

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**Érika Marina Rabelo**

**TRIAGEM OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**Belo Horizonte  
2011**

**Érika Marina Rabelo**

## **TRIAGEM OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Ms. Sibylle Emilie Vogt

**Belo Horizonte  
2011**

R114 Rabelo, Érika Marina

Triagem obstétrica: uma revisão de literatura / Érika Marina Rabelo –  
Belo Horizonte : [s.n.], 2011.

36 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização  
em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais,  
Belo Horizonte.

Orientadora: Sibylle Emilie Vogt

Bibliografia: f. 31-33.

1. Triagem. 2. Acolhimento. 3. Obstetrícia. I. Vogt, Sibylle Emilie.  
II. Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: WY 154.2

Dedico este trabalho a meus queridos pais, Gilberto e Lourdes, que muito me amam e respeitam minhas decisões. E, ainda, me fizeram uma mulher digna e determinada, porém sonhadora.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiro a Deus e Nossa Senhora por terem me dado a força necessária para a concretização de mais um sonho, e nunca permitiram que mesmo nos momentos de fraqueza e solidão eu desistisse. Obrigada!

A meus pais, a meus irmãos, Emerson e Emília, e a família que me compreenderam em meus momentos mais difíceis e, cada um a sua forma, incentivaram-me para concluir o curso tão almejado por mim. Perdoem minhas ausências.

Às mulheres, gestantes, puérperas, seus filhos e suas famílias que me possibilitaram na trajetória do curso aprender um pouco mais do amor, do nascer, do parir e do viver.

Ao Hospital Sofia Feldman (HSF) que foi o cenário de todas as nossas dúvidas, conquistas, anseios e desafios.

Aos professores do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) e preceptores do HSF que doaram seus conhecimentos com muito desprendimento e paciência em prol de nossa sede de aprender a lidar com um dos momentos mais sublimes, misteriosos e únicos na vida de todo ser humano – o nascimento.

À Maternidade Hilda Brandão, meu local de trabalho, e todos os seus profissionais que também me cederam espaço, cumplicidade, força e carinho durante a realização do curso.

E aos amigos, aqueles que conquistei no CEEEO e todos que já tenho na vida, obrigada pelo ombro sempre amigo e acolhedor! E a querida Marcela, pelo apoio indispensável na construção das idéias.

Enfim, eu consegui! Estou vestindo a camisa da Enfermagem Obstétrica por toda a minha jornada!

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Pessoa

## RESUMO

O estudo teve como objetivo compreender como a enfermagem obstétrica pode contribuir para o processo de classificação de risco nas instituições com atendimento obstétrico. Trata-se de uma revisão bibliográfica tradicional em que foram acessados os bancos de dados LILACS via BVS e MEDLINE via Pubmed. Todas as publicações foram recuperadas na base de dados MEDLINE com os descritores combinados: triagem x acolhimento, triagem x obstetrícia, triagem x enfermagem. Foram selecionados 12 artigos, cinco de revisão e sete originais, publicados no período de 1989 a 2011. Todos os artigos selecionados estão no idioma inglês e são norte-americanos. Observou-se que a triagem obstétrica norte-americana está bem consolidada com a atuação de enfermeiras obstetras em diversas instituições e de diferentes formas, respaldada por protocolos institucionais. Porém ainda não há nenhuma produção científica sobre a atuação dessas enfermeiras na triagem, tanto no Brasil quanto em outros países. De uma forma geral, a triagem obstétrica contribui para a reorganização do fluxo das pacientes nos serviços, melhorando o atendimento às mulheres e a gestão dos leitos de internação. Para se dar melhor suporte à função da enfermeira obstetra em triagem, deve-se ampliar o conteúdo de triagem obstétrica nos currículos dos cursos de enfermagem, tendo em vista que é uma área em expansão mundial.

**Palavras-chave:** Triagem; Acolhimento; Enfermagem; Obstetrícia.

## **ABSTRACT**

The study aimed to understand how midwifery can contribute to the risk rating process and discuss how the nurse midwife may contribute to the resolution of the health system at national level, using protocols in emergency obstetric care. It is a traditional literature review that were accessed the databases LILACS via VHL and MEDLINE via Pubmed. All publications were retrieved in the MEDLINE database combined with the descriptors: screening x reception, screening x obstetrics, screening x nursing. We selected 12 articles, five types of literature review and seven original articles, from 1989 to 2011. All selected articles are in English and are American. It was observed that screening obstetric U.S. is well established with the performance of midwives in different institutions and different forms, backed by institutional protocols. But there is little scientific literature on the role of these nurses in triage, both in Brazil and other countries. In general obstetric screening contributes to the reorganization of the flow of patients in services, improving services to women and the management of hospital beds. For better function of the solidification of obstetrics nurse in screening should be expanded content screening in obstetrical training curricula of these professionals, given that this is a growth area worldwide.

**Keywords:** Screening; Care; Nursing; Obstetrics.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	Relação das referências selecionadas por título, periódico, ano de publicação, autor, categoria do artigo e temática central. Belo Horizonte, 2011.....	16
QUADRO 2	Acolhimento com classificação de risco – Quadro Síntese.....	35-36
FIGURA 1	Fluxograma da ACCR na Obstetrícia e Acolhimento com classificação de risco.....	34

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ATS©	Australian Triage Scale
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CTAS©	Canadian Triage and Acuity Scale
EMTALA	Emergency Medical Treatment and Active Labor Act
ESI©	Emergency Severity Index
EUA	Estados Unidos da América
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	National Library of Medicine
MS	Ministério da Saúde
MTS©	Manchester Triage System
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SMSA/PBH	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1</b>	<b>Classificação de risco: uma análise histórica.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2</b>	<b>Triagem obstétrica: experiências norte-americanas.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3</b>	<b>Gestão de risco e cuidados.....</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos serviços de urgência obstétrica são comuns as situações de atendimento a pacientes em estados agudos. Nem sempre são casos emergentes/urgentes, os quais necessitam de resolução rápida, no mesmo dia ou nas próximas horas (DIOGO, 2007). Para atender tais demandas e organizar a assistência nesses serviços, a diferenciação entre os conceitos de urgência e emergência torna-se pertinente. O Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução 1.451, de 10/03/1995 assim os descreve:

Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (CFM, 1995, p. 01).

Ainda, com a Portaria 615/2010 de 03 de agosto de 2010 que regulamenta a organização e o funcionamento dos serviços obstétricos, entende-se por unidades com urgência permanente e aberta ao exterior aquelas que recebem grávidas com mais de 32 semanas de gestação (BRASIL, 2010).

Mesmo com os programas de saúde pública, em todos os níveis de atenção, que absorvem boa parte da demanda espontânea, a procura dos usuários por assistência em Unidades de Urgência é grande e tais unidades ainda persistem como um gargalo da atenção à saúde no Brasil. Diante dessa situação crônica evidenciada nos serviços de saúde, a organização do fluxo de atendimento se torna um desafio para os governos (TOLEDO, 2009).

Como resposta a tais demandas, em 2001, e após a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), inicia-se uma padronização do acolhimento com classificação de risco em alguns hospitais brasileiros a fim de se organizar o fluxo do atendimento nas unidades de urgência com base em alguns protocolos internacionais (BRASIL, 2001; TOLEDO, 2009). A triagem para a organização do fluxo dos usuários nas unidades de urgência deve ser realizada de acordo com o potencial risco de morte, da morbidade apresentada no momento da procura pelo usuário, ou ainda de acordo com a

necessidade de apoio, diagnóstico e tratamento determinada por ela. A triagem nunca deve ser utilizada para fins de exclusão de atendimento (PIRES, 2003).

O acolhimento adequado, que se inicia com a classificação de risco protocolado, faz parte de uma assistência de qualidade e objetiva para a redução da mortalidade materna e neonatal. Nesse sentido, cabe ao profissional de saúde realizar um acolhimento da gestante/parturiente, pois

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004, p. 5).

No Brasil, o termo triagem não é bem aceito, pois remete à idéia errônea da decisão sobre quais pacientes receberão atendimento e quais não o receberão. É entendida, muitas vezes, como “o ato de mandar o paciente ir embora, sem atendimento” (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007, p. 71). Adotaram-se oficialmente no Brasil os termos Recepção, Acolhimento e Classificação de Risco num sentido de que todos terão suas queixas ouvidas e suas demandas resolvidas ou encaminhadas. Esse processo deve ser sempre conduzido de forma dinâmica, contínua, informativa e com priorização dos casos mais graves (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007). Nesta pesquisa, os termos classificação de risco e triagem serão usados como sinônimos.

A classificação de risco é a estratificação com prioridade clínica de acordo com o potencial risco de morte e morbidade do usuário, e é inserida no processo do acolhimento não de forma aleatória e subjetiva, mas guiada por um protocolo pré-estabelecido, determinando a agilidade da avaliação e o grau de atendimento especializado (TOLEDO, 2009).

No Brasil, a Portaria 2.048, de 02 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde (MS), coloca que o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) “... deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002, p. 18). O ACCR, portanto deve ser feito por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiro,

técnico de enfermagem, assistente social, equipe médica, profissionais da portaria/ recepção e estagiários.

Por meio dos protocolos de atendimento são identificados os pacientes com necessidade de avaliação imediata ou não, de acordo com o potencial de risco e/ou agravos à saúde, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade do agravo e não na ordem de chegada das pessoas ao serviço de urgência (BRASIL, 2004). Tais protocolos podem ser aplicados em âmbito institucional, municipal, estadual e/ou nacional e dão respaldo do profissional que o executam o atendimento.

Por sua vez, a condição obstétrica é considerada uma condição de urgência com diferentes níveis de necessidade de atendimento para cada paciente. A atenção obstétrica é classificada como um serviço de urgência contínua, pois tanto a mulher grávida em estado de dor, quanto mulheres com agravos de saúde que envolva riscos iminentes de morte materna e/ou fetal demandam atendimento imediato (ZOCCO *et al.*, 2007).

A mortalidade materna reflete o caráter de urgência, que envolve o estado gravídico. As mortes maternas aumentaram no Brasil em 2,1% entre 2000 e 2005, passando de 52,3 mulheres por cem mil nascidos vivos para 53,4 por cem mil nascidos vivos. É reconhecido, que 98% desses óbitos seriam evitáveis, caso essas mulheres obtivessem um atendimento de saúde adequado (BACOCINA, 2008). Para tentar conter o aumento da mortalidade materna, em 2000, foi lançado, pelo MS o “Guia para as orientações e condutas em urgências maternas”, constituindo o primeiro guia nacional de condutas para nortear as ações nessa área. No que se refere à mortalidade materna, predominam, no Brasil, as causas obstétricas diretas (74%) e, entre essas, eclâmpsia, hemorragia, infecção puerperal e aborto. A maioria desses óbitos é evitável com uma boa assistência no pré-natal, parto, puerpério e urgências/emergências maternas (BRASIL, 2000).

Seguindo as diretrizes do MS, em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH) publicou um “Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Principais Urgências Obstétricas” (BELO HORIZONTE, 2010), com aplicabilidade para todas as maternidades públicas da capital mineira, tendo como base a experiência, com adaptação, do Protocolo de Manchester® para a classificação de risco nas

unidades de pronto atendimento da cidade. Foi uma iniciativa inovadora em âmbito nacional e abre espaços para a discussão de outros protocolos assistências em urgências obstétricas.

Desse modo e a partir da vivência da pesquisadora com o protocolo acima citado, surgiu a necessidade de discutir o tema com o foco nas urgências obstétricas, considerando que ainda é incipiente em âmbito nacional. É necessário também contribuir e fornecer subsídios para o desenvolvimento e a consolidação dessa metodologia de trabalho, principalmente no que se refere à atuação do enfermeiro obstetra com esse tipo de protocolo.

## **2 OBJETIVO**

- ✓ Compreender de que forma a enfermagem obstétrica pode contribuir para o processo de classificação de risco em obstetrícia.



### 3 METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa de revisão bibliográfica tradicional. A pesquisa bibliográfica tradicional objetiva recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta. É sempre desenvolvida com base em material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos (RAUPP; BEUREN, 2004).

Para a seleção das publicações do presente estudo foram utilizados os seguintes bancos de dados: o da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), acessado via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o National Library of Medicine (MEDLINE), acessado via Pubmed no período de 1989 a 2011. Para tanto, foram acessados os sites <http://www.bireme.br/php/index.php> e <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>. Foram utilizados os descritores combinados: triagem x acolhimento, triagem x obstetrícia, triagem x enfermagem. Optou-se pelo acesso aos títulos e resumos para a seleção dos textos que comporiam esta pesquisa.

Como critério de inclusão, considerou-se, nos resumos completos, a abordagem da temática triagem/obstetrícia. Os idiomas selecionados foram o inglês e o português. O período de abrangência foi de 1989 a 2011. O período de coleta de dados foi de outubro de 2010 a abril de 2011.

Após essa seleção, todos os resumos foram submetidos à leitura cuidadosa para se garantir a inclusão somente de textos relacionados ao tema central do estudo. Como procedimento de análise dos textos indexados, realizou-se, primeiramente, a caracterização do conteúdo e dos resultados de cada artigo e a extração dos aspectos relevantes relacionados ao tema de pesquisa. Os textos analisados foram organizados num quadro-texto de acordo com: título, nome do periódico, ano de publicação, autores, categoria do artigo e temática central.

Após a categorização, os textos foram discutidos tendo como enfoque o papel do enfermeiro obstetra na Classificação de Risco/Triagem.

#### 4 ANÁLISE DOS DADOS

Por meio da combinação dos descritores, triagem x acolhimento, triagem x obstetrícia, triagem x enfermagem obteve-se, no levantamento bibliográfico, 247 referências, todas da base de dados Medline via Pubmed. Na pesquisa na base de dados LILACS via BVS, mesmo sem critérios de seleção, não foram recuperados resultados com os descritores acima. Dos 247 artigos recuperados, após a leitura cuidadosa dos títulos e resumos, foram selecionados 12 artigos para compor o estudo. Todos os artigos selecionados para o estudo estão disponíveis no idioma inglês, são norte-americanos e foram traduzidos na íntegra para o português para a melhor compreensão dos conteúdos abordados.

#### QUADRO 1

Relação das referências selecionadas por título, periódico, ano de publicação, autor, categoria do artigo e temática central. Belo Horizonte, 2011.

Continua

<b>Título</b>	<b>Periódico/Ano</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Categoria do artigo</b>	<b>Temática central</b>
"A maternity patient classification system"	Journal of Nursing Management, 1989	Schwamb, J.	Artigo original	Modelos, métodos e experiências vivenciados com a triagem obstétrica
"A formalized approach to obstetric-gynecologic triage"	Journal of Emergency Nursing, 1993	Reid-McKee, N.	Artigo original	Modelos, métodos e experiências vivenciados com a triagem obstétrica
"Obstetric triage selected clinical management strategies by nurse-midwives in an academic tertiary facility"	Journal Perinat Nurs, 1996	Angelini, D. J; Menihan, C. A.	Artigo Original	Modelos, métodos e experiências vivenciados com a triagem obstétrica

## QUADRO 1

Relação das referências selecionadas por título, periódico, ano de publicação, autor, categoria do artigo e temática central. Belo Horizonte, 2011.

Continua

<b>Título</b>	<b>Periódico/Ano</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Categoria do artigo</b>	<b>Temática central</b>
“The process of obstetric triage: management by certified nurse-midwives”	The Journal of Perinat and Neonatal Nursing, 1996	Austin, D. A.	Artigo de revisão	Gestão do cuidado
“Obstetric triage in 10 U.S. midwifery practices”	Journal of Nurse-Midwifery, 1999	Angelini, D. J.	Artigo original	Modelos, métodos e experiências vivenciados com a triagem obstétrica
“The utilization of nurse-midwives as providers of obstetric triage services”	Journal of Nurse-Midwifery, 1999	Angelini, D. J.	Artigo original	Modelos, métodos e experiências vivenciados com a triagem obstétrica
“Quality management activities in the obstetric triage setting”	Journal of Nurse-Midwifery, 1999	Ament, L.	Artigo de revisão	Gestão do cuidado
“Obstetric triage and advanced practice nursing”	Journal Perinat Neonat Nurs, 2000	Angelini, D. J.	Artigo de revisão	História da triagem obstétrica
“Creating a patient classification system-one birth center’s experience in the triage process”	Journal Perinat Neonat Nurs, 2000	Loper, D.; Hom, E.	Artigo original	Modelos, métodos e experiências vivenciados com a triagem obstétrica
“Liability in triage: management of EMTALA regulations and common obstetric risks”	Journal of Midwifery Womens Health, 2005	Angelini, D. J.	Artigo de revisão	História da triagem/ Legislação norte americana – EMTALA

## QUADRO 1

Relação das referências selecionadas por título, periódico, ano de publicação, autor, categoria do artigo e temática central. Belo Horizonte, 2011.

Conclusão

Título	Periódico/Ano	Autor(es)	Categoria do artigo	Temática central
"Obstetric triage state of the practice"	Journal Perinat Neonat Nurs, 2006	Angelini, D. J.	Artigo de revisão	História da triagem obstétrica
"A systems analysis of obstetric triage"	Journal Perinat Neonat Nurs, 2007	Zocco, J.; Willians, M. J.; LongoBuco, D. B.; Bersntein, B.	Artigo original	Modelos, métodos e experiências vivenciados com a triagem obstétrica

Entre os 12 artigos selecionados para compor este estudo, sete são originais e cinco são de revisão. Todos foram encontrados na base de dados Medline e estão indexados em revistas científicas internacionais. Foram criadas, após a leitura cuidadosa dos textos, três categorias para enquadrar os artigos selecionados a fim a fornecer uma melhor abordagem temática e discussão dos conteúdos encontrados. A primeira categoria refere-se à história da triagem obstétrica que se fundamenta com a legislação norte-americana respectiva (três artigos). A segunda categoria diz respeito às experiências vivenciadas em diversos centros de triagem e hospitais norte-americanos com os modelos e métodos de trabalho na triagem obstétrica (sete artigos). A terceira categoria remonta aos aspectos envolvidos na gestão de cuidados, riscos e qualidade nos serviços com a triagem obstétrica (dois artigos).

#### 4.1 Classificação de risco: uma análise histórica

A história da classificação de risco tem suas origens no exército americano que, já no século XIX, organizou o atendimento aos soldados feridos em guerra de acordo com prioridades colocadas pela gravidade dos ferimentos. A classificação de risco foi novamente utilizada na década de 1950 nos Estados Unidos da América (EUA), com o intuito de reorganizar o atendimento médico. Nessa época, já se observava a sobrecarga dos serviços de urgência,

principalmente nos finais de semana quando os consultórios médicos estavam fechados, demandando uma organização da assistência. Tomou-se então, como referência, a classificação de risco utilizada no período de guerra que foi adaptada de acordo com a realidade da época, o que resultou numa triagem efetiva dos casos mais graves e na melhoria do atendimento nos serviços de urgência (AUSTIN, 1996; ANGELINI, 1999b).

Essa iniciativa deu origem ao desenvolvimento, nas décadas seguintes e em diferentes países, a vários protocolos de triagem. Destacam-se hoje quatro protocolos que são utilizados nos serviços de classificação de risco das unidades de urgência e emergência em nível mundial: o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS®), o Australian Triage Scale (ATS®), o Emergency Severity Index (ESI®) e o Manchester Triage System (MTS®) (TOLEDO, 2009).

No que se refere à triagem obstétrica, conforme Angelini (2000), as parteiras e enfermeiras obstetras vêm realizando triagens tradicionais ao longo de muitos anos, com o intuito de acomodar o maior volume de pacientes. Porém, a partir dos últimos 20 anos as enfermeiras obstetras e parteiras começaram a documentar sua capacidade como principais prestadores de cuidados na triagem obstétrica. Em 1985, de acordo com Angelini (2000), foi registrada, pela primeira vez, a atuação da enfermeira de triagem obstétrica para organizar o fluxo de pacientes que davam entrada nos serviços. Definiu-se, assim, o perfil das mulheres da unidade de emergência de grandes centros obstétricos, numa base de tempo ideal para uma avaliação que garanta uma assistência mais adequada ao risco das pacientes.

Ainda conforme Angelini (2000), a triagem obstétrica é um tema que vem ganhando espaço na literatura perinatal, mesmo que os enfermeiros perinatais norte-americanos já venham trabalhando com ela por muitos anos informalmente. No entanto, apenas recentemente é que os serviços de atenção obstétrica têm designado funcionários especificamente para essa função e pesquisas estão sendo realizadas. Pelo fato de as enfermeiras obstetras e parteiras poderem atuar de forma autônoma em gestações de risco habitual, a triagem de mulheres com riscos gestacionais constitui uma competência clara desses profissionais. Somente nos últimos 10 anos, a capacidade desses profissionais como principais prestadores de cuidados na triagem obstétrica foi documentada (ANGELINI, 2000).

Em muitas instituições norte-americanas, durante as décadas de 1980 e 1990, vários leitos de trabalho de parto foram ocupados por gestantes com queixas não relacionadas ao trabalho de

parto. Desse modo, a triagem surge da tentativa de diminuir o número de pacientes admitidas nos serviços que não estavam em trabalho de parto ou trabalho de parto prematuro (ANGELINI, 2000). Percebe-se, com isso, um significado efetivo da triagem obstétrica, especialmente em serviços de alto volume, podendo ser extremamente útil na gestão dos leitos e na classificação dos riscos das pacientes.

Angelini (2000) refere que a triagem obstétrica inclui a avaliação de trabalho de parto prematuro, bem como a definição da fase latente e ativa do trabalho de parto e a avaliação do bem-estar fetal eliminando o congestionamento na porta de entrada dos serviços. Também permite que apenas mulheres em trabalho de parto ativo sejam admitidas e minimiza o potencial risco de intervenções medicamentosas precoces. Desse modo, as pacientes passam menos tempo internadas nas instituições que têm a unidade de triagem do que naquelas com cuidados tradicionais e ficam mais satisfeitas com o atendimento prestado.

Uma ficha específica para a realização da triagem obstétrica foi desenvolvida para documentar o atendimento como resposta a um número de questões jurídicas, incluindo as restrições financeiras, uso inadequado de leitos no trabalho de parto, um aumento no número de nascimentos e insatisfação pessoal da usuária. A assistência obstétrica deve, conforme normas nacionais (baseadas em evidências), ser pautada em um protocolo institucional para gerenciar as gestantes envolvidas (ANGELINE, 2000).

De acordo com Angelini e Mahlmeister (2005), a “Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)” ou a “Lei sobre o Tratamento Médico de Emergência e o Trabalho de Parto Ativo” (tradução da autora), é uma regulamentação norte-americana publicada em 2003, para a imposição de normas federais para o atendimento médico de mulheres gestantes em situações de emergência, tendo em vista a recusa de algumas instituições em receber pacientes não seguradas ou a transferência inadequada para outras unidades. O propósito da lei é garantir que aos pacientes com emergências médicas, incluindo as mulheres em trabalho de parto, não seja negado tratamento com base em quaisquer outros motivos que não aqueles que refletem a capacidade do hospital para examinar, realizar testes e tratamento do estado de emergência. A mesma lei define que o profissional qualificado para realizar os processos de triagem é todo aquele de nível superior que foi treinado pelo hospital e está protegido por seus protocolos institucionais. Qualquer situação que fuja aos limites do protocolo institucional deve ser avaliada pelo médico competente. A EMTALA considera que toda mulher em

trabalho de parto ativo está em uma condição de emergência, e, portanto, é instável. Essa regulamentação delinea o respaldo legal da enfermeira obstetra e da instituição e norteia as ações em quadros clínicos que não correspondem a sua competência, como registros corretos e claros sobre o atendimento, orientações e transferências (ANGELINI; MAHLMEISTER, 2005).

Atualmente, parteiras e enfermeiras obstetras são as prestadoras de serviços de triagem obstétrica norte-americana, porém existem questões a serem discutidas após essa expansão das responsabilidades na triagem. Um fator que beneficiou as parteiras ou enfermeiras obstetras foi o de terem adquirido competências adicionais de ultrassom como parte de suas responsabilidades na triagem (ANGELINI, 2000).

Embora, nos EUA, nos últimos 10 anos, a triagem obstétrica tenha se integrado plenamente às necessidades dos serviços perinatais, estratégias para modificar/minimizar os riscos de responsabilidade civil incluem: que a triagem deve ocorrer de maneira oportuna (local e forma); a reavaliação deve ser completa; bem como o desenvolvimento de orientações úteis às gestantes; a documentação de competências e dos eventos deve ser completa, clara e objetiva; e ainda o uso informatizado de bancos de dados baseados em evidências científicas (ANGELINI, 2006).

#### **4.2 Triagem obstétrica: experiências norte-americanas**

Um sistema de classificação de risco de pacientes, ou de gravidade de cada paciente, envolve uma identificação sistemática e uma avaliação dos riscos a que esse indivíduo está submetido, e ainda uma avaliação do cuidado individualizado que ao mesmo será despendido (SCHWAMB, 1989). Reid-McKee (1993) refere que a triagem é o método de avaliação do paciente na chegada ao serviço de urgência quando se lhe atribui uma categoria de urgência. Tendo em vista essa avaliação inicial, os pacientes com situações potencialmente fatais são encaminhados para atendimento médico imediato e uma segunda avaliação é realizada com os pacientes restantes, priorizando os problemas identificados de acordo com o grau de urgência. Ainda conforme o mesmo autor, é necessária a avaliação de informações subjetivas e objetivas que levem à análise e à identificação do problema; então, prioriza-se o atendimento do paciente com relação ao estado dos outros pacientes na área de triagem. É importante que haja uma reavaliação constante enquanto se espera o atendimento.

Reid-McKee (1993) divide os pacientes em três categorias:

- 1- “Urgente: condições que podem ser fatais (como parada cardiorrespiratória, estados de choque, descolamento prematuro de placenta, sangramento ativo e volumoso, crises hipertensivas, prolapso de cordão, período expulsivo do parto, dor abdominal intensa, desorientação, estado pós-comicial, entre outros);
- 2- Agudo: condição de ser tratado o mais rapidamente possível, pode se tornar urgente (como tonturas/vertigens, trabalho de parto prematuro, sangramento vaginal moderado, hipertensão arterial crônica, estado febril, dor abdominal moderada, trabalho de parto ativo, ruptura de membranas, entre outros);
- 3- Não agudo: condição que permite que as pacientes esperem por sua vez para serem atendidas (como corrimento vaginal, disúria, náuseas e vômitos, história de sangramento pequeno, amniorrécia, entre outros)” (REID-MCKEE, 1993, p. 20, tradução da autora).

Os pacientes então são avaliados de acordo com o tempo e a classificação, salvo informações adicionais que chamem a atenção para mais cedo. O tempo de espera entre o atendimento foi um questão que envolveu muitas discussões quando da implantação do sistema de classificação de risco no hospital citado no estudo de Reid-McKee (1993). Foi então sugerido que as pacientes de urgência deveriam ser vistos no prazo máximo de 15 minutos e os pacientes agudos dentro de 30 a 60 minutos, porém, devido a questões jurídicas, esses prazos não existem mais e as pacientes são atendidas o quanto antes pela equipe de saúde. Essa equipe, por sua vez, tem responsabilidade para tomar decisões gerenciais com base em situações e circunstâncias individuais, o que pode alterar a classificação individual de triagem.

Um aspecto importante citado por Reid-McKee (1993) é que a enfermeira obstetra ou a parteira é responsável pela paciente a partir o momento que a mesma passa pela triagem, e até que haja um desfecho de sua queixa principal, isso inclui o tempo de espera na área de análise de emergência. A triagem ou classificação de risco implementada exige um suporte para que esse trabalho seja desenvolvido. Desse modo, toda a equipe deve estar envolvida para o sucesso dessa nova abordagem, desde o pessoal de suporte administrativo até os enfermeiros e médicos. No início da proposta, o novo sistema de triagem não foi recebido com muito entusiasmo, pois muitos enfermeiros acreditaram que mais trabalho e responsabilidades seriam cobrados deles; porém, as experiências foram bem sucedidas e os enfermeiros identificaram melhor os fatores de risco nas gestantes e iniciaram intervenções precoces. A



equipe médica, por sua vez, respondeu de forma positiva à enfermeira na triagem quando reconheceram a paciente de risco e programaram um plano de ação em resposta a sua avaliação (REID-MCKEE, 1993).

Inicialmente, quando as enfermeiras obstetras e parteiras começaram a sistematizar o trabalho na área de emergência, o foco era avaliar mulheres no trabalho de parto, com pequenas alterações na gravidez e poucas reclamações ginecológicas. Com o tempo, essa função expandiu-se para incluir acesso de pacientes de alto risco, realizar avaliações de violência sexual, realizar ultrassonografia limitada (após um curso preparatório e obrigatório) e prover cuidados primários com a saúde da mulher (ANGELINI; MENIHAN, 1996).

Atualmente os problemas obstétricos mais comuns avaliados por enfermeiras parteiras em um hospital acadêmico de serviço terciário norte-americano são: sangramentos do primeiro trimestre, incluindo o histórico obstétrico, abortos espontâneos e gravidezes ectópicas, descrição da dor aguda atual, quantidade e qualidade dos sangramentos com ou sem repercussões hemodinâmicas, estados febris, sangramentos do segundo e terceiro trimestre com diagnóstico diferencial de trabalho de parto, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e friabilidade cervical. Ainda, os relatos de diminuição dos movimentos fetais, a avaliação do trabalho de parto ativo, náuseas e vômitos da gravidez, infecções do trato urinário, trabalho de parto pré-termo, ruptura de membranas – prematuras ou a termo-, dor abdominal aguda não obstétrica na gravidez, crises hipertensivas, diabetes descompensado e outros. Desse modo, a consulta, a colaboração e a co-gestão com os médicos devem ser prontamente disponíveis para assegurar o sucesso da triagem obstétrica utilizando-se a enfermeira obstetra para essa função (ANGELINI; MENIHAN, 1996).

O sistema de triagem pode ser dividido em duas fases. A primeira ocorre na sala de triagem, onde todas as pacientes recebem uma breve avaliação, com priorização de atendimento de acordo com suas queixas. A segunda fase ocorre em salas de exames, em que o enfermeiro obstetra pode realizar a avaliação do bem-estar materno e fetal. Ambas as fases são documentadas em fichas específicas de atendimento e, no que foge à competência das enfermeiras obstetras os médicos são acionados. Essas variações são fundamentadas na flexibilidade dos diversos protocolos institucionais de atuação do enfermeiro obstetra (REID-MCKEE, 1993).

Angelini (1999a) percorreu 10 instituições hospitalares norte-americanas com triagem obstétrica a fim de discutir modelos para diferentes configurações de atendimento que possam adicionar enfermeiras obstetras a suas equipes de triagem. A autora percebeu que a atuação das enfermeiras obstetras na área de emergência atestou sua capacidade na avaliação do atendimento de pacientes. Segundo ela, a partir da década de 1990, a triagem obstétrica abriu novas perspectivas clínicas em que essas profissionais podem trazer uma contribuição significativa. Nos serviços pesquisados, as enfermeiras obstetras e parteiras foram percebidas como membros integrantes da equipe de triagem de emergência em unidades de porta aberta. Algumas instituições referiram que foi necessário manter as enfermeiras obstetras sêniores no processo de implantação dos serviços de triagem, como apoio aos estudantes de medicina, aos residentes de medicina e às recém formadas enfermeiras obstetras, para assegurar o nível de conhecimento envolvido em cada caso.

As experiências dessas 10 instituições são muito diversas, tanto no que se refere à clientela – pública ou segurada -, quanto no que tange a estrutura física e a forma de abordagem na triagem obstétrica. O que todas têm em comum é a presença da enfermeira obstetra em quase todos os processos de triagens, seja abordando as mulheres em seus sintomas e estabelecendo prioridades, seja avaliando suas queixas e encaminhando-as para internação, observação ou domicílio, ou ainda em triagem via telefone, instruindo as mulheres a procurar ou não os serviços obstétricos (ANGELINI, 1999a).

De acordo com Angelini (1999a), o envolvimento das enfermeiras obstetras nessa triagem tem muitas finalidades; porém a maior delas é a de melhorar o atendimento para as pacientes que procuram os serviços obstétricos, com diminuição do tempo de espera e continuidade dos cuidados. Outro resultado não esperado foi a diminuição de admissões inapropriadas, como pacientes em trabalho de parto na fase latente, o que reduziu de forma considerável o número de intervenções no trabalho de parto, tempo de internação e conseqüente melhor gestão dos leitos obstétricos e satisfação das clientes. A triagem é um momento crítico para dissipar o medo das gestantes, assegurar seus direitos, oferecer-lhes apoio em suas preocupações e esclarecimento de suas dúvidas.

Em estudo de Loper e Hom (2000), lê-se que os objetivos de qualquer sistema de classificação de pacientes devem determinar a acuidade dos pacientes, dar valor a seu fluxo (entrada, caminho e saída) e identificar as potencialidades/dificuldades da equipe envolvida.

Faz-se necessário ter tempo para a implantação desse processo, pois as equipes envolvidas devem dar suporte uma à outra a fim de alcançar melhores resultados para as instituições e para as pacientes.

Angelini (1999b) afirma, em outra pesquisa realizada com 42 instituições norte-americanas que realizam a triagem obstétrica, que esse método de trabalho realmente dará resultados se alguns requisitos forem seguidos:

- ...Ter um lugar reservado para a triagem em obstetrícia;
- A instituição possa oferecer salas de serviços urgências/emergências obstétricas bem equipadas;
- Evitar encaminhar pacientes em falso trabalho de parto para internação, gerenciando melhor os leitos;
- Avaliar rapidamente as pacientes obstétricas, diminuindo o tempo de espera entre a chegada e a primeira avaliação ou triagem;
- Gerenciar melhor o volume nas salas de emergência;
- Separar pacientes de alto, médio e baixo risco para proceder às avaliações de acordo com a competência de cada profissional (enfermeiras obstetras, residentes e obstetras)... (ANGELINI, 1999b, p. 432, tradução da autora)

Nessa mesma pesquisa, a autora concluiu que 24 instituições, das 42 que responderam a seu questionário, têm seu trabalho respaldado em protocolos institucionais ou condutas selecionadas para funcionar na unidade de triagem, e apenas duas instituições afirmam não utilizar nenhum tipo de protocolo (ANGELINI, 1999b). Outro estudo pontua que, em hospitais que não possuem uma área específica para a triagem obstétrica, é muito difícil regular o fluxo das pacientes, demonstrando novamente a importância desse modelo de atendimento para os serviços. Percebeu-se que os papéis das enfermeiras obstetras têm se expandido para além da assistência obstétrica e triagem, estão incluindo a ajuda aos residentes em obstetrícia na triagem, fomentando um esforço colaborativo entre a equipe de enfermagem, médicos e outros profissionais a fim de se consolidar uma equipe especializada e resolutiva em triagem obstétrica (ZOCCO *et al.*, 2007).

### 4.3 Gestão de risco e cuidados

Parte-se do pressuposto de que, em triagem obstétrica, as informações devem ser obtidas rapidamente e que se investigue apenas o necessário para se fazer um julgamento clínico sobre a paciente e seus sintomas. Por essa razão, é extremamente útil ter um conjunto de protocolos ou diretrizes como estrutura de gestão clínica. Esses protocolos ou diretrizes poderão manter padrões e ajudar a eliminar algumas variações nas preferências de práticas desnecessárias que podem ser fonte de frustração para as pacientes. Tais avaliações devem ser concisas e precisas. Embora os dados precisem ser colhidos de forma rápida, é fundamental evitar que a paciente se sinta com se estivesse sendo apressada por uma linha de montagem de dados. Outro elemento importante na triagem é que a pessoa que a faz deve ter uma boa compreensão da fisiopatologia de gineco-obstetrícia para extrair as informações necessárias de forma eficiente. A enfermeira obstetra, por fim, deve fazer um julgamento, com base no comportamento das pacientes com queixa principal e quais devem ser vistas imediatamente ou em seguida (AUSTIN, 1996).

As enfermeiras obstetras são os principais prestadores de cuidados nas unidades de triagem obstétrica em todo os EUA. Os riscos associados com a triagem obstétrica, embora diferentes de um departamento de emergência e trauma, são consideráveis, implicando na existência de protocolos para gerenciar as gestantes envolvidas, como respaldo legal e como guia clínico padronizado. Os sinais e sintomas devem ser discutidos com as pacientes e sempre documentados e algumas instruções claras serem repassadas. Por exemplo, a definição de quando as gestantes devem voltar à triagem. Os enfermeiros devem documentar os desfechos clínicos de atendimento em triagem. Há muitos relatos publicados por eles de estatísticas de resultados, incluindo dados de resultado de nascimento, mas poucos resultados publicados na triagem obstétrica (ANGELINI, 2000).

Para Angelini (2000), rever e melhorar a documentação de triagem telefônica e os cuidados globais durante uma visita física da paciente à triagem obstétrica é sempre necessário para segurança e expansão da função, tanto em termos práticos quanto na literatura. No que se refere à triagem telefônica, o enfermeiro que realiza este tipo de atendimento deve substituir a imagem física da paciente por uma imagem mental, em que a visualização da patologia e da pessoa possa lhe fornecer dados para o julgamento de cada situação. Esse tipo de triagem é muito mais que apenas anexar um rótulo de diagnóstico à paciente. A enfermeira obstetra

deve contar com as orientações para resolver os problemas e conduzir o diálogo baseado no bom senso e no raciocínio crítico. A capacidade de colher a história ou o fato e fazer uma avaliação é forte habilidade da comunicação, esperada em enfermeiros que realizam triagem telefônica; além disso, todos os telefonemas requerem um registro sistemático das orientações e dos passos que a paciente deverá seguir, tornando-os parte de seus registros/prontuários (AMENT, 1999).

Além disso, após os procedimentos da triagem inicial, o profissional deve ficar sempre atento em descobrir quais melhorias podem ser feitas para limitar os riscos futuros e melhorar os cuidados prestados. A gestão da responsabilidade para a prática de enfermeiras em triagem tem foco em quatro áreas principais: prioridades protocoladas, tendo sistemas adequados para tratamento; avaliação materno-fetal adequada e segura; revisão da expansão das responsabilidades nessa prática e documentação das orientações claras, concisas e completas. Todas as unidades de triagem precisam de orientações em vigor que definam o processo de triagem (ANGELINI, 2000).

São necessárias uma intervenção mais intensiva e a co-gestão para melhorar a comunicação da equipe com a mulher (ANGELINI, 2000). A grande maioria das negligências na área médica está ligada a erros de comunicação entre prestadores e pacientes. Desse modo, a comunicação constante entre membros da equipe e a utilização dos recursos auxiliares promovem um programa eficaz de gestão da qualidade e conseqüentemente melhoram os cuidados. A comunicação vai ajudar a acalmar os receios da paciente e a ansiedade da equipe. O processo de triagem sempre ocorre quando algo inesperado aconteceu; assim, o nível de estresse ligado à situação é alto. Os enfermeiros obstetras têm realizado seus julgamentos em triagem obstétrica com base em suas experiências anteriores em lidar com essas situações de emergência e alto nível de estresse (AMENT, 1999).

Angelini (1999b) questiona, em estudo, como as enfermeiras obstetras podem tomar uma decisão na área clínica de triagem sem o embasamento de um protocolo? As responsabilidades de uma triagem real e física têm igual teor de responsabilidade de uma triagem telefônica? A partir do momento que a enfermeira obstetra realiza triagem obstétrica pode ajudar a definir suas habilidades com pacientes de maior risco? Essas questões ainda não tiveram respostas definitivas.

Outra questão jurídica importante é a categorização das condições das pacientes que procuram tratamento nos serviços de urgência, e como classificar as emergências em cada uma das categorias. Ainda é importante rever a questão dos prazos de atendimento dentro dos quais as pacientes em cada categoria devem ser vistas, realidade ainda não vivenciada nos EUA. A documentação, nesses casos, passou a ser um projeto de garantia de qualidade no qual a triagem possa ser posteriormente avaliada, pois se pressupõe que todo atendimento feito é documentado e, assim, respaldado (REID-MCKEE, 1993).

A melhoria da qualidade da gestão dos riscos em triagem obstétrica realizada por enfermeiros obstetras baseia-se no princípio de que todo cuidado sempre pode ser melhorado e centraliza a resolução e a prevenção de problemas, além de minimizar os efeitos adversos ligados à saúde. Então, a construção de uma qualidade clínica de atendimento visa diminuir erros, prestar cuidados com relação custo/benefício equilibrada e melhorar a satisfação do cliente eliminando todos os riscos evitáveis (AMENT, 1999).

De forma geral, a triagem obstétrica vem contribuir para a reorganização do fluxo das pacientes nos serviços, a fim de melhorar a qualidade do atendimento às gestantes e familiares, com ganhos significativos na resolutibilidade das demandas e na conseqüente satisfação dos clientes.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A triagem obstétrica é uma área em expansão mundial embora ela já venha sendo utilizada a muito tempo de forma não registrada nos grandes serviços obstétricos. Observou-se, com esse trabalho, a escassez de publicações científicas no Brasil sobre o tema e mesmo nos EUA elas são muito reduzidas, onde o processo de ACCR está amplamente implementada e a atuação das enfermeiras obstetras está melhor respalda por protocolos. Percebe-se que muitas são as formas de atuação numa triagem obstétrica, porém, de acordo com a legislação de cada país, há maior ou menor abertura para a adoção desse método de trabalho.

Para que o processo de classificação de risco ou triagem obstétrica funcione bem se faz imprescindível a criação de protocolos que respaldem a atuação dos profissionais envolvidos, como referido na literatura internacional. Tais protocolos podem ser a nível institucional, municipal, estadual ou federal. Em 2010, o município de Belo Horizonte desenvolveu um protocolo de classificação de risco em obstetrícia, no qual o ACCR por enfermeiras foi implementado com vistas na atuação do profissional em triagem obstétrica baseando-se no protocolo de Manchester. Sua efetividade e seu impacto na organização dos serviços de urgência/emergência merece ser estudado. As enfermeiras obstetras, as quais atualmente realizam a triagem obstétrica em vários hospitais desse município, devem estar cientes de suas funções neste método de trabalho, baseando-se no respaldo jurídico garantido por lei, respeitando os limites de atuação institucional e as documentações de atuação necessárias em cada caso triado.

A triagem obstétrica pode constituir um campo de atuação importante para a enfermagem obstétrica também no Brasil e contribuir para a melhoria do atendimento às gestantes. Deve-se ainda considerar que, somente com autonomia de atuação da enfermeira, dentro dos limites de um protocolo clínico, com estrutura adequada de suporte, a triagem obstétrica torna-se um atendimento resolutivo. A confiança em sua competência e em suas habilidades é condição imprescindível para sua inserção efetiva no sistema e supõe educação e treinamento contínuos.

Além da adequação do fluxo das pacientes a suas necessidades e aos riscos, que elas apresentam, a comunicação entre a paciente e os profissionais também pode ser melhorada pela ACCR. No ato da triagem as mulheres recebem orientação do seu grau de gravidade, o

tempo que podem esperar para o atendimento e orientações diversas relacionadas a gravidez, dispersando medos e diminuindo a ansiedade, o que leva a um melhor nível de satisfação das mesmas. A ACCR permite a reavaliação com maior probabilidade da admissão somente de mulheres em franco trabalho de parto, o que minimiza o potencial risco de intervenções medicamentosas precoces em mulheres que procuram os serviços ainda na fase latente do trabalho de parto. Outro benefício da ACCR encontrada na literatura é a redução do tempo de internação e a otimização da gerência dos leitos, o controle do fluxo das pacientes, encaminhado e dando soluções aos seus problemas.

Outra tendência é o desenvolvimento de competências para a triagem telefônica em obstetrícia, com o desenvolvimento de protocolos de triagem telefônica. A triagem obstétrica deve definir-se em suas competências e seus profissionais não assumirem atribuições que não são cabíveis nessa área, sem criar multifunções para os profissionais e para a triagem obstétrica.

Sugiro, através desse estudo, a necessidade da criação de bases de dados informatizados da triagem obstétrica para o município de Belo Horizonte, onde a ACCR está em funcionamento, a fim de se desenvolver pesquisas, que possam avaliar aspectos funcionais da ACCR como tempo gasto para avaliação, tempo de espera, gerência de leitos e impactos para a saúde do binômio mãe-filho.

Para exercer sua função na triagem obstétrica, o ACCR deve ser incluído na formação das enfermeiras obstetras como disciplina específica, além de disciplinas que reforcem o discernimento em situações de emergência. O conteúdo de triagem obstétrica deve ser abordado nos currículos das enfermeiras obstetras, para ampliar as competências e possibilitar a expansão do papel e da atuação da enfermeira obstetra.

Assim como ocorreu nos EUA, o ACCR pode ser um caminho a ser seguido/aberto pelas enfermeiras obstetras no Brasil, para contribuir para melhorias na resolutividade do sistema de saúde.



## REFERÊNCIAS

- ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade: relato de caso. **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, out./dez. 2007.
- AMENT, L. Quality management activities in the obstetric triage setting. **Journal of Nurse-Midwifery**, New York, v. 44, n. 6, p. 592-599, Nov./Dec. 1999.
- ANGELINI, D. J. Obstetric triage and advanced practice nursing. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick, Md., v. 13, n. 4, p. 1-12, Mar. 2000.
- ANGELINI, D. J. Obstetric triage in 10 U.S. midwifery practices. **Journal of Nurse-Midwifery**, New York, v. 44, n. 5, p. 493-509, Sep./Oct. 1999a.
- ANGELINI, D. J. Obstetric triage state of the practice. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick, Md., v. 20, n. 1, p. 74-75, Jan./Mar. 2006.
- ANGELINI, D. J. The utilization of nurse-midwives as providers of obstetric triage services. **Journal of Nurse-Midwifery**, New York, v. 44, n. 5, p. 431-438, sep./Oct. 1999b.
- ANGELINI, D. J.; MAHLMEISTER L. R. Liability in triage: management of EMTALA regulations and common obstetric risks. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 50, n. 6, p. 472-478, Nov./Dec. 2005.
- ANGELINI, D. J; MENIHAN, C. A. Obstetric triage selected clinical management strategies by nuse midwives in an academic tertiary facility. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick, Md., v. 10, n. 1, p. 10-28, Jun. 1996.
- AUSTIN, D. A. The process f obstetric triage: management by certified nurse-midwives. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick, Md., v. 10, n. 1, p. 01-09, Jun. 1996.
- BACOCINA, D. Mortalidade infantil cai pela metade no Brasil. **BBC Brasil**, 22 jan. 2008. Disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/01/080122\\_unicefbrasildb\\_ales.shtm](http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/01/080122_unicefbrasildb_ales.shtm)>. Acesso em 19 jun. 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal; ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas**. Belo Horizonte: PBH, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 615, de 03 de agosto de 2010. Estabelece o novo regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de saúde. **Diário da República**, Brasília, DF, n. 149, 3 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Urgências e emergências maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1451, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos prontos socorros públicos e privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 mar. 1995.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão**: sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS. 2007. 214f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços dos Serviços de Saúde) - Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Escola de Gestão, Lisboa, 2007.

LOPER, D.; HOM, E. Creating a patient classification system: one birth center's experience in the triage process. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick, Md., v. 13, n. 4, p. 31-49, Mar. 2000.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem em serviços de emergência**: "Canadian Triage and Acuity Scale" (CTAS). 2003. 223f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

REID-MCKEE, N. A formalized approach to obstetric-gynecologic triage. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis Mo, v. 19, n. 1, p. 19-27, Feb. 1993.

SCHWAMB, J. A maternity patient classification system. **Journal Nursing Management**, Chicago, v. 20, n. 11, p. 69-71, Nov. 1989.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte**. 2009. 109f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

ZOCCO, J. *et al.* A systems analysis of obstetric triage. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick, Md., v. 21, n. 4, p. 315-322, Oct./Dec. 2007.

## ANEXOS

## Anexo 1

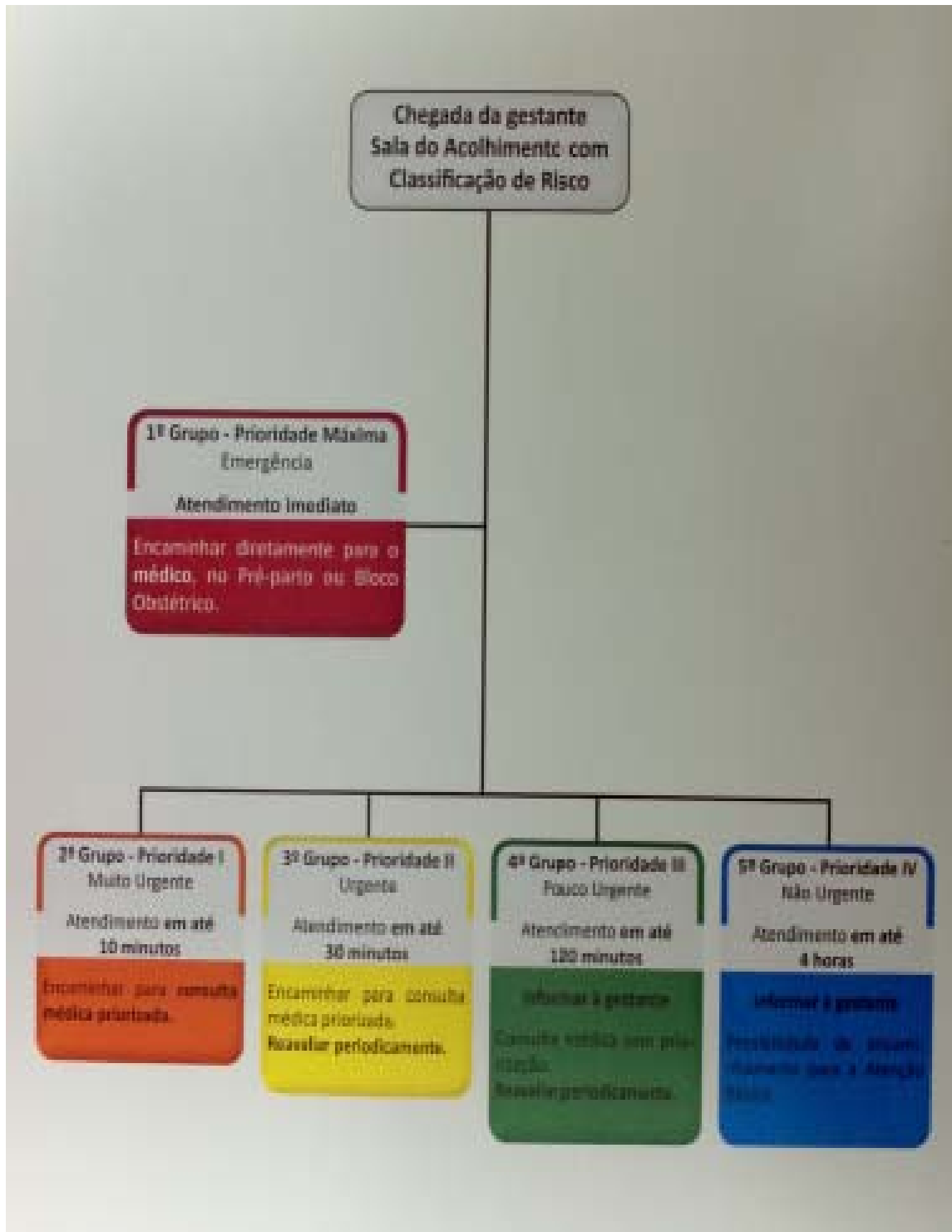


FIGURA 1 - Fluxograma da ACCR na Obstetrícia e Acolhimento com classificação de risco.

Fonte: BELO HORIZONTE, 2010, p. 16.

## Anexo 2

## QUADRO 2

## Acolhimento com classificação de risco – Quadro Síntese

Continua

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsão em atividade.</li> <li>• Hipertensão (PA <math>\geq</math> 80 mmHg).</li> <li>• Taquicardia (<math>\geq</math> 120 bpm).</li> <li>• Bradicardia (<math>\leq</math> 45 bpm).</li> <li>• Pele fria, palidez acentuada / perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural.</li> <li>• Insuficiência respiratória Incapacidade de falar / fala entrecortada. Cianose. FR <math>\geq</math> 20 irpm. FR <math>\geq</math> 21 irpm. Respiração agônica / Dispneia extrema / fadiga muscular. Uso de musculatura acessória.</li> <li>• Alteração do estado de consciência Não-responsiva / Deficit cognitivo / Confusão mental. Letargia / Agitação / Paralisia. Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem.</li> <li>• Trabalho de parto em período expulso.</li> <li>• Gestante com hemorragia genital e / ou dor aguda (8 / 10).</li> <li>• Prolapso de cordão.</li> <li>• Exteriorização de partes fetais pelos genitais.</li> <li>• Pós-parto imediato (mãe e criança): parto no trajeto ou domicílio.</li> </ul>	<p><b>Prioridade Máxima - Emergência</b> Atendimento médico imediato no pré-parto / bloco obstétrico / sala de emergência</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravidez <math>&gt;</math> 20 semanas Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos). Queixa de ausência de movimentos fetais nas últimas 24h.</li> <li>• Gestante ou puérpera com Hipertensão com PA <math>\geq</math> 160 x 100 mmHg. Hipertensão com PA <math>\geq</math> 140 x 100 mmHg e queixa de: cefaleia, náusea/vômito e/ou alterações visuais.</li> <li>• Febre T<math>\geq</math> 40 °C; toxemia; alteração mental importante.</li> <li>• Doença psiquiátrica com rigidez de membros.</li> <li>• Relato de convulsão em pós-parto.</li> <li>• Dor abdominal aguda, de forte intensidade (8-10/10) na suspeita de gravidez associada a náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital.</li> </ul>	<p><b>Prioridade I - Muito Urgente</b> (Atender em até 10 minutos e encaminhado para consulta médica prioritária)</p>

## QUADRO 2

## Acolhimento com classificação de risco – Quadro Síntese

Conclusão

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão em gestante ou puerpéra. PA <math>\geq</math> 140 x 90 mmHg e &lt; 160 x 110 mmHg.</li> <li>• Gestante com sangramento genital e / ou dor. Dor (3-4 / 10 e 5 / 10). Sem repercussões hemodinâmicas. Sem emissão ou hiperemese.</li> <li>• Sinais de desidratação como: letargia, mucosas secas, furor pastoso.</li> <li>• Paciente com ou sem confirmação de gravidez e puerpéra. Febre (TAx <math>\geq</math> 38,5 °C e &lt; 40 °C).</li> <li>• Queixa ligada à amamentação. Hiperemia, dor e febre. Sinais de abscesso.</li> <li>• Situações especiais: Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico com diagnóstico de urgência. Vítima de violência.</li> <li>• Paciente não grávida com corrimento genital associado a dor e febre.</li> </ul>	<p><b>Prioridade II - Urgente</b> Atender em até 30 minutos. Encaminhar para consulta médica prioritária. Reavaliar periodicamente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestante com febre: TAx &lt; 38,5 °C.</li> <li>• Emissão ou hiperemese (sem sinais de desidratação).</li> <li>• Dor abdominal aguda: De moderada a leve intensidade (&lt; 4 / 10). Sem contrações - avaliar dinâmica uterina.</li> <li>• Queixas urinárias: alguria, disúria, febre.</li> <li>• Sintomas gripais (sem dispnéia).</li> <li>• Avaliação de ferida operatória (com suspeita de infecção superficial).</li> <li>• Sinais de Bartholinitis.</li> <li>• Gestante do pré-natal de alto risco. Sem queixas que demandem atendimento de urgência.</li> <li>• Queixas ligadas à amamentação. Ingurgitamento mamário. Qualquer dificuldade ligada à amamentação.</li> <li>• Gestantes com queixa de percas de líquido.</li> <li>• Risco Social: encaminhar ao Serviço Social - exceto vítimas de violência. Gestante de risco habitual com queixas não sanadas no Centro de Saúde. Encaminhamento do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência. Gestantes escritas.</li> </ul>	<p><b>Prioridade III - Pouco urgente</b> Atender em até 120 minutos. Encaminhar para consulta médica sem priorização. Informar especialistas de tempo de atendimento. Reavaliar periodicamente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de baixa complexidade: Consulta pré-natal de risco habitual sem procura prévia à Unidade básica de saúde.</li> <li>• Queixas sociais sem acometimento clínico. Curativos.</li> <li>• Trocas ou requisição de receitas.</li> <li>• Dor pélvica crônica do recém-nato.</li> <li>• Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez).</li> <li>• Irregularidades menstruais, hipermenorreia / menorragia sem alteração de dados vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência.</li> <li>• Problemas com contracepção oral/injetável.</li> <li>• Retardo de DIU ainda que com fio não visível.</li> <li>• Avaliação orçária.</li> <li>• Retardo de pontos.</li> <li>• Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo.</li> <li>• Exame preventivo.</li> <li>• Solicitação de atestado médico/licença-maternidade.</li> </ul>	<p><b>Prioridade IV- Não urgente</b> Atender em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica (UBS).</p>

Fonte: BELO HORIZONTE, 2010, p. 16-17.