

CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE
CHARACTERIZATION OF WOMEN ATTENDED IN AN OBSTETRIC EMERGENCY UNIT OF A PUBLIC HOSPITAL IN PORTO ALEGRE
CARACTERIZACIÓN DE MUJERES ATENDIDAS EN UNA EMERGENCIA OBSTÉTRICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE

Juliana Gorziza Madruga¹
Márcia Cordeiro da Cunha²
Raquel Vieira Schuster³
Gregório Corrêa Patuzzi⁴
Alessandra Andrade Fantinelli⁵
Cristiane Athanasio Kolbe⁶
Agnes Ludwig Neutzling⁷

¹ Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre - Rio Grande do Sul / Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7950-8610>

² Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre - Rio Grande do Sul / Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0943-4211>

³ Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre - Rio Grande do Sul / Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8021-1443>

⁴ Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre - Rio Grande do Sul / Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5358-0916>

⁵ Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre - Rio Grande do Sul / Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3176-9491>

⁶ Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre - Rio Grande do Sul / Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1877-8518>

⁷ Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre - Rio Grande do Sul / Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6796-4750>

Autor correspondente

Agnes Ludwig Neutzling

Av. Francisco Trein, 596 - Cristo Redentor, Porto Alegre - RS, Brasil. CEP 91350-200. Contato: +55 51 33572161. E-mail: ati.ludwig@gmail.com

Submissão: 17-03-2025

Aprovado: 30-04-2025

RESUMO

Introdução: a redução da morbimortalidade materna requer a implementação de protocolos como o de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria, sendo crucial caracterizar os atendimentos, na emergência obstétrica, para garantir um cuidado singular. **Objetivo:** analisar a caracterização das mulheres, residentes em Porto Alegre/RS, atendidas no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria, em um hospital público. **Método:** estudo quantitativo, transversal e retrospectivo, com análise documental. Foram incluídos todos os atendimentos realizados, na emergência obstétrica, de um hospital público, entre janeiro/2021 e setembro/2021, de mulheres que residiam em Porto Alegre. Foram excluídos atendimentos de mulheres que não compareceram à consulta médica após classificação de risco obstétrico. A coleta de dados foi retrospectiva, com utilização de questionário estruturado para registros do prontuário eletrônico. Para análise, utilizou-se teste qui-quadrado e de tendência linear, considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** foram analisados 1.343 atendimentos. Observou-se predominância de mulheres com 20-29 anos de idade, autodeclaradas brancas, brasileiras, com idade gestacional <37 semanas, com >6 consultas de pré-natal e classificadas como prioridade clínica verde. A maioria dos atendimentos ocorreu dentro dos tempos médios preconizados. **Conclusão:** os resultados destacam a predominância de atendimentos de prioridade clínica verde (pouco urgente); o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde pode ser estratégia para atendimento dessa demanda. Observou-se também vulnerabilidade de mulheres não brancas e imigrantes o que reforça a importância do Acolhimento e Classificação de Risco na organização dos serviços obstétricos e na redução da morbimortalidade materna.

Palavras-chave: Acolhimento; Obstetria; Enfermagem Obstétrica; Classificação de Risco.

ABSTRACT

Introduction: The reduction of maternal morbidity and mortality requires the implementation of protocols such as the User Embrace and Obstetric Risk Classification, with a crucial need to characterize emergency obstetric care to ensure personalized care. **Objective:** To analyze the characteristics of women residing in Porto Alegre, RS, who were attended to in an Obstetric Emergency unit of a public hospital. **Method:** A quantitative, cross-sectional, and retrospective study with document analysis. All attendances that occurred at the emergency obstetric unit of a public hospital between January and September 2021 of women residing in Porto Alegre were included. Attendances of women who did not attend their medical appointment after their risk classification were excluded. Data collection was retrospective, with the application of a structured questionnaire using electronic medical records. For analysis, chi-square and linear trend tests were used, considering a significance level of 5%. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** A total of 1,343 attendances were analyzed. A predominance of women aged 20-29, self-identified as white, Brazilian, with a gestational age <37 weeks, >6 prenatal consultations, and classified as green clinical priority was observed. Most attendances occurred within the recommended average times. **Conclusion:** The results highlight the predominance of green clinical priority (low urgency) attendances at the studied location and the strengthening of Primary Health Care as a strategy to address this demand. They also point to the vulnerability of non-white and immigrant women and reinforce the importance of the User Embrace and Obstetric Risk Classification protocol in organizing obstetric services and reducing maternal morbidity and mortality.

Keywords: User Embrace; Obstetrics; Obstetric Nursing; Triage.

RESUMEN

Introducción: La reducción de la morbimortalidad materna exige la implementación de protocolos como el Acogida y Clasificación de Riesgo en Obstetria, siendo crucial caracterizar la atención en la emergencia obstétrica para garantizar una atención personalizada. **Objetivo:** Analizar la caracterización de las mujeres residentes en Porto Alegre/RS atendidas en Acogida y Clasificación de Riesgo en Obstetria en un hospital público. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal y retrospectivo, con análisis documental. Se incluyeron todas las atenciones realizadas en la emergencia obstétrica de un hospital público, entre enero/2021 y septiembre/2021, de mujeres residentes en Porto Alegre. Se excluyeron las atenciones de mujeres que no asistieron a la consulta médica tras la clasificación de riesgo obstétrico. La recolección de datos fue retrospectiva, utilizando un cuestionario estructurado aplicado en los registros del prontuario electrónico. Para el análisis, se utilizaron las pruebas de ji-cuadrado y de tendencia lineal, considerando un nivel de significancia del 5%. Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Se analizaron 1.343 atenciones. Se observó una predominancia de mujeres de 20-29 años, autoidentificadas como blancas, brasileñas, con una edad gestacional <37 semanas, más de 6 consultas de prenatal y clasificadas con prioridad clínica verde. La mayoría de las atenciones se realizaron dentro de los tiempos promedio recomendados. **Conclusión:** Los resultados destacan la predominancia de atenciones de prioridad clínica verde (poco urgente) en el lugar estudiado y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud como estrategia para atender esta demanda. También señalan la vulnerabilidad de las mujeres no blancas e inmigrantes, y refuerzan la importancia del Acogida y Clasificación de Riesgo en la organización de los servicios obstétricos y en la reducción de la morbimortalidad materna.

Palabras clave: Acogimiento; Obstetria; Enfermería Obstétrica; Triaje.



INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde, o qual reflete o nível de desenvolvimento de uma sociedade. Buscar sua redução demanda uma análise aprofundada da questão.¹ Grande parte dos casos de mortalidade materna no mundo é evitável, e sua prevenção exige uma abordagem multifacetada, que inclui estratégias de aprimoramento dos cuidados prestados nos serviços de saúde com a adoção de protocolos assistenciais padronizados.² Nesse contexto, no Brasil, tem-se adotado o manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CRO), do Ministério da Saúde (MS), como uma estratégia, para garantir o acesso de qualidade nos serviços de porta de entrada que atendem urgências obstétricas³.

O manual de A&CRO é um instrumento de apoio à decisão clínica, que auxilia na identificação das pacientes mais graves e proporciona um atendimento rápido e seguro conforme os seus potenciais de risco. O tempo médio de espera preconizado entre o cadastro e a classificação de risco deve ser menor de 10 min, enquanto o tempo médio de duração total da classificação deve ser inferior a 5 min. O instrumento prevê o uso de fluxogramas atribuídos às queixas mais frequentes apresentadas pelas usuárias. A classificação se dá por cores/prioridade clínica e determina o tempo médio de espera para o atendimento médico: vermelha (imediato); laranja (até 15 min); amarela (até 30 min); verde (até 120 min) e azul (até 240 min ou encaminhamento para

outro serviço). A busca para otimizar esses tempos reflete na qualidade da assistência prestada nos serviços de emergência obstétrica³.

A implementação do manual de A&CRO requer movimentos de mudanças importantes, incluindo a assistência obstétrica médica e de enfermagem em tempo oportuno. Isso permite garantir o atendimento da usuária de acordo com a gravidade clínica, e não pela ordem de chegada ao serviço, além de otimizar os espaços para agilizar o atendimento³.

O acolhimento realizado em uma emergência obstétrica engloba a prática interdisciplinar, demanda postura proativa dos profissionais, escuta ativa e resposta às necessidades específicas de cada mulher atendida no serviço de saúde³. No âmbito da enfermagem, a classificação de risco é uma atividade privativa do enfermeiro, que deve estar capacitado para realizar essa função conforme o protocolo institucional. O enfermeiro que atua na classificação de risco deve praticar escuta qualificada, aplicar julgamento clínico crítico para avaliar as queixas da mulher e realizar encaminhamento adequado ao risco apresentado⁴.

O conhecimento das características sociodemográficas é determinante para a qualificação da assistência às gestantes que buscam as emergências obstétricas e deve estar presente, desde o pré-natal até o ambiente hospitalar, para a realização de um cuidado integral à saúde. Esse cuidado envolve questões relacionadas às alterações fisiológicas e emocionais sofridas pela mulher, durante o



período gravídico, bem como ao desenvolvimento fetal⁵, e deve seguir os princípios de promoção da equidade e o respeito à diversidade cultural, étnica e racial⁶.

Diante da relevância do tema e das suas implicações nas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, este estudo teve como objetivo analisar a caracterização dos atendimentos de mulheres, residentes em Porto Alegre/RS, atendidas no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, em um hospital público.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico e retrospectivo, que faz parte de um projeto maior, desenvolvido pelo Grupo de Estudos da Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB). Tal estudo tinha como objetivo analisar os indicadores de monitoramento do A&CRO em um hospital público de Porto Alegre.

O cálculo amostral do estudo principal foi realizado com a ferramenta *PSS Health*®, considerando-se o local do estudo e a proporção de ocorrência de 95% do desfecho internação, em pacientes com classificação de risco obstétrico vermelha ou laranja, e totalizou amostra de 1.652 atendimentos. O método de Wald foi utilizado, com 10% de amplitude para o intervalo de confiança, nível de confiança de 95% e acréscimo de 10% para possíveis perdas⁷. Dessa forma, estimou-se o número de 1.210 atendimentos para este estudo considerando que foram incluídos, na pesquisa, todos os

atendimentos de mulheres que residem na cidade de Porto Alegre (RS), cuja classificação de risco foi registrada em prontuário eletrônico, com atendimento no local de estudo de 01/01/2021 a 04/09/2021. Foram excluídos do estudo os atendimentos daquelas que não compareceram na consulta médica, após a sua classificação de risco obstétrico.

A coleta de dados ocorreu em um Centro Obstétrico (CO), de alta complexidade, de um hospital público federal, de Porto Alegre/RS, por enfermeiras com atuação no setor. Para garantir o rigor da coleta de dados, as coletadoras foram treinadas para a aplicação do instrumento. Foi utilizado questionário estruturado e pré-codificado, elaborado pelos autores, por meio de dados do prontuário eletrônico de atendimentos das mulheres incluídas na amostra. Os dados foram coletados de forma retrospectiva entre novembro de 2022 e maio de 2023.

Foram definidas como variáveis de exposição aquelas referentes às características sociodemográficas e obstétricas da amostra. As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade na data do atendimento em anos completos (≥ 14 a 19; 20 a 29; 30 a 39; ≥ 40); raça/cor (branca; preta; parda/amarela); nacionalidade (brasileira; venezuelana; haitiana; outras); e situação conjugal (solteira; casada/união estável; outro). As variáveis obstétricas incluídas foram: local de realização do pré-natal (postos de saúde; ambulatório de pré-natal de alto risco [PNAR]; outros); número de gestações (1; 2; ≥ 3); número de partos vaginais (0; 1; 2; ≥ 3); número de cesáreas (0; 1; 2; ≥ 3); número de abortos (0; 1;



≥ 2); número de gestações ectópicas (0; ≥ 1); idade gestacional [IG] no momento do A&CRO em semanas completas (< 37 ; ≥ 37); e número de consultas de pré-natal (< 6 consultas; ≥ 6 consultas).

Sobre as variáveis relacionadas ao atendimento, foram incluídos dados sobre tempo dos atendimentos: tempo transcorrido entre o cadastro da paciente no CO e o início do atendimento médico (< 10 min; ≥ 10 min); tempo total do A&CRO (< 5 min; ≥ 5 min); e tempo entre o A&CRO e o início do atendimento médico conforme a prioridade clínica (adequado; excedido)³. Foram analisados os fluxogramas utilizados na Classificação de Risco em Obstetrícia³: desmaio/mal-estar geral; dor abdominal/lombar/contrações uterinas; dor de cabeça/tontura/vertigem; falta de ar/sintomas respiratórios; febre/sinais de infecção; náuseas e vômitos; perda de líquido via vaginal/secreções; perda de sangue via vaginal; queixas urinárias; parada/redução de movimentos fetais; relato de convulsão; e outras queixas/situações.

Os desfechos avaliados incluem a prioridade clínica/cor (azul; verde; amarela; laranja; vermelha), a conduta médica inicial após o primeiro atendimento médico (alta/liberado; exames/procedimentos/medicação; internação hospitalar; encaminhamento para outros serviços) e a conduta final após segunda avaliação médica (alta/liberado; exames/procedimentos/medicação; internação hospitalar; encaminhamento para outros serviços).

Os dados foram analisados com o auxílio dos programas SPSS® versão 22.0. Foi realizada a descrição da frequência das variáveis em estudo: variáveis numéricas foram expressas como média e desvio padrão, e variáveis categóricas foram apresentadas como número absoluto e percentual. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas e os desfechos, foi utilizado o teste qui-quadrado e o teste de tendência linear - para variáveis numéricas categorizadas, considerando nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição estudada, conforme o parecer nº 5.682.438, e o CAAE nº 63328122.7.0000.5530.

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, a amostra do estudo foi composta por 1.343 atendimentos. Em relação aos dados sociodemográficos da amostra, a média de idade foi de 27,0 anos ($DP \pm 0,7$), com predominância de mulheres brasileiras ($n=1.277$; 95,1%) e autodeclaradas como brancas ($n=867$; 64,6%) (Tabela 1).

Em relação à história obstétrica, 37,5% ($n=503$) das mulheres da amostra haviam gestado três vezes ou mais, 55,1% ($n=740$) não tinham partos prévios, e 27,9% ($n=205$) possuíam, pelo menos, uma cesárea anterior. Ainda, 23,8% ($n=320$) delas tinham história de, ao menos, aborto prévio, 1,3% ($n=17$) possuíam história de, ao menos, uma gestação ectópica prévia. A maioria das mulheres da amostra



estava com idade gestacional <37 semanas (n=740; 55,1%) quando foram atendidas no A&CRO, apresentando ≥ 6 consultas de pré-natal

(n=832; 62,0%) realizadas, em sua maior parte, nos postos de saúde (n=809; 60,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos e obstétricos dos atendimentos em um centro obstétrico, Porto Alegre/RS, Brasil, 2023 (n = 1.343.).

VARIÁVEIS	N	%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Idade (anos completos)		
14 a 19	141	10,5
20 a 29	747	55,6
30 a 39	399	29,7
≥ 40	56	4,2
Raça/cor		
Branca	867	64,6
Preta	284	21,1
Parda / Amarela	192	14,3
Nacionalidade		
Brasileira	1.277	95,1
Haitiana	49	3,6
Venezuelana	12	0,9
Outras	5	0,4
Situação Conjugal		
Solteira	1167	86,9
Casada / União Estável	146	10,9
Outro	30	2,2
OBSTÉTRICAS		
Nº de gestações		
1	453	33,7
2	387	28,8
≥ 3	503	37,5
Nº de partos anteriores		
0	740	55,1
1	325	24,2
2	145	10,8
≥ 3	133	9,9
Nº de cesáreas anteriores		
0	968	72,1
1	205	15,3
2	74	5,5
≥ 3	96	7,1
IG^a (semanas completas)		
<37	740	55,1

≥37	603	44,9
Local do PN^b		
Postos de Saúde	809	60,2
PNAR	268	20,0
Outros	266	19,8
Nº de consultas no PN^b		
≥6 consultas	832	62,0
< 6 consultas	511	38,0

^aIG = Idade Gestacional. ^bPN= Pré-natal.

A maior parte das mulheres da amostra foi atendida nos tempos preconizados para o cadastro e o início do A&CRO (n=829; 61,7%) e para a duração do A&CRO (n=873; 65%). Em relação aos atendimentos realizados na A&CRO, a prioridade clínica mais frequente na amostra

foi a verde (n=863;64,3%), a conduta médica inicial mais frequente foi a de “Exames/procedimentos/medicações” (n=666; 49,6%), e a conduta médica final mais utilizada foi a de “Alta / liberado” (n=422; 73,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos atendimentos realizados no A&CRO em um centro obstétrico, Porto Alegre/RS, Brasil, 2023 (n = 1.343).

VARIÁVEIS	N	%
Tempo entre cadastro e A&CRO^a		
< 10 minutos	829	61,7
≥ 10 minutos	514	38,3
Tempo total do A&CRO^a		
< 5 minutos	873	65,0
≥ 5 minutos	470	35,0
Fluxograma da Classificação de Risco em Obstetrícia		
Dor abdominal / lombar / contrações uterinas	571	42,5
Outras queixas/situações	391	29,1
Perda de sangue via vaginal	146	10,9
Perda de líquido via vaginal / secreções	105	7,8
Dor de cabeça / Tontura / Vertigem	44	3,3
Parada ou redução de movimentos fetais	28	2,1
Náuseas e vômitos	25	1,9
Queixas urinárias	17	1,3
Falta de ar / Sintomas respiratórios	10	0,7
Febre / Sinais de infecção	4	0,3
Desmaio / Mal estar geral	2	0,1
Relato de convulsão	0	0,0
Prioridade clínica da Classificação de Risco em Obstetrícia		
Azul	3	0,2

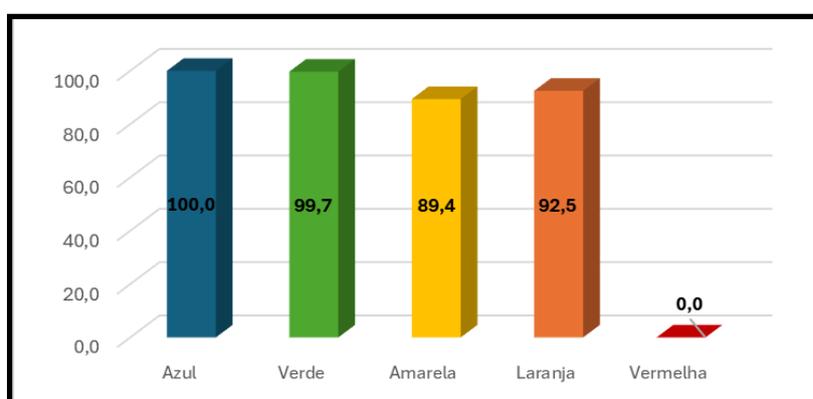
Verde	863	64,3
Amarela	406	30,2
Laranja	67	5,0
Vermelha	4	0,3
Conduta Inicial		
Exames / Procedimentos / Medicação	666	49,6
Alta / Liberado	422	31,4
Internação	242	18,0
Encaminhamento para outros serviços	13	0,9
Conduta Final		
Alta / Liberado	981	73,0
Internação	340	25,3
Encaminhamento para outros serviços	12	0,9
Exames / Procedimentos / Medicação	10	0,7

^aA&CRO= Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia.

Em relação ao tempo de espera para o início do atendimento médico, 95,9% (n=1.288) da amostra foi atendida dentro do tempo preconizado. O maior percentual de adequação

de tempo entre A&CRO e atendimento médico esteve para atendimentos com classificação azul (n=3; 100%), seguido da prioridade verde (n=860; 99,7%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Percentual de adequação de tempo entre Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e atendimento médico por prioridade clínica (n = 1.343).



Fonte: elaborado pelos autores.

Quanto à prioridade clínica, para a população venezuelana, houve maior frequência da cor verde (n=11;91,7%), e menor ocorrência da amarela (n=1;8,3%), quando comparada às outras nacionalidades (p<0,001). Na categoria situação conjugal, pessoas solteiras apresentaram

maior frequência de classificação verde (n=758; 65,0%) em comparação aos demais grupos (p=<0,001) (Tabela 3).

A análise também demonstrou que o número de partos anteriores foi inversamente proporcional ao percentual de classificações de

cor verde ($p=0,038$). Em relação ao número de cesáreas anteriores, as gestantes com ≥ 3 cesáreas apresentaram, com maior frequência, a classificação amarela ($n=41;42,7\%$) do que as mulheres que possuíam ≤ 2 cesáreas prévias ($p=0,016$) (Tabela 3).

As gestantes da amostra com IG <37 semanas foram classificadas como verdes mais frequentemente do que as gestantes com IG ≥ 37 semanas ($n=551$ vs $n=312;74,5\%$ vs $51,7\%$; $p<0,001$). Gestantes com IG ≥ 37 semanas foram mais classificadas como amarelas

($n=258;42,8\%$) do que as com IG <37 semanas ($n=148;20,0\%$) (Tabela 3).

Houve maior frequência de classificações com a cor verde entre gestantes provenientes do PNAR, quando comparadas àquelas com pré-natal, nos postos de saúde ou em outros locais ($n=206$ vs $n=490$ vs $n=167;76,9\%$ vs $60,6\%$ vs $62,8\%$; $p <0,001$). Já em relação ao número de consultas de pré-natal, as gestantes com <6 consultas receberam, com maior frequência, a classificação de cor verde do que as gestantes com ≥ 6 consultas ($71,0\%$ vs $60,1\%$; $p<0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise das variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação à prioridade clínica atribuída na Classificação de Risco em Obstetrícia em um centro obstétrico, Porto Alegre/RS, Brasil, 2023 ($n = 1.343$).

Variáveis	Prioridade clínica (n%)					P valor
	Verde	Amarela	Laranja	Vermelha	Azul	
SOCIODEMOGRÁFICAS						
Idade						0,542 ^a
14 - 19	88 (62,4)	45 (31,9)	7 (5,0)	1 (0,7)	-	
20 - 29	467 (62,5)	242 (32,4)	33 (4,4)	3 (0,4)	2 (0,3)	
30 - 39	273 (68,4)	103 (25,8)	22 (5,5)	-	1 (0,3)	
≥ 40	35 (62,5)	16 (28,6)	5 (5,8)	-	-	
Raça/cor						0,292 ^a
Branca	567 (65,4)	257 (29,6)	41 (4,7)	2 (0,2)	-	
Preta	179 (63,0)	88 (31,0)	15 (5,3)	1 (0,4)	1 (0,4)	
Parda/Amarela	117 (60,9)	61 (31,8)	11 (5,7)	1 (0,5)	2 (1,0)	
Nacionalidade						$<0,001^a$
Brasileira	818 (64,1)	368 (30,2)	67 (5,2)	4 (0,3)	2 (0,2)	
Venezuelana	11 (91,7)	1 (8,3)	-	-	-	
Haitiana	32 (65,3)	17 (34,7)	-	-	-	
Outras	2 (40,0)	2 (40,0)	-	-	1 (20,0)	
Situação conjugal						$<0,001^a$
Solteira						

	758 (65,0)	349 (29,9)	55 (4,7)	2 (0,2)	3 (0,3)	
Casada/União estável	88 (60,3)	48 (32,9)	10 (6,8)	-	-	
Outros	17 (56,7)	9 (30,0)	2 (6,7)	2 (6,7)	-	
OBSTÉTRICAS						
Nº de gestações						0,088 ^a
1	290 (64,0)	145 (32,0)	16 (3,5)	2 (0,4)	-	
2	236 (61,0)	131 (33,9)	19 (4,9)	-	1 (0,3)	
≥3	337 (67,0)	130 (25,8)	32 (6,4)	2 (0,4)	2 (0,4)	
Nº de partos						0,038 ^b
0	482 (65,1)	224 (30,3)	31 (4,2)	2 (0,3)	1 (0,1)	
1	211 (64,9)	97 (29,8)	16 (4,9)	-	1 (0,3)	
2	89 (61,4)	48 (33,1)	7 (4,8)	1 (0,7)	-	
≥3	81 (60,9)	37 (27,8)	13 (9,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	
Nº de cesáreas						0,016 ^a
0	627 (64,8)	293 (30,3)	44 (4,5)	3 (0,3)	1 (0,1)	
1	134 (65,4)	58 (28,3)	13 (6,3)	-	-	
2	54 (73,0)	14 (18,9)	5 (6,8)	-	1 (1,4)	
≥3	48 (50,0)	41 (42,7)	5 (5,2)	1 (1,0)	1 (1,0)	
IG no A&CRO^c						<0,001 ^a
<37 semanas	551 (74,5)	148 (20,0)	39 (5,3)	1 (0,1)	1 (0,1)	
≥37 semanas	312 (51,7)	258 (42,8)	28 (4,6)	3 (0,5)	2 (0,3)	
Local PN^d						<0,001 ^a
Postos de saúde	490 (60,6)	272 (33,6)	44 (5,4)	2 (0,2)	1 (0,1)	
PNAR	206 (76,9)	52 (19,4)	8 (3,0)	-	2 (0,7)	
Outros	167 (62,8)	82 (30,8)	15 (5,6)	2 (0,8)	-	
Nº de consultas PN^d						<0,001 ^a
<6	363 (71,0)	116 (22,7)	32 (6,3)	-	-	
≥6	500 (60,1)	290 (34,9)	35 (4,2)	4 (0,5)	3 (0,4)	

^aUtilizado teste qui-quadrado. ^bUtilizado o teste de tendência linear. ^cA&CRO= Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. ^dPN= Pré-natal.



A análise da conduta inicial do atendimento médico, na amostra, demonstrou que brasileiras receberam, com maior frequência, a conduta de “Alta/liberado” (n=407;31,9%) quando comparadas às mulheres de outras nacionalidades, e que venezuelanas (n=8;66,7%) e haitianas (n=28;57,1%) foram mais encaminhadas para “Exames/procedimentos/medicação” em comparação às demais (p= 0,006). Observou-se que as mulheres com gestação a termo foram internadas com maior frequência do que as

mulheres com IG <37 semanas (n=179;29,7% vs n=63;8,5%; p<0,001). As mulheres que realizavam acompanhamento no PNAR foram mais encaminhadas a “Exames/procedimentos/medicação” (n=174;64,9%;p<0,001) do que os outros grupos dessa variável. Em relação ao número de consultas de pré-natal, gestantes com <6 consultas receberam “Alta/liberado” em maior proporção do que aquelas com ≥6 consultas (n=252;49,3% vs n=170;20,4%; p<0,001) (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise das variáveis sociodemográficas e obstétricas em relação à conduta inicial do atendimento médico em um centro obstétrico, Porto Alegre/RS, Brasil, 2023 (n = 1.343).

Variáveis	Conduta Inicial n(%)				P valor
	Alta/ Liberado	Exames/ Procedimentos/ Medicação	Internação	Encaminhamento para outros serviços	
SOCIODEMOGRÁFICAS					
Idade					
14 - 19	44 (31,2)	74 (52,5)	21 (14,9)	2 (1,4)	0,034 ^a
20 - 29	258 (34,5)	352 (47,1)	130 (17,4)	7 (0,9)	
30 - 39	105 (26,3)	213 (53,4)	77 (19,3)	4 (1,0)	
≥40	15 (26,8)	27 (48,2)	14 (25,0)	-	
Raça/cor					
Branca	295 (34,0)	407 (46,9)	157 (18,1)	8 (0,9)	0,084 ^b
Preta	73 (25,7)	151 (53,2)	57 (20,1)	3 (1,1)	
Parda/Amarela	54 (28,1)	108 (56,2)	28 (14,6)	2 (1,0)	
Nacionalidade					
Brasileira	407 (31,9)	628 (49,2)	230 (18,0)	12 (0,9)	0,006 ^b
Venezuelana	3 (25,0)	8 (66,7)	1 (8,3)	-	
Haitiana	11 (22,4)	28 (57,1)	10 (20,4)	-	
Outras	1 (20,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	

Situação conjugal					
Solteira	362 (31,0)	586 (50,2)	208 (17,8)	11 (0,9)	
Casada/União estável	48 (32,9)	67 (45,9)	29 (19,9)	2 (1,4)	0,872 ^b
Outros	12 (40,0)	13 (43,3)	5 (16,7)	-	
OBSTÉTRICAS					
Nº de gestações					
1	150 (33,1)	219 (48,3)	78 (17,2)	6 (1,3)	
2	110 (28,4)	195 (50,4)	79 (20,4)	3 (0,8)	0,612 ^b
≥3	162 (32,2)	252 (50,1)	85 (16,9)	4 (0,8)	
Nº de partos					
0	224 (30,3)	375 (50,7)	132 (17,8)	9 (1,2)	
1	105 (32,3)	165 (50,8)	54 (16,6)	1 (0,3)	0,656 ^b
2	53 (36,6)	63 (43,4)	28 (19,3)	1 (0,7)	
≥3	40 (30,1)	63 (47,4)	28 (21,1)	2 (1,5)	
Nº de cesáreas					
0	319 (33,0)	463 (47,8)	176 (18,2)	10 (1,0)	
1	54 (26,3)	117 (57,1)	33 (16,1)	1 (0,5)	0,546 ^b
2	22 (29,7)	39 (52,7)	12 (16,2)	1 (1,4)	
≥3	27 (28,1)	47 (49,0)	21 (21,9)	1 (1,0)	
IG no A&CRO^c					
<37 semanas	314 (42,4)	352 (47,6)	63 (8,5)	11 (1,5)	<0,001 ^b
≥37 semanas	108 (17,9)	314 (52,1)	179 (29,7)	2 (0,3)	
Local PN^d					
Postos de saúde	265 (32,8)	378 (46,7)	159 (19,7)	7 (0,9)	
PNAR	52 (19,4)	174 (64,9)	40 (14,9)	2 (0,7)	<0,001 ^b
Outros	105 (39,5)	114 (42,9)	43 (16,2)	4 (1,5)	
Nº de consultas PN^d					
<6	252 (49,3)	196 (38,4)	55 (10,8)	8 (1,6)	<0,001 ^b
≥6	170 (20,4)	470 (56,5)	187 (22,5)	5 (0,6)	

^aUtilizado teste qui-quadrado. ^bUtilizado o teste de tendência linear. ^cA&CRO= Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. ^dPN= Pré-natal.



DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a caracterização dos atendimentos de mulheres, residentes em Porto Alegre/RS, atendidas no A&CRO, de um hospital público, foi composta, predominantemente, por gestantes com faixa etária de 20 a 29 anos, solteiras, com ≥ 3 gestações e ≥ 6 consultas de pré-natal, que buscam o serviço com IG < 37 semanas, e que são classificadas com prioridade clínica verde (pouco urgente). Em relação às características sociodemográficas, a amostra aproxima-se das características apontadas por pesquisas nacionais, em que as mulheres casam-se menos em relação aos anos anteriores⁸, com tendência a postergar, cada vez mais, a gestação⁹.

A literatura mostra que a saúde das gestantes pode estar relacionada a aspectos sociodemográficos¹⁰. A análise realizada neste estudo evidenciou que o aumento da faixa etária das pessoas atendidas no serviço foi diretamente proporcional ao número de taxas de internação. As internações podem ocorrer, com mais frequência, em gestantes com maior idade, já que estas tendem a ter mais gestações de alto risco, seja por comorbidades específicas da gravidez ou por patologias prévias que se exacerbam no período gravídico^{11,12}. Por outro lado, adolescentes podem apresentar maior número de partos prematuros, considerando fatores de risco como nível de escolaridade mais baixo e menor número de consultas de pré-natal¹³.

Em sua maior parte, as pessoas do estudo autodeclararam-se como brancas, seguidas pela

raça/cor preta. Em contraste com o perfil da população brasileira, que se autodeclara, majoritariamente, como parda, no estado do RS, a maioria da população autodeclara-se branca. Portanto, a amostra mostrou-se representativa da população estudada no aspecto raça/cor¹⁴. Em relação à raça/cor, apesar de não haver associação significativa na amostra, o grupo de mulheres pretas, pardas e amarelas apresentou encaminhamento para “Exames/procedimentos/medicação” com maior frequência, quando comparado às brancas.

Estudos que abordam a relação entre raça e acesso à saúde apontam que pessoas pretas, pardas e amarelas possuem um acesso à saúde, ao pré-natal e ao parto mais deficitário em relação às pessoas brancas^{15,16}, fato que pode relacionar-se às iniquidades raciais e sociais que pessoas não brancas enfrentam no contexto de acesso e atendimento adequado à saúde no Brasil. Dessa forma, esse grupo de pessoas pode buscar, com mais frequência, os serviços de saúde hospitalares, para a realização de exames e procedimentos que poderiam ser realizados na atenção primária à saúde (APS). Ainda, pode chegar, na emergência obstétrica, com casos mais graves de saúde, necessitando de um maior número de exames complementares e realização de procedimentos do que o restante da população¹⁷.

As mulheres venezuelanas também foram mais encaminhadas para a realização de “Exames/procedimentos/medicação” do que as brasileiras e receberam, com maior frequência, a classificação verde do que as demais



nacionalidades. A população venezuelana, em geral, tem migrado para o Brasil, em um contexto de conflito, falta de segurança humana e oportunidades no seu país de origem. Devido a isso, é uma população com um histórico importante de vulnerabilidades, o que pode gerar uma maior procura pelo serviço de emergência obstétrica, até mesmo em situações pouco urgentes¹⁸.

Em relação às características dos atendimentos, a maior parte da amostra foi classificada como verde. Pesquisas sobre o A&CRO demonstram um predomínio da classificação verde nas emergências obstétricas¹⁹⁻²¹. Estudo realizado em Fortaleza, com análise de 365 documentos, demonstrou que 57,5% das mulheres que buscaram atendimento, em uma emergência obstétrica, de uma maternidade pública, foram classificadas como pouco urgentes¹⁹. Entende-se que pessoas com classificação verde podem, muitas vezes, ser manejadas em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e não necessariamente em uma emergência obstétrica, por não possuírem risco urgente de agravo, como é o caso de usuárias classificadas como amarelas, laranjas e vermelhas. Portanto, o alto número de classificações verdes pode refletir a fragilidade da RAS e resultar em sobrecarga do serviço de emergência obstétrica²¹. A busca excessiva por esses serviços de emergência também pode ser fruto de aspectos culturais e pela sua característica de portas abertas²². Por outro lado, sabe-se que a APS possui um papel importante como ponto de acesso aos serviços de saúde e

como coordenadora do cuidado²³. Assim, a redução da sobrecarga das emergências obstétricas passa, necessariamente, pelo aprimoramento da comunicação entre a APS e os demais pontos da RAS²¹.

A sobrecarga do serviço estudado ainda pode estar representada pelo fato de gestantes sem partos vaginais prévios, pré-termo e/ou com <6 consultas de pré-natal terem recebido classificação verde com maior frequência em relação às demais. Além disso, na amostra, gestantes com IG <37 semanas e aquelas com <6 consultas de pré-natal foram mais frequentemente liberadas após primeira avaliação médica, sem necessidade de outras condutas. Esses dados retomam a importância de APS fortalecida, que possa atender demandas pouco urgentes e proporcionar um pré-natal resolutivo, considerando que isso é capaz de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil de uma população²⁴. O MS preconiza que um pré-natal adequado deve incluir, pelo menos, seis consultas com início precoce e participação em atividades educacionais sobre os sinais de início do trabalho de parto e alterações clínicas que podem indicar riscos de gravidez²⁵, além de atividades que facilitem o parto. A ausência de atividades educativas tem sido apontada como uma das principais inadequações da assistência ao pré-natal, já que um acompanhamento adequado apresenta potencial para reduzir a procura por atendimento em serviços de emergência obstétrica com queixas pouco urgentes^{5,26,27}.



Outra estratégia que auxilia na diminuição das superlotações hospitalares é a própria implementação e o aprimoramento do A&CRO, garantindo atendimento em tempo oportuno, evitando a internação precoce e diminuindo intervenções obstétricas²⁷. Apesar da constatação do percentual elevado de queixas pouco urgentes, é importante que o A&CRO cumpra sua função de resolver as demandas atendidas e realizar o referenciamento adequado, a fim de reduzir a peregrinação das usuárias pelos serviços de saúde^{28,29}.

Na análise do local de realização do pré-natal, percebeu-se que gestantes provenientes do PNAR foram mais frequentemente encaminhadas para exames e procedimentos em comparação às demais categorias, apesar de terem sido mais classificadas como prioridade clínica verde. Uma análise mais aprofundada seria necessária para entender as razões dessa diferença, bem como para investigar os exames e procedimentos realizados, a fim de identificar se estes seriam demandas passíveis de resolução ambulatorial. Uma análise mais robusta também seria necessária para entender a relação entre o número de parto e de cesáreas prévias com as prioridades clínicas atribuídas, visto que as participantes com ≥ 3 partos prévios apresentaram maior percentual de classificação laranja, e aquelas com ≥ 3 cesáreas prévias ficaram com mais classificação amarela, quando comparadas às demais categorias.

Em relação aos tempos de espera para início do A&CRO, início do atendimento médico e duração dos atendimentos, a maioria da

amostra foi atendida dentro dos tempos médios preconizados pelo MS. Observa-se que a existência de um tempo de espera acima do preconizado pelo MS ocorre, geralmente, pela busca desnecessária das emergências obstétricas e pela falta de treinamento dos profissionais que atuam nessas unidades²⁹.

Estudo realizado em Recife mostrou que os tempos médios de duração da classificação de risco e da espera pelo atendimento médico estavam dentro do parâmetro preconizado pelo MS, com exceção do tempo entre cadastro e início da classificação de risco e do tempo de espera das usuárias com classificação vermelha²⁰. Assim como apontado na literatura, nesta pesquisa, as mulheres classificadas como vermelhas não apresentaram tempo de atendimento dentro do prazo preconizado. Tal fato pode estar relacionado à falta de processos assistenciais adequados ou, ainda, à falta do registro oportuno³⁰, considerando o fluxo estabelecido na instituição estudada, em que, frequentemente, realiza-se a estabilização do quadro clínico/obstétrico da usuária com queixas graves antes do registro eletrônico desses atendimentos.

Os indicadores de tempo servem de subsídio à avaliação do acesso à unidade de urgência e à pactuação dos fluxos de encaminhamento dos pacientes, assim como ao monitoramento da resolutividade e da organização do serviço para a garantia de uma assistência segura e humanizada³. Assim, a adequação dos tempos de atendimento e de espera é um importante indicador para avaliação



e para planos de melhoria dos processos do A&CRO.

CONCLUSÕES

O estudo analisou a caracterização dos atendimentos de mulheres, residentes em Porto Alegre/RS, atendidas no A&CRO, em um hospital público. Os resultados mostraram que a amostra foi representativa da população estudada. As mulheres que acessaram o local do estudo apresentaram diversidade sociodemográfica, clínica e obstétrica, o que torna o A&CRO uma ferramenta de grande relevância para o reconhecimento de situações de iniquidades e seus impactos nos determinantes sociais de saúde. Os achados apontam para possível vulnerabilidade de mulheres não brancas e imigrantes, visto que estas foram mais frequentemente encaminhadas para exames/procedimentos/medicações. Ressalta-se a necessidade de redução de iniquidades de acesso à saúde, qualificando as ações do SUS, com vistas a atingir os princípios de equidade, universalidade e integralidade. Sobre as variáveis obstétricas estudadas, identificou-se que as mulheres da amostra eram provenientes dos postos de saúde da Capital, possuíam ≥ 3 gestações, realizaram ≥ 6 consultas de pré-natal e buscaram o serviço com IG < 37 semanas em relação às demais categorias avaliadas.

A classificação verde (pouco urgente) foi predominante entre os atendimentos. Com isso, mostra-se a necessidade de fortalecimento da APS para que esse nível de assistência possa

proporcionar um pré-natal de qualidade às gestantes, bem como a melhora da comunicação entre os serviços de saúde da RAS. Embora tenha sido observada sobrecarga da emergência obstétrica em questão com demandas pouco urgentes, a maior parte dos tempos de atendimento foi adequada conforme preconizado pelo MS.

Entre as limitações do estudo, está a coleta de dados, realizada de forma retrospectiva e com dados secundários de prontuário. Não foi possível coletar informações sobre escolaridade de parte da amostra, devido à perda de registro do prontuário eletrônico no período de estudo. As categorias da variável “situação conjugal” presentes no prontuário eletrônico foram outro fator limitante, visto que estas não permitem identificar se a pessoa possui parceiro(a) fixo(a). No estudo, também não foi realizado o agrupamento das mulheres que tiveram mais de um atendimento no A&CRO, no período de coleta de dados.

As potencialidades do estudo referem-se ao tema, que ainda carece de pesquisas, bem como ao tamanho amostral e à possibilidade de fortalecimento das práticas assistenciais na RAS e no local de estudo. Os achados destacam iniquidades sociais da amostra e ressaltam a importância da organização do A&CRO, por meio de protocolos, para a busca de atendimento, em tempo oportuno e resolutivo, nas maternidades do País.

Faz-se necessária a realização de pesquisas que possam abranger outros aspectos sociodemográficos, como a escolaridade, renda e



ocupação das mulheres atendidas no A&CRO, e que possam verificar seus desfechos obstétricos e neonatais. Um instrumento de coleta de dados mais amplo e uma análise mais robusta seriam necessários para melhor compreender a relação das variáveis raça/cor e acesso à saúde. Por fim, ressalta-se a importância da utilização do A&CRO, nas maternidades brasileiras, para a garantia de uma assistência à saúde de qualidade às gestantes, reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030): Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; 2023. [Internet] Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_5-en.pdf.
2. Ozimek JA, Kilpatrick SJ. Maternal Mortality in the Twenty-First Century. *Obstetrics Gynecol Clinics North America*. 2018 Jun;45(2):175–86.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, 2017. [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.
4. Prezotte IB, Perez PS, Lozano TS, Padovês ES, Bento VF. Reflexão sobre o papel da enfermagem na classificação de risco em emergências obstétricas. *Universitas*. 2021. Disponível em: https://unisaesiano.com.br/aracatuba/wp-content/uploads/2022/03/Universitas_17_2021.pdf
5. Silva LSR, Cavalcante AN, Oliveira MAS. Perfil obstétrico de gestantes atendidas em pré-natal em Centro de Saúde da Família. *Saúde Rev*. 2020;19(51): 15-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v19n51p15-23>.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria N. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
7. Borger RB, Mancuso ACB, Camey SA, Leotti VB, Hirakata VN, Azambuja GS et al. Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. *Clin Biomed Res*. 2020; 40(4):247-53. DOI: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.109542>.
8. Brasil. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (PMNV) [Internet]. 2023. [citado 2025 Mar 22]. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>.
9. Viellas EF, Netto TLF, Gama SGN, Baldisserotto ML, Neto PFP, Rodrigues MR. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021;26(3): 847-58. DOI:



<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.12492020>.

<https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/?format=pdf&lang=pt>.

10. Costa RLM, Santos AAP. Avaliação do Perfil de Mulheres que Receberam Assistência Durante a Classificação de Risco Obstétrica. *Rev Pesquisa Cuidado Fundamental Online* [Internet]. 2019 Jan 21.
11. Ministério da Saúde (BR). Manual de gestação de alto risco. Brasília-DF; 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
12. Aldrighi JD, Silva SR, Chemim AK, Wall ML, Zuge SS, Piler AA. Ocorrência de complicações no período gestacional em mulheres com idade materna avançada. *Rev baiana enferm.* 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.43083>
13. Farias RV, Soares CFS, Araújo RS, Almeida VRS, Leitão DS, Santos JS et al. Gravidez na adolescência e o desfecho da prematuridade: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3977>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2023 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. [citado 2025 Mar 22]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>.
15. Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da ouvidoria ativa. *Ciênc. saúde colet.* 2018. Disponível em:
16. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Luiz OC. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saude Soc.* 2021;30(2):1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902021200743>.
17. Rodrigues MP, Pfaffenbach G, Zanatta AB. Iniquidades raciais em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev ABPN.* 2021;13(37): 485-510. DOI: 10.31418/2177-2770.2021.v13.n.37.p485-510.
18. Almeida LA. Atenção Pré-Natal À Migrantes Venezuelanas Na Fronteira Noroeste do Brasil com Venezuela [dissertação]. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Medicina; 2021. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131053/2/434110.pdf>
19. Correia RA, Rodrigues ARM, Araújo PF, Monte AS. Análise do acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública terciária de Fortaleza. *Enferm. Foco.* 2019. Fev 27;10(1).
20. Figueiroa MN, Menezes MLN, Monteiro EMLM, Aquino JM, Mendes NOG, Silva PVT. User embracement and risk classification at obstetric emergency: evaluating operationalization in a maternity hospital school. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2017 Dez 4 [citado 2025 Mar 22];21(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/KxbYyrWtqR5mrRJBJSfpnq/>.



21. Trigueiro TH, Vicari K, Janiacki KL, Rosa AP, Kissula FK. Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em uma maternidade de risco habitual: estudo transversal. *Cogitare Enferm.* 2022. Ago 17;(27):1–14.
22. Silva DP, Dias ES, Teles HCC, Galdino LP, Jesus CVF, Lima SO. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. *Rev Saúde Desenvolvimento.* 2020 [citado 2025 Mar 22]; 14(17). Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistas/revistas/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1066>
23. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2020; 44. DOI: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2020.4>.
24. Barbosa LOF, Gonçalves ACR, Oliveira CRV, Reis BCC. Um pré-natal de qualidade e a morbimortalidade neonatal: uma revisão integrativa. *REAMed [Internet].* 2022 [citado 2025 Mar 22]. 4: e9868. DOI: <https://doi.org/10.25248/reamed.e9868.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/9868>.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde; 2012 Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
26. Mendes RB, Santos JM, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020. DOI: [10.1590/1413-81232020253.13182018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018).
27. Pinheiro SLF, Albuquerque JLA, Santos SMS, Pinheiro ELT, Fernandes LS, Pinheiro RB. Acolhimento com classificação de risco na emergência obstétrica: potencialidades e fragilidades. *Res., Soc. Dev.* 2020; 9(9). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7647>.
28. Mesquita AL, Rodrigues HBV, Ferreira UR, Domingos MAF, Oliveira BLCA, Cardoso AMR, Biazus-Dalcin C, Aquino PS. Factors associated with antepartum pilgrimage at a reference maternity hospital in Ceará. *Rev Esc Enferm USP.* 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0012en>.
29. Brito WSBM, Silva TM, Júnior JGAS, Rodrigues MPF, Moraes VD, Narvaez AL, Siqueira AKG de, Mendes CIM, Alves MD, Cruz ABA. A importância do acolhimento e classificação de risco nas urgências/emergências obstétricas: revisão de literatura. *Braz. J. Develop [Internet].* 2022 Jul. 1;8(7):48696-708.
30. Brilhante AF, Vasconcelos CTM, Bezerra RA, Lima SKM, Castro RCMB, Fernandes AFC. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. *Rev Rede Enfermagem Nordeste.* 2016;17(4):569-75. DOI: [10.15253/2175-6783.2016000400018](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400018).

Fomento:

A presente pesquisa não recebeu financiamento.



Agradecimentos:

Agradecemos à contribuição dos enfermeiros do Grupo de Estudos da Linha de Cuidado Mãe-Bebê (GELCMB) com a execução do estudo.

Critérios de autoria (contribuições dos autores)

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar.

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>

