



Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)		
Título do Documento:	PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE DETERIORAÇÃO DO ESTADO CLÍNICO POR MEIO DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA MEOWS (MODIFIED EARLY OBSTETRIC WARNING SCORE)	Emissão: xx/xx/2025	Próxima revisão: xx/xx/xx Versão: 0

1. QUEM

Equipe de enfermagem.

2. DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

A Escala de MEOWS é uma ferramenta utilizada na área da obstetrícia para verificar sinais precoces indicativos de deterioração clínica em mulheres gestantes ou puérperas. É construída na concepção de realizar cuidados rapidamente, evitando o desenvolvimento de complicações obstétricas graves (Brasil, 2022).

Esta ferramenta realiza avaliação de critérios clínicos, como a medição da pressão arterial (PAS e PAD), frequência cardíaca (FC), respiratória (FR), temperatura axilar (Tax), saturação de oxigênio (SpO2) e nível de consciência. A partir destes critérios, uma nota final (Score) é estabelecida para que os profissionais concluam o estado de saúde atual da mulher e decidam o nível das intervenções em saúde necessárias. Vale destacar que, após a verificação dos sinais vitais e definição da nota, ações coordenadas e protocoladas devem ser seguidas, orientando o trabalho subsequente e integrando a equipe multidisciplinar (Fiocruz, 2024, Schuler *et al.*, 2019).

3. OBJETIVOS

O objetivo principal e fundamental da Escala de MEOWS é reduzir a mortalidade materna, evitando mortes que poderiam ser prevenidas. Com o seu uso, espera-se aumentar a precisão e velocidade pela qual a equipe de enfermagem percebe sinais indicadores do surgimento de condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV) (Fiocruz, 2024). Mas, também é capaz de contribuir para:

- Reduzir a ocorrência de eventos relacionados a degradação do estado clínico da paciente;

- Implementar instrumento de vigilância em prol da melhoria da qualidade do atendimento;
- Trazer protocolo de uso cotidiano, para facilitar a coleta completa de todos os sinais vitais pertinentes;
- Identificar risco de deterioração clínica da paciente, facilitando intervenções precoces;
- Contribuir com embasamento científico para as condutas e registros da equipe de enfermagem;
- Facilitar a comunicação entre a equipe de saúde com relação ao estado clínico da paciente;
- Tirar maior proveito do tempo, possibilitando o andamento da avaliação multidisciplinar para definição de intervenções.

4. MATERIAL

4.1 Tabela com parâmetros MEOWS: *Modified Early Obstetric Warning Score* - Escore de Alerta Precoce Obstétrico

ESCALA DE ALERTA PRECOCE MEOWS

Parâmetro	Pontuação 3	Pontuação 2	Pontuação 1	Valores normais	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3
FR (irpm)		≥ 10		11 - 19		20 - 29	≥ 30
SatO2(%)	< 95			95 - 100			
Tax(°C)	≤ 35°			35,1 - 37,4°		37,5 - 37,9°	≥ 38°
PAS (mmHg)	≤ 70	71-79	80-89	90 - 139	140 - 149	150 - 159	≥ 160
PAD (mmHg)		< 45		45 - 89	90 - 99	100 - 109	≥ 110
FC(bpm)		≤ 40	41-50	51 - 100	101 - 109	110 - 119	≥ 120
Nível de Consciência				Alerta	Chamado verbal	Estímulo à dor	Inconsciente

Adaptado de POP da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência RJ, 2025.

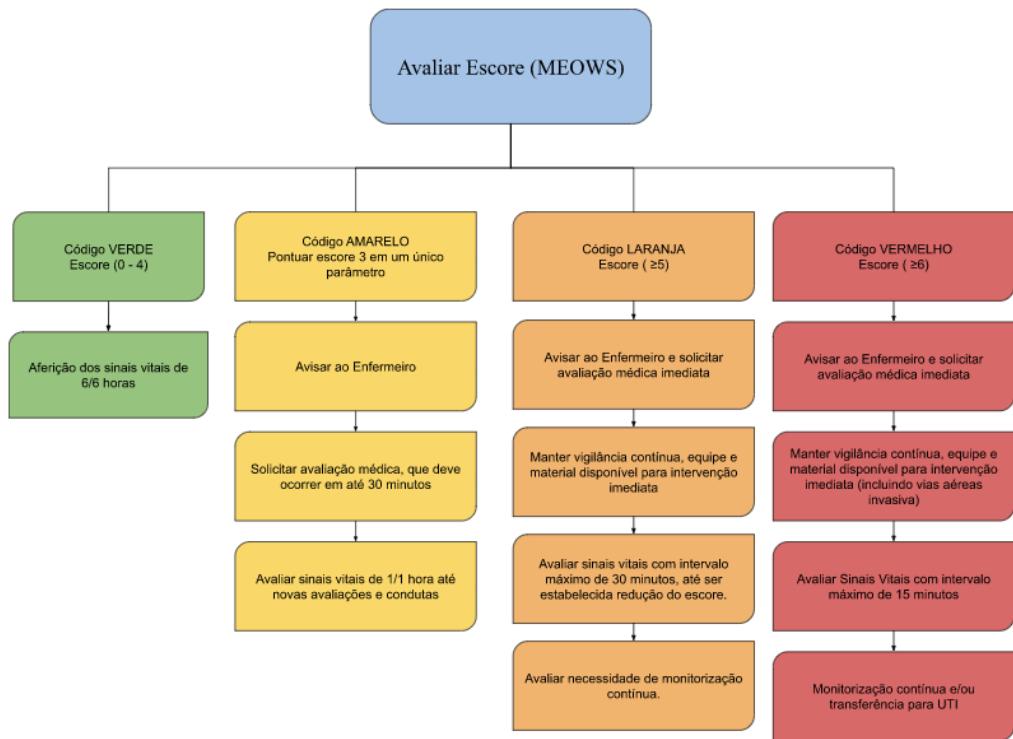
4.2 Tabela com relação de condutas de acordo com *Score* avaliado

Tabela de descrição do andamento de condutas de acordo com nota / escore MEOWS

Escore Obstétrico de Alerta Precoce			
Escore	Criticidade	Aferição de Sinais Vitais (técnicos e auxiliares de enfermagem)	Tomada de decisão
0 - 4	Baixo	Avaliação de 6/6 horas.	Realizar sinais vitais a cada 6 horas. Recalcular escore se sinal vital alterado, nas transferências entre hospitais ou setores.
3 para parâmetro único	Baixo	Reavaliação a cada 1 hora até novas avaliações e condutas.	Reavaliar escore em uma hora, caso obtenha valor de 1 - 3, seguir fluxo de avaliação a cada 6 horas.
≥5	Moderado	A cada 30 minutos	Acionar equipe médica especialista para avaliação clínica imediata. Realizar avaliação clínica e questionar condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV). Aplicar Escore a cada 30 minuto até valor for < 4, e não houverem parâmetros vermelhos por 1 hora.
≥6	Alto	Monitorização continua	Acionar a equipe médica especialista para avaliação clínica imediata. Realizar avaliação clínica e questionar CPAV. Solicitar transferência para unidade crítica.

Adaptado de POP da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência RJ, 2025.

4.3 Fluxograma ilustrativo de tomada de decisão indicada de acordo com *Score* final



Adaptado de POP da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência RJ, 2025.

4.4 Instrumento de coleta dos sinais vitais adaptado (Anexo I)

4.4 Bandeja

4.5 Estetoscópio

4.6 Álcool à 70%

4.7 Algodão

4.8 Relógio

4.9 Termômetro

4.10 Oxímetro de pulso

4.11 Caneta esferográfica

4.12 Prancheta

4.13 Esfigmomanômetro

5. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E RESPONSABILIDADES

Técnico de enfermagem

1. Realizar verificação dos sinais vitais e avaliação do nível de consciência conforme rotina ou por solicitação do enfermeiro ou médico;
2. Comunicar imediatamente ao enfermeiro alterações nos parâmetros vitais;
3. Registrar informações necessárias no prontuário eletrônico da paciente;
4. Realizar a administração de medicamentos, conforme prescrição médica;
5. Disponibilizar monitorização não invasiva para a paciente, conforme solicitação do enfermeiro ou médico;
6. Atuar nas intercorrências relacionadas a paciente.

Enfermeiro

1. Realizar acolhimento e classificação de risco;
2. Realizar avaliação de rotina da paciente internada;
3. Aplicar escore de alerta precoce disponível em prontuário do paciente conforme horários padronizados (em destaque no tópico 6) e subsequentemente aos resultados obtidos;
4. Realizar conduta conforme resultado de escore de alerta precoce;
5. Realizar primeiro contato com o profissional médico, conforme situações de instabilidade da paciente (identificar paciente conforme fluxo ISBAR¹);
6. Disponibilizar carro de emergência e monitor multiparâmetro à beira leito da paciente frente à deterioração clínica;
7. Auxiliar médico solicitante nas intervenções necessárias;
8. Se disponível - acionar fisioterapeuta quando solicitado por médico para realização de ventilação não invasiva, suporte ventilatório de alto fluxo ou necessidade de intubação endotraqueal para estabilização imediata;
9. Acionar maqueiro para auxílio na transferência de leito ou para UTI, quando necessário;
10. Registrar em prontuário do paciente as condutas realizadas;
11. Comunicar ao NIR quanto à necessidade de transferência, quando solicitado ao médico.

Médico

1. Dirigir-se à área de atendimento tão logo que solicitado (até 5 minutos após acionamento do enfermeiro);
2. Avaliar paciente, realizar diagnóstico da situação, prescrição medicamentosa e iniciar intervenções, se necessário;
3. Solicitar transferência para UTI, conforme avaliação e manejo;
4. Realizar transição de cuidados para setor de destino, caso o solicitante for médico rotina do setor de internação;
5. Orientar familiar e/ou acompanhante quanto a intervenções;
6. Reavaliar o paciente dentro do tempo preconizado, caso permaneça no setor de internação;

¹Ferramenta de gestão para segurança do paciente que visa realizar uma contextualização rápida que conta com identificação, estado de saúde, histórico, avaliação e recomendações.

7. Direcionar para tipo de leito adequado, conforme condições clínicas do paciente;
8. Registrar informações no prontuário da paciente.

Equipe multiprofissional - UTI

1. Realizar admissão do paciente no setor;
2. Realizar intervenções assistenciais necessárias para estabilização;
3. Monitorar quanto a estabilidade após intervenções assistenciais;
4. Realizar seguimento do cuidado com a paciente.

6. DESCRIÇÃO DA ROTINA / PROCEDIMENTO

6.1 Realizar coleta dos sinais vitais do paciente, a qual deverá incluir frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), temperatura axilar (Tax), nível de consciência e saturação de oxigênio (SpO₂).

6.2 Anotar os dados obtidos em instrumento de coleta;

6.4 Realizar somatório da pontuação do *score* por parâmetro de sinal vital;

6.5 Registrar resultado em prontuário, bem como o andamento das intervenções de acordo com a nota final, não deixando de lado o julgamento clínico e as particularidades da paciente;

6.3 Programar-se para que a reavaliação dos sinais vitais ocorra no horário correto.

Situações de alarme

- Mudança de coloração da pele e redução de temperatura em extremidades com indício de redução da perfusão capilar;
- Dor aguda de moderada a intensa;
- Indicadores de hemorragia (dor abdominal, redução de PA e aumento da FC).

Momentos de aplicação da Escala de Meows (“horários padronizados”)

É preconizada a aplicação da escala para pacientes gestantes e puérperas no momento da:

1. Admissão;
2. Durante transferências / trocas de unidade;
3. Em até uma hora após o parto;
4. De acordo com a periodicidade recomendada mediante *score* final.

Mudanças importantes no estado de saúde da paciente

Indicativos de comprometimento respiratório

- Redução da saturação de O₂ (95%);
- Frequência respiratória \leq 10 irpm ou \geq 20 irpm;
- Desconforto respiratório.

Indicativos de comprometimento circulatório

- Queda da PAS para < 90 mmHg;

- Aumento da PAS para ≥ 140 mmHg;
- Queda da PAD para < 45 mmHg;
- Aumento da PAD ≥ 90 mmHg;
- Aumento da FC para ≤ 50 bpm ou > 100 bpm;
- Dor torácica com sinais e sintomas de origem cardíaca isquêmica.

Indicativos de comprometimento neurológico

- Redução do nível de consciência;
- Convulsão;
- Sinais focais súbitos como fraqueza, paralisia, perda de sensibilidade, afasia, alterações visuais;
- Síncope.

Observações

- É preconizado que a Escala de MEOWS seja aplicada nos seguinte momentos: na admissão da paciente; em até uma hora após o parto; durante as passagens de plantão; e, antes da transferência entre setores / unidades;
- A escala deve ser preenchida no prontuário eletrônico da paciente, e fisicamente em casos de ausência desse recurso;
- Em prontuário, devem ser descritas as condutas de enfermagem tomadas frente a pontuação do *score*;
- Durante a transição de cuidados, na passagem de plantão, o último *score* avaliado deve ser mencionado, com destaque para as pacientes com maior risco de deterioração clínica;
- Paciente intubados ou que, de alguma forma, não possam ter a frequência respiratória natural avaliada terão a pontuação MEOWS de 3 pontos para o quesito;
- É fundamental que as informações dos sinais vitais sejam registradas o mais brevemente possível após a coleta;
- Todos os enfermeiros devem ter recebido treinamento e serem capacitados para o uso da escala.

Resultados esperados

- Redução da mortalidade materna e de eventos adversos graves;
- Melhoria na comunicação e integração da equipe multidisciplinar;
- Maior segurança e qualidade na assistência prestada às gestantes;
- Identificação e intervenção precoces em casos de deterioração clínica;
- Estabelecimento de condutas progressivas com embasamento científico.

7. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/10/Manual_obstetric%C3%ADcia-final-1.pdf

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco [recurso eletrônico]. Departamento de Ações Programáticas. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Postagens: Principais Questões sobre Escala de MEOWS Rio de Janeiro, 24 ago. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-escalade-meows>
- PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro., 2025. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/MEOWS - IDENTIFICA%C3%87%C3%83O_PRECOCE_DE_DETERIORA%C3%87%C3%83O_CL%C3%88DNICA_EM_PACIENTES_OBST%C3%89TRICAS - Bruna Rafaela de Oliveira.pdf
- SCHULER, L. et al.. Aplicação do *Modified Early Obstetric Warning System* (MEOWS) em mulheres após gestações: um estudo descritivo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 19, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000300004>

8. MODIFICAÇÕES E VERSÕES

Revisão	Alteração	Data	Elaboração	Verificação	Aprovação
0	Emissão inicial	04/11/2025	Kevin Sousa	DENF	
0	Emissão inicial	04/11/2025	Viviane Pinto Martins	DENF	
0	Emissão inicial	04/11/2025	Fabiana Aparecida	DENF	
0	Emissão inicial	04/11/2025	Igor Alves Teixeira	DENF	
		xx/xx/xx	Nome	Nome	

9. ANEXOS

Leito	Paciente	RN	Leito	Paciente	RN	Leito	Paciente	RN
1	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	5	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	EXTRA	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:
MEOWS	Total:		MEOWS	Total:		MEOWS	Total:	
Leito	Paciente	RN	Leito			Leito	Paciente	RN
2	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	6	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	RPA 1	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:
MEOWS	Total:		MEOWS	Total:		MEOWS	Total:	
Leito	Paciente	RN	Leito			Leito	Paciente	RN
3	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	7	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	RPA 2	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:
MEOWS	Total:		MEOWS	Total:		MEOWS	Total:	
Leito	Paciente	RN	Leito			Leito	Paciente	RN
4	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	8	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	CTG	PA: FC: FR: Tax: SpO2: HGT:	FC: FR: Tax: SpO2: HGT:
MEOWS	Total:		MEOWS	Total:		MEOWS	Total:	