Avaliação quanto aos pontos negativos e positivos do Protocolo						
Realização de melhorias, caso seja necessário						

11 ORÇAMENTO

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO(R\$)	TOTAL(R\$)
Lanche para reuniões	60 pessoas	10,00	600,00
Combustível para transporte	300 litros	3,95	1.185,00
Impressão do protocolo	2 cópias	150,00	300,00
Material informativo (folders)	200 folders	1,00	200,00
Baners	2 Baners	100,00	200,00
TOTAL			R\$2.485,00

12 RECURSOS HUMANOS

A implantação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, contou com a contribuição de enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, secretária, porteiros, motoristas e todos os profissionais do Centro de Parto Normal, outras parcerias com profissionais da área também foram admitidas.

Além disso as parcerias com a Secretaria de Saúde foram indispensáveis para o apoio logístico e também de recursos humanos e/ou financeiros.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O acompanhamento e avaliação foram realizados em reuniões com a equipe, onde cada profissional demonstrou sua experiência expondo as limitações ou facilidade em trabalhar com a classificação de risco, e a partir daí sugeridas soluções para tal.

De maneira geral não houveram problemas significativos que inviabilizasse o uso adequado do protocolo, e as limitações ou dificuldades encontradas eram de ordem mínima e foram facilmente sanadas.

14 RESULTADOS PRELIMINARES

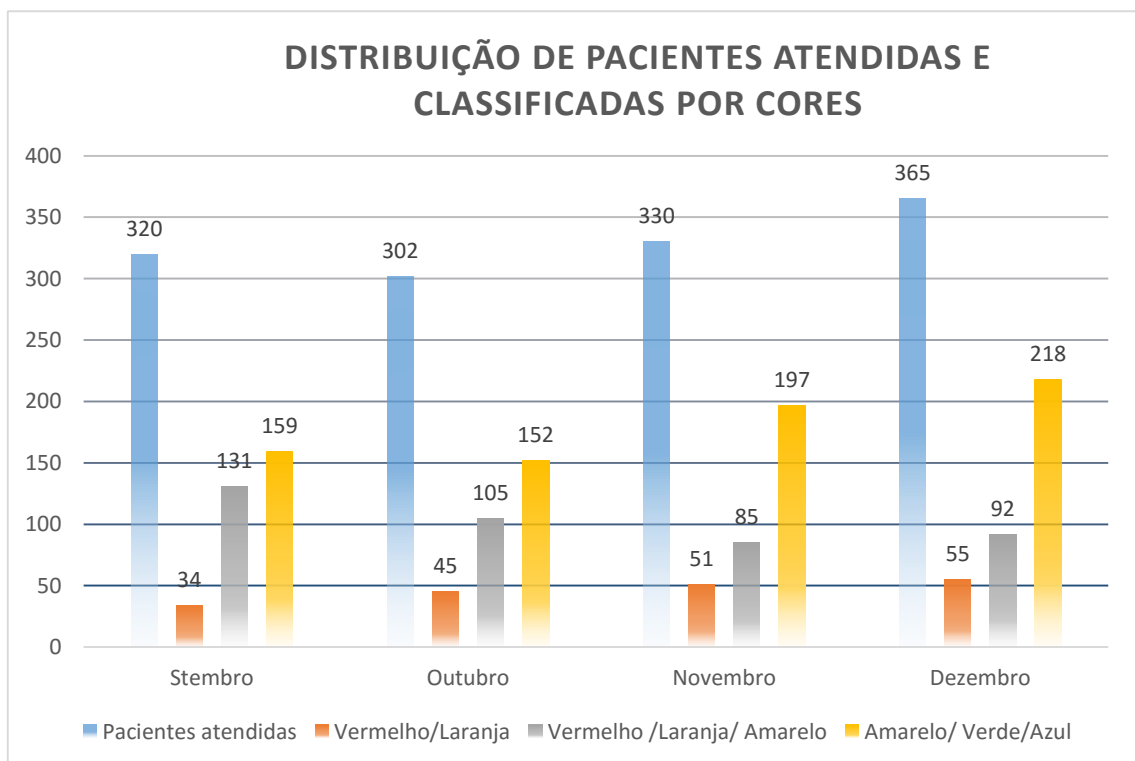
A implantação do protocolo foi de maneira exitosa, classificação de risco não é uma intervenção no quadro clínico da paciente, mas permite que este seja atendido conforme sua necessidade.

Observou-se uma redução nas “filas de espera”, muitas pacientes classificadas como azul na estratificação de cores evitaram de passar longos períodos aguardando atendimento pois ao serem classificadas eram orientadas a retornar a Unidade de Saúde de origem.

As classificações em vermelho/laranja tiveram impacto na redução de complicações evitáveis, e na agilização para casos que requeriam referência ao serviço de maior complexidade.

O gráfico abaixo mostra o quantitativo de atendimentos gerais e o quantitativo de pacientes classificadas em cada cor.

Gráfico 1 - Distribuição de pacientes atendidas e classificadas por cores



Fonte: Autora, 2017

15 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Implantação desse protocolo veio somar com o trabalho da equipe do CPN, proporcionou agilidade no serviço diminuição de complicações decorrentes do tempo de espera, sensibilizou toda equipe para a importância de classificar e como a classificação facilita o trabalho.

Com isso notou-se que a equipe sente-se mais segura e menos apreensiva nos atendimentos.

É fato que ainda há muito a progredir na busca por um atendimento mais humanizado nas portas de entrada, fatores como a ambiência precisam ser revistos para adequar aos padrões propostos pelo Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde. Além disso, ainda há casos de pacientes que procuram o CPN sem terem sido referenciadas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), isso requer, portanto um trabalho educativo, para que a população conheça os fluxos do sistema de saúde, que posteriormente pode ser trabalhado em parceria com as UBS.

No entanto este é considerado um grande passo, especialmente pelos benefícios que traz para as próprias pacientes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Isaias Neres. **Buriticupu, sua história, geografia e características gerais – 42 Anos de fundação e 21 anos de emancipação política**. Buriticupu: Gráfica Kairos, 3ª ed, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p. Brasília – DF. 2013. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf> Acesso em 13 de Abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002**. Gabinete do Ministro. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em: 09 Mai. 2017.

_____, _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Plano de Ação 2004 – 2007**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios Brasília – DF 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 03 Mai. 2017.

_____. _____. _____. _____. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. – Brasília, DF. 2014. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/dae/ManualObstetricia.pdf> Acesso em: 08 Mai. 2017.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 423/2012**. (On line). Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html> Acesso em: 05 de Mai. 2017.

BRILHANTE, Amanda de Freitas, et al. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Rev Rene**. 2016 jul-ago; 17(4):569-75. Fortaleza, CE. Disponível em: <www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4966> Acesso em: 02 de Mai. 2017.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades, Maranhão, Buriticupu. 2016. (On line). Disponível em: <
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=210232>> Acesso em: 05 Mai. 2017.

MELO, Sarajane Rodrigues de. Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia: importância da instrumentalização do profissional enfermeiro. (Monografia). **Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, SC. 2014. Disponível em: <
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173212>> Acesso em: 05 de Mai. 2017.

GUEDES, Helisamara Mota *et al.* Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. serIV, n. 1, p. 37-44, mar. 2014 . Disponível em
<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2017.

ONIAS, Juvercina Maria Tobias da Costa; CARVALHO, Jair Antonio; ESCOBAR, Karin Alves do Amaral. Humanização e Integralidade da Atenção à saúde reprodutiva da mulher no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.1, Pub.2, Janeiro 2013. Disponível em: <
www.itpac.br/arquivos/Revista/61/2.pdf > Acesso em: 08 Mai. 2017.

PITALUGA, Livia Kunz Sebba Vasconcelos et al. Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas ao Acompanhamento de Doulas. (Dissertação) 103 f. : 30 cm. **Pontifícia Universidade Católica de Goiás**, Departamento de Psicologia. Goiânia, Goiás. 2014.

RAMALHO, Katiane de Souza; et al. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade?. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fita**. Maceió. v. 1, n.1, p. 11-22. nov. 2012. Disponível em: <
<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/viewFile/462/198>> Acesso em: 04 Abr. 2017.

UNA-SUS /UFMA, Universidade Federal do Maranhão/Universidade Aberta do SUS. São Luís – MA. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís, 2015. Disponível em: <
dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha > Acesso em: 01 de Mai. 2016.

APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO DO PROJETO “PILOTO”



APENDICE B – REUNIÃO COM EQUIPE DO CPN





APÊNDICE – C LISTA DE FREQUÊNCIA

Lista de frequência dos participantes da apresentação do Protocolo de Classificação de Risco pela aluna do curso de Enfermagem Obstétrica/Rede Cegonha Marleude da Silva Xavier, realizado em 13.09.2017 no auditório do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues

Maria Sônia Brandão de Jesus
 Abreth Sullivan Souza Moreira
 Maria de Nazaré dos Santos Silva
 Keliani da Silva Rodrigues
 Ricardo Fernandes da Silva
 Maria de Fátima Ferreira Lourenço
 Garajane Rodrigues Santos
 Sílvia Maria dos Santos
 Flávia Coelho Furvia
 Filipe da Silva
 Flávia Abreu da Silva
 Daniele Gomes Ferreira
 Antonia Queiroz da Silva
 Jéssica Cláudia de Souza Martins
 Rosimar Ubaldino da Neto
 Everley Santos Pereira
 Renata Sales da Silva
 Luana Cristina Cardoso Souza
 Israel Siqueira
 Emiliara Ribeiro da Silva
 Adilson Medeiros Pereira

APÊNDICE D – FICHA DE CLASSIFICAÇÃO ADAPTADA AO CPN (VERSO)



FICHA DE ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____ Data de Nascimento: ____/____/____

Horário do Atendimento: _____ : _____

Queixas

Blank space for recording symptoms.

Exame Físico

Blank space for recording physical examination findings.

Prescrições

Blank space for recording prescriptions.

Assinatura e carimbo: _____

CONTATOS: DIRETOR GERAL: EUDIA GONÇALVES FONE:(98) 98343-0034 E COORDENADORA GERAL DE ENFERMAGEM: ACENATE FERNANDES DA SILVA FONE: (99) 9 8225-8349.
Rua Santa Lúcia, S/N – Terra Bela – CNPJ: 01.612.525/0001-40

APÊNDICE E – ASSINATURA DA CARTA DE ANUÊNCIA



APÊNDICE F – CARTA DE ANUENCIA CPN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma. Sra. Acenate Fernandes

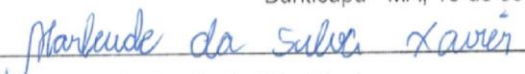
Coordenadora de Enfermagem do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues

Solicitamos autorização institucional para realização do projeto de intervenção intitulado Implantação de Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues de Buriticupu - MA; a ser realizada pela aluna de pós graduação da Rede Cegonha Marleude da Silva Xavier, sob orientação da Profa. Dra. Claudia Teresa Frias Rios, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Elaborar um plano de ação para implantação de um protocolo de acolhimento e classificação de risco no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Buriticupu - MA, 13 de setembro de 2017.


 Marleude da Silva Xavier

Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação


 Enf. Acenate Fernandes da Silva

Dra. Acenate Fernandes da Silva
 ENFERMEIRA
 COREN - MA 000.463.061

APÊNDICE F – CARTA DE ANUENCIA SECRETÁRIO DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo. Sr. Elias Rocha de Sousa

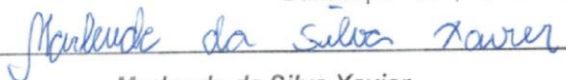
Secretário Municipal de Saúde de Buriticupu - MA

Solicitamos autorização institucional para realização do projeto de intervenção intitulado Implantação de Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues de Buriticupu - MA; a ser realizada pela aluna de pós graduação da Rede Cegonha Marleude da Silva Xavier, sob orientação da Profa. Dra. Claudia Teresa Frias Rios, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Elaborar um plano de ação para implantação de um protocolo de acolhimento e classificação de risco no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Buriticupu - MA, 13 de setembro de 2017.



Marleude da Silva Xavier

Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação


Elias Rocha de Sousa

Elias Rocha de Sousa
Secretário Mun. de Saúde
Portaria nº 006/2017

ANEXO A – PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO EM OBSTETRICIA

CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUES

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
OBSTETRICIA

BURITICUPU-MA

2018

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
1.INTRODUÇÃO	4
2.PROTOCOLO CR	5
2.1 DESMAIO MAL ESTA GERAL.....	8
2.2 DOR ABDOMINAL/ LOMBAR/ CONTRAÇÕES.....	9
2.3 DOR DE CABEÇA/VESTIGEM / TONTURA.....	10
2.4 FALTA DE AR/ SINTOMAS RESPIRATORIOS.....	11
2.5 FEBRE/ SINTOMAS DE INFECÇÃO.....	12
2.6 NAUSEAS E VÔMITOS.....	13
2.7 PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL.....	14
2.8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL.....	15
2.9 QUEIXAS URINARIAS.....	16
2.10 PARADA/ REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS.....	17
2.11 RELATOS DE CONVULSÃO.....	18
2.12 OUTRAS QUEIXAS/PACIENTES ENCAMINHADAS DE OUTRAS UNIDADES SEM REFERENCIAMENTO.....	19
3. CRITERIO DE ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUÊS	21
3.1 HEMOGLOBINOPATIAS E DOENÇAS IMUNES	21
3.2 HIPERTENSÃO	22
3.3 GESTAÇÃO MÚLTIPLA	22
3.4 CARDIOPATIAS	22
3.5 CARDIOPATIAS CONGÊNITAS	22
3.6 CARDIOMIOPATIAS	23
3.7 PNEUMOPATIAS	23
3.8 DST/ HIV	23
3.9 NEFROPATIAS	23
3.10 INFECÇÕES/ TORCH	23
3.11 MEDICINA FETAL	24

3.12 PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS E GRAVIDEZ.....	24
3.13 PREMATURIDADE.....	24
3.14 DIABETES MELLITUS E GESTACIONAL.....	25
3.15 ENDOCRINOPATIAS (TIREOIDOPATIAS E ADENOMAS HIPOFISÁRIOS).....	25
3.16 NEUROPATIAS\PSIQUIATRIA.....	25
3.17 DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS.....	26
3.18 ALTERAÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS GRAVES.....	26
3.19 PERDAS FETAIS DE REPETIÇÃO.....	26
4. PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA PARA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	27
4.1 MATERNIDADE DE REFERÊNCIA.....	27
4.2 PROTOCOLO PARA REALIZAR A TRANSFERÊNCIA.....	27
5. UNIDADES DE VINCULAÇÃO DO PARTO DE RISCO HABITUAL DO CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUÊS.....	28
ANEXO A – FICHA DE ATENDIMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	29

APRESENTAÇÃO

Esse protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR) trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues, 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 do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde, e contou com a colaboração da coordenação de enfermagem, diretores e trabalhadores do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues.

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

O Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues tem o compromisso com a mulher em acolher, classificar de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e de acordo com as normas estabelecidas pela secretária do município de Buriticupu e do Estado.

2. PROTOCOLO DE CR

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

Quadro 1 - 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)

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

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 exangüinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
 - Sangramento intenso: perda brusca \geq 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
 - Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);
 - Sangramento leve: \geq 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

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

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	≥ 140 ou ≤59 bpm 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

A Escala Visual Analógica (EVA), consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher.

Figura 1 - A Escala Visual Analógica

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

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).

Quadro 2 – Abordagem da 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?
 - 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**.

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

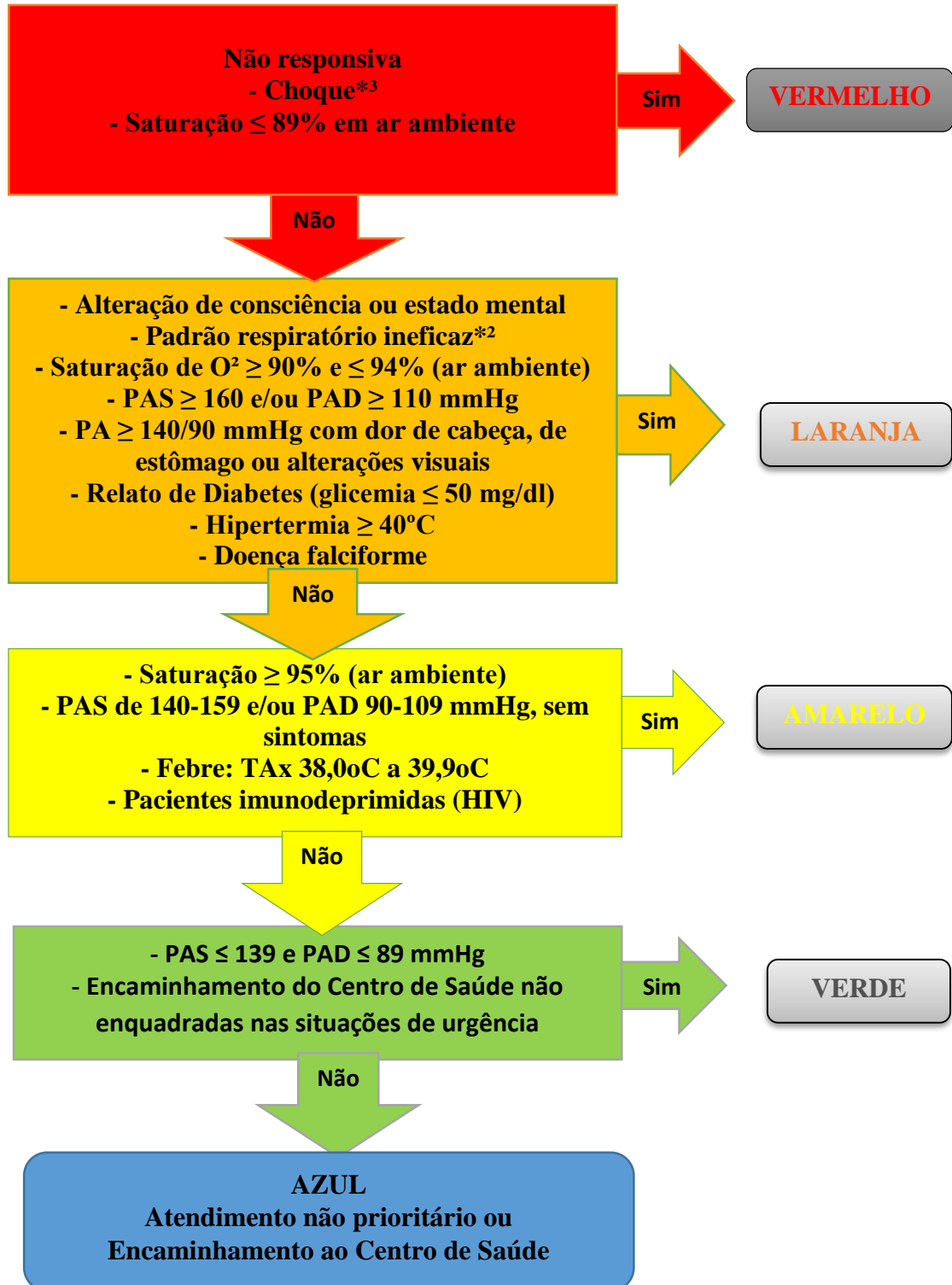
Fluxogramas de CR:

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.

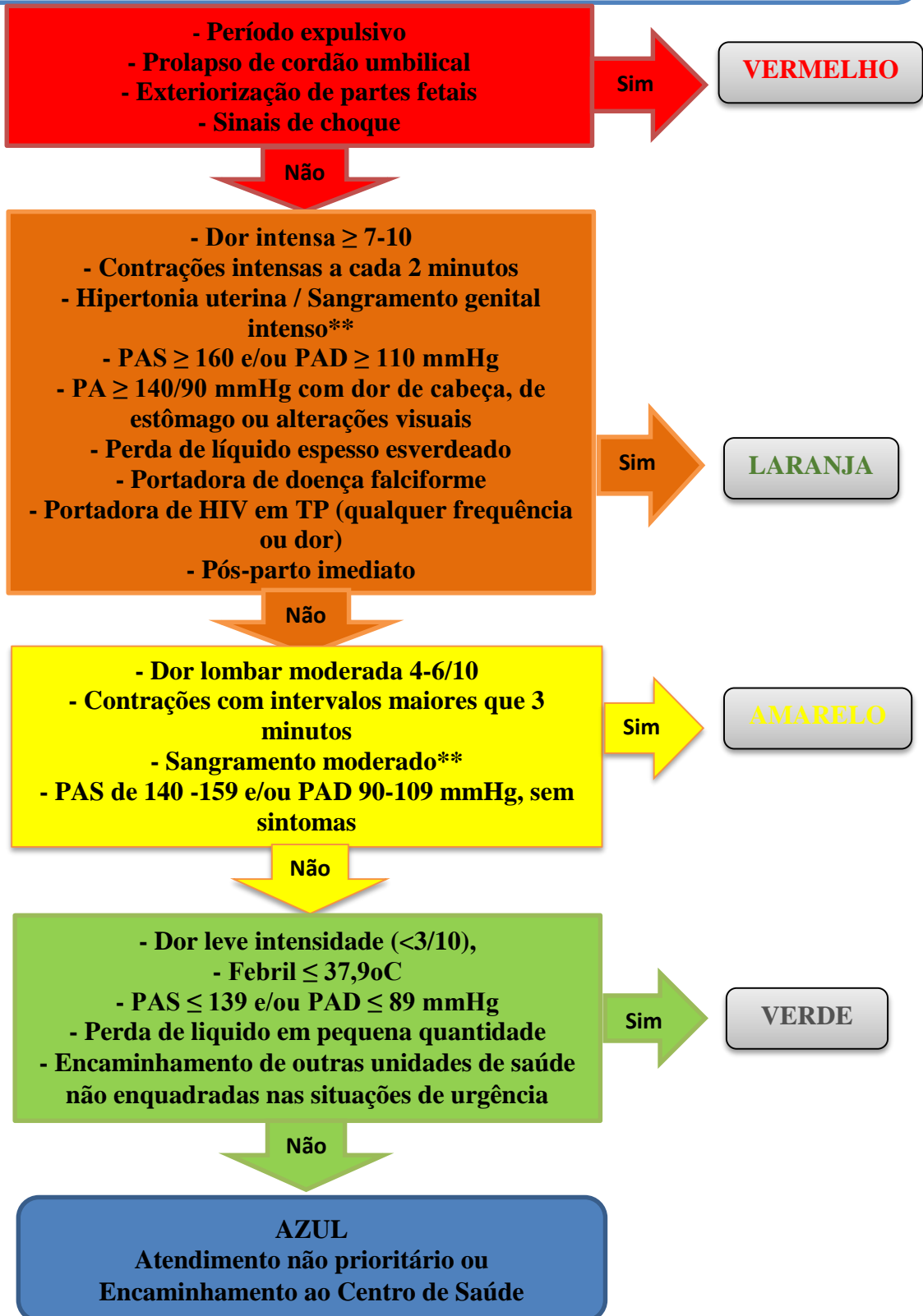
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PASSOS

- | |
|---|
| 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 |

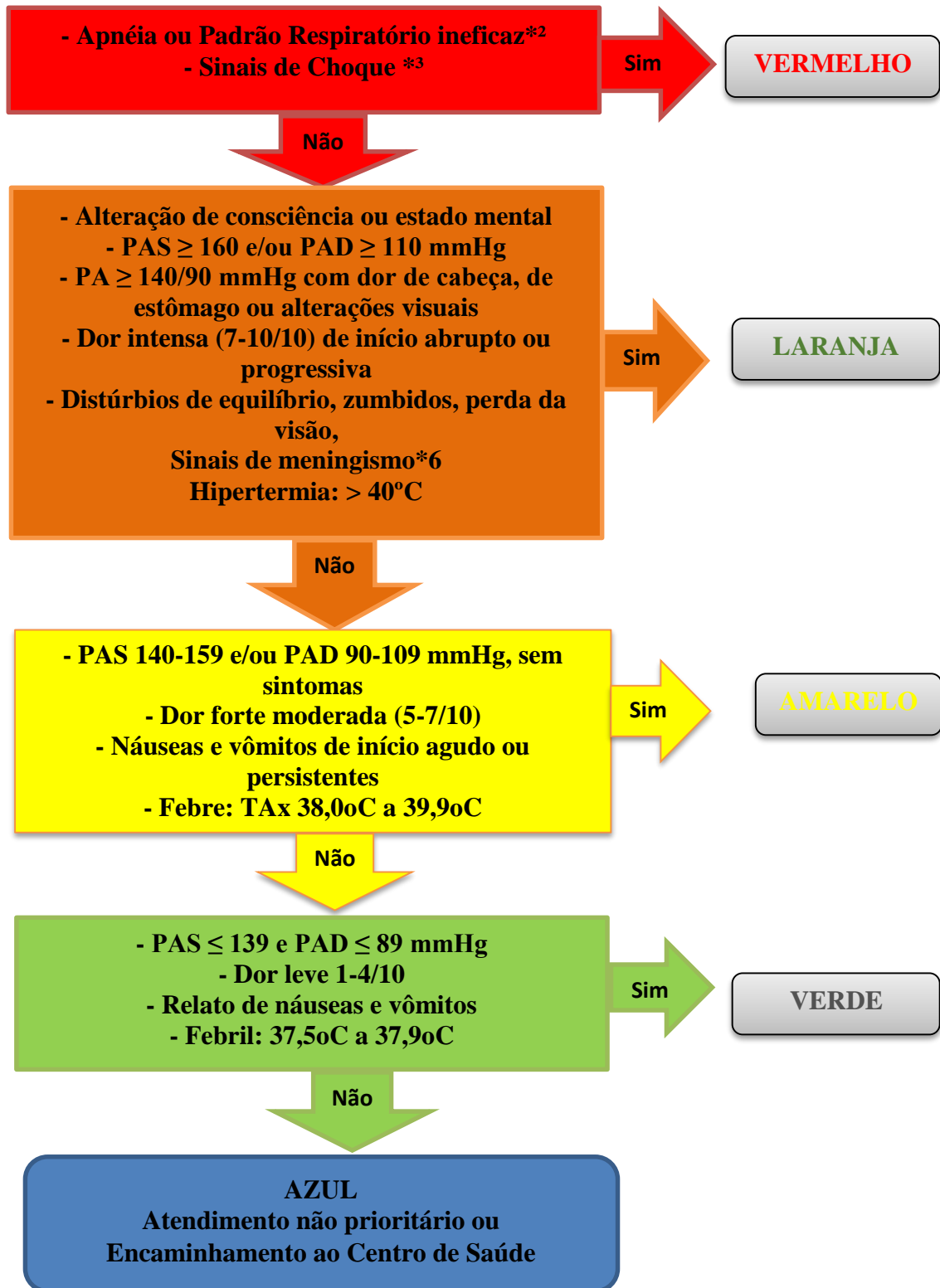
2.1 DESMAIO/MAL ESTAR GERAL



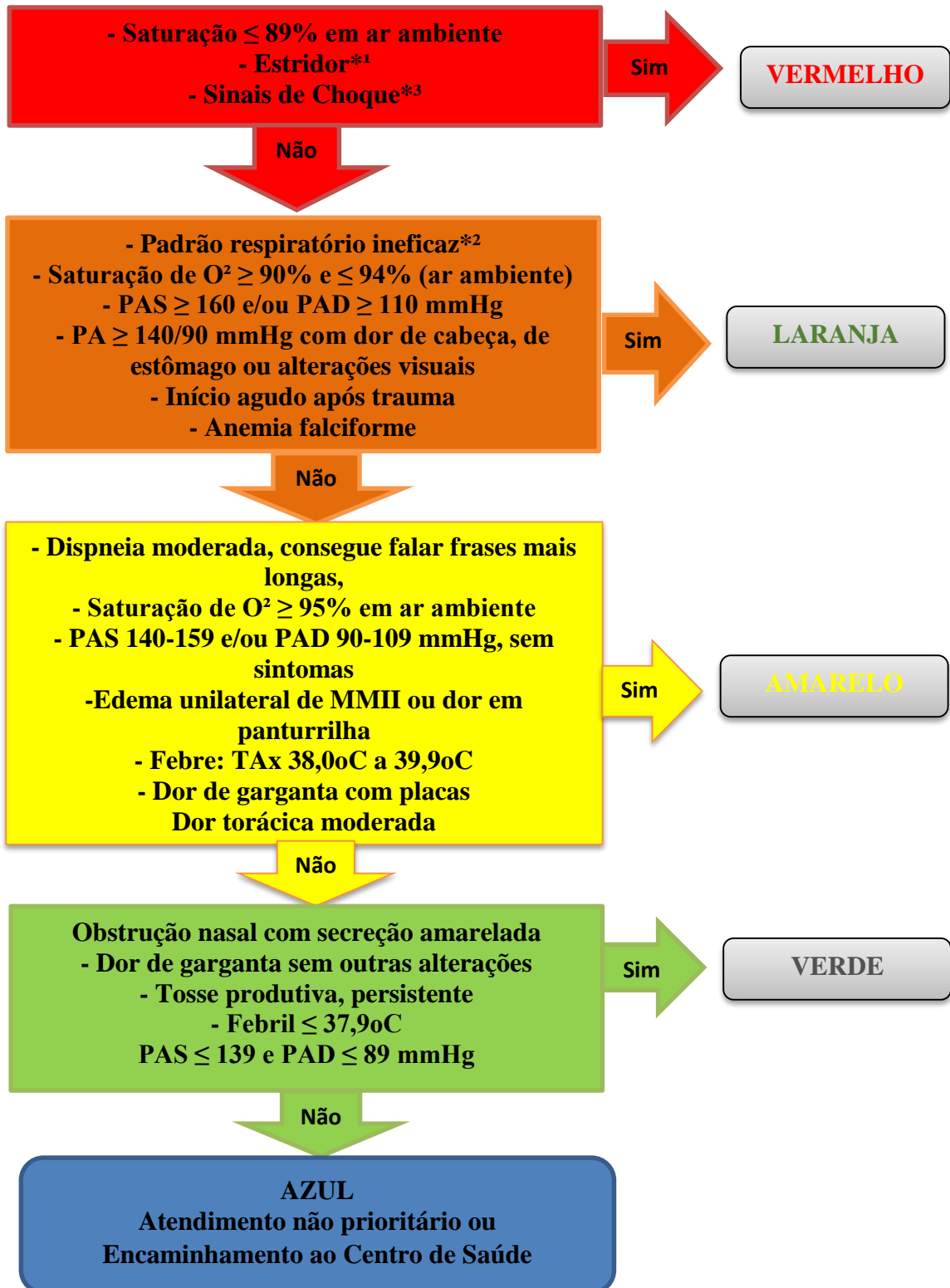
2.2 DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS



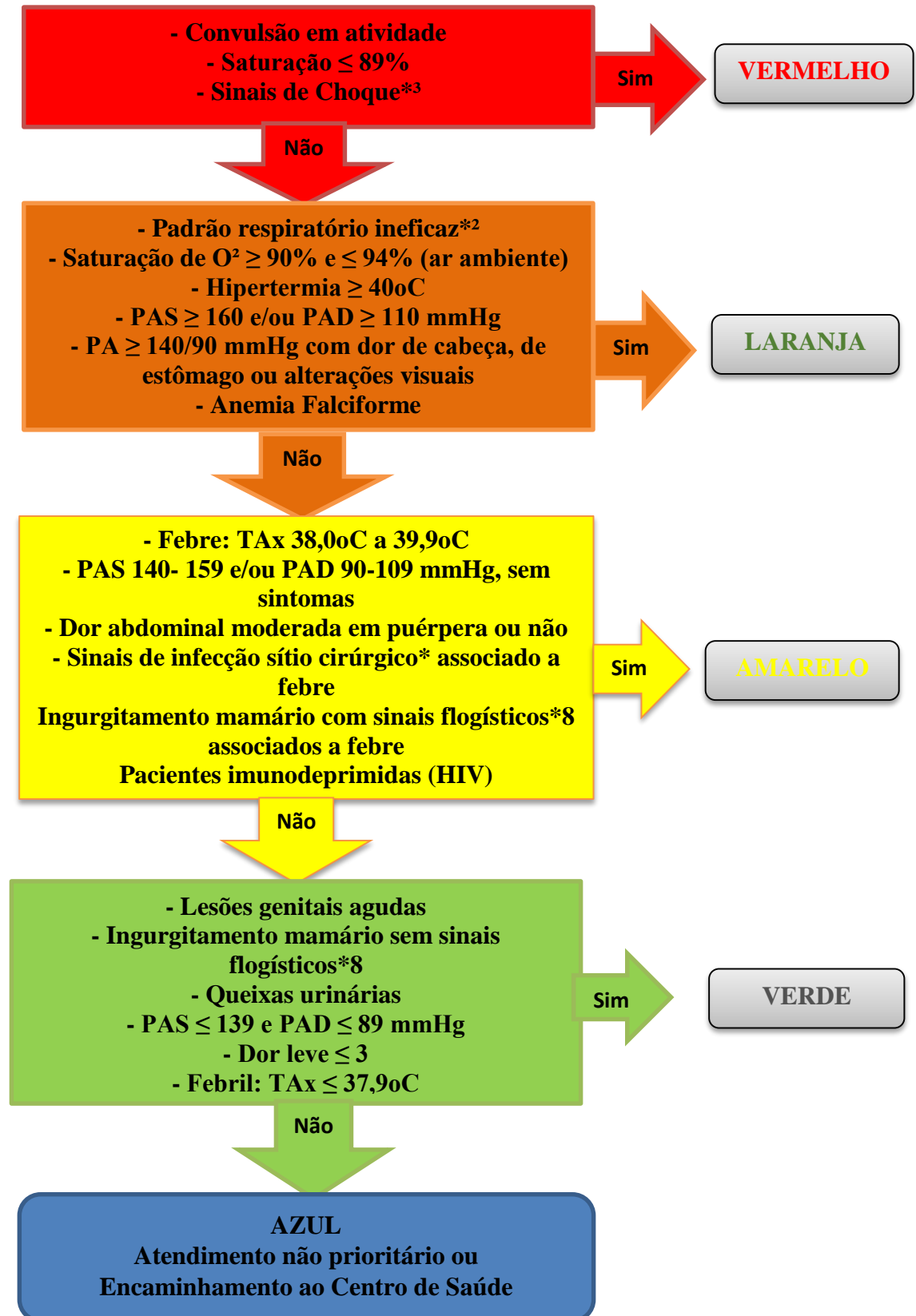
2.3 DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM



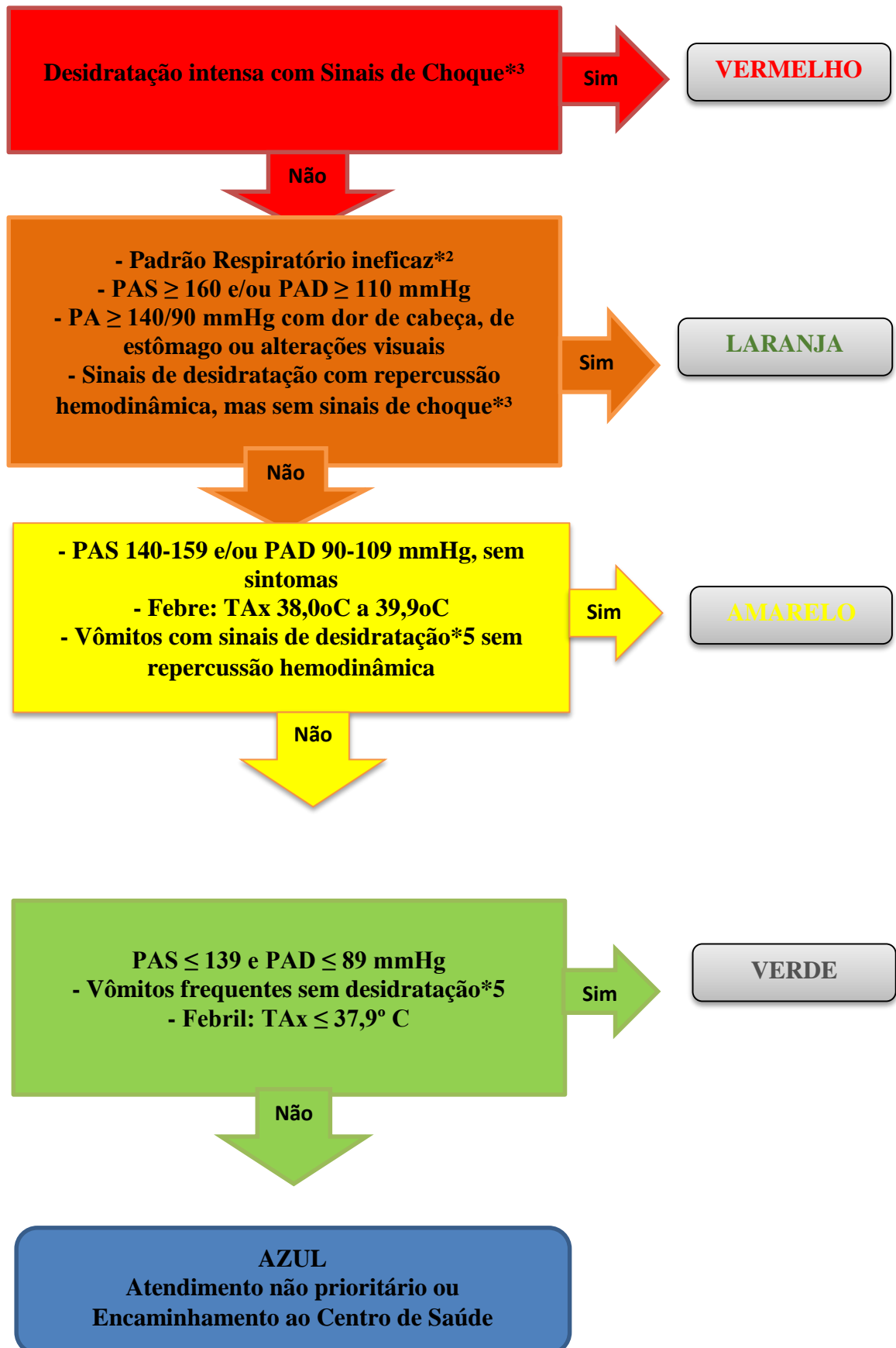
2.4 FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



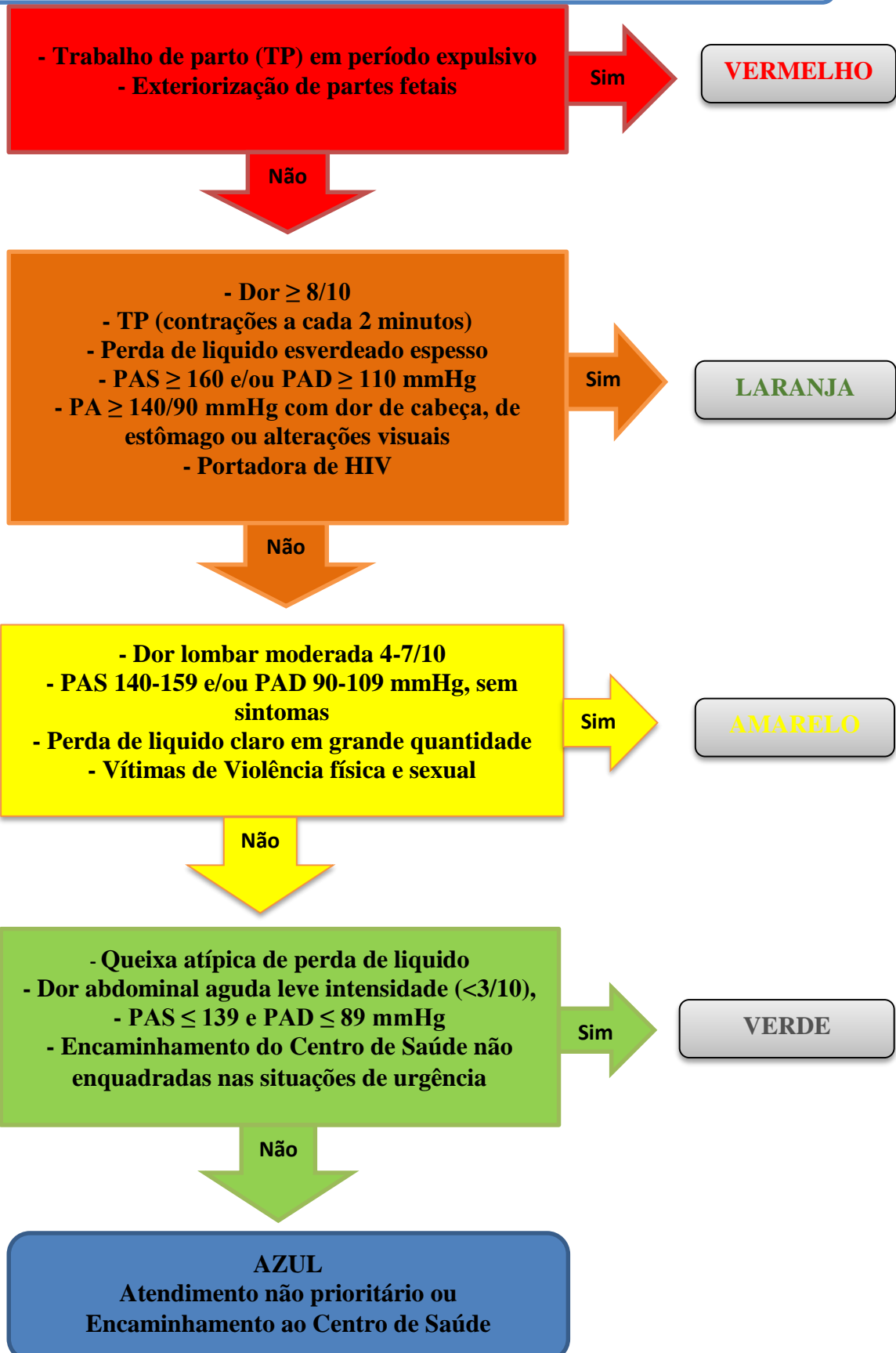
2.5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO



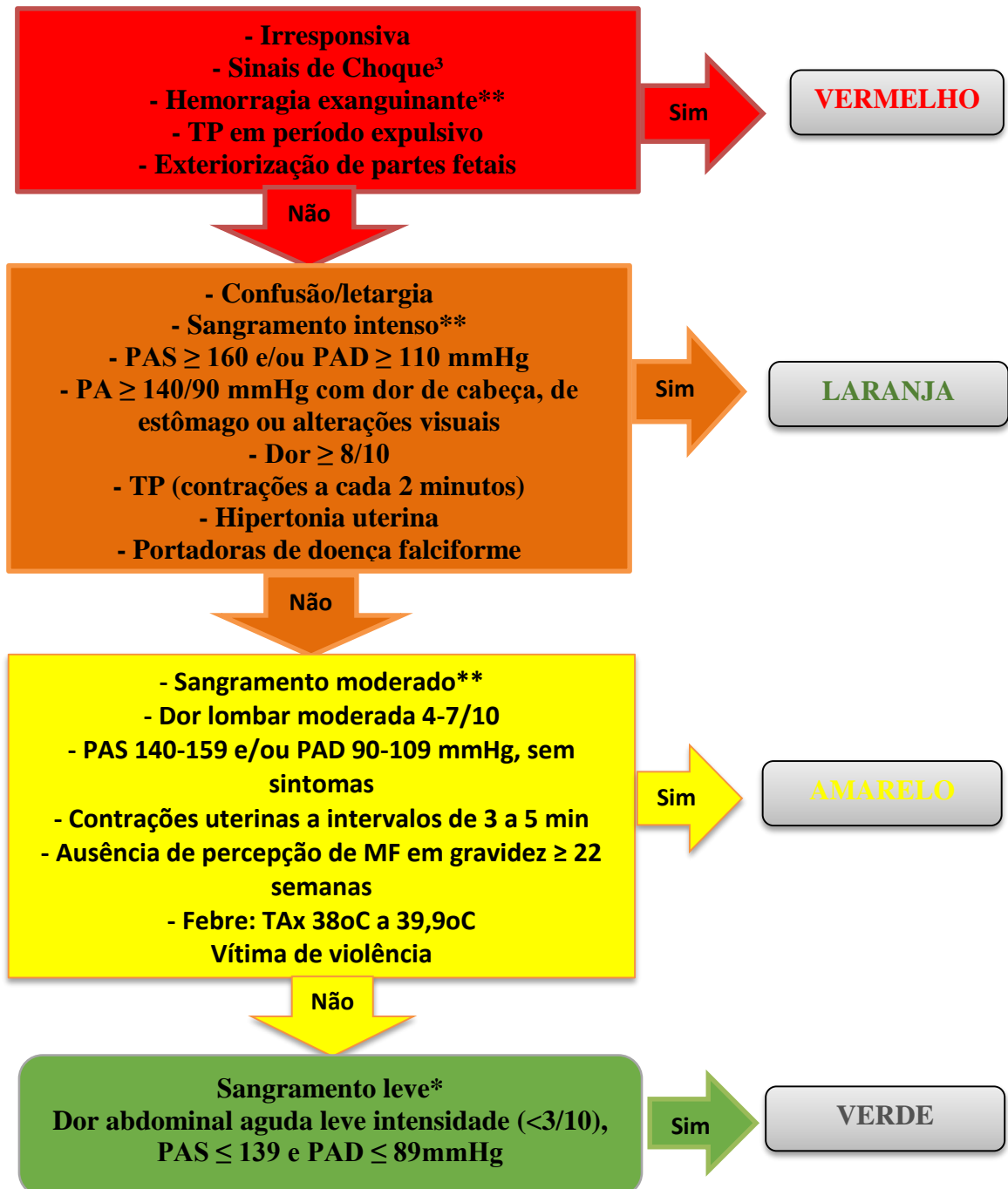
2.6 NÁUSEAS E VÔMITOS



2.7 PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL

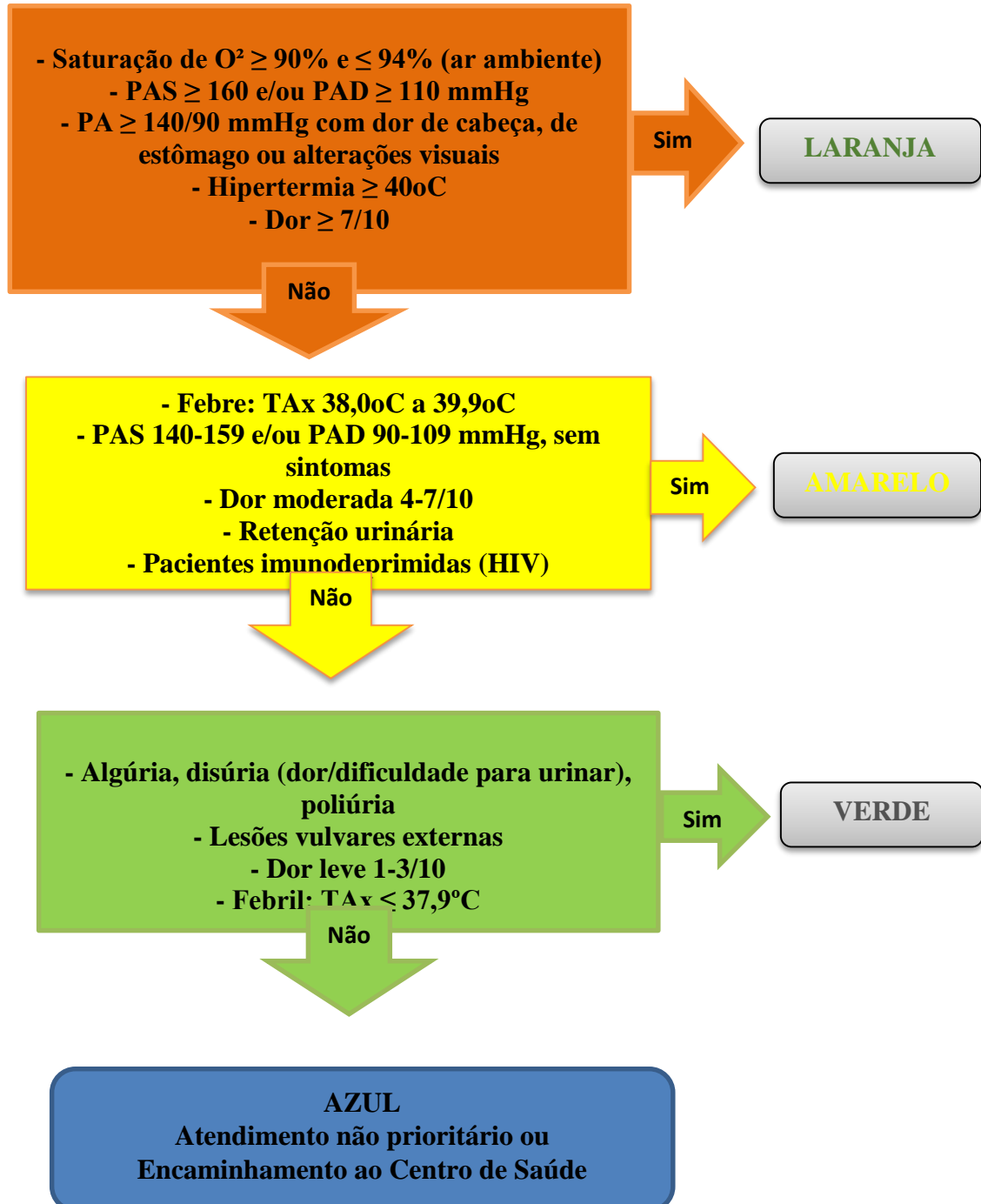


2.8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

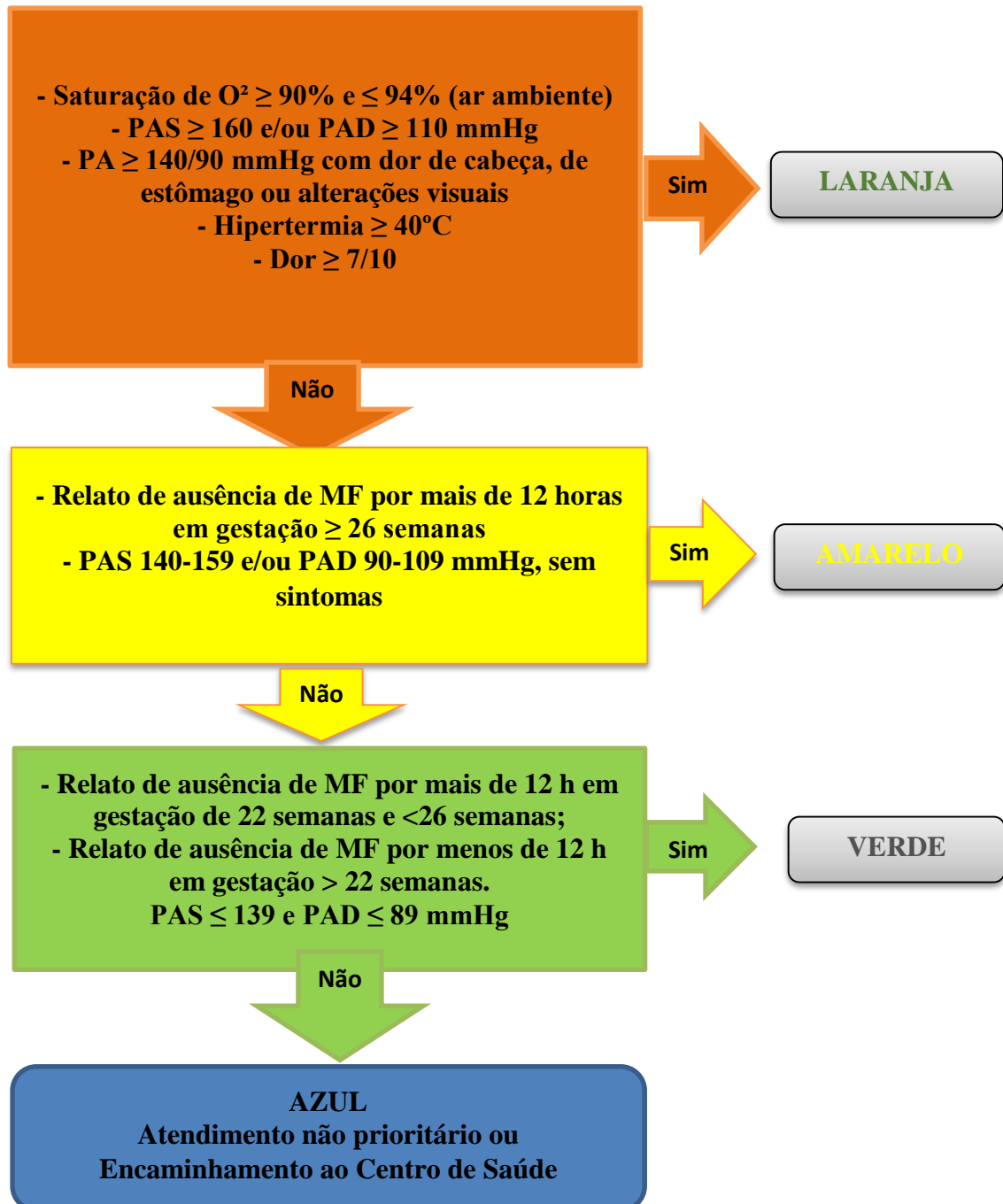


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exangüinante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100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

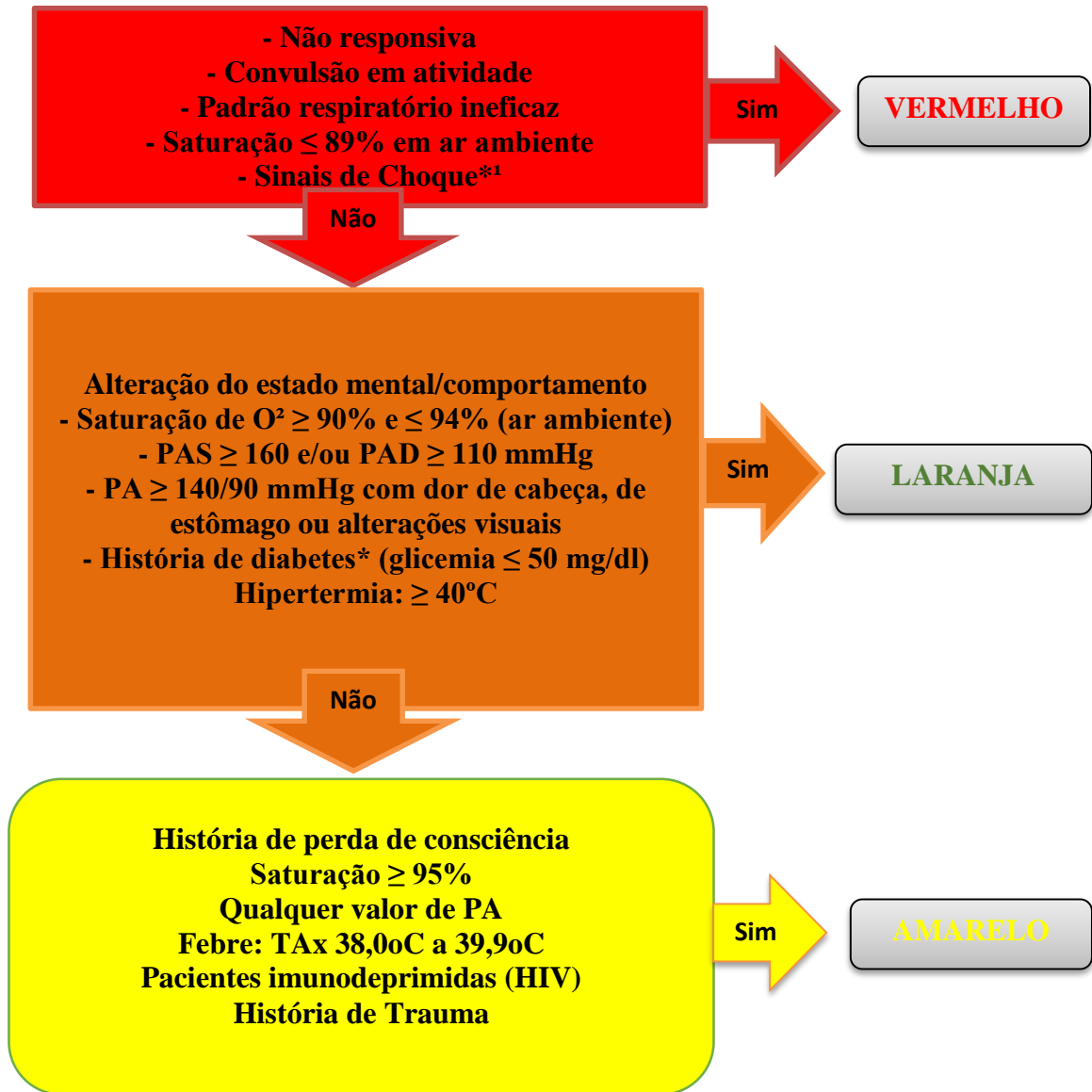
2.9 QUEIXAS URINÁRIAS



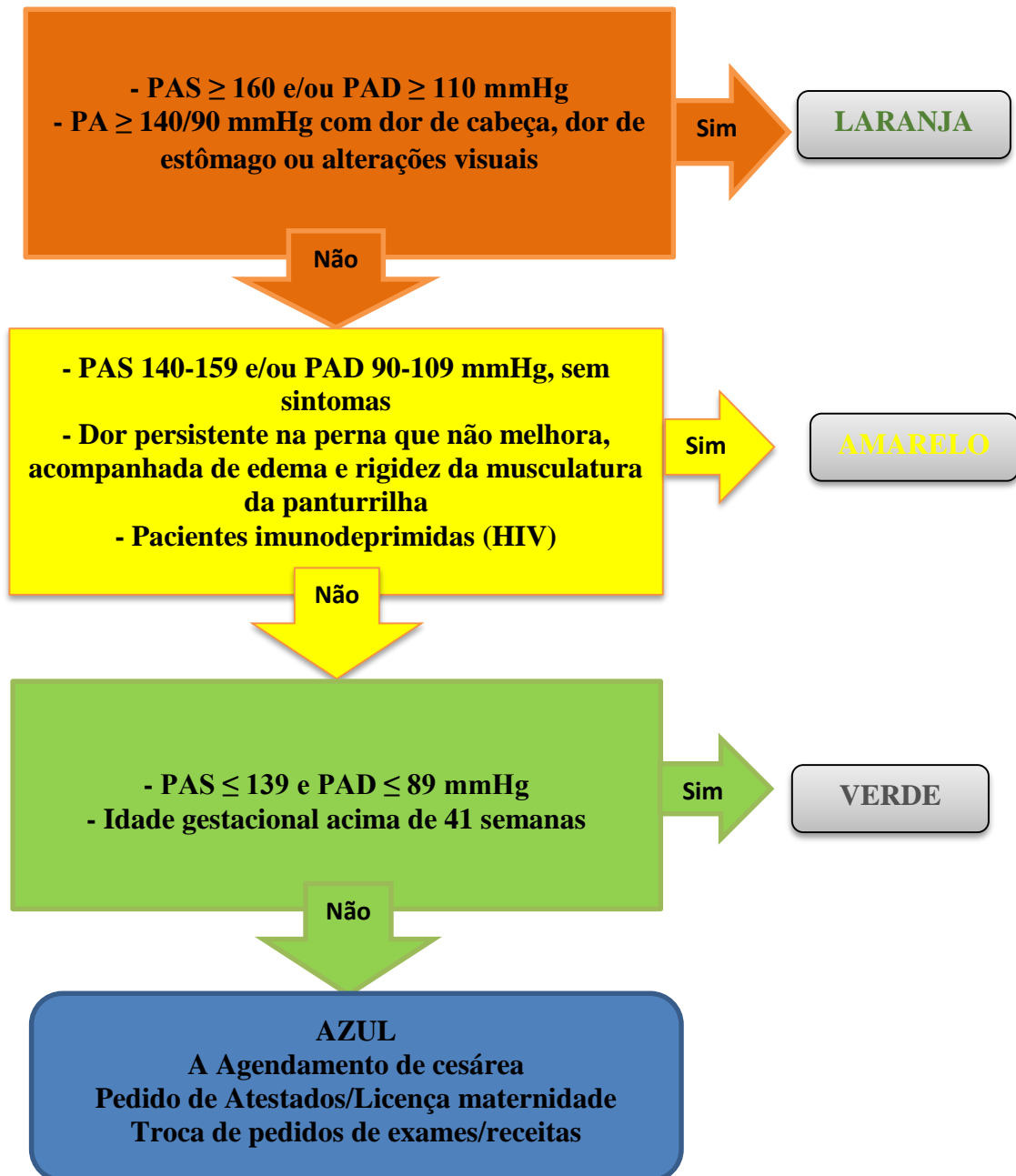
2.10 PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



2.11 RELATO DE CONVULSÃO



2.12 OUTRAS QUEIXAS/PACIENTES ENCAMINHADAS DE OUTRAS UNIDADES SEM REFERENCIAMENTO



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 \leq 80mmHg) Taquicardia (FC \geq 140bpm) ou Bradicardia (FC \leq 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)

- 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 no Centro de Parto.

3. CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**3.1 HEMOGLOBINOPATIAS E DOENÇAS IMUNES:**

- Anemia Ferropriva Grave - Hb < 8 mg/dl.
- Anemias resistentes a tratamento clínico e anemias de difícil controle (Megaloblástica, por exemplo).
- Anemia falciforme (excluir quando só tiver traço falcêmico).
- Coagulopatias diagnosticadas previamente por clínico geral ou hematologista.
- Colagenoses e outras doenças imunes (SAAF, LES, PÚRPURA, etc).
- Tromboses.

3.2 HIPERTENSÃO:

Todas as pacientes com hipertensão arterial até 34 semanas de gestação

- Hipertensão Crônica (essencial, nefrogênicas, outras.)
- Pre-eclâmpsia (DHEG).
- Gestante com antecedentes de Pré-Eclâmpsia ou Eclâmpsia.

3.3 GESTAÇÃO MÚLTIPLA:

Todas as pacientes com gestação múltipla (gemelar, trigemelar, quadrigemelar, etc.), até 28 semanas de gestação.

3.4 CARDIOPATIAS:

VALVOPATIAS

- Estenose Mitral
- Insuficiência Mitral
- Insuficiência aórtica
- Estenose Aórtica
- Valvopatia tricúspide
- Próteses valvares biológicas ou mecânicas

3.5 CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

- CIA
- CIV
- Persistência do canal arterial (PCA)
- Coarctação da aorta
- Estenose Aórtica
- Estenose pulmonar
- Tetralogia de Fallot
- Síndrome de Eisenmenger
- Anomalia de Epstein
- Prolapso de valva mitral
- Síndrome de Marfan

3.6 CARDIOMIOPATIAS:

- Dilatada
- Periparto
- Hipertrófica
- Restritiva
- Hipertensão pulmonar
- Doença coronariana
- Arritmias
-

3.7 PNEUMOPATIAS

- ASMA e DPOC: confirmada por espirometria e/ou laudo de pneumologista
- Tuberculose ativa na gestação atual – em uso de medicamento específico para Tb.

3.8 DST/ HIV:

- HIV confirmado
- Hepatites:
 - Hepatite B: HbsAg: Positivo
 - Hepatite C: Anti-HCV: positivo
- Sífilis – VDRL positivo
-

3.9 NEFROPATIAS:

- Comprometimento da função renal (IRC, dialítica ou não).
- Comprometimento da anatomia renal (hidronefrose, litíase renal\ureteral, duplicação de ureter, nefrectomia prévia).

3.10 INFECÇÕES/ TORCH:

- Toxoplasmose IgM positivo
- Rubéola IgM positivo
- Citomegalovírus IgM positivo

- Primoinfecção por Herpes
- Zika Vírus quando comprovado na gestação atual ou alterações ultrassonográficas (microcefalia ou calcificações cerebrais)

3.11 MEDICINA FETAL:

- Malformações Fetais
- Aloimunização – Coombs Indireto Positivo
- Hidropsia Fetal não imune
- Polihidrâmnio sem causa diagnosticada
- Oligohidrâmnio sem causa diagnosticada
- Restrição do crescimento fetal, sem doença materna
- Fetos com translucência nucal anormal
- Fetos com outros achados ultrassonográficos sugestivos de cromossomopatias
- Pacientes com risco aumentado para doença genética fetal (história familiar ou antecedente obstétrico)

3.12 PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS E GRAVIDEZ:

MIOMAS

- Aumento rápido da altura do fundo uterino
- Medida do FU duas vezes maior que o esperado para a idade gestacional
- Dor não controlável
- Mioma Subseroso ou intamural ≥ 6 cm
- Mioma submucoso de qualquer tamanho
- CISTO DE OVÁRIO COM VOLUME > 70 CM³
- MASSA COMPLEXA PÉLVICA
- NIC III E CÂNCER DE ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS

3.13 PREMATURIDADE:

- Placenta prévia após a 26ª semana
- Gestação pós-gravidez molar

- Histórico de óbito fetal intrauterino no terceiro trimestre em gravidez anterior
- Antecedente de parto prematuro espontâneo
- Gravidez com presença de DIU
- Gravidez pós-tratamento de infertilidade
- Gravidez após cerclagem do colo uterino

3.14 DIABETES MELLITUS E GESTACIONAL:

- Gestante com diabetes prévio;
- Glicemia de jejum na 1ª consulta de pré-natal > ou igual a 110mg/dl;
- Curva glicêmica alterada, TOTG 75g com três pontos, pelo menos um ponto da curva alterada (jejum: 92mg/dl, 1h75g: 180mg e 2h75g: 152mg/dl);
- Gestação anterior com Macrossomia fetal peso > 4000g e/ou DM diagnosticado na gestação anterior;
- Ambulatório de Obesidade e Gestação:
- IMC pré-gestacional > ou igual a 35 kg/m²;
- Paciente submetida à cirurgia bariátrica, independente do IMC;

3.15 ENDOCRINOPATIAS (TIREOIDOPATIAS E ADENOMAS HIPOFISÁRIOS):

- Pacientes com diagnóstico prévio a gestação de Hipotireoidismo ou Hipertireoidismo;
- Paciente com alteração da função da tireoide na gestação;
 - Hipotireoidismo – TSH > que 2,5 até a 20ª semana de gestação ou > 3,0 após a 20ª semana;
 - Hipertireoidismos – TSH supresso após o primeiro trimestre de gestação com T4 livre acima do limite superior de normalidade;
- NÃO encaminhar pacientes com nódulo de tireoide com função tireoidiana normal

3.16 NEUROPATIAS\PSIQUIATRIA:

- DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS
- Esquizofrenia
- Transtorno bipolar

- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Transtorno depressivo crônico
- Ansiedade moderada a grave
- Dependente de drogas ilícitas

3.17 DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS

- Epilepsia
- Esclerose múltipla
- Tumores do sistema nervoso central
- Miastenia gravis
- Acidente vascular cerebral

3.18 ALTERAÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS GRAVES

- Pacientes devem ter diagnóstico definido por profissional habilitado.
- Orientar trazer todos os medicamentos que estão em uso.
- Trazer todos os exames referentes à patologia que gerou o encaminhamento

3.19 PERDAS FETAIS DE REPETIÇÃO

- Aquelas com três ou mais perdas gestacionais espontâneas e consecutivas, que ocorreram antes da 20ª semana de gestação.
- Aquelas com dois abortos espontâneos e consecutivos, e idade superior a 35 anos, também devem ser referenciadas.
- As pacientes com diagnóstico confirmado de alguma das patologias descritas abaixo, devem ser referenciadas, independentemente do número de abortos:
 - Cromossomopatias: cariótipo do casal
 - Portador de translocação balanceada ou Robertsoniana (presente em um dos parceiros)
 - Portador de aberração cromossômica (homem, mulher ou ambos)

- Trombofilias adquiridas
 - Anticorpo anticardiolipina: IgG ou IgM
 - Anticoagulante lúpico (LAC)
 - Ac anti- β 2-glicoproteína I: IgG ou IgM

 - Trombofilias hereditárias
 - Fator V de Leiden
 - Mutação G20210A no gene da Protrombina
 - Hiperhomocisteinemia: Mutação C677T no gene da MTHFR (metilenotetrahidrofolato redutase)

 - Fatores anatômicos
 - Anomalias mullerianas
 - Pólipos uterinos
 - Sinéquias uterinas
 - Incompetência ístimo-cervical
- As pacientes que já foram submetidas à cerclagem, nesta gravidez, devem ser encaminhadas para o pré-natal de prematuridade.

4 PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO:

4.1 MATERNIDADE DE REFERÊNCIA:

Hospital Regional de Imperatriz



4.2 PROTOCOLO PARA REALIZAR A TRANSFERÊNCIA:

1. Informar a paciente e acompanhante, justificando a necessidade da transferência.
3. O médico de plantão deverá escrever o encaminhamento para que a paciente leve para a maternidade de referência, descrevendo os procedimentos já realizados no Centro de Partos.
4. A gestante deverá ser encaminhada com a ambulância do Centro de Parto, sendo acompanhada por um funcionário do Centro de Parto.

5 UNIDADES DE VINCULAÇÃO DO PARTO DE RISCO HABITUAL DO CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUES:

- US RUBENITA MACEDO KAVISTKE
- USF JOAQUIM DA SILVA
- USF VILA DAVI
- USF VILA PRIMO
- USF DEDISTO FLOR
- USF JOÃO DO CANAA
- USF SEGUNDO NUCLEO
- ESF SÃO FRANCISCO
- ESF 21 DE MAIO
- ESF BURITIZINHO
- ESF CENTRO DOS FARIAS
- ESF BREIJINHO
- ESF RAIMUNDO GOMES DE OLIVEIRA
- ESF TRILHA 410
- USF AÇUDE TERRA BELA
- USF VILA PRIMAVERA
- USF FRANCISCO MOREIRA DA SILVA
- USF FAIZA
- USF SÃO JOÃO
- US V VICINAL

ANEXO A – FICHA DE ATENDIMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

CLASSIFICAÇÃO: () VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL

NOME: _____

DATA: ___/___/___ IDADE: _____ CADSUS: _____

ENDEREÇO: _____

Horário de Chegada: ___/___/___ Horário de Classificação: _____

QUEIXA: _____

FLUXOGRAMA: _____

É Gestante? (S) (N) () INCERTEZA DUM: ___/___/___ IG: _____

Antecedentes Obstétricos: G ___ P ___ A ___

Parâmetros para Avaliação:

PA: ___ X ___ FC: ___ bpm FR: ___ irpm TEMP: ___ °C

SaTO₂: _____ GLICEMIA: _____ mg/dl

Contrações Uterinas: () Não () Sim Hipertonia Uterina: () Não () Sim

Dor: _____ /10 Localização: _____

Perda de Líquido: () Não () Sim Aspecto: () Claro () Meconial Fluido () Meconial espesso

Sangramento Vaginal: () Ausente () Pres. Sem Repercussão Hemodinâmica () Presente com Repercussão Hemodinâmica MF (+/-): _____ se ausente

Outras Queixas: _____

Medicamentos em Uso: _____

Observações: () Alergias () Drogas () Vítima de Violência

Horário do Término da Classificação: _____ Horário de Atendimento Clínico: _____

PROFISSIONAL