



Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica

Implementation of protocol for reception with risk classification in an obstetric emergency unit

Amanda de Freitas Brilhante¹, Camila Teixeira Moreira Vasconcelos¹, Raylla Araújo Bezerra¹, Sâmua Kelen Mendes de Lima¹, Régia Christina Moura Barbosa Castro¹, Ana Fátima Carvalho Fernandes¹

Objetivo: avaliar a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Métodos:** estudo avaliativo com amostra de 736 instrumentos para classificação de risco, em um serviço de referência. **Resultados:** identificou-se busca maior por atendimento de mulheres gestantes no terceiro trimestre, sendo a dor e o sangramento vaginal as principais queixas. Verificou-se também o número significativo de pacientes que procuraram o atendimento fora do ciclo gravídico-puerperal. Como classificação de risco, prevaleceu a cor verde e o tempo de espera de 51 minutos. **Conclusão:** a clientela que busca atendimento ginecológico e obstétrico precisa ser melhor informada na atenção básica sobre os sinais e sintomas que caracterizam emergência e urgência, pois a grande procura pelo serviço de forma desnecessária e a falta de treinamento dos profissionais da própria emergência obstétrica acarretou tempo de espera acima do preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Descritores: Acolhimento; Obstetrícia; Emergências.

Objective: to evaluate the implementation of reception with risk classification. **Methods:** evaluative study with a sample of 736 instruments for risk classification in a reference service. **Results:** authors identified greater search for care by pregnant women in the third trimester of pregnancy, being the pain and vaginal bleeding the main complaints. There was also a significant number of patients seeking care out of the period of pregnancy and childbirth. As risk classification, there was prevalence of the green color and the waiting time of 51 minutes. **Conclusion:** the clientele seeking gynecological and obstetric care in primary care needs further information about the signs and symptoms that characterize emergency care, because there has been great unnecessary demand for the service and the lack of training of professionals from the obstetric emergency unit led to waiting time above the recommended by the Brazilian Ministry of Health.

Descriptors: User Embrace; Obstetrics; Emergencies.

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Amanda de Freitas Brilhante
Rua Juvenal de Carvalho, 999, ap. 504, Fátima, CEP: 60050-220. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: mandinhbrilhante@hotmail.com

Introdução

A assistência ao parto e nascimento no Brasil apresenta aspectos próprios. O modelo tecnocrático hegemônico é responsável por resultados na assistência materna e perinatais piores que os encontrados em outros países com igual ou menor índice de desenvolvimento socioeconômico⁽¹⁻²⁾.

Assim, destaca-se que a taxa de mortalidade materna no Brasil atingiu 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 1990 e, mesmo após 17 anos, em 2007, a taxa de mortalidade materna foi de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos, demonstrando que, mesmo havendo redução de 52% nesse período, ainda era elevada a taxa de mortalidade materna no país⁽³⁾. Desde então, ocorreram movimentos, organizações e a criação de políticas públicas em busca de um parto e nascimento de forma mais humanizada e qualificada. Dentre estes, destaca-se a Rede Cegonha, lançada em 2011, que se trata de uma estratégia instituída no Sistema Único de Saúde, com objetivo de reduzir a morbimortalidade materna, exemplo de transgressão aos direitos humanos, no Brasil. Por meio desse programa, a mulher tem assegurado o direito de planejar a reprodução, de receber atenção humanizada na gravidez, no parto e puerpério, além de a criança ter o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis⁽⁴⁾.

Mundialmente, a procura pelos serviços de urgência tem aumentado durante as últimas décadas, levando à necessidade de modificação da organização da assistência. Assim, foram elaborados sistemas de triagem para identificação da prioridade clínica de cada paciente que aguarda atendimento, visando facilitar a igualdade de acesso⁽⁵⁾. Deste modo, a rede trouxe, dentre os inúmeros benefícios para o binômio mãe-filho, a implementação do serviço de "Acolhimento com Classificação de Risco", para que, assim, quando a gestante ou a puérpera procurar pelo serviço de urgência/emergência, possa ser atendida de acordo com a complexidade do seu caso. Esse acolhimento constitui-se como marcador que permite a garantia de

acesso e concretização do princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades no atendimento⁽⁴⁾.

O Acolhimento com Classificação de Risco possui importantes objetivos, dentre eles estão o de avaliar o paciente em sua chegada ao serviço, descongestionar a emergência, reduzir o tempo para o atendimento médico e possibilitar que a paciente seja atendida precocemente, de acordo com sua gravidade^(4,6).

Trata-se de um processo dinâmico de identificação dos pacientes, sendo o enfermeiro o profissional escolhido para realização do Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia, utilizando-se de escuta qualificada e da capacidade de julgamento crítico⁽⁷⁾. O instrumento utilizado no acolhimento possibilita a classificação por cores que indicam a necessidade de atendimento segundo agravo e o tempo de espera^(4,8).

A implementação desse Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco nos setores de emergência obstétrica dos hospitais brasileiros é recente, o que reforça a necessidade de avaliação dessa implementação. Em outro país que utiliza triagem realizada por enfermeiras obstétricas, encontrou elevada satisfação das pacientes, principalmente em relação ao tempo de espera⁽⁹⁾.

É relevante ressaltar que o acolhimento em emergência obstétrica deve possuir algumas peculiaridades devido às necessidades relacionadas ao processo gravídico-puerperal. A ansiedade, que permeia a gestação, o parto e o nascimento levam à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. Isso se deve principalmente à falta de informação durante o pré-natal, que se torna um dos fatores da busca aos serviços de urgência das maternidades com frequência. Por conta disso, o acolhimento à mulher e acompanhante tem função de favorecer o protagonismo das gestantes, especialmente no trabalho de parto e parto⁽⁷⁾.

Devido à inserção recente do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia no hospital pesquisado, fez-se necessário este estudo, a

fim de avaliar a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Métodos

Pesquisa avaliativa com base em documentos, realizada no setor de emergência obstétrica, de um hospital de referência em gestação de alto risco, localizado na capital cearense. Os dados foram coletados em julho de 2014. O referido hospital foi escolhido por ser a mais recente instituição a ter em seu serviço de emergência; a implementação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico, em Fortaleza. Essa implementação se deu em setembro de 2013, seguindo os princípios da Política Nacional de Humanização/Programa Rede Cegonha⁽⁹⁾, proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil. A partir desses princípios, a instituição pesquisada elaborou um instrumento contendo os itens avaliados para classificação da paciente, que eram preenchidos a cada atendimento. A população do estudo foi composta pelos 736 instrumentos de classificação de risco preenchidos na Emergência Obstétrica no primeiro mês de sua implementação (setembro de 2013). A amostra foi igual à população.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário previamente elaborado pela pesquisadora, buscando obter informações sobre o horário de chegada, do acolhimento e do atendimento médico. Foram ainda verificados dados como perfil obstétrico, sinais vitais, procedência, medicamento em uso, queixa e classificação recebida.

Para organização dos dados, foi utilizado os programas como o Excel 2010 e, para análise, o Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. Os dados foram agrupados em quadros, gráficos ou tabelas, submetidos à análise descritiva, com frequências, percentuais, média e intervalo de confiança de 95,0%, bem como analisados à luz da literatura.

O estudo respeitou as exigências formais conti-

das nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

No mês de setembro de 2013, deram entrada para atendimento na emergência obstétrica 736 mulheres, sendo 80,1% (n=590) por livre demanda e 12,8% (n=94) referenciadas, 7,1% (n=52) não foram registradas. A grande maioria era oriunda da capital (n=609/82,7%), todavia havia número expressivo de pacientes provenientes do interior do Ceará (n=41/5,5%), principalmente das seguintes regiões: Metropolitana (n=18/43,9%), Maciço do Baturité (n=8/19,5%), Vale do Jaguaribe (n=6/14,6%), Norte do Estado (n=5/12,2%) e Litoral Oeste (n=2/4,9%). Dentre estas, destacam-se os municípios de Caucaia (n=09/21,9%), na Região Metropolitana, e Baturité (n=07/17%), localizado na Região do Maciço do Baturité.

Em relação ao perfil obstétrico, a maioria das mulheres atendidas estava gestante (n=668/90,7%) ou no puerpério (n=19/2,6%) e uma pequena quantidade não foi possível de ser identificada, pois não havia registro (n=3/0,4%), porém, número considerável de mulheres buscou atendimento fora do período gravídico-puerperal (n=46/6,3%).

Quanto à paridade, destacaram-se mulheres multigestas (n=469/68,5%) e primípara (n=263/38,4%). O período gestacional em que mais as mulheres buscaram atendimento foi o terceiro trimestre (n=391/58,6%).

A maioria (n=584/87,4%) não fazia uso de nenhuma medicação durante a gestação. Dentre as que utilizavam (n=84/12,6%), o suplemento vitamínico (n=73/86,9%) foi o mais citado, seguido pelos anti-hipertensivos (n=06/7,1%) e antimicrobianos (n=03/3,5%).

Do total de gestantes (n=668) que buscaram atendimento, 83,0% (n=555) apresentavam algum sintoma, sendo os mais referidos: dor (n=234/42,1%)

e sangramento transvaginal (n=124/22,3%).

Em relação às queixas, a mais recorrente durante o terceiro trimestre (n=314/47,0%) foi a dor (n=87/27,7%), em seguida encontraram-se as gestantes do primeiro trimestre (n=220/32,9%), com queixa de sangramento transvaginal (n=52/23,6%).

Ainda, percentual de 17,2% (n=115) das gestantes desta pesquisa estava assintomática no momento do atendimento, apresentando como principais motivações para ida ao serviço mostrar exames (n=22/19,1 %) e realizar consulta de pré-natal (n=25/21,7 %).

A menor procura pelo serviço se deu por puérperas (n=19/2,6%). Destas, praticamente a metade (n=09/47,3%), não apresentava qualquer sintoma no momento do atendimento, mas procuraram o serviço para a retirada de pontos (n=06/66,6%) e revisão da cesárea (n=03/33,4%). A outra metade (n=10/52,7%) apresentou queixa relacionada à intercorrência de ferida operatória (infecção e sangramento).

Número superior ao de puérperas atendidas na emergência obstétrica foi o de mulheres que buscaram atendimento com queixas não relacionadas ao período gravídico-puerperal (n=46/6,3%), como mostrar exames (n=08/17,3%), esclarecer dúvidas sobre procedimento cirúrgico (n=05/10,8%), fluxo menstrual intenso (n=03/6,5%) e, até mesmo, realização de colpocitologia oncótica (n=02/4,3%).

As pacientes residentes na capital, com grande frequência apresentam sintomas (n=455/74,7%); porém encontraram-se casos de gestantes assintomáticas (n=92/15,1%) e de queixas não relacionadas com estado gravídico puerperal (n=62/10,2%). As pacientes residentes no interior com sintomas (n=37/90,2%) representaram parcela bem maior em relação às assintomáticas (n=03/7,3%) e as que não possuíam queixas relacionadas ao estado gravídico-puerperal (n=01/2,4%). As gestantes residentes no interior e sintomáticas residiam, basicamente, na Região Metropolitana (n=16/45,7%) e no Maciço de Baturité (n=8/22,9%).

Ao exame obstétrico, as três alterações mais

frequentemente encontradas, independentemente da idade gestacional foram: ausência de movimentação fetal (34,6%), sangramento transvaginal (17,5%) e presença de contrações uterinas (12,0%).

Dentre as 736 (100%) mulheres atendidas na emergência obstétrica durante o mês da implementação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, foi possível verificar o registro da classificação de risco de 711 (96,6%) atendimentos. Foram classificadas nas cores azul (n=159/22,3%), verde (n=344/48,3%), amarela (n=134/18,8%) laranja (n=68/9,5%) e vermelho (n=06/1,1%).

Tabela 1 - Distribuição das pacientes de acordo com a classificação de risco e o tempo médio de espera pelo atendimento

Classificação	Tempo de atendimento (minutos)/Média (IC 95%)
Vermelho (n=06/1,1%)	13,5 (6,9-20,0)
Laranja (n=68/9,5%)	34,2 (26,2-42,1)
Amarelo (n=134/18,8%)	39,0 (33,7-44,4)
Verde (n=344/48,3%)	51,9 (47,2-56,5)
Azul (n=159/22,3%)	39,9 (33,7-44,4)

De acordo com os dados da Tabela 1, a média do tempo de atendimento em todas as classificações foi superior ao tempo preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Entretanto, ressalta-se o sub-registro quanto às informações referentes ao tempo no atendimento, o que representa limitação do estudo, pois não foi possível analisar este dado em todos os prontuários.

Discussão

A limitação do estudo corresponde à fonte dos dados, que é documental. Desta forma, observa-se sub-registro de informações, ocasionando algumas lacunas na pesquisa.

De acordo com os resultados encontrados, foi possível descrever a contribuição para o serviço, que

seria a necessidade do treinamento contínuo dos profissionais que atuam na classificação de risco em obstetrícia, pois assim o acesso de qualidade à mulher no ciclo gravídico puerperal pode ser garantido.

Dessa forma, quando analisada a classificação de risco, a maioria (47,6%) das mulheres foi classificada como pouco urgente para atendimento médico, recebendo identificação na cor verde (Tabela 1), corroborando com estudo realizado em sala com Acolhimento com Classificação de Risco em uma maternidade pública do Rio de Janeiro em 2012⁽¹⁰⁾. Classificação verde é considerada pouco urgente, assim, possui tempo estimado de atendimento entre sessenta e cento e vinte minutos, sendo reavaliada a cada sessenta minutos e encaminhado para a consulta médica.

Ao comparar os dados obtidos com uma pesquisa realizada nos serviços de emergência da Suécia, verificou-se que os percentuais para as classificações de cor vermelha (92,0%) e laranja (91,0%) eram maiores do que os das cores amarela (66,0%) e verde (63,0%)⁽⁷⁾. Implica-se que o perfil dos atendimentos na emergência obstétrica de países desenvolvidos é caracterizado por pacientes mais graves, que realmente necessitam de atendimento imediato, diferente do que se encontra no Brasil, em que a maioria dos atendimentos é por causa pouco urgente, refletindo a fragilidade da atenção primária, a qual seria a responsável por esse tipo de atendimento.

Claramente percebido pelos dados obtidos na pesquisa, a maior parte das mulheres enquadradas na classificação de alto risco (Vermelho e Laranja) não foi atendida no tempo adequado à situação clínica, que seria para o vermelho atendimento imediato e para o laranja atendimento em até 15 minutos. Tal fato evoca a reflexão de que o serviço possui falhas em relação ao atendimento no tempo adequado, bem como no registro do tempo do atendimento.

Essa situação mostra-se preocupante e digna de intervenções imediatas, como a sensibilização dos profissionais quanto à importância dos registros adequados, bem como a melhoria das condições que impedem o atendimento no tempo adequado, como in-

fraestrutura, recursos humanos e logística do serviço. Portanto, a estruturação e assistência da rede materno-infantil deve, obrigatoriamente, adotar estratégias para garantir o acesso das gestantes à maternidade, em tempo oportuno, proporcionando gestação mais segura⁽¹⁰⁾.

Observou-se que muitas mulheres participantes do estudo procuraram atendimento fora do ciclo gravídico-puerperal, ultrapassando, inclusive, o número de puérperas.

O perfil das mulheres que buscaram o atendimento contrasta com o estudo desenvolvido em 2011 em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil, no qual as gestantes perfaziam total de (94,0%), seguido das puérperas (4,5%) e em menor quantidade mulheres fora do ciclo gravídico-puerperal (1,5%)⁽¹⁰⁾.

A busca dessas mulheres se justificou pela necessidade em mostrar exames, esclarecer dúvidas sobre procedimento cirúrgico, fluxo menstrual intenso e, até mesmo, realização de colpocitologia oncótica. Este fato está relacionado à desinformação das pacientes na atenção primária, pois tais procuras poderiam ter sido resolvidas na unidade básica de saúde.

No seguimento do atendimento às gestantes, verificou-se que a primiparidade destacou-se como fator de maior susceptibilidade à busca de atendimento e à aparição de intercorrências. Interessante; que a maioria era composta por primíparas que estavam no terceiro trimestre, em que a dor e o sangramento transvaginal foram os principais sintomas relatados. Pode-se inferir que o desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento, juntamente com a desinformação no pré-natal, levam as mulheres a procurarem o serviço de emergência.

Atenção especial é dada às hemorragias gestacionais, pois estão entre a tríade que mais mata mulheres no ciclo gravídico-puerperal⁽¹¹⁾ e, portanto, devem ser investigadas. No contexto da classificação de risco, a paciente que apresenta hemorragia está em risco iminente de morte, portanto, dependendo do estado de saúde e complicações agudas, como o choque hipovolêmico, o atendimento será de imediato⁽⁷⁾.

As queixas apresentadas pelas pacientes condizem com a pesquisa realizada em uma maternidade no Rio de Janeiro, Brasil, em 2012, em que foram avaliadas 200 mulheres, e destas, 94,0% eram gestantes, 35,5% queixavam-se de dor e 15,5% de sangramento transvaginal⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, há que se ressaltar que 17,2% (n=115) das gestantes desta pesquisa estavam assintomáticas no momento do atendimento, apresentando como principais motivações para ida ao serviço mostrar exames e realizar consulta de pré-natal. Esses dados mostram que a busca pelo atendimento de emergência está sendo descaracterizado, acarretando aumento na demanda no serviço e, conseqüentemente, diminuição da qualidade do atendimento.

Poucas mulheres buscaram atendimento durante o puerpério. A ida a emergência estava direcionada a retirada dos pontos e revisão da cesárea, o que denota falta de informação por parte das usuárias. Ressalta-se que essas questões devem ser orientadas durante a consulta de pré-natal e na saída da maternidade.

Ainda no contexto da anamnese realizada na emergência obstétrica, foi possível investigar o uso de medicações pelas gestantes. A maioria das pacientes referiu não fazer uso, porém percentual significativo utilizava suplemento vitamínico, anti-hipertensivos e antimicrobianos. Estudos revelam que o uso de qualquer medicação no período gravídico não pode ser indiscriminado, pois consideram os riscos potenciais e danos causados por sua toxicidade ao feto⁽¹²⁻¹³⁾. De fato, há evidências de quanto maior o uso de antimicrobianos durante a gravidez, maior será a alteração na heterogeneidade da flora intestinal do recém-nascido e a colonização por certos patógenos⁽¹⁴⁾. Quanto à classe dos anti-hipertensivos, deve-se ressaltar a atenção merecida, pois os mesmos estão relacionados ao tratamento da hipertensão gestacional, que eleva o risco de morbimortalidade perinatal⁽¹⁵⁾.

Conclusão

A análise das fichas de atendimento na classificação de risco em um hospital de referência em obstetria demonstrou o desconhecimento das pacientes sobre os reais sinais e sintomas que caracterizam uma urgência. Os dados reafirmam a necessidade de maiores orientações nos serviços de atenção primária à saúde sobre quando as mulheres devem buscar assistência especializada.

Além disso, foi visto que o estudo avaliou o primeiro mês da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, evidenciando a falta de treinamento da equipe tanto em relação ao preenchimento das fichas como em relação ao manejo da classificação.

Conclui-se que a clientela que busca atendimento ginecológico e obstétrico precisa ser melhor informada na atenção básica sobre os sinais e sintomas que caracterizam emergência e urgência, pois a grande procura pelo serviço de forma desnecessária e a falta de treinamento dos profissionais da própria emergência obstétrica acarretou tempo de espera acima do que preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Colaborações

Brilhante AF, Vasconcelos CTM, Bezerra RA, Lima SKM, Castro RCMB e Fernandes AFC contribuíram com a concepção e elaboração do projeto, coleta e análise de dados, redação e análise crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Dias MAB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):1042-3.

2. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CE). Sistema Municipal de Saúde Escola. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em obstetrícia. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; 2012.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Carmen LMD, Maria ADSL. The nurse's role in Emergency Triage Systems: literature analysis. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 13];9:3. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2010.3132>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Paul J, Jordan R, Duty S, Engstrom JL. Improving satisfaction with care and reducing length of stay in an obstetric triage unit using a nurse-midwife-managed model of care. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2013 [cited 2013 July 10];58(2):175-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23489525>
8. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. História da Classificação de Risco no Brasil [Internet]. 2015 [citado 2016 mai 10]. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=109
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
10. Pereira ALF, Lima AEF. Host with risk classification in a public maternity. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 [citado 2016 mai 10]; 8(supl 1):2309-15. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5420/pdf_5657
11. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
12. Costa JM, Rocha LM, Santos CM, Abelha LL, Almeida KCA. Análise das Prescrições Medicamentosas em uma Maternidade de Belo Horizonte e Classificação de Riscos na Gestação e Amamentação. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2012; 3(1):32-6.
13. Petersen I, Gilbert R, Evans S, Ridolfi A, Nazareth I. Oral antibiotic prescribing during pregnancy in primary care: UK population-based study. *J Antimicrob Chemother*. 2010; 65(10):2238-46.
14. Fritzen JS, Colet CF, Oliveira KR. Uso de antimicrobianos por gestantes no serviço público de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014; 27(2):198-206.
15. Souza AR, Amorim MR, Costa AR, Neto CN. Tratamento anti-hipertensivo na gravidez. *Act Med Port*. 2010; 23(1):77-84.