



Protocolo de Atenção à Saúde

Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia

Área(s): Diretoria de Enfermagem/CORIS/SAIS/SES, Diretoria de Urgências e Emergências/CATES/SAIS/SES, Grupo Condutor Central da Rede Cegonha no DF/CORIS/SAIS/SES, Assessoria Técnica da PNH/SAIS/SES

Portaria SES-DF Nº 418 de 04.05.2018, publicada no DODF Nº 94 de 17.05.2018.

1. Metodologia de Busca da Literatura

1.1. Bases de dados consultadas

Este manual de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) partiu de uma iniciativa do Ministério da Saúde Brasil, a partir da Rede Cegonha para apoiar as maternidades e serviços de Obstetrícia no Brasil, é um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência em obstetrícia como forma de garantir um acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim modificar positivamente indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. Sua elaboração se deu a partir das experiências de maternidades que já vinham implementando o ACCR e contou com a colaboração de um grupo de gestores, trabalhadores e especialistas de diversos serviços e instituições. O Protocolo é uma ferramenta de apoio a decisão clínica que tem como propósito a pronta identificação da gestante crítica ou mais grave, permite o atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, baseado em evidências científicas existentes, subsidiando, baseando e orientando uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida. Com este Protocolo, a SES/DF, assim como o Ministério da Saúde, espera contribuir e colocar à disposição da Rede um documento validado e de referência para a ampliação do ACCR nos serviços que realizam parto no SUS/DF.]

1.2. Palavra(s) chaves(s)

[Acolhimento, Classificação de Risco, Urgência, Emergência, Obstetrícia.]

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

[28 trabalhos relevantes, publicados entre 2006 e 2013.]

2. Introdução

[A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde do Brasil (MS) foi criada em 2003 e busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde produzindo mudanças nos modos de agir, gerir e cuidar, e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, caracterizando-se como uma política transversal e com indissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2004).

O MS, pela Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, pois entende-se que acolher faz parte de todos os encontros do serviço de saúde assim se constituindo em uma postura ética, política e estética. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Entre as tecnologias utilizadas para reorganização dos processos de trabalho, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado um dispositivo potente com resultados de maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e um disparador de outras mudanças, como a constituição de equipes de referência, gestão compartilhada da clínica, o fortalecimento das RAS e a valorização do trabalho em saúde.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, corresponde a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução, está regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de

Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos (Brasil, 2004)

Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN 423/2012 diz que: “No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em serviços de urgência é **privativa** do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”. Além disso a Resolução prevê que o Enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Esse procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as disposições da Resolução COFEN 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e aos princípios da PNH (BRASIL, 2004).

A Portaria GM/MS nº 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências, do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. Conforme essa Portaria, o processo “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).

A Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 da Rede de Atenção à Saúde (RAS) define todos os pontos de atenção como igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Os Pontos de atenção são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos através de uma função de produção singular. (BRASIL, 2010).

A Resolução CFM nº 2079 de 14 de agosto de 2014 torna obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares. Ainda, destaca que todos os pacientes nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados à outras unidades por profissional não-médico.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação. Vale ressaltar que não se trata de fazer diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, mas a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Portanto, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

A implantação sistemática do ACCR possibilita a abertura de processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a ressignificar os modos de fazer e construir novos modelos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, ampliando a resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de risco que consideram a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e família, a priorização da atenção em tempo oportuno diminuindo o número de mortes evitáveis, seqüelas e internações.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), através da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) vem desenvolvendo ações para viabilizar a reestruturação da PNH no âmbito do SUS/DF em conformidade com a RAS e, especificamente, a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Para tanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho, definiu-se este Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, que contribuirá diretamente para a efetivação da Diretriz da PNH Acolhimento, no âmbito do SUS/DF.]

3. Justificativa

A elaboração desse protocolo visa nortear os profissionais de saúde no planejamento e execução das atividades de acolhimento nos serviços de urgência/emergência, mediante a tomada de decisão como parte integrante e importante da prática clínica.

A classificação de risco requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Deste modo, como parte de sua aptidão profissional é preciso que se aprenda a avaliar, discriminar e interpretar.

O protocolo é uma ferramenta de apoio a tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem para as urgências clínicas, traumáticas e obstétricas, e tem por finalidade a pronta identificação dos usuários mais graves, permitindo um atendimento rápido, seguro e oportuno, de acordo com o potencial de risco.

Nesse sentido, este protocolo justifica-se pela necessidade em oferecer orientações e padronização de condutas aos profissionais que atuam nos serviços que realizam parto, a fim de evitar a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica evitando as

demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, de viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso.]

4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

[Não se aplica.]

5. Diagnóstico Clínico ou Situacional

[O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta utilizada para organização dos fluxos, baseada em critérios visando priorizar os atendimentos aos usuários conforme o grau de prioridade, atentando para a criticidade do quadro de saúde / doença.

O acolhimento tem início com chegada do usuário à unidade de saúde com a identificação do quadro, situação, queixa ou episódio apresentado pelo doente. A rede SES/DF conta com 12 hospitais que atendem parto e uma casa de parto peri-hospitalar. A média de atendimentos mensais em 2016 foi de aproximadamente 2.000 atendimentos/mês. Este quantitativo de atendimentos, justifica a necessidade da validação de um protocolo já definido, para a redução do gasto público em relação a manutenção de protocolos contratados pela Rede SES/DF.]

6. Critérios de Inclusão

[Todas as gestantes e puerperas que procurarem atendimento nas portas de urgência/emergência obstétrica da Rede SES/DF.]

7. Critérios de Exclusão

Outras condições relacionadas a saúde da mulher, não relacionadas à gestação em curso ou ao puerpério.]

8. Conduta

[Sistematização do ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR):

COMO ACONTECE O ACCR. *ETAPAS:*

1º ETAPA: Usuários chegam a Emergência Obstétrica por demanda espontânea OU trazidos pelo SAMU 192 e Corpo de Bombeiro Militar OU referenciados de outros serviços como UPAS e UBS/ESF/NASF.

2º ETAPA: Acolhimento por profissional treinado neste protocolo (Técnico de Enfermagem, Técnico Administrativo ou Estagiário do 1º atendimento, “Posso Ajudar?”) que acolherá a livre demanda através de escuta ativa qualificada e encaminhará para abertura

de ficha de atendimento. Caso sejam identificados sinais de alerta, o usuário será encaminhado diretamente à sala de classificação de risco.

3º ETAPA: Abertura de Ficha de Atendimento - Guia de Atendimento de Emergência (GAE).

4º ETAPA: Classificação de Risco seguindo protocolo institucional pelo enfermeiro que avalia a gestante e/ou puérpera buscando identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato (diminuindo assim sofrimento prolongado, risco de complicações, seqüelas e morte evitável), utilizando de informações da escuta qualificada e da avaliação das queixas.

5º ETAPA: Encaminhamento para atendimento obstétrico conforme classificação da gravidade com base na utilização de protocolo institucional que indica a classificação do usuário pelas cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

Sinais vitais de mensuração obrigatória na Classificação de Risco de gestantes e puérperas (CR):

1. Pressão arterial
2. Glicemia capilar
3. Frequência cardíaca
4. Avaliação da dor

Os parâmetros estão listados em anexo.

Seguindo o Acolhimento, a gestante e/ou puérpera deverá ser avaliada pela equipe a partir dos seguintes passos:

Avaliação Inicial: tem como objetivo afastar o risco iminente de morte ou agravo

1º Passo - Avaliar nível de consciência/estado mental

1. Alterações do nível de consciência/estado mental pela Escala de Coma de Glasgow: 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 devendo ser imediatamente encaminhados para a Sala Vermelha.

2º Passo - Verificar ventilação e circulação/dados vitais. Observar e avaliar:

1. Análise primária - O risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:
 2. Comprometimento das vias aéreas: A incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

3. Respiração ineficaz: Quando a paciente apresenta sinais de esforço respiratório como batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

4. Circulação:

- ✓ Ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso central indica PCR
- ✓ Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).
- ✓ Presença de hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:
 - A hemorragia exanguinante é aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
 - Sangramento intenso é a perda brusca \geq 150 ml ou mais em 20 minutos (dois absorventes noturnos);
 - Sangramento moderado é a perda entre 60 a 150 ml em 20 minutos (um absorvente noturno);
 - Sangramento leve é a perda \geq 60 ml em 6 horas (um absorvente normal).

3º Passo - Avaliação da dor: Esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada à pelo menos uma alteração de sinais vitais.

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?

- Se não tiver dor, a classificação é **zero**;
- Se a dor for leve, seu nível de referência é de **1 a 3**;
- Se a dor for moderada, seu nível de referência é de **4 a 6**;
- Se for intensa, seu nível de referência é **7 a 10**.

4º Passo - Avaliar sinais e sintomas gerais: por especialidade ou específicos

5º Passo - Considere os fatores de risco (agravantes presentes)

6º Encaminhar à área de atendimento de acordo com a classificação e fluxograma pré-estabelecido pelo serviço/unidade.

I – Classificação Vermelho:

- ✓ Atendimento nas Salas de Emergência
- ✓ São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato.
- ✓ As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pelo Suporte Avançado do SAMU-192.
- ✓ Tempo de atendimento alvo: imediato

II – Classificação Laranja:

- ✓ 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.
- ✓ São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico o mais rápido possível e assistência de enfermagem contínua.
- ✓ As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192
- ✓ Tempo de atendimento alvo: 15 minutos

III – Classificação Amarelo:

- ✓ O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento;
- ✓ O transporte/atendimento será feito pela Ambulância de Suporte Básico do SAMU-192
- ✓ Tempo de atendimento alvo: 30 minutos

IV – Classificação Verde:

- ✓ Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas por ordem de chegada.
- ✓ Tempo de atendimento alvo: 120 minutos

V – Classificação Azul:

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

procurar o serviço de referência deverá ser garantido o atendimento na maternidade.

- ✓ Tempo de atendimento alvo: Atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação.]

8. Conduta

8.1. Conduta Preventiva

[Não se aplica.]

8.2. Tratamento Não Farmacológico

[Não se aplica.]

8.3. Tratamento Farmacológico

[Não se aplica.]

8.3.1. Fármaco(s)

[Não se aplica]

8.3.2. Esquema de Administração

[Não se aplica.]

8.3.3. Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

[Não se aplica.]

9. Benefícios Esperados

[Espera-se que as medidas recomendadas proporcionem às usuárias do sistema público de saúde do DF os meios necessários para melhorar o acesso aos serviços que fazem parto. Assim, será adotado o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, que favorecerá o aprimoramento da atenção à saúde à gestante e/ou puérpera e a articulação entre todos os níveis de atenção, ordenada pela APS, que permite a co-responsabilização dos gestores e profissionais envolvidos na assistência nos diferentes níveis de atenção.]

10. Monitorização

[Os resultados serão monitorados mensalmente pelas Gerências de Emergência por meio de indicadores de monitoramento, processo e resultados. Os indicadores sugeridos para o monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação do Protocolo

de ACCR devem ser coletados por meio dos Sistemas Oficiais de Informações da SES/DF, e são:

- Relação entre usuárias cadastrados, classificadas (CR) e atendidas (pelo profissional médico).
- Percentual de usuárias segundo classificação de gravidade por especialidade (VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE e AZUL);
- Tempos de espera (chegada da paciente até a classificação, classificação até o atendimento médico) e de permanência de acordo com a classificação;
- Percentual de encaminhamentos para outras regiões ou RIDE-DF;
- Percentual de atendimentos de pacientes oriundos da RIDE-DF.]

11. Acompanhamento Pós-tratamento

[Não se aplica]

12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

[Não se aplica]

13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

[Os dados coletados anualmente pelas Regiões de Saúde, através dos indicadores pactuados neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis. Sendo, o Grupo Condutor Central da Rede Cegonha responsável pelo monitoramento e avaliação.]

14. Referências Bibliográficas

1. [Arulkumaran N, Singer M. Puerperal sepsis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Dec;27(6):893-902. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004. Epub 2013 Aug 30. Review.
2. Beach RL, Kaplan PW. Seizures in pregnancy: diagnosis and management. Int Rev Neurobiol. 2008;83:259-71. doi: 10.1016/S0074-7742(08)00015-9. Review.
3. Bottomley C, Bourne T. Management strategies for hyperemesis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009 Aug;23(4):549-64. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.12.012. Epub 2009 Mar 3. Review.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459, de 24 junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n.27, seção 1, p.109, 27 de junho de 2011
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2351, de 05 outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n.193, seção 1, p.58, 06 de outubro de 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/SAS. Portaria nº

650, de 05 outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha. Diário Oficial da União n.193, seção 1, p.69, 06 de outubro de 2011

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

8. BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. Acolhimento e classificação de risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 56 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

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

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

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

13. Ciena AP, Gatto R, Pacini VC et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 29, n. 2, p. 201- 212, jul./dez. 2008 acessível em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>*

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

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

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

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

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

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

20. Murphy VE, Gibson PG. Asthma in pregnancy. *Clin Chest Med.* 2011Mar;32(1):93-

- 110, ix. doi: 10.1016/j.ccm.2010.10.001. Epub 2010 Dec 17. Review.
21. Pearce CF, Hansen WF. Headache and neurological disease in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2012 Sep;55(3):810-28. doi: 10.1097/GRF.0b013e31825d7b68. Review.
22. Rezende - *Obstetrícia Fundamental - 12ª Ed.* 2013; Montenegro, Carlos A. Barbosa; Montenegro, Carlos A. Barbosa; Rezende, Jorge de; Rezende, Jorge de; Guanabara Koogan.
23. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, Comissão Peri natal. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. *Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia.* SUS-BH. Belo Horizonte, 2009.
24. SOGC - The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. *Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline.* *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 29, n. 9, supplement 4, sep. 2007.
25. Sonkusare S. The clinical management of hyperemesis gravidarum. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Jun;283(6):1183-92. doi: 10.1007/s00404-011-1877-y. Epub 2011 Mar 20. Review.
26. Stone K. Acute abdominal emergencies associated with pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2002 Jun;45(2):553-61. Review.
27. Thomas AA, Thomas AZ, Campbell SC, Palmer JS. Urologic emergencies in pregnancy. *Urology.* 2010 Aug;76(2):453-60. doi: 10.1016/j.urology.2010.01.047. Epub 2010 May 10. Review.
28. Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jan 19;(1):CD002256. doi:10.1002/14651858.CD002256.pub2. Review.

]