

PERFIL DA DEMANDA OBSTÉTRICA ATENDIDA APÓS IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL¹

THE PROFILE OF THE OBSTETRIC DEMAND AFTER THE IMPLANTATION OF RISK CLASSIFICATION IN A HABITUAL RISK MATERNITY

**Marciele Braga dos Santos², Claudia Maria Gabert Diaz³,
Angela Maria Naidon⁴ e Cláudia Zamberlan⁵**

RESUMO

Objetiva-se, com esse trabalho, conhecer o perfil obstétrico, a classificação recebida e o desfecho da avaliação clínica de atendimentos em uma maternidade de risco habitual do Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, documental e retrospectiva, realizada em uma maternidade referência para gestantes de risco habitual. A amostra é composta por 413 fichas de classificação de risco das gestantes atendidas no período de julho a outubro de 2018. A coleta aconteceu por meio de um formulário construído especificamente para o estudo e a análise foi por estatística descritiva simples, com o software Microsoft Excel. A faixa etária prevalente no estudo foi entre 21 e 30 anos (53,3%), história obstétrica: 42,1% eram primigestas, paridade de 41,4% para parto vaginal anterior. Como queixa principal, 63,2% referiram dor abdominal/lombar/contrações uterinas. Classificação de risco conforme prioridade: 42,1% como laranja, 30% amarelo, 14,9% verde, 11,1% azul e 2,4% como vermelho. O desfecho da avaliação obstétrica para 59% delas foi de orientada e liberada, 27,6% internações e 13,3% foram encaminhadas para a referência de alto risco. A implantação do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) estabelece melhorias no processo de trabalho. A classificação de risco demonstra que as demandas poderiam ser resolvidas em serviço de menor complexidade, observado pelo pequeno número de internações.

Palavras-chave: acolhimento, obstetrícia, triagem.

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the obstetric profile, the classification received and the outcome of the clinical evaluation at a maternity of usual risk in Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional, quantitative, documentary, and retrospective research conducted in a reference maternity hospital for pregnant women at usual risk. The sample consists of 413 risk classification records of pregnant women seen from July to October, 2018. The data gathering took place through a form specifically designed for the study and the analysis was made by simple descriptive statistics, with Microsoft Excel software. The prevalent age group in the study was between 21 and 30 (53.3%). The obstetric history shows that 42.1% were pregnant for the first time, and 41.4% had had a previous vaginal delivery. The main complaints were 63.2% reporting abdominal/lumbar pain and uterine contractions. Risk rating by priority: 42.1% orange, 30% yellow, 14.9% green, 11.1% blue and 2.4% red. The outcome of the obstetric evaluation for 59% of them was oriented and released, 27.6% hospitalizations and 13.3% were referred to the high risk reference. The implementation of the A&CR protocol establishes improvements in the work process. The risk classification shows that the demands could be solved in a less complex service, observed by the small number of hospitalizations.

Keywords: *reception, obstetrics, screening.*

¹ Trabalho de Conclusão de Residência - TCR.

² Aluna da Residência em Enfermagem Obstétrica - Universidade Franciscana. E-mail: marcib@hotmail.com.br

³ Orientadora. Docente do curso de Enfermagem - Universidade Franciscana. E-mail: claudiamgd@ufn.edu.br

⁴ Colaboradora. Enfermeira Assistencial - Hospital Casa de Saúde. E-mail: angelanaidom@yahoo.com.br

⁵ Colaboradora. Docente do curso de Enfermagem - Universidade Franciscana. E-mail: claudiaz@ufn.edu.br

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH-SUS) tem como ferramenta para organização do serviço o Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR). Esse sistema busca sistematizar a assistência de modo humanizado, seguro e eficiente, tendo como base a queixa clínica do sujeito, com consequente definição da prioridade de atendimento, tempo de espera e realização do acolhimento logo na chegada do usuário à unidade, assim reduzindo a superlotação do serviço (BRASIL, 2017a).

A classificação de risco tem sido amplamente utilizada em outros países, como também na realidade brasileira, na qual acredita-se que o enfermeiro seja o profissional mais habilitado para a realização dessa. A construção de protocolos de classificação de risco baseado em modelos existentes, pode/deve ser adaptado à realidade do serviço e perfil da população atendida (BRASIL, 2017b).

O acolhimento com classificação de risco na área materna e neonatal foi criado pelo Ministério da Saúde a partir da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), tendo como objetivo melhorar a qualidade da assistência ao binômio mãe-bebê. Apesar do avanço no número de serviços implantados, o A&CR, particularmente na obstetrícia, ainda é recente sua utilização, o que demanda avaliação do método utilizado e profissionais capacitados na área obstétrica, principalmente em função das peculiaridades do processo gravídico-puerperal (BRILHANTE *et al.*, 2016). Além desse fato, não se encontram na literatura, estudos que demonstram exemplos de implantação de A&CR com descrição da importância desse processo para a prática clínica.

A fragilidade da assistência no pré-natal resulta em mulheres que sobrecarregam os serviços de urgência com demandas que poderiam ser resolvidas na atenção básica de saúde, reforçando a necessidade do sistema de A&CR para a adequada prioridade de situações de risco.

Assim, este estudo objetivou conhecer o perfil obstétrico, classificação de risco recebida e desfecho da avaliação clínica em uma maternidade de risco habitual do estado do Rio Grande do Sul (RS).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, quantitativo, documental e retrospectivo, realizado em uma maternidade de risco habitual do estado do RS. A maternidade é referência para gestantes de risco habitual, porta de entrada do serviço de obstetrícia no município estudado. Constitui-se por ser um serviço financiado exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura física da maternidade disponibiliza de sala de classificação de risco, sala de avaliação, posto de enfermagem, 2 leitos pré-parto, 18 leitos adultos, sendo 2 leitos PPP (Pré-parto, Parto e

Pós-parto), leitos de observação adultos e recém-nascido, berçário, sala de vacinação, centro obstétrico e alojamento conjunto. A equipe é composta por plantão médico obstetra presencial, equipe de enfermagem com enfermeiras obstetras 24 horas e pediatra de sobreaviso.

A amostra estudada constitui-se por fichas de classificação de risco das mulheres atendidas no período de julho a outubro de 2018, simultâneo à implantação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco na maternidade. Foram utilizadas todas as fichas de classificação no período exposto, configurando-se como critério de inclusão as fichas em que algum dado necessário não estivesse presente, dentre os quais, idade, paridade idade gestacional.

No processo de acolhimento da maternidade *locus* deste estudo, outros profissionais do serviço participaram do atendimento, porém a classificação de risco foi realizada somente por enfermeiros ou residentes de enfermagem obstétrica. No total, foram analisadas 467 fichas de A&CR, sendo excluídas 54 por preenchimento incompleto das informações.

Utilizou-se um formulário construído especificamente para o estudo, composto pelo perfil das mulheres contendo as questões: idade, idade gestacional, paridade. Quanto à queixa principal foram investigados: dor abdominal/lombar/contrações uterinas; náuseas e vômitos; perda de sangue via vaginal; perda de líquido via vaginal; queixas urinárias; relato de convulsão; falta de ar/sintomas respiratórios; parada/redução de movimentos fetais; desmaio/mal-estar geral; dor de cabeça/tontura/vertigem; febre/sinais de infecção; outras queixas/pacientes encaminhadas de outras unidades de referenciamento. Também se investigou a classificação de risco recebida, a qual envolve categorias de gravidade, dividida por cores: vermelho (emergente); laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente) e azul (não urgente) e por fim, o desfecho clínico do atendimento.

Os dados foram digitados por dois pesquisadores e validados no programa Microsoft Office Excel 2016. Em seguida, exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, agrupados em categorias e analisados por meio de estatística descritiva simples.

A pesquisa respeitou as diretrizes envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e aprovado sob protocolo número: 2.993.543.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco (A&CR) se faz necessária devido à sobrecarga que a população tem exercido nos serviços de emergência. Na tabela 1 demonstra-se a caracterização dos atendimentos realizados no A&CR da maternidade de risco habitual.

Tabela 1 - Caracterização dos atendimentos realizados no A&CR da maternidade. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
≤ 20	124	30%
21-30	220	53,3%
31-40	65	15,7%
≥ 41	4	1,0%
Total	413	100%
Paridade		
Primigesta	174	42,1%
Secundigesta	138	33,4%
Tercigesta	69	16,7%
> 4 Gestações	32	7,7%
Total	413	100%
Idade Gestacional		
1° (1-13 sem.)	21	5,0%
2° (14-26 sem.)	16	3,9%
3° (27-36s+6d)	42	10,2%
3° (37-≥40 sem.)	329	79,7%
Puérpera	5	1,2%
Total	413	100%
Queixa Principal		
Dor abdominal/lombar/contrações uterinas	261	63,2%
Náuseas e vômitos	0	0%
Perda de sangue via vaginal	13	4,6%
Perda de líquido via vaginal	47	11,4%
Queixas urinárias	2	0,5%
Relato de Convulsão	7	1,7%
Falta de ar/Sintomas respiratórios	1	0,2%
Parada/Diminuição de Movimentação Fetal	10	2,4%
Desmaio/Mal-estar Geral	2	0,5%
Dor de cabeça/vertigem/tontura	9	2,8%
Febre/sinais de infecção	2	0,5%
Outras queixas/encaminhadas de outros serviços	53	12,8%
Total	413	100%
Classificação de Risco		
Vermelho	10	2,4%
Laranja	174	42,1%
Amarelo	124	30%
Verde	59	14,9%
Azul	46	11,1%
Total	413	100%
Desfecho		
Orientada e liberada	244	59%
Encaminhada para referência de alto risco	55	13,3%
Interna	114	27,6%
Total	413	100%

Fonte: dados próprios.

A faixa etária predominante de 53,3% (220) foi de mulheres entre 21 e 30 anos, seguido de 30% (124) com 20 anos ou menos e 15,7% (65) entre 31 e 40 anos. Juntas, as mulheres entre 21 e 40 anos representam 69% das gestantes.

Segundo estudo, a maioria desta população está em plena fase reprodutiva, a faixa etária mais representativa pode indicar mulheres que optaram primeiramente pela estabilidade financeira, que tiveram orientações/acesso a métodos contraceptivos/planejamento familiar e optaram aguardar pela maturidade para então gestar (ALDRIGHI *et al.*, 2016).

Ainda, em relação à idade das gestantes, pode-se destacar a gravidez na adolescência. Do total da população estudada, 20,6% (85) representa A&CR de adolescentes gestantes atendidas no serviço. Na faixa etária de menores de 19 anos, encontrou-se predominância de 31,8% (27) com 19 anos, 27% (23) com 18 anos, 23,5%(20) com 17 anos e 17,7% (15) entre 16 e 14 anos (Tabela 2):

Tabela 2 - Gestantes adolescentes. Atendimentos realizados no A&CR da maternidade. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
14 anos	2	2,4%
15 anos	4	4,7%
16 anos	9	10,6%
17 anos	20	23,5%
18 anos	23	27%
19 anos	27	31,8%
Total	85	100%

Fonte: dados próprios.

O estudo de Vieira *et al.* (2017), que teve como método uma revisão integrativa o perfil ginecológico e obstétrico das adolescentes, mostra a precocidade da menarca, a qual ocorre em média com 12,25 anos, como também a idade da primeira relação sexual, com média de 13,5 anos, sendo que a primeira gestação ocorreu entre um e dois anos após a primeira relação sexual. A gravidez na adolescência tem sido um desafio para a saúde pública, o risco biológico corrobora com maior probabilidade de desnutrição, anemia, parto prematuro, aborto provocado sendo esse último, especialmente, contributo para o aumento da mortalidade materna, entre outros (TABORDA *et al.*, 2014). Outro risco importante é o psicossocial, pela associação da gravidez na adolescência com evasão escolar e dificuldade no acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2017a).

Quanto à história obstétrica, 42,1% (174) eram primigestas, 33,4% (138) secundigesta, 24,4% (101) representa mulheres com 3 ou mais gestações. Segundo dados do IBGE, de 2,38 filhos/mulher em 2000, a taxa de fecundidade caiu para 1,90, sendo que nas regiões Sudeste e Sul as taxas foram menores, com 1,70 e 1,78 filhos/mulher, respectivamente (BRASIL, 2012).

A maioria das gestantes primigestas procuram a maternidade, possivelmente por ser a primeira vez que vivem o processo gravídico, além disso, a realização do pré-natal não significa que terão

um suporte/espaço para discussão sobre diferentes aspectos da gestação/trabalho de parto/parto, que preocupam não somente a mulher como também a família, o que acaba resultando em gestantes inseguras nas urgências e maternidades, sobrecarregando o serviço (BRASIL, 2017b).

Em relação à paridade, teve prevalência um parto vaginal anterior representado por 41,4% (96), seguido de uma cesariana anterior com 27,2% (63). Apesar desta população apresentar um número maior de partos por via vaginal em relação ao de cesariana, 35,4% é o representativo de mulheres submetidas à cesárea. O Brasil está entre os países que mais realiza este procedimento cirúrgico e, de acordo com a OMS (2015), índices acima de 10 a 15% não resultam em diminuição da mortalidade materna e neonatal, com provável uso abusivo da cesariana. A tabela 3 demonstra dados relacionados à paridade frente aos atendimentos realizados no A&CR de uma maternidade.

Tabela 3 - Paridade. Atendimentos realizados no A&CR da maternidade. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
1 parto vaginal anterior	96	41,4%
2 parto vaginal anterior	40	17,2%
≥3 parto vaginal anterior	8	3,4%
1 cesariana anterior	63	27,2%
2 cesariana anterior	10	4,3%
≥3 cesariana anterior	6	2,6%
Total	223	100%

Fonte: dados próprios.

Sobre a idade gestacional, 79,7% (329) das gestantes atendidas estavam no terceiro trimestre, com mais de 37 semanas, 8,9% (37) entre o primeiro e segundo trimestre da gestação, 10,2% (42) no terceiro trimestre, entre 27 e 36 semanas e 6 dias.

Essa maternidade é um serviço de porta aberta, realizando atendimentos por livre demanda e referenciadas de outros serviços, contudo não é referência para gestações de alto risco e pré-termo (<37 semanas). Segundo dados, 19% (79) dos A&CR foram de gestantes com menos de 37 semanas e 13,3% (55) representou o atendimento de mulheres que foram encaminhadas para referência de alto risco, conforme a Tabela 1. Culturalmente, a experiência de familiares, pessoas próximas ou da própria mulher sobre o tipo de atendimento recebido em cada instituição, influencia na escolha do local de sua avaliação, mesmo quando orientadas sobre o adequado serviço de referência. Como a maternidade configura-se um serviço de porta aberta, mesmo com a possibilidade de atendimento em outros locais, muitas mulheres buscam o serviço em que já possuem um vínculo ou supõem que terão atendimento rápido, assistência qualificada, possibilidade de exames, dentre outros processos (BRILHANTE *et al.*, 2016).

Os resultados demonstraram que como queixa principal, 63,2% (261) referiram dor abdominal/lombar ou contrações uterinas. Como parte do A&CR utiliza-se, nesse local de estudo, a escala verbal numérica de 0 a 10 para descrição da dor, no qual 0 significa dor ausente e 10 a maior dor “já sentida”. Com a utilização de escalas pode-se avaliar de forma mais objetiva algo tão subjetivo como

a dor. Além das escalas, para Oliveira *et al.* (2016), ações de acolhimento e humanização podem auxiliar na segurança do profissional para realizar a melhor classificação possível, considerando especialmente a população de gestantes, a qual necessita uma assistência/olhar diferenciado. Além disso, o estudo demonstrou também, outras queixas/encaminhada de outros serviços com 12,8% (53), perda de líquido via vaginal 11,4% (47) e perda de sangue via vaginal 4,6% (19). Sobre a queixa principal, outras queixas/encaminhadas de outros serviços, a idade gestacional de 41 semanas ou mais prevaleceu como 60% (32) dos atendimentos.

Os dados corroboram com o estudo de Michilin *et al.* (2016), no qual as principais queixas que motivaram as gestantes a procurar atendimento, independentemente da paridade, foram de contração uterina, perda do tampão mucoso/conteúdo vaginal, perda de líquido amniótico/sangramento via vaginal e dor no baixo ventre ou suprapúbica; situações que de maneira geral poderiam ser avaliadas na atenção básica. Algumas dessas queixas podem ser comuns durante a gestação, para tanto, a atenção básica, em especial o local de realização do pré-natal, seria o local de referência para o primeiro atendimento, onde as gestantes seriam avaliadas e se necessário, encaminhadas para o serviço de referência, sem sobrecarregar as urgências. A atenção básica à saúde, segundo a Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011, é um componente pré-hospitalar fixo, sendo responsável também pelo atendimento às urgências (BRASIL, 2011b).

Analisando a classificação de risco conforme prioridade de atendimento, 42,1% (174) foram classificadas como laranja, 30% (124) amarelo, 14,9% (59) como verde, 11,1% (46) azul e somente 2,4% (10) foram classificadas como vermelho. Pode-se dizer que 56% (229) dos atendimentos não representam potenciais situações de risco, classificadas como “urgente” (amarelo), “pouco urgente” (verde) e “não urgente” (azul). Esse fato reflete também no número de internações que é representado por somente 27,6% (114) dos atendimentos. No estudo de Marconato e Monteiro (2017), no qual foram utilizados protocolos com modo de classificação por cinco prioridades de atendimento: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, as classificações na categoria verde e azul juntas representaram 44,8%. Segundo Mendes *et al.* (2018), a forma equivocada que a população utiliza os serviços de urgência/emergência causa superlotação e por vezes retarda a assistência a casos de maior risco, pois com grande número de pacientes a serem classificados, aumenta a espera pelo atendimento.

O desfecho da avaliação obstétrica para 59% (244) foi de orientada e liberada do serviço, 27,6% (114) internações e 13,3% (55) foram encaminhadas para o serviço de referência de alto risco, dados conforme a Tabela 1. Esse dado demonstra que a maioria das condutas foi de orientada e liberada do serviço, pois o quadro clínico não apresentava critério de internação, ou a demanda foi resolvida/atenuada na avaliação obstétrica ou, ainda, constitui-se uma questão a ser resolvida na atenção básica. No estudo de Brilhante *et al.* (2016), dentre os achados que justificam a sobrecarga das maternidades e urgências estão: a fragilidade da assistência obstétrica na atenção básica, pequena resolutividade, falha no acolhimento e escuta ativa, restrição de horários para atendimento, entre outros.

CONCLUSÃO

A implantação do protocolo de A&CR estabelece melhorias na organização do processo de trabalho com a adequada classificação do risco obstétrico. A classificação de risco demonstra que a maioria das demandas poderiam ser resolvidas em serviço de menor complexidade, observado também pelo pequeno número de internações.

O perfil obstétrico mostra que a estrutura etária das gestantes está em processo de envelhecimento, mas ainda é relevante o número de adolescentes grávidas. Relacionado à paridade, apesar do número de parto vaginal ser prevalente neste estudo, o percentual de cesariana está fora dos índices aceitáveis.

Portanto, é necessário o acolhimento da gestante e a qualificação da assistência, principalmente na atenção básica, para o atendimento de quadros agudos/situações de emergência, essencial para o encaminhamento da mulher no momento adequado ao serviço de maior complexidade, sem sobrecarregar as urgências. Destaca-se, também a melhoria na assistência ao pré-natal, possibilitando que essas mulheres estejam mais preparadas para o processo gravídico, parto e puerpério.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J. *et al.* The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 15-21, 2016.

BRASIL. **Portaria n. 1.600**, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011b. 16p.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. p. 15.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRILHANTE, A. F. *et al.* Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Rev. Rene.**, Ceará, v. 17, n. 4, p. 569-575, 2016.

MARCONATO, R. S.; MONTEIRO, M. I. Risk classification priorities in an emergency unit and outcomes of the service provided. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 1-8, e2974, 2017.

MENDES, T. J. M. *et al.* Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore Mews. **Rev. Min. Enferm.**, v. 22, n. e-1077, p. 1-6, 2018.

MICHILIN, N. S. *et al.* Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 4, p. 669-75, 2016.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 1-8 e-0960014, 2016.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2OconN9>. Acesso em: 28 nov. 2018.

TABORDA, A. J. *et al.* Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.

VIEIRA, B. D. G. *et al.* A prevenção da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11(Supl. 3), n. 3, p. 1504-1512, 2017.

