



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS**

**RELATÓRIO TÉCNICO**

Produto do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos

**“ASSISTÊNCIA EM SAÚDE EM UMA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA:  
INDICADORES DE TEMPO NA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO”**

CARLA ROSSANA DE LIMA COSTA

RECIFE

2024

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP  
Elaborada por Camila Florencio CRB-4/2295

---

C837r Costa, Carla Rossana de Lima

Relatório técnico: Assistência em saúde em uma urgência e emergência obstétrica: indicadores de tempo na avaliação do acolhimento com classificação de risco / Carla Rossana de Lima Costa. -- Recife: IMIP, 2024.

[Recurso eletrônico]

Modo de acesso: World Wide Web.  
ISBN 978-65-86781-35-9

1. Acolhimento. 2. Triagem. 3. Classificação. 4. Obstetrícia. 5. Emergência. I. Silva, Suzana Lins da. II. Título.

CDD 618.4

---



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>SUGESTÕES.....</b>	<b>10</b>
<b>4.1</b>	<b>Optimização do registro dos indicadores de ACCR.....</b>	<b>10</b>
<b>4.2</b>	<b>Revisão e readequação do Protocolo de ACCR.....</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este relatório técnico foi construído e apresentado como produto técnico à Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos em Saúde associado ao Programa de Residência em Saúde no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), localizado em Recife, Pernambuco, Nordeste, Brasil.

A elaboração do Relatório Técnico foi baseado nos resultados da pesquisa desenvolvida, intitulada “ASSISTÊNCIA EM SAÚDE EM UMA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: INDICADORES DE TEMPO NA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO”, a qual teve por objetivo: descrever a assistência em saúde em um serviço de emergência obstétrica do SUS, considerando os indicadores de tempo de ACCR. Este documento foi desenvolvido na tentativa de contribuir positivamente para o serviço de saúde, cenário da pesquisa, profissionais e gestores de saúde.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) constitui-se como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>1</sup> e da Rede Cegonha e dispositivo técnico-assistencial que reorganiza os serviços de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS). No que tange à Obstetrícia, tal ferramenta possui papel importante nos serviços que atendem à mulher em seu estado gravídico-puerperal no reordenamento dos fluxos de atendimento nas maternidades<sup>2,3</sup>.

Na tentativa de reduzir o teor subjetivo implicado no processo de acolher e triar, estabeleceu-se os Protocolos de ACCR para respaldar a decisão clínica do profissional de Enfermagem, responsável pela execução do mesmo. A maioria dos serviços de urgência e emergência do Brasil utiliza como modelo de triagem o Sistema de Triagem de Manchester (STM), avaliado como bom preditor clínico.

O Protocolo de ACCR obstétrico proposto pelo Ministério da Saúde é composto por cinco níveis de prioridades distribuídos em cinco cores e limites máximos de tempo de espera de atendimento para cada prioridade, a saber: vermelho (emergente) - demanda atendimento imediato, pois implica em elevado risco de morte; laranja (muito urgente – atendimento em até 15 minutos) – paciente em estado crítico e semicrítico não estabilizada; amarelo (pouco urgente – atendimento em até 30 minutos) – paciente em estado crítico ou semicrítico já estabilizada; verde (pouco urgente – atendimento em até 120 minutos) – menor nível de gravidade; azul (não urgentes – atendimento em até 240 minutos) – paciente não grave<sup>2</sup>.

O IMIP possui protocolo institucional de ACCR em obstetrícia considerado modificado do modelo proposto pelo MS por ser constituído por quatro cores: vermelha, amarela, verde e azul, sendo enquadrada como extra, a cor branca, específica para pacientes em situação especial, como

aquelas que apresentam a necessidade de internamento eletivo para a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos na instituição (como administração de medicamentos, dentre outros)<sup>4</sup>.

Estudos realizados com avaliação do ACCR em muitos serviços do SUS no Brasil, corroboram que, ainda permanece alta a demanda de pacientes não graves nos nas emergências. O monitoramento minucioso dos indicadores de tempo para cada cor de classificação de risco, quando realizado adequadamente fornece dados da qualidade da atenção ofertada nas emergências, tais dados, quando avaliados periodicamente, fomentam o reajuste de práticas provedoras de melhorias na assistência, diminuindo assim lacunas que possam comprometer a assistência obstétrica<sup>5</sup>.

## 2. OBJETIVOS

- Apresentar os resultados desta pesquisa para os profissionais e gestores do serviço;
- Sugerir medidas para melhoria da qualidade da assistência obstétrica como readequação do protocolo de acolhimento com classificação de risco.

### 3. RESULTADOS

A pesquisa que deu origem a este relatório técnico foi intitulada “Assistência em saúde em uma urgência e emergência obstétrica: indicadores de tempo na avaliação do acolhimento com classificação de risco”, um estudo descritivo, de corte transversal e retrospectivo, realizado em um banco de dados do serviço de urgência e emergência obstétrica da maternidade do IMIP, Recife/PE.

Foram utilizados dados referentes aos indicadores de monitoramento de ACCR do Ministério da Saúde, como: tempo de espera para o acolhimento, tempo de espera para o atendimento obstétrico e tempo de espera total. Além, disso, outros dados como procedência, hipótese diagnóstica, desfecho do atendimento, modalidade de acesso ao serviço. Tais dados foram analisados através da estatística descritiva com a utilização do Software Stata 12.1SE.

A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>6</sup>. O estudo foi conduzido após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição, cenário do estudo, o IMIP, com o número do CAAE 60901222.6.0000.5201 e número do Parecer: 5.574.426.

A amostra foi composta por 1.901 registros de atendimentos à gestantes que buscaram o setor de urgência e emergência obstétrica e passaram pelo acolhimento com classificação de risco do IMIP, localizado em Recife, Pernambuco, Brasil, nos meses de fevereiro e março de 2022.

A prioridade amarela atingiu maior prevalência com 64,0% (N=1.216) das pacientes, seguida da CR vermelha com 24,8% (N=472), verde 5,8% (N=110), azul 2,7% (N=52); e, branca 2,7% (N=51). Diante disso, constata-se que as classificações de risco não emergentes (amarelo, verde, azul e branca) foram mais frequentes na busca pelo serviço, totalizando 75,2% dos registros. Foi realizada avaliação mais detalhada do nível/categoria de maior gravidade de risco e prioridade de atendimento, a classificação de risco vermelha, a qual engloba pacientes graves. A partir da amostra de 1.901 registros, 472 foram classificados na cor vermelha (24,8%). O quantitativo de 472 classificações vermelhas foram incluídas apenas para o cálculo de frequências relativas das classificações de risco.

Das 472 CR vermelhas, obteve-se um total de 101 perdas por dados incompletos ou inconsistentes, sendo assim, o quantitativo de classificações vermelhas analisadas neste estudo foi de 371. Os resultados apresentados a seguir são referentes, especificamente, à análise do grupo de prioridade da classificação vermelha das gestantes com dados completos, ou seja, 371 registros.

Vale ressaltar que, as pacientes graves consideradas nesta pesquisa foram as gestantes classificadas na cor vermelha, segundo o Protocolo de ACCR institucional do serviço, utilizado

no período vigente do desenvolvimento desta pesquisa. Segundo tal Protocolo os discriminadores que compõe a CR vermelha são os seguintes: perda do nível de consciência; convulsão; visão turva, escótomas, dor epigástrica, náuseas e vômitos, cefaléia de forte intensidade com pressão sistólica (PAS) de 140 mmHG ou diastólica (PAD) de 90 mmHG; dinâmica uterina visível e/ou franco trabalho de parto; ausência de movimentação fetal a mais de 12 horas e 12 semanas de gestação; perda de líquido amniótico (LA)  $\geq$  12 horas; perda de LA esverdeado; sangramento intenso no 1º trimestre; sangramento a partir do 3º trimestre; HIV positivo com perda de LA; dor abdominal de forte intensidade; PAS  $\geq$  160 mmHg; PAD  $\geq$  110 mmHg; glicemia capilar (HGT)  $\geq$  300 mg/dl ou 60 mg/dl; frequência respiratória  $\geq$  24 IRPM; temperatura axilar  $\geq$  38° C; pulso  $>$  120 bpm; PAS  $\geq$  140 e/ou PAD  $\geq$  90 mmHg com proteinúria  $\geq$  +++; alterações de exames ultrasonográficos (com risco de óbito fetal).

A maioria das usuárias graves (vermelha) foi procedente da Região Metropolitana de Recife (RMR) com um total de 35,8% (N=133). A modalidade de acesso por demanda espontânea obteve maior prevalência com um total 65,2% das mulheres (N=242), enquanto, que, 34,8% (N=129) das pacientes atendidas, classificadas como vermelhas, trouxeram encaminhamento para o serviço.

De acordo com o resultado do teste qui-quadrado de Pearson, a demanda espontânea não apresentou uma distribuição de probabilidades homogênea entre os três locais de procedência das mulheres classificadas como vermelhas e a diferença de proporções foi estatisticamente significativa.

O turno noturno (19:00-06:59) obteve maior número de casos considerados graves (CR vermelhas) no período da pesquisa com 40,4% (N=150), enquanto que, os turnos: matutino (07:00-12:59) obteve 30,7% (N=114) e vespertino (13:00-18:59) 28,8% (N=108). A associação entre a modalidade de acesso ao serviço e o turno de atendimento não foi estatisticamente significativa ( $p < 0,170$ ).

O perfil obstétrico contou com dados relacionados à idade gestacional (IG) e hipótese diagnóstica após o atendimento obstétrico (GO ou EO). Percebeu-se que, 55,2% (N=205) das gestantes graves (vermelhas) possuíam IG menor que 37 semanas, e, 33,9% (N=126) maior que 37 semanas. O TP obteve prevalências baixas: 3,5% (N=13) em gestantes com IG menor que 37 semanas; e, 7,2% (N=27) em gestantes com IG maior que 37 semanas.

Quanto à hipótese diagnóstica, houve predomínio da descrição “outros” com 81,4% (N=302), seguidas por pré-eclâmpsia com 12,9% (N=48) e diabetes com 5,7% (N=21).

O tempo mediano de espera entre a retirada da senha ao início da classificação de risco foi de sete minutos. Enquanto isso, o tempo mediano de espera pelo atendimento obstétrico (GO/EO)

foi de 13 minutos, valor relativamente alto em relação ao indicado para a classificação vermelha (0 minutos) pelo MS. Em suma, o tempo mediano de espera total foi de 25 minutos. Sendo assim, observou-se comprometimento da qualidade do serviço prestado na assistência obstétrica a pacientes graves (vermelhas).

As pacientes graves que foram atendidas no período noturno obtiveram maior mediana de tempo de espera para atendimento pelo GO/EO (15 minutos), enquanto, que, a maior mediana de tempo de espera para o ACCR foi oito minutos no período da tarde. O tempo mediano de espera total de 25 minutos tanto no período da manhã como no da noite. Por outro lado, o tempo de espera total manteve distribuição uniforme com equivalência das medianas para o turno matutino e noturno (25 minutos).

O teste global da igualdade das medianas na espera do cadastro foi estatisticamente significativo ( $p = 0.034$ ). Entre os testes dos pares de turnos, o único par com diferença de medianas significativa foi o par vespertino vs noturno, com vantagem para o turno noturno ( $p = 0.017$ ). Enquanto, que, o teste global da igualdade das medianas na espera pelo atendimento obstétrico também foi estatisticamente significativo ( $p = 0.025$ ). Entre os testes pares de turnos, o único par com diferença de medianas significativa foi o par vespertino vs noturno, com vantagem para o turno vespertino ( $p = 0.010$ ).

Constatou-se que 57,4% das pacientes vermelhas atendidas na urgência e emergência obstétrica obteve como desfecho internamento no serviço, 6,7% delas foram transferidas para outro hospital, e, 35,9% liberadas para casa (alta hospitalar) após o atendimento.

## **4. SUGESTÕES**

Os resultados da pesquisa se depararam com inadequação parcial dos indicadores de qualidade de acolhimento com classificação do risco de gestantes graves (vermelhas) no serviço estudado com os valores referenciados pelo Ministério da Saúde, principalmente no que se refere à assistência obstétrica observou-se longo tempo de espera. Diante disso, serão apresentadas a seguir possíveis medidas resolutivas amenizadoras do problema em questão.

### **4.1 Otimização do registro dos indicadores de ACCR**

Em era de desenvolvimento tecnológico e digital, o aperfeiçoamento no registro e tratamento de dados em serviços de saúde são atualmente ferramentas extremamente relevantes para fidedignidade na avaliação de indicadores do SUS.

Portanto, se recomenda a atualização/utilização de Software ou Sistema de Informação em Saúde para registro dos dados da classificação de risco e triagem com contagem automática de dados quantitativos no sistema de CR da instituição, como: tempo de espera para o acolhimento, duração do ACCR, tempo de espera para assistência obstétrica pelo médico ou EO, frequência de discriminadores e fluxogramas mais utilizados pelos diferentes níveis da CR.

Em São Paulo foi desenvolvido um sistema de informação em apoio agregado ao prontuário eletrônico do paciente que respalda a decisão do enfermeiro na implementação do ACCR, a segurança e o controle dos dados são garantidos. Além do registro e acompanhamento de todo o processo de ACCR, contando com dados como: abertura do atendimento, atualização cadastral da gestante, atendimento de profissional especializado, administração de medicamentos, exames laboratoriais e de imagem; até a finalização do atendimento com a alta ou o encaminhamento ao centro obstétrico<sup>7</sup>.

### **4.2 Revisão e readequação do Protocolo de ACCR**

Costa<sup>8</sup> afirma a necessidade constante da revisão crítica e atualização dos protocolos institucionais de ACCR, tendo em vista, a potência que esses instrumentos assumem na prevenção e redução dos índices de mortalidade.  
11

Os resultados desta pesquisa subsidiam e fomentam a necessidade de desenvolvimento de estudos posteriores, no intuito de propor revisão e readequação do Protocolo de ACCR Obstétrico do IMIP, com a inclusão da classificação laranja intermediando as categorias vermelha e amarela,

no intuito de segregar melhor as pacientes graves com elevado risco de morte daquelas em situação crítica já estabilizada.

Para tanto, considera-se de extrema importância o levantamento de queixas mais frequentes das pacientes vermelhas, por meio de revisão dos fluxogramas de atendimento e discriminadores que melhor definem quadros que configuram uma emergência obstétrica. O desenvolvimento de estudo baseado na evidência científica das duas CRs, vermelha e amarela, possibilitará a extração de discriminadores a ser alocados para a categoria laranja, na tentativa de reservar a prioridade vermelha apenas para pacientes que se encontram em situação de extrema emergência, como àquelas que demandam internamento imediato em UTI Obstétrica ou procedimento cirúrgico obstétrico.

Neste ínterim, considera-se a inclusão da CR laranja ao protocolo institucional, intermediando a vermelha (extrema gravidade) e amarela (pouco urgente), de acordo com o Protocolo de Manchester<sup>3</sup> e o Protocolo do Ministério da Saúde de ACCR Obstétrico<sup>2</sup>, na tentativa de melhorar a organização do sistema de ACCR e melhorar o detalhamento da gravidade do caso das gestantes graves poderia oferecer assistência em saúde em tempo oportuno com maior segurança, resolutividade e qualidade.

Havendo uma filtragem mais apurada dos discriminadores de atendimento que compõe a categoria vermelha, dentro da qual encontram-se as emergências obstétricas, possivelmente ocorreria transições de queixas, sinais e sintomas denominados muito urgentes, que ainda podem esperar determinado curto espaço de tempo para a assistência obstétrica, sem consequências clínicas para o binômio materno-fetal.

A partir de então, surgiria uma proposta de readequação do Protocolo de ACCR Obstétrico institucional, desenvolvida em pesquisa subsequente, em prol da garantia a assistência segura, em tempo hábil, evitando complicações graves e mortes materno-fetais.

## 5. CONCLUSÕES

Diante disso, espera-se que os resultados da pesquisa e as sugestões acima supracitadas sejam problematizadas pela instituição, cenário deste estudo, contribuam na busca pelo caminho do aperfeiçoamento da assistência obstétrica humana, ética, resolutiva, equânime e segura. Assim, será possível colocar em prática e assegurar que as condutas em saúde sejam efetuadas de acordo com as metas propostas pelo Ministério da Saúde e as evidências científicas atualizadas sobre as emergências obstétricas.

Recife, 05 de dezembro de 2024.

### **Carla Rossana de Lima Costa**

Enfermeira, Mestranda em Cuidados Intensivos pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Pós-graduada em Enfermagem em Obstetrícia pelo Programa de Residência Uniprofissional do IMIP e Enfermeira Assistencial.

### **Orientadora Profa. Dra. Suzana Lins da Silva**

Enfermeira, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco, Doutora em Saúde materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos do IMIP e Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília, 2017; p. 64.
3. Rocha SSF. Readequação do instrumento de registro do acolhimento com classificação de risco obstétrico [dissertação]. Belém: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; 2018.
4. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Protocolo de Classificação de Risco Rede IMIP. 3ª rev. Recife, Brasil; 2017.
5. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2021 Oct 30]; 20 (6): 1041-7. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zhQNMVSnMr53scQRVJ7jNYm/?lang=en>.
6. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em seres humanos. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, 12 dez 2012. [acesso em 04 jun 2020]. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
7. Serafim RC, Temer MJ, Parada CMGL, Peres HHC, Serafim CTR, Jensen R. System for reception and risk classification in obstetrics: A technical quality assessment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020; 28: e3330.
8. Costa GS, Vieira PSN, Pereira VMN, Nascimento DIM, Oliveira LAM, Galvão TCCP, *et al.* Análise do atendimento hospitalar em emergência obstétrica: ênfase na classificação de risco. *Braz. J. Surg. Clin. Res* [Internet]. 2018 [acesso em 15 set 2021]; 22 (2): 34-9. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180405\\_101005.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180405_101005.pdf)