



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER**

ERICKA MARIA CARDOSO SOARES

**ATENDIMENTO OBSTÉTRICO VERSUS SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS
EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

TERESINA-PI

2019

ERICKA MARIA CARDOSO SOARES

**ATENDIMENTO OBSTÉTRICO VERSUS SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS
EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Citó Lopes Resende Santana.

TERESINA-PI

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Setorial do CCS

Serviço de Processamento Técnico

S676a Soares, Ericka Maria Cardoso.
Atendimento obstétrico versus sistema de regulação de leitos em uma maternidade de referência em gestação de alto risco / Ericka Maria Cardoso Soares. – 2019.
53 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Lorena Citó Lopes Resende Santana.
Bibliografia

1. Saúde da mulher. 2. Obstetrícia. 3. Assistência à saúde. 4. Serviços de saúde materno-infantil. I. Título.

CDD 618.2

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

ERICKA MARIA CARDOSO SOARES

**ATENDIMENTO OBSTÉTRICO VERSUS SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS
EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Linha de pesquisa: Atenção Integral à Saúde da Mulher

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lorena Citó Lopes Resende Santana.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Lorena Citó Lopes Resende Santana
Orientadora/Presidente- PMPSM/UFPI

Prof^º. Dr^º Joaquim Vaz Parente
Examinador Externo- SESAPI

Prof^ª. Dr^ª. Lis Cardoso Marinho Medeiros
Examinadora Interna- PMPSM/UFPI

DEDICATÓRIA

A Socorro (mãe), ao Carlos (pai) e Cízia (irmã) por acreditarem sempre em minhas conquistas e por compreenderem os momentos de ausência.

Ao meu companheiro, amor e amigo Fábio Júnior, por compreender as longas ausências durante essa jornada e por estar sempre me incentivando a buscar minha qualificação profissional.

Às amigas, Nalma Alexandra Rocha, Paula Lima, Hayamma Leles, Eliane Guimaraes e ao amigo Assis Santos, por todo o empenho em ajudar-me para conclusão do Mestrado e pela torcida positiva de sempre.

Aos demais familiares e amigos que contribuíram com orações e demonstrações de carinho durante o tempo que me dediquei ao desenvolvimento do mestrado.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por ser a fonte de alimento inspirador e meu refúgio quando os obstáculos pareciam insuperáveis.

À minha orientadora, professora Dra. Lorena Citó Lopes Resende Santana, pela confiança e respeito com os quais conduziu esse processo desde o início da pesquisa.

Ao professor, Dr^o Joaquim Vaz Parente, por todos os momentos dedicados a leitura, contribuição, adequação dessa pesquisa, por todo respeito e carinho com que fazia suas colocações e pela humildade de disponibilizar seu tempo e repassar um pouco do seu vasto conhecimento quanto aos aspectos relacionados à saúde da mulher no Estado do Piauí.

À professora, Mestra Maria Auzenir de Moura Fé, pelas valiosas contribuições quanto ao aperfeiçoamento desse estudo e por sempre buscar aprimorar a assistência à saúde da mulher no Estado do Piauí.

À professora, Dr^a Lis Cardoso Marinho Medeiros, pelas contribuições para esse estudo, pela luta e exemplo de profissional determinada e que nos permite, por meio do Mestrado em Saúde da Mulher, contribuir para aperfeiçoamento dos serviços que estamos inseridos.

Aos meus amigos e companheiros mestrados, pelas horas e aprendizado compartilhados durante esses anos.

Aos funcionários do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí, por contribuírem com a organização da estrutura física, administrativa e solicitações dos mestrados sempre em tempo oportuno.

RESUMO

As Redes de Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde foram definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde. O Ministério da Saúde em sua publicação sobre Implantação das Redes de Atenção à Saúde enfatiza às diretrizes da Política de Regulação por meio da Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Este trabalho teve como objetivo analisar os atendimentos obstétricos regulados para uma maternidade de referência em gestação de alto risco no Estado do Piauí. Na caracterização dos dados foi utilizada nomenclatura adotada por Buchabqui, Cap, Ferreira (2006), com adaptações para este estudo, definindo como confirmado, se o motivo do encaminhamento se enquadrava na definição de alto risco e o diagnóstico foi confirmado pela equipe de saúde da maternidade de referência; não confirmado se o motivo do encaminhamento se enquadrava na definição de alto risco, porém não foi confirmado pelo serviço de maior complexidade e a gestante era sadia e modificado se o encaminhamento não se enquadrava na definição de alto risco, porém a paciente foi encaminhada para o serviço. Os resultados obtidos no presente estudo foram: confirmado 74,19%, não confirmado 25% e modificado 0,81%. Na população em estudo ocorreu predominância, no atendimento regulado da pré-eclampsia grave (12,10%), seguido de pré-eclampsia não especificada (10,48%), trabalho de parto pré-termo sem parto (10,48%) e ruptura prematura de membranas não especificada (8,87%). Os atendimentos médicos obstétricos realizados na maternidade em estudo apontaram que 74,19% dos casos regulados se enquadravam no perfil de alto risco, portanto confirmado, enquanto que 24,19% não apresentaram critérios que os definisse como alto risco, portanto não confirmado e que 1,61% correspondeu ao critério modificado. Ao associar as ficha de classificação de risco com a ficha de atendimento de urgência e emergência foi demonstrado nível de significância estatística ($p < 0,005$). Tais achados permitirão o aprimoramento da assistência obstétrica em Rede de Atenção à Saúde com a reorganização do fluxo de referência de forma adequada, bem como servirá de apoio técnico para a implantação e aperfeiçoamento do acolhimento com classificação de risco nas maternidades.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Obstetrícia. Assistência à saúde. Serviços de saúde materno-infantil.

ABSTRACT

The Health Care Networks within the Unified Health System were defined as organizational arrangements for health actions and services. The Ministry of Health in its publication on Implementation of Health Care Networks emphasizes the guidelines of the Regulation Policy through Administrative Rule MS / GM No. 1,559, of August 1, 2008. This study aimed to analyze regulated obstetric care for a reference maternity in high risk gestation in the State of Piauí. In the characterization of the data was used nomenclature adopted by Buchabqui, Cap, Ferreira (2006), with adaptations for this study, defining as confirmed if the referral motive fit the definition of high risk and the diagnosis was confirmed by the health team of the reference maternity; not confirmed if the referral motive fit the definition of high risk, but it was not confirmed by the service of greater complexity and the pregnant woman was healthy and modified if the referral did not fit the definition of high risk, but the patient was referred to the service. The results obtained in the present study were: confirmed 74.19%, unconfirmed 25% and modified 0.81%. Prevalence of severe pre-eclampsia (12.10%), followed by unspecified preeclampsia (10.48%), preterm labor without delivery (10.48%), and rupture occurred predominantly in the study population. premature membranes (8.87%). The obstetric medical appointments performed in the study maternity showed that 74.19% of the regulated cases fit the high risk profile, thus confirmed, whereas 24.19% did not present criteria that defined them as high risk, thus not confirmed and that 1.61% corresponded to the modified criterion. By associating the risk classification card with the emergency and emergency medical record, a level of statistical significance was demonstrated ($p < 0.005$). These findings will allow the improvement of the obstetric care in the Health Care Network with the reorganization of the reference flow in an adequate manner, as well as serve as technical support for the implantation and improvement of the host with risk classification in maternity hospitals.

Key-words: Women's health. Obstetrics. Health care. Maternal and child health services.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 1- Proporção das 124 gestantes dos atendimentos obstétricos regulados e os atendimentos de classificação de risco na maternidade de referência em estudo (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí e Sistema de Prontuário Eletrônico 2017/2018) | 31 |
| Gráfico 2- Proporção das 124 gestantes dos atendimentos obstétricos regulados e os atendimentos de urgência e emergência realizados na maternidade de referência em estudo (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí e Sistema de Prontuário Eletrônico 2017/2018)..... | 32 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1- Características sociodemográficas da população: medidas descritivas para a variável idade (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí-2017/2018)..... | 28 |
| Tabela 2- Características sociodemográficas da população: distribuição de frequências segundo os locais de origem (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí) 2017/2018 | 29 |
| Tabela 3- Características clínicas do grupo em estudo: Distribuição de frequência para o CID 10 (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí-2017/2018) | 30 |
| Tabela 4- Ficha de classificação de risco versus ficha de atendimento de urgência e emergência: distribuição de frequência para casos confirmados, não confirmados e modificados (Sistema de Prontuário Eletrônico 2017-2018)..... | 33 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ACCRA | Acolhimento e Classificação de Risco |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| GTA | Grupo Técnico de Atenção |
| HPN | Humanização do Parto e do Nascimento |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| PQM | Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste |
| RTAS | Rede Temática de Assistência à Saúde |
| RAS | Rede de Assistência à Saúde |
| RC | Rede Cegonha |
| RUE | Rede de Atenção às Urgências e Emergências |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RCPD | Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência |
| RASPDC | Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas |
| SUH | Serviços de Urgências Hospitalares |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS E SUAS CONFIGURAÇÕES PARA A REDE TEMÁTICA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA..... | 11 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 15 |
| 2.1 A ATUAL CONJUNTURA DO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO NO SUS..... | 15 |
| 2.2 ATENDIMENTO OBSTÉTRICO E O SISTEMA DE REGULAÇÃO | 17 |
| 3 OBJETIVOS | 22 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL..... | 22 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 22 |
| 4 METODOLOGIA..... | 23 |
| 4.1 DESENHO E POPULAÇÃO | 23 |
| 4.2 AMOSTRA..... | 23 |
| 4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES..... | 24 |
| 4.3.1 Critério de não inclusão | 24 |
| 4.3.2 Critério de exclusão | 24 |
| 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 24 |
| 4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS..... | 25 |
| 4.6 COLETA DE DADOS | 25 |
| 4.7 ANÁLISE DOS DADOS | 25 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 27 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 35 |
| REFERÊNCIAS..... | 36 |
| ANEXOS..... | 40 |
| ANEXO A- FICHA DE CADASTRO DE REGULAÇÃO | 41 |
| ANEXO B- FICHAS DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 42 |
| ANEXO C- FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA | 43 |
| ANEXO D- LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR..... | 44 |
| ANEXO E- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA | 45 |
| APÊNDICE | 49 |
| APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 50 |
| APÊNDICE B- FORMULÁRIO DA PESQUISA..... | 51 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS E SUAS CONFIGURAÇÕES PARA A REDE TEMÁTICA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

As Redes de Assistência à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foram definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde (MS), além de conceituar as RAS, também as descreveu como meio para reestruturar a assistência à saúde, especialmente devido ao modo fragmentado de operacionalização e gestão, e assim garantir aos usuários ações e serviços de saúde conforme suas necessidades, com ênfase na efetividade e eficiência do cuidado. (ARRUDA *et al.*, 2015; BRASIL, 2009; MENDES, 2011).

A proposta das RAS surgiu pela primeira vez em 1920, no Relatório Dawson, sendo utilizada na implementação de sistemas integrados de saúde, nos Estados Unidos, na primeira metade da década de 90. Já no Brasil, essa proposta é considerada recente, pois seu conceito foi inicialmente cogitado na reforma sanitária e culminado na Constituição Federal de 1988, cujo artigo 198 institui que as “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”. (MENDES, 2011; BRASIL, 1988).

Ressalta-se que as determinações da Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, corrobora com a Constituição de 1988 quanto às propostas das RAS, quando afirma que a assistência à saúde no âmbito do SUS deve ser integrada e entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 1990).

Para regulamentar a Lei nº 8080/90 o MS publicou o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que estabeleceu no seu artigo 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”; e que tais comissões pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em RAS. (BRASIL, 2011a).

Cabe salientar que na atual configuração das RAS o processo de implantação visa a observar pontos importantes para o desempenho articulado e contínuo conforme suas características definidoras para RAS, tais como: definição clara da população e território;

diagnóstico situacional; criação de uma imagem para a superação dos vazios assistenciais; articulação do público privado; planejamento; criação de um sistema logístico e de suporte; investimento nas pessoas/equipes; criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede, financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados. (BRASIL, 2014a).

Em 2011 e 2012 tendo como referencial a Portaria nº 4.279/2010, o Grupo Técnico de Atenção (GTA) pactuou junto a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) as seguintes Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDD) e Rede Cegonha (RC). Ressalta-se que cada rede temática é formada por componentes específicos. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011b).

A RC é organizada por meio de quatro componentes que agregam ações de assistência à saúde desenvolvida nos seguintes componentes: 1 - Pré- Natal, 2- Parto e Nascimento; 3- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e componente 4- Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Ressalta-se que, por meio do componente Sistema Logístico, ocorre à promoção do acesso ao transporte seguro a gestante e ao recém-nascido de alto risco, bem como a implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implantação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). (BRASIL, 2011).

O MS, em sua publicação sobre a Implantação das RAS, enfatiza as diretrizes da Política de Regulação por meio da Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, como mecanismos de governança, uma vez que a Portaria nº 4.279 trata apenas da regulação do acesso como um componente do sistema logístico. (BRASIL, 2014a).

Conforme o documento que regulamenta as diretrizes da Política de Regulação existe a proposta de reformulação da mesma sobre a produção de bens e serviços em Saúde e a definição da Regulação da Atenção à Saúde como ações que incidam sobre os prestadores (públicos ou privados) de modo a contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e na humanização destas ações. Desse modo a Regulação é compreendida como facilitadora de acesso e garantidora de equidade e, para assim se efetivar, deve ser operada com pactuação entre a macrogestão. (BRASIL, 2014a).

Diante disso, o MS vem desenvolvendo ações e projetos no sentido de qualificar a rede de assistência obstétrica envolvendo desde a atenção primária até a hospitalar. (SOUSA;

ROCHA; LIMA, 2016).

Nessa perspectiva, Maciel e colaboradores afirmam que a peregrinação de gestantes de risco habitual e alto risco predispõem a agravos importantes que podem estar aumentando as taxas de complicações perinatais, relacionadas à distância percorrida. (MACIEL, 2013; SILVEIRA, 2014; BRASIL, 2009).

Instituído em 2000 pelo MS, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconizou os parâmetros mínimos para a assistência ao pré-natal de qualidade, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, bem como ampliar e qualificar o acesso às consultas obstétricas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. (SERRUYA; CECATTI, 2004; BRASIL, 2000; GOUDARD *et al.*, 2016).

O PHPN é norteado por três componentes, cada um com objetivos específicos: Componente I - incentivo à assistência pré-natal que objetiva estimular estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal adequado instituindo, para tanto, incentivos financeiros; Componente II- organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, que busca garantir o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de centrais de regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares; além do financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, integrantes do SUS. Por fim, o Componente III- nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tendo como base estruturante a melhoria do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares. (BRASIL, 2000).

A criação do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM), em 2009 pelo MS, teve como propósito a qualificação da atenção às gestantes, a humanização do parto e do nascimento e a redução da razão de mortalidade materna e infantil no País, a partir de uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações entre os profissionais, favorecendo a conexão em rede articulada de cuidados e de serviços de atenção, sendo mais um dispositivo criado com o intuito de melhorar a assistência obstétrica e neonatal. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a).

As orientações apresentadas pelo PQM foram embasadas em orientações gerais que consistem em: vinculação da gestante entre a assistência pré-natal e à referência para o parto, acolhimento com classificação de risco nas maternidades e serviços que realizam partos, assim como garantia de acompanhante para a gestante e adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento de forma humanizada. O PQM destacou-se

como ferramenta importante para intervir no desenvolvimento de condições institucionais e técnicas para alterar processos de trabalho, objetivando aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde em uma perspectiva de rede coordenada de serviços. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a).

Em 2011, com a publicação da RC cujo objetivo visava a fornecer qualidade de atendimento às mulheres e crianças, traz em sua definição uma “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como, à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”. Ressalta-se que a RC tem como uma de suas diretrizes o Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) nas entradas dos serviços de urgência obstétrica, cujo intuito consiste em qualificar a assistência, uma vez que o ACCR pode ser compreendido como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado no ciclo gravídico puerperal. (SOUSA; ROCHA; LIMA, 2016; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017).

Diante do arcabouço produzido pelo MS é necessário ressaltar a publicação do quarto volume do Caderno de Humanização do SUS em 2014, com o tema Humanização do Parto e do Nascimento (HPN), tal instrumento teve como finalidade divulgar experiências consideradas e reconhecidas como componentes do rol das experimentações de um “SUS que dá certo”.

Nesta publicação, o MS enfatiza que a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, perpassa por acesso qualificado, ou seja, depende de uma organização em rede de serviços que assegurem o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado. Determina ainda que, todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito, visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério, sendo primordial que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmônica, para que não haja peregrinação e, quando necessário, sua transferência em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência. (BRASIL, 2014b).

Este estudo destinou-se a analisar os atendimentos obstétricos às gestantes de alto risco reguladas para uma maternidade de referência em gestação de alto risco no Estado do Piauí, situado na Região Nordeste do Brasil, quanto à ficha de acolhimento e classificação de risco, ficha de atendimento de urgência e emergência e ficha de autorização de internação hospitalar (AIH), bem como a ficha de regulação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A ATUAL CONJUNTURA DO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO NO SUS

A peregrinação da mulher pode ser considerada como violência obstétrica por estar diretamente relacionada ao seu processo reprodutivo e à anulação dos seus direitos. Entende-se que essa forma de violência resulta da precariedade do sistema de saúde que restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, tendo como consequência uma verdadeira jornada de mulheres em busca de uma vaga na rede pública hospitalar, peregrinando até conseguirem atendimento, situação de risco para o binômio materno-fetal, corroborando para desfechos negativos do parto e o aumento dos indicadores de mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2012a; RODRIGUES *et al.*, 2015a; AGUIAR; OLIVEIRA, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada minuto morre uma mulher de alguma complicação durante a gravidez e no momento do parto. Isso significa mais de 500 mil mortes ao ano (BRASIL, 2010). Destaca-se ainda que, em países em desenvolvimento, a gravidez e o parto correspondem à segunda causa de morte de mulheres em idade fértil. (RESENDE, 2012).

No atual cenário de fragilidades envolvendo a rede de assistência à mulher durante o ciclo gravídico e com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País, reduzindo a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha (RC). As iniciativas da RC visam a mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; a qualificação da equipe técnica desde o atendimento na atenção primária ao âmbito das maternidades; a melhoria da ambiência dos serviços de saúde; ampliação de serviços e profissionais, bem como o estímulo a prática do parto fisiológico somado a humanização do parto e do nascimento. (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011b).

Salienta-se que dentre os princípios que regem a RC, pode-se citar a humanização do parto e do nascimento, com ampliação das práticas baseadas em evidência; a organização dos serviços de saúde enquanto uma Rede de Assistência à Saúde (RAS); o acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; a vinculação da gestante à maternidade, bem como a gestante não peregrina (BRASIL, 2011a).

Em consonância com o princípio de organização dos serviços de saúde enquanto RAS cita-se a assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações

de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação com o *slogan* “Vaga sempre para gestantes e bebês”); regulação dos leitos obstétricos; plano de vinculação da gestante à maternidade, a qualificação da assistência ao parto, dentre outras. Frisa-se que são essas ações os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

Nessa conjuntura de ações e serviços dispostos em Rede, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. Segundo o Manual de Atenção ao Pré-natal de 2012, a UBS constitui o ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades dos usuários, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. (BRASIL, 2012b).

É durante a assistência realizada no pré-natal que também podem e devem ser identificados os fatores de risco gestacional em tempo oportuno, para que isso ocorra, cabe aos profissionais de saúde estar atentos a todas as etapas da *anamnese*, exame físico geral e exame gineco- obstétrico que podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (BRASIL, 2012 d). Após serem identificadas as situações que envolvem os fatores clínicos mais relevantes, ou seja, o alto risco gestacional, a gestante deverá ser encaminhada à assistência ao pré-natal de alto risco. Contudo, é importante que a paciente seja orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o acompanhamento. (BRASIL, 2012b).

A partir da comunicação efetiva e dinâmica entre os diferentes setores de atendimento gestacional, a gestante terá maior facilidade de acesso aos serviços de atenção básica, incluindo a proximidade ao seu domicílio. Isso possibilita que as equipes de atenção básica ofereçam acolhimento e apoio, por meio de estratégias de identificação e ativação da rede de suporte familiar e social, participação em atividades educativas individuais e em grupo, reforço quanto à frequência nas consultas e a adesão aos tratamentos instituídos, assim como acurácia no primeiro atendimento, especialmente nos casos em que o acesso da gestante aos serviços especializados seja difícil. (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que na proposta de ordenamento e fluxo efetivo dentro das RAS, as Centrais de Regulação são responsáveis para garantir a regulação dos serviços obstétricos, por meio da classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, ordenando, assim, o fluxo entre referência e contrarreferência. (BRASIL, 2000; MICHELINI *et al.*, 2016).

Nessa premissa, o encaminhamento correto das pacientes, conduzidas de acordo com

suas queixas e sintomas para o destino adequado, é essencial para um cenário de socorro das urgências e emergências obstétricas organizadas. (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012c).

O acesso imediato ao serviço de saúde no momento do parto é crucial para a garantia da saúde da gestante e do recém-nascido. A peregrinação no anteparto é associada a diversos fatores, sendo o mais preponderante na literatura, a falta de vaga na unidade de saúde, a localização desigual dos estabelecimentos de saúde e/ou a falta de um pré-natal adequado. (FERREIRA, 2015).

Simons (2008) aponta que um dos argumentos apresentados para o aumento excessivo da procura pelos Serviços de Urgências Hospitalares (SUH) é que a maior parte dos atendimentos realizados é decorrente de problemas “simples” que poderiam ser atendidos em serviços de atenção básica, especializados ou até mesmo em serviços de urgência de menor complexidade. O setor de urgência e emergência possui finalidades específicas, porém, ao mesmo tempo, é uma porta de entrada dispendo de fácil acesso à população, que busca atendimento e solução para seus problemas, sejam eles simples ou complexos. (SANTOS; SANTO, 2014).

Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco, publicado em 2012, a estrutura da rede de assistência obstétrica, especificamente ao que concerne a RC, implica em disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos, incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e adulto, leitos de ber rio para cuidados intermediários, assim como, se necessário, a constitui o de casas de apoio a gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou a puérperas que sejam mães de beb s que necessitam permanecer internados (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012d).

Sob essa premissa Michillini (2016) aponta também que os profissionais de saúde, desde a rede de aten o básica até o nível mais complexo de atendimento, devem estar preparados para identificar riscos e socorrer o mais rapidamente possível gestantes e puérperas.

2.2 ATENDIMENTO OBSTÉTRICO E O SISTEMA DE REGULA O

A gesta o   um fen meno fisiológico do ciclo de vida de uma mulher, e, portanto, sua evolu o ocorre sem intercorrências. No entanto, algumas gestantes por ser portadoras ou desenvolver alguma patologia durante o período gestacional sendo são classificadas como gestantes de alto risco. Para que recebam tratamento adequado, devem ser encaminhadas a um

serviço de referência para o acompanhamento gestacional especializado. (BRASIL, 2012; COSTA *et al*, 2018).

Nessa perspectiva frisa-se que a UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. As equipes das UBS devem se responsabilizar pela população de sua área de assistência e, portanto, devem manter a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços de saúde, ou seja, o acesso a outras redes assistenciais conforme a organização locorregional da linha de cuidado materno-infantil. Ressalta-se que o acesso a outros serviços de saúde se torna possível por meio da pactuação das formas de referência e contrarreferência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais. Desse modo, torna-se necessário que Estados e municípios disponham de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal. (BRASIL, 2012).

Como princípio constitucional, a saúde é assegurada como direito de todos e dever do Estado que deve garantir acesso universal aos serviços resolutivos. Sob essa ótica, a perspectiva brasileira com um olhar mais crítico para a saúde da mulher tem buscado mudanças, especialmente no que se refere à gestação, parto, nascimento e puerpério. Contudo, o cuidado prestado à população alvo nestes ciclos não tem evidenciado garantia da integralidade da assistência para melhor resolução na atenção obstétrica. (SOBRAL; LIMA; LIMA, 2017; PATAH, 2011).

Nesse contexto, o MS a fim de tornar mais resolutivo o modelo de atenção à saúde, criou em 2010 a RAS cujo principal objetivo consiste em sistematizar a integração das ações e serviços de saúde, buscando tornar efetivos os princípios de integralidade, humanização, qualidade e a atenção contínua. (BRASIL, 2010).

Assim, por meio da Portaria nº 1.459/2011 o MS buscou estruturar as redes já existentes em temáticas, entre elas, a Rede Cegonha que tem um recorte de assistência a gestante e à criança até 24 meses após o nascimento. (GIOVANINE, 2014).

A RC tem por objetivos: fomentar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com ações que priorizem a atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2014).

Em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a RC deve estar organizada de forma a possibilitar o cuidado contínuo de ações de saúde materno infantil para a população de determinado território, por meio da articulação dos distintos pontos de atenção

à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da RAS. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

A RC é organizada por meio de quatro componentes que agregam as ações de assistência à saúde nos seguintes componentes: 1) Pré- Natal, 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e componente 4) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Ressalta-se que, é por meio do componente Sistema Logístico que ocorre a promoção do acesso ao transporte seguro à gestante e ao recém-nascido de alto risco, bem como a implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, além das regulações de urgências e ambulatorial (consultas e exames). (BRASIL, 2011).

Em 2008, o MS por meio da Portaria nº 1559 instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, cujas ações estão organizadas em três dimensões de atuação e integradas entre si, a saber: Regulação de Sistemas de Saúde que consiste em ações direcionadas a regulação da atenção à saúde; Regulação da Atenção à Saúde que tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, cujo objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde e a Regulação do Acesso à Assistência, ou regulação do acesso ou regulação assistencial, que tem como prioridade a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Por serem seus sujeitos, os respectivos gestores públicos, é estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais abrangem a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (BRASIL, 2008).

A regulação do acesso ocorre por meio dos Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação. O Complexo Regulador operacionaliza as ações da regulação do acesso e distingue-se conforme sua gestão, tais como Complexo Regulador Estadual desempenha suas ações sob gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, Complexo Regulador Regional com gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde e Complexo Regulador Municipal cuja gestão e gerência são desenvolvidas por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Cabe frisar que as centrais de regulação são caracterizadas conforme as ações assistências oferecidas, a exemplo, Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais; Central de Regulação de Internações Hospitalares que regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e,

conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência e por fim a Central de Regulação de Urgências que regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (BRASIL, 2008).

Portanto, a Regulação consiste na ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde, tendo a UBS como porta de entrada preferencial ao atendimento a mulher no ciclo gravídico puerperal informando inclusive à gestante sobre o local em que será realizado o parto. No entanto, a gestante que procura o hospital/maternidade de forma espontânea será atendida na própria unidade ou, em último caso, referenciada para outra unidade via central de regulação. A recomendação é de evitar a peregrinação, mesmo regulada, de uma parturiente, como também garantir o transporte intermaternidades, realizado por transporte sanitário. Caso haja necessidade de outro tipo de leito, como UTI, pela não oferta na própria unidade para a mãe e/ou o recém-nascido, a central de regulação deverá garantir a vaga em outra unidade. (BRASIL, 2013a).

Gawryzewski, Oliveira e Gomes (2012) afirmam que cabe à regulação em saúde disponibilizar o acesso do usuário de acordo com a resposta exigida, respeitados os limites da oferta. Sob essa premissa, a definição de regulação em saúde inter-relaciona a adequação da oferta dos serviços em saúde com as necessidades da população, ordenando sua execução de forma equânime e qualificada. (LIMA *et al.*, 2013).

Lima e colaboradores (2013) apontam que podem ser identificadas lacunas entre a oferta e a demanda no SUS, fator que compromete a priorização oportuna pela regulação. Esse cenário permite a formação das demandas reprimidas que se caracterizam por uma demanda constante acima da oferta disponibilizada, situação que não apresenta possibilidade de reversão espontânea. (LIMA *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva Barbosa e colaboradores (2016) enfatizam que a superlotação dos serviços de urgência pode ser explicada por fatores a eles intrinsecamente relacionados tais como: inadequação de estrutura física; deficiência qualitativa e quantitativa de recursos humanos; indisponibilidade de equipamentos necessários, bem como, dificuldades de acesso e da baixa capacidade resolutiva dos serviços de atenção primária; da inoperância da contrarreferência do paciente para o acompanhamento ambulatorial; da oferta insuficiente de leitos hospitalares nos serviços da rede, dentre outros.

No cenário obstétrico o acesso aos serviços de atenção ao parto nem sempre ocorre de modo oportuno como preconiza a Rede Cegonha, as barreiras que dificultam o acesso à assistência obstétrica contribuem para o grande número de óbitos maternos e neonatais precoces. (PEREIRA, 2015). Desse modo, a acessibilidade na assistência ao parto, constitui

um desafio para a maioria das Regiões de Saúde, pois há o predomínio de um sistema fragmentado, com pontos de atenção isolados e que proporcionam ações pulverizadas e pouco resolutivas. (ARAÚJO, 2012).

Ressalta-se que a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde consiste em um dos grandes desafios do SUS, o que exige dos gestores a organização e a disponibilização de mecanismos que, atuando juntos, busquem alcançar a consolidação do sistema. Diante disso, compreende-se que alguns elementos são considerados facilitadores para um bom resultado das ações de atenção à saúde, a saber: Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva; encaminhamentos adequados e criteriosos; protocolos assistenciais; e a estruturação de complexos reguladores. (GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Portanto, a regulação exercerá a função de autora de equidade no acesso aos serviços de saúde tendo como base um fluxo que permita o caminho mais adequado e oportuno ao serviço de saúde no contexto de rede. (SOBRAL; LIMA; LIMA, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os atendimentos de pacientes regulados para uma maternidade de referência em gestação ao alto risco no Estado do Piauí.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as gestantes quanto à idade e local de origem;
- Avaliar os atendimentos de pacientes reguladas/realizados em uma maternidade de referência em gestação de alto risco, por meio da ficha de classificação de risco;
- Avaliar os atendimentos de pacientes reguladas/realizados em uma maternidade de referência a gestação de alto risco, quanto a clínica (consulta médica), por meio da ficha de atendimento de urgência e emergência e ficha de autorização de internação hospitalar (AIH);
- Analisar os atendimentos de pacientes reguladas/realizados em uma maternidade de referência em gestação de alto risco e a ficha de encaminhamento via regulação, por meio da Classificação Internacional de Doenças- CID 10 e identificar as patologias mais recorrentes.

4 METODOLOGIA

Nesta seção, foram descritos os procedimentos metodológicos desenvolvidos durante a realização da pesquisa que contou com análise de dados estatísticos. Para a execução das análises estatísticas foi considerado um nível de 5% de significância (o mesmo que 95% de confiança). Como amostra estatística considerou-se os resultados de 124 gestantes escolhidas através de sorteio cujas informações foram submetidas ao *IBM SPSS v.20*. A seguir, seguem os delineamentos do desenho e população, amostragem, critérios de seleção, entre outras informações de natureza metodológica.

4.1 DESENHO E POPULAÇÃO

O estudo foi realizado a partir de uma pesquisa de campo que utilizou a abordagem quantitativa de natureza exploratória, abrangendo a população de gestantes reguladas de maternidades satélites para a maternidade de referência em gestação de alto risco, incluídas no sistema de regulação estadual de leitos do Piauí e sistema de prontuário eletrônico da maternidade em estudo.

A Maternidade investigada consiste em uma unidade de referência em gestação de alto risco no Estado do Piauí, localizada na região sul da cidade de Teresina, no Estado do Piauí, situado na Região Nordeste do Brasil. Inaugurada em 15 de julho de 1976, tem passado por reformas ambientais e estruturais dispondo atualmente de 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais, sendo considerada a maior maternidade do Estado e responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina. Apresenta, em média, 1200 internações por mês das quais 900 são partos. A Maternidade consiste ainda em campo de estágio de diferentes cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Universidade Estadual do Piauí (UESPI) tais como: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia. Além do curso de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI, FACID e Faculdade Santo Agostinho. No âmbito da pós-graduação, é campo para os residentes dos Programas de Residência Médica em Obstetrícia/Ginecologia e de Pediatria (área de concentração, neonatologia) da UFPI, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica. (PIAÚÍ, 2019).

4.2 AMOSTRA

A população da pesquisa foi constituída por grupo amostral de atendimentos regulados via sistema de regulação de leitos no período de sete meses, correspondente a julho de 2017 a janeiro de 2018. Os dados foram coletados no sistema de regulação estadual de leitos do Piauí e sistema de prontuário eletrônico da maternidade em estudo. O critério de seleção da amostra adotada foi do tipo probabilístico, por meio de sorteio realizado da seguinte forma: para cada mês correspondente ao período de delineamento da pesquisa, foram sorteados 20 atendimentos regulados que estavam incluídos no sistema de regulação de leitos e no sistema de prontuário eletrônico da maternidade em estudo. Em seguida, foram submetidos a um único critério de inclusão descrito a seguir, obtendo um total de 124 atendimentos obstétricos de um grupo amostral de 140 atendimentos regulados.

4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

4.3.1 Critério de não inclusão

Atendimentos obstétricos regulados para a maternidade de referência em gestação de alto risco no período de julho de 2017 a janeiro de 2018 incluídos no sistema de regulação estadual de leitos e no sistema de prontuário eletrônico da maternidade em estudo.

4.3.2 Critério de exclusão

Atendimentos **não obstétricos** regulados para a maternidade de referência em gestação de alto risco no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, incluídos no sistema de regulação estadual de leitos e no sistema de prontuários eletrônicos da maternidade em estudo.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados utilizou-se um formulário, elaborado pelos autores da pesquisa, subdividido em duas partes: a primeira parte correspondeu à ficha de cadastro de regulação (ANEXO A); a segunda parte pelas fichas de acolhimento e classificação de risco (ANEXO B); ficha de atendimento de urgência/ emergência (ANEXO C) e laudo de autorização de internação hospitalar (ANEXO D). Todas as fichas fazem parte do prontuário de cada paciente e foram acessadas no Serviço de Arquivo Médico- SAME da instituição em estudo,

por meio do Sistema de Regulação Estadual de Leitos do Piauí e Sistema de Prontuário Eletrônico da maternidade em estudo.

Os diagnósticos foram classificados pelos pesquisadores do presente estudo, utilizando nomenclatura já adotada em um estudo realizado em 2006 em Recife (BUCHABQUI; CAP; FERREIRA, 2006), com adaptações necessárias ao presente estudo: **confirmado** se o motivo do atendimento e/ou encaminhamento se enquadra na definição de alto risco e o diagnóstico foi confirmado; **não confirmado** se o motivo do atendimento e/ou encaminhamento se enquadra na definição de alto risco, porém não foi confirmado pelo serviço de maior complexidade e a gestante era sadia; **modificado** quando o atendimento não se enquadra na definição de alto risco, porém a paciente foi encaminhada para o serviço sem a justificativa plausível, mencionada na descrição clínica da ficha de regulação.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa que originou essa dissertação foi elaborado de acordo com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde e foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob CAAE 11927519.3.0000.5214 e parecer n°3.276.525 em 22 de abril de 2019 (ANEXO E).

4.6 COLETA DE DADOS

O levantamento dos dados ocorreu através dos bancos de dados do Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí e do Sistema de Prontuário Eletrônico da Maternidade em estudo, de acesso digital, ambos de responsabilidade da Secretaria do Estado da Saúde do Piauí (SESAPI). O contato inicial ocorreu por meio do acesso aos bancos de dados acima citados com subsequente preenchimento do formulário da pesquisa (APÊNDICE A). Em seguida os dados foram tabulados e posteriormente analisados por meio do *software IBM SPSS v. 20*.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para o cálculo estatístico utilizou-se o pacote de *software IBM SPSS v. 20*. Na análise descritiva utilizou-se para resumo dos dados o comportamento das variáveis. Foram utilizados

também recursos tabulares e gráficos, além do cálculo de medidas descritivas, como média, mediana e desvio padrão.

Em seguida, foi verificada a existência de associação estatisticamente significativa entre algumas variáveis. Para tanto, primeiramente foi verificado se os dados seguiam normalidade via testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. Após isso, as associações foram verificadas por meio dos testes de *Kruskal-Wallis* e Exato de Fisher.

Foi previamente adotado nível de significância de 5% (o mesmo que 95% de confiança) para os testes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar da alta cobertura do atendimento hospitalar, persistem obstáculos no acesso às maternidades no território brasileiro. Os problemas relativos à assistência decorrem de uma desorganização do sistema de saúde na oferta de leitos obstétricos e neonatais, além da precariedade na infraestrutura hospitalar e baixa qualidade técnica no atendimento (COSTA *et al.*, 2018).

A regulamentação da RC em 2011 trouxe à tona uma proposta de qualidade da assistência às mulheres, com investimentos dos Estados e Municípios para a construção ou adequação de maternidades conforme a Resolução de Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vigente nos serviços obstétricos, em prol da garantia da vinculação e do acesso das mulheres às maternidades (RODRIGUES *et al.*, 2015b).

Diante disso, embasadas no que concerne a RC, em 2013 o MS publica a Portaria MS/GM nº 1.020 de 29 de maio de 2013 que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, assim como define os critérios para a implantação e a habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a RC (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014a).

A Portaria supracitada define gestação, parto e puerpério de risco como situações nas quais a mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis, que caracteriza o encaminhamento responsável na gestação de alto risco, como processo pelo qual a gestante é incluída nesta condição e encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde, o atendimento adequado e acolhimento como o processo constitutivo das práticas que implicam a responsabilização da equipe de saúde pela gestante, puérpera, e pelo recém-nascido, desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta (BRASIL, 2013b).

Participaram da pesquisa 124 gestantes, cujos atendimentos obstétricos foram regulados para a maternidade de referência a gestação de alto risco, sorteados por amostragem aleatória no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, incluídas no Sistema de Regulação Estadual de Leitos do Piauí e no Sistema de Prontuário Eletrônico da maternidade em estudo.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados destinada à avaliação da perspectiva do comportamento das variáveis. Para tanto, utilizou-se recursos tabulares e gráficos, além do cálculo de medidas descritivas, como média, mediana e desvio padrão.

As variáveis sociodemográficas da população do estudo estão resumidas nas Tabelas 1 e 2 que apresentam a distribuição etária e o local de origem, respectivamente. Em relação à variável idade, o grupo apresentou faixa etária com variação mínima entre 14 anos completos a 42 anos completos, com média de 25,94 anos e mediana de 25anos.

Tabela 1- Características sociodemográficas da população: medidas descritivas para a variável idade (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí-2017/2018)

| Variável | Mínimo | Máximo | Média | Mediana | Desvio Padrão |
|-----------------|--------|--------|-------|---------|---------------|
| Idade (em anos) | 14 | 42 | 25,94 | 25 | 6,82 |

Fonte: Elaborada pela autora. 2018.

Nos resultados do presente estudo houve diferença de idade no grupo, com média de 25,94 anos. Estudo publicado em 2010 aponta que mulheres com idade inferior aos 20 anos iniciam o acompanhamento pré-natal de forma tardia, apresentam gravidez não desejada com maior frequência que mães não adolescentes, e são as que evoluem com maior incidência para partos prematuros. Já mulheres com idade superior aos 35anos apresentam maiores índices de complicações durante o ciclo gravídico em decorrência de doenças

Corroborando com os dados quanto a faixa etária apresentada neste estudo, Marcos e Hillesheim (2016) obtiveram que os atendimentos as urgências e emergências obstétricas nos hospitais do município de Chapecó, região Oeste de Santa Catarina ocorrem com maior incidência na faixa etária entre 20 e 24 anos (27,39%) seguida de 15 a 19 (22,60%) e 25 a 29 (21,84%).

Em relação ao local de origem do atendimento regulado predominaram pacientes reguladas de Teresina (12,90%), seguidas do interior do Estado do Piauí, com predomínio das cidades de Altos (8,87%), José de Freitas (7,26%) e União (5,65%). Conforme os dados da Tabela 2:

Tabela 2- Características sociodemográficas da população: distribuição de frequências segundo os locais de origem (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí) 2017/2018

| Local de Origem | N | % | Local de Origem | N | % |
|------------------------|----------|----------|----------------------------|----------|----------|
| Agricolândia | 1 | 0,81% | Lagoa do São Francisco | 1 | 0,81% |
| Água Branca | 1 | 0,81% | Luzilândia | 1 | 0,81% |
| Altos | 11 | 8,87% | Matões MA | 1 | 0,81% |
| Amarante | 1 | 0,81% | Miguel Alves | 3 | 2,42% |
| Angical do Piauí | 1 | 0,81% | Miguel Leão | 1 | 0,81% |
| Arraial PI | 1 | 0,81% | Milton Brandão | 2 | 1,61% |
| Barras | 5 | 4,03% | Nossa Senhora dos Remédios | 2 | 1,61% |
| Benedictinos | 5 | 4,03% | Novo Santo Antônio | 1 | 0,81% |
| Bom Jesus | 1 | 0,81% | Oeiras | 1 | 0,81% |
| Boqueirão do Piauí | 1 | 0,81% | Palmeirais | 1 | 0,81% |
| Brasileira | 1 | 0,81% | Parnarama | 1 | 0,81% |
| Campo Maior | 6 | 4,84% | Passagem Franca | 1 | 0,81% |
| Canto do Buriti | 1 | 0,81% | Pedro II | 1 | 0,81% |
| Castelo do Piauí | 4 | 3,23% | Picos | 1 | 0,81% |
| Caxias MA | 1 | 0,81% | Pimenteiras | 1 | 0,81% |
| Coivaras | 1 | 0,81% | Piripiri | 2 | 1,61% |
| Colônia do Piauí | 1 | 0,81% | Porto do Piauí | 3 | 2,42% |
| Currálinhos PI | 1 | 0,81% | Prata do Piauí | 1 | 0,81% |
| Demerval Lobão | 4 | 3,23% | São Gonçalo do Piauí | 2 | 1,61% |
| Elesbão Veloso | 1 | 0,81% | São João da Serra | 1 | 0,81% |
| Floriano | 1 | 0,81% | São Miguel do Tapuio | 2 | 1,61% |
| Guadalupe | 1 | 0,81% | São Pedro do Piauí | 4 | 3,23% |
| Inhuma | 1 | 0,81% | Teresina | 16 | 12,90% |
| Ipiranga do Piauí | 1 | 0,81% | Timon | 3 | 2,42% |
| Jose de Freitas | 9 | 7,26% | União | 7 | 5,65% |
| Lagoa do Piauí | 2 | 1,61% | Total Geral | 124 | 100,00% |

Fonte: Elaborada pela autora. 2018.

Conforme os estudos realizados por Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012) o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde consiste em um instrumento de intervenção que permite a gestão estadual, municipal e federal regular o perfil assistencial conforme as necessidades de saúde da população e assim garantir acesso aos serviços de saúde de forma equânime e integral, buscando ajustar oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do indivíduo. Contudo, apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, o processo em si, ainda ocorre de maneira incipiente e requer aprimoramento em diferentes aspectos.

Na população do estudo ocorreu predominância para o atendimento regulado de 12,10% para o CID O141 (Pré-eclampsia grave), seguido de 10,48% para CID O149 (pré-eclampsia não especificada, 10,48% para O600 (Trabalho de parto pré-termo sem parto) e 8,87% para O429 (Ruptura prematura de membranas, não especificada), conforme dados da Tabela 3.

Tabela 3- Características clínicas do grupo em estudo: Distribuição de frequência para o CID 10 (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí-2017/2018)

| CID | N | % | CID | N | % |
|------|----|--------|-------------|-----|---------|
| B200 | 1 | 0,81% | O441 | 1 | 0,81% |
| D752 | 1 | 0,81% | O458 | 1 | 0,81% |
| N96 | 1 | 0,81% | O459 | 1 | 0,81% |
| O038 | 1 | 0,81% | O48 | 6 | 4,84% |
| O054 | 3 | 2,42% | O600 | 13 | 10,48% |
| O069 | 1 | 0,81% | O601 | 3 | 2,42% |
| O080 | 1 | 0,81% | O639 | 1 | 0,81% |
| O140 | 8 | 6,45% | O660 | 1 | 0,81% |
| O141 | 15 | 12,10% | O681 | 1 | 0,81% |
| O149 | 13 | 10,48% | O682 | 1 | 0,81% |
| O200 | 5 | 4,03% | O688 | 1 | 0,81% |
| O209 | 2 | 1,61% | O689 | 1 | 0,81% |
| O244 | 1 | 0,81% | O800 | 3 | 2,42% |
| O249 | 1 | 0,81% | O829 | 2 | 1,61% |
| O262 | 1 | 0,81% | O868 | 1 | 0,81% |
| O268 | 2 | 1,61% | O908 | 1 | 0,81% |
| O288 | 1 | 0,81% | O990 | 1 | 0,81% |
| O321 | 1 | 0,81% | P018 | 1 | 0,81% |
| O330 | 1 | 0,81% | P95 | 1 | 0,81% |
| O331 | 1 | 0,81% | Q000 | 1 | 0,81% |
| O338 | 1 | 0,81% | R102 | 1 | 0,81% |
| O410 | 4 | 3,23% | T813 | 1 | 0,81% |
| O420 | 2 | 1,61% | Z340 | 1 | 0,81% |
| O429 | 11 | 8,87% | Total Geral | 124 | 100,00% |

Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

As principais urgências e emergências obstétricas que motivaram o encaminhamento para a maternidade em estudo com base na tabela de Classificação Internacional de Doenças-CID-10 foram: pré-eclâmpsia grave 12,10% (CID O141), pré-eclâmpsia não especificada 10,48%(CID O149), trabalho de parto pré-termo sem parto 10,48% (CID O600) e ruptura prematura de membranas não especificada 8,87% (CID O429).

Em uma pesquisa realizada em duas maternidades públicas do Estado do Ceará no ano de 2016, com 68 gestantes de alto risco hospitalizadas em decorrência da necessidade de estabilização e monitoramento devido à iminência de agravamento da gravidez, Rodrigues *et al* (2017b) identificaram que 20,6% dentre os diagnósticos prevalentes na internação foram referentes a pré-eclampsia; 19,1% corresponderam à rotura prematura de membranas obstétricas; 10,3% à ameaça de parto prematuro e 10,3% à placenta prévia (RODRIGUES *et al.*, 2017a).

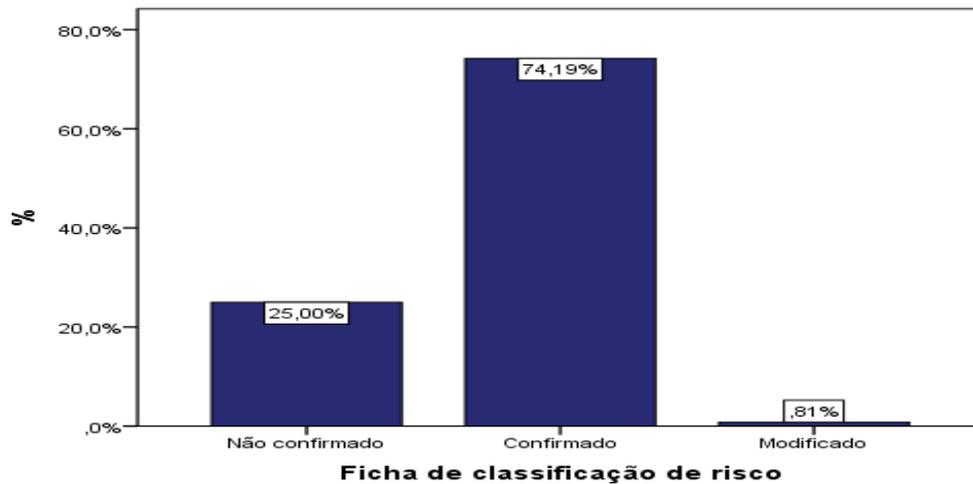
Os fatores que podem causar gestações de alto risco são múltiplos e compreendem desde as condições gerais de vida até fatores muito peculiares. Tais complicações que surgem durante o ciclo gravídico contribuem para elevar os indicadores de morbimortalidade materno infantil e contribuem ainda para onerar o serviço de saúde (VERSANI; FERNANDES, 2012).

Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco publicado pelo MS em 2012 os fatores que caracterizam gestação de alto risco compreendem quatro grandes grupos assim distribuídos: o primeiro grupo tem como critério o quesito, idade (menor que 17 e maior que 35 anos), ocupação, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, altura menor que 1,45 m, peso (menor que 45 kg e maior que 75 kg) e a dependência de drogas lícitas ou ilícitas; já o segundo grupo compreende morte perinatal, recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado, abortamento habitual, esterilidade ou infertilidade, intervalo inter parto (menor que dois ou maior que cinco anos), nuliparidade ou multiparidade, síndromes hemorrágicas ou doença hipertensiva e cirurgia uterina anterior; o terceiro grupo refere-se ao desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquidos amnióticos, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclampsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura, hemorragias de gestação, isoimunização e óbito fetal, e por fim o quarto grupo que compreendem às cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, hipertensão arterial, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes e ginecopatias (BRASIL, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017a; BRASIL, 2012d).

Os dados foram classificados utilizando a nomenclatura já adotada em um estudo realizado em 2006 em Recife (BUCHABQUI; CAP; FERREIRA, 2006) com adaptações para este estudo. Os autores, portanto, caracterizaram como **confirmado**: se o motivo do atendimento e/ou encaminhamento se enquadra na definição de alto risco e o diagnóstico foi confirmado; **não confirmado**: se o motivo do atendimento e/ou encaminhamento se enquadra na definição de alto risco, porém, não foi confirmado pelo serviço de maior complexidade e a gestante era sadia, e **modificado**: quando o atendimento não se enquadra na definição de alto

risco, porém a paciente foi encaminhada para o serviço.

O maior percentual de atendimentos na classificação de risco da Maternidade em estudo foi 74,19% (confirmado), dados condizentes com os atendimentos obstétricos regulados, 25% (não confirmado) e 0,81% (modificado). Conforme Gráfico 1:



Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

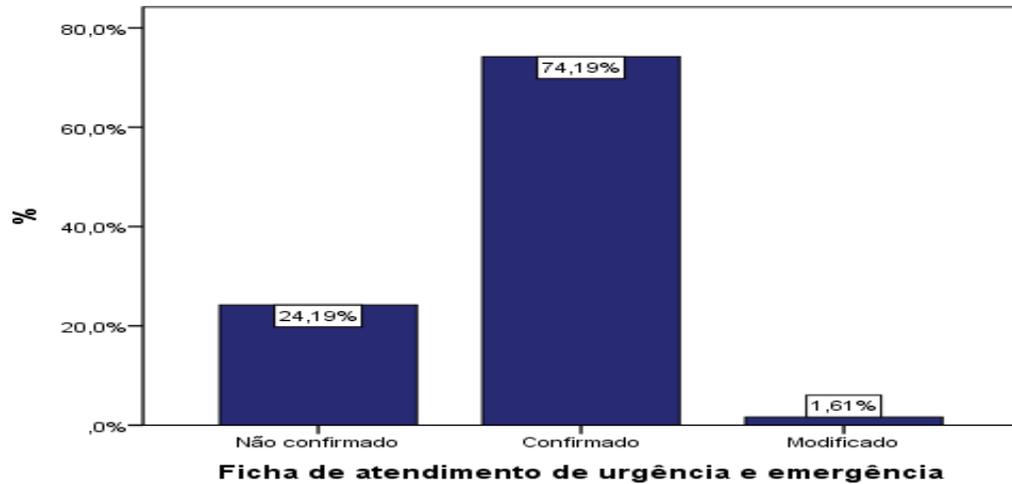
Gráfico 1- Proporção das 124 gestantes dos atendimentos obstétricos regulados e os atendimentos de classificação de risco na maternidade de referência em estudo (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí e Sistema de Prontuário Eletrônico 2017/2018)

O acolhimento com classificação de risco em obstetrícia tem como objetivos humanizar o atendimento, mediante escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de urgência/emergência dos hospitais; organizar o processo de trabalho e ambiência hospitalar; melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e tempo de espera; classificar, mediante protocolo, as queixas das usuárias que demandam os serviços de urgência/emergência dos hospitais, visando identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato; fomentar a rede de atenção de saúde, articulando a atenção básica e maternidades com vistas à atenção integral. (BRILHANTE *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Costa e Braz (2018) apontaram que uma classificação de risco realizada de maneira inadequada ou errônea é condição causal para superlotação hospitalar, bem como traz o risco de morte, pois segundos são primordiais no atendimento obstétrico emergencial.

No Gráfico 2 tratou-se dos atendimentos médicos obstétricos realizados na maternidade em estudo indicaram que os de 74,19% confirmados dos atendimentos regulados se enquadravam no perfil de alto risco, enquanto que 24,19% não confirmado não

apresentaram critérios que os definisse como alto risco e 1,61% (modificado) não apresentou critérios clínicos para alto risco mencionados na ficha de regulação.



Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

Gráfico 2- Proporção das 124 gestantes dos atendimentos obstétricos regulados e os atendimentos de urgência e emergência realizados na maternidade de referência em estudo (Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Piauí e Sistema de Prontuário Eletrônico 2017/2018)

Michillin *et al.*, (2016) sugerem que todas as portas de assistência à saúde estejam qualificadas para atender as demandas, realizando adequações as necessidades de cada caso, compreendendo que nas situações de quadros agudos ou emergenciais, os cuidados devam ser prestados pelas referidas portas de entrada do SUS, isso caracteriza condições essenciais para qualquer área do cuidado, inclusive a obstétrica.

Somado aos fatores supracitados estudos realizados por Santos, Cruz e Silva (2011) apontam que as inúmeras situações que levam a restrição de admissão aos serviços de atenção ao parto causam a subutilização de leitos obstétricos de risco habitual e gastos públicos desnecessários para manutenção de serviços que não utilizam toda a sua capacidade. Por outro lado, serviços que estão funcionando normalmente ficam superlotados, impactando negativamente na qualidade da assistência prestada a mulher durante o trabalho de parto e parto, contribuindo para a peregrinação em busca de um local para dar à luz.

Para Menezes, Leite e Schramm (2006) um sistema eficaz de regulação e referência, assim como protocolos clínicos de avaliação de risco, reduziria essa distorção no acesso aos serviços obstétricos. Tal afirmação corrobora com os dados encontrados neste estudo, pois 24,19% (não confirmado) das gestantes encaminhadas não apresentaram critérios clínicos que

as definisse como alto risco. Ressalta se que a Maternidade em estudo dispõe de protocolos institucionais, bem como aplica as recomendações do Ministério da Saúde na assistência obstétrica. No entanto esta encontra-se entrelaçada na Rede de Assistência a Saúde que ainda apresenta “nós” quanto a efetividade de suas ações.

Assim, uma das contribuições deste estudo consiste também, em mostrar que existe inadequação quanto à regulação de leitos obstétricos para a maternidade de referência em gestação de alto risco, uma vez que ao regular uma paciente que não se enquadra no perfil de gestação em alto risco, as Centrais de Regulação, estarão se distanciando do conceito de ferramenta ordenadora do fluxo entre referência e contrarreferência e garantidora de equidade, e diverge das recomendações do MS quando o mesmo enfatiza que a assistência obstétrica perpassa por acesso qualificado, sendo primordial que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmônica, para que não haja peregrinação das parturientes, inclusive de pacientes já reguladas.

Ao associar as ficha de classificação de risco com a ficha de atendimento de urgência e emergência foi verificada a existência de associação estatisticamente significativa, demonstrada por meio do teste Exato de Fisher, no qual foi obtido um p-valor igual a $0,000 < 0,05$. Sendo assim, pode-se concluir que existe associação estatisticamente significativa entre a ficha de classificação de risco e a ficha de atendimento de urgência e emergência. Além disso, essa associação se dá de tal forma que as opções tendem a se repetir nas duas fichas, considerando um nível de 5% de significância (o mesmo que 95% de confiança). A Tabela 4 registra essas informações:

Tabela 4- Ficha de classificação de risco versus ficha de atendimento de urgência e emergência: distribuição de frequência para casos confirmados, não confirmados e modificados (Sistema de Prontuário Eletrônico 2017-2018)

| | | Ficha de atendimento de urgência e emergência | | |
|---------------------------------|----------------|---|------------|------------|
| | | Não confirmado | Confirmado | Modificado |
| Ficha de classificação de risco | Não confirmado | 30 | 0 | 1 |
| | Confirmado | 0 | 92 | 0 |
| | Modificado | 0 | 0 | 1 |

Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

Nessa perspectiva, observa-se que a qualidade da assistência ao atendimento obstétrico no momento do parto e nascimento poderá está relacionada à classificação de risco e

atendimento médico utilizando-se dos mesmos fatores clínicos para definição de alto risco, norteados por protocolos assistenciais, cujo objetivo primordial é identificar as pacientes que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato dando resolutividade ao caso.

Cabe frisar que os profissionais enfermeiros obstetras que realizam o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR) e os médicos obstetras que prestam atendimento na Maternidade em estudo seguem os padrões estabelecidos no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia padronizado pelo Ministério da Saúde de acordo com suas funções técnicas-assistenciais.

Somado as contribuições supracitadas, os autores do presente estudo recomendam que a ferramenta de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia seja implantada nas portas de entrada de maternidades e/ou hospitais que atendam ao parto no sentido de humanizar o atendimento, mediante escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal, organizar o processo de trabalho visando identificar as pacientes que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato e evitar a superlotação dos serviços de urgência/ emergência obstétrico.

Por fim, faz-se necessária efetivação da rede de atenção obstétrica regionalizada por meio do fortalecimento de pactuações entre gestores municipais e estaduais com uma melhor distribuição e qualificação dos serviços de atenção obstétrica, somado a um sistema mais eficiente de referência.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo sobre atendimentos obstétricos regulados para a maternidade de referência em gestação de alto risco evidenciou que os maiores quantitativos de pacientes regulados são da própria capital quando comparados ao interior do Estado e que existe regulação de gestantes que não se enquadram no perfil de alto risco.

Diante disso, foi elevado o número de pacientes não confirmados como alto risco, quase um por grupo de quatro encaminhamentos regulados para a maternidade em estudo, considerada a única de referência no atendimento à gestação de alto risco no Estado.

Foi possível identificar, por meio deste estudo as principais patologias que levam a regulação de gestantes para a referência ao serviço de alto risco. Além de comprovar que os profissionais que atuam na porta de entrada na classificação de risco- enfermeiros obstetras, assim como os médicos obstetras que realizam o atendimento de urgência e emergência, atuam de acordo com as recomendações do protocolo de acolhimento e classificações de risco em obstetrícia, estão em sintonia clínica, pois os dados encontrados apresentaram padrão de associação positiva entre os atendimentos realizados por ambos os grupos profissionais.

Os achados do presente estudo poderão contribuir para o aprimoramento da assistência obstétrica em Rede de Atenção à Saúde, com a reorganização do fluxo de referência de forma adequada, bem como servirá de apoio técnico para a implantação e aperfeiçoamento do acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada dos serviços que assistem ao parto, tendo como foco a qualificação profissional e a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.15, n.36, p.79-92, 2011.

ARAUJO, F. R. F. **A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto:** o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.1, p.169-73, 2015.

BARBOSA, D. V.S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. saúde colet. [online]**., v.24, n.1, p.49-54, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal.** Brasília, v.1, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção 1, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Rede Cegonha. Brasília (DF), 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Parto do Princípio.** Violência obstétrica: parirás com dor. Brasília (DF), 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Editora do Ministério da Saúde, p.318, Brasília (DF), 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências, Brasília (DF), 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5.ed. Editora do Ministério da Saúde, p.302, Brasília (DF), 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.19, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1020 de 29 de maio de 2013.** Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção 1, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Universidade Estadual do Ceará. Brasília (DF), v.4, p.465, 2014b.

BRASIL. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Painel de Monitoramento Mortalidade Materna.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BRILHANTE, F. A. et al. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Rev Rene.**, v.17, n.4, p.569-75, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. Brasília (DF), p.64, 2017.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; FERREIRA, J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.6, n.1, p.23-29, 2006.

COSTA, G. S.; VIEIRA, P. S. N.; NUNES, V. M. et al. Análise do atendimento hospitalar em emergência obstétrica: ênfase na classificação de risco. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.**, v.22, n.2, p.34-39. 2018.

FERREIRA, R. V. F. **Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste do Nascer no Brasil.** 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS:

representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. **Physis**, v.22, n.1, p.119-40, 2012.

GIOVANNI, M. D. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública). ENAP – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília (DF), 2014.

GOUDARD, M. J. F. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.21, n.4, p.1227-38, 2016.

LIMA, M. R. M. et al. Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 23-31, 2013.

MACIEL, N. P. **Plano de qualificação da atenção em maternidades**: análise em uma maternidade de Cuiabá/MT. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva); Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 2013.

MARCO, A. V.; HILLESHEIM, A. C. **Perfil das urgências e emergências obstétricas nos hospitais de um município da região oeste de Santa Catarina**. 2016. p.1-11. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/urgencias.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana em Saúde, 2011.

MENEZES, D. C. S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.3, p.553-9, 2006.

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

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.1, p 185-94, 2011.

PEREIRA, I. R. A. **A acessibilidade ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco, um estudo de caso do hospital regional**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2015.

PIAUI. **Secretaria de Saúde do Estado do Piauí- SESAPI**. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/mder.asp>. Acesso em: 02 jul 2019.

REZENDE, Ceny Longhi. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados, MS**. 2012. 127. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012.

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery**, v.19, n.4, p.614-20, 2015.

RODRIGUES, A. R. M. et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **SANARE**, v.16, n.1, p.23-28, 2017a.

SANTANA, F. G. et al. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. **Rev Pesq Saúde**, v.11, n.3, p.35-40, 2010.

SANTOS, M.A.S.; CRUZ, J.B.; SILVA, V.R. Desafios da regionalização\da assistência à gestante e ao parto na V GERES,\Garanhuns, Pernambuco. **Journal of Management and Primary Health Care.**, v.2, n.2, p. 11-4, 2011.

SANTOS, C. A. S.; SANTO, E. E. Análise das causas e consequências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.5, n.3, p.31-44, 2014.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.26, n.7, p.517-525, 2004.

SILVEIRA, A. C. B. **Acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica**. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SIMONS, D.A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife/PE, 2008.

SOBRAL, E. S. A.; LIMA, A. K. B. S.; LIMA, C. B. Rede de atenção à saúde: análise dos desafios à regulação de gestantes. **Temas em Saúde**, v.17, n.4, p.205-214, 2017.

SOUSA, B. M.; ROCHA, I. M. S.; LIMA, A. L. S. Processo de enfermagem: acolhimento com classificação de risco a gestante. **Revista Recien.**, v.16, n.6, p.11-20, 2016.

VERSANI, C. C.; FERNANDES, L. L. Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. **Rev. Norte Min Enferm.**, v.1, n.1, p. 68-78, 2012.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v.36, n.95, p.640-47, 2012.

ANEXOS

ANEXO A- Ficha de Cadastro de Regulação

Internações

cartão [REDACTED] ✓

Idade: [REDACTED]

Sexo: [REDACTED]

Origem: União/PI

Status: Encerrada

Desde: 31/07/2018

Espera: 31/07/2018 (0 dias)

Especialidade: Obstetrícia / Adulto

Class. Risco: Emergencia Caráter: Urgência

Solicitante: HOSP MUNICIPAL DE UNIAO (União/PI)

Executante: Maternidade Dona Evangelina Rosa- MDER (Teresina/PI)

Operador: Mario Eduardo Carvalho Costa

CID: 048 - Gravidez prolongada

Descrição Clínica: G2P1C HA 9 ANOSA0. IG(1T):41S1D. SEM QUEIXAS. AO EXAME:
PELVICO,BCF:140BPM,FU:41 CM, PA:110X70MMHG,BI.

Gravidade do Caso: Padrao

0017071021887 (/internacoes/24887) ✓

ANEXO B- Fichas de acolhimento e classificação de risco

MDER - MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MDER - OBSTETRICIA

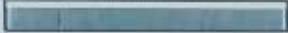
Data e hora retirada da senha: 05/06/2019 06:30

| | |
|---------------------|--|
| Nome Paciente: | [REDACTED] |
| Cód. Paciente: | [REDACTED] |
| Data de Nascimento: | [REDACTED] |
| Sexo: | Feminino |
| Idade: | 35 |
| Senha: | PU0004 |
| Convênio: | 2 - SUS - AMBULATORIO |
| Atendimento: | 990328  |
| SAME: | |

Período: 05/06/2019 07:00 - 05/06/2019 07:02

PLANTONISTA MDER - COREN: 0001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VEIO PARA AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA

Medicamento(s): METILDOPA 250MG 1XDIA

Observação: G4P3(1N E 2CESÁREA)A0, SABIDAMENTE PORTADORA DE SHEG, EM TRTAMENTO, IG DESCONHECIDA, NEGA QUEIXAS. NEGA ALERGIAS. NEGA SINTOMATOLOGIA HIPERTENSIVA E PERDAS VAGINAIS

Fluxograma sintoma: ATENDIMENTO NÃO PRIORITÁRIO OU ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE SAÚDE

Discriminador(es): - REAVALIAÇÃO OBSTÉTRICA

Especialidade: OBSTETRICIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE COMA DE GLASGOW: 15
- AVALIAÇÃO DA DOR: 0
- PRESSAO ARTERIAL MEDIA: 140.90 MMHG
- TEMPERATURA(C): 36.30 GRAU CELSIUS

Olga Coutinho B. Silva
Enfermeiro Obstetra
COREN-PI 468.941-EPF
COREN-PI 045.068-GGST

Acolhido(a) por: PLANTONISTA MDER - COREN: 0001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/06/2019 07:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

ANEXO C- Ficha de atendimento de urgência/ emergência

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
|  | | GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ - SESA / PI SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA | | PRONTUÁRIO 0000472145 | |
| SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL (SIA/SUS) | | | | ATENDIMENTO 0000956890 | |
| Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | |
| NOME DO PACIENTE [REDACTED] | | Nº do Prontuário 0000472145 | | Nº do Atendimento 0000956890 | |
| Nº do Cartão Nacional de Saúde [REDACTED] | | D. DATA NASC. 10/11/1983 | | S. SEXO Feminino | |
| NOME DO RESPONSÁVEL MARIA JULIA DE ABREU | | ENDEREÇO AV CESAR LEAL | | CIDADE SAO LUIS | |
| ENDEREÇO LOCAL [REDACTED] | | COMPLEMENTO LOCAL [REDACTED] | | CIDADE SAO LUIS | |
| ENDEREÇO DE CONTATO 84334179 | | MUNICÍPIO ALTOS | | UF PI | |
| | | | | CEP 64200000 | |
| HISTÓRIA CLÍNICA | | | | | |
| QUEIXA PRINCIPAL: | | | | | |
| H.D.A. | | | | | |
| DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | |
| CID: | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | | | | CÓD. DO PROCEDIMENTO 0301060061 | |
| EXAMES SOLICITADOS | | | | | |
| ENCAMINHAMENTO: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | | <input type="checkbox"/> COS <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO | | <input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> OUTRAS | |
| | | QUAL ? | | <input type="text"/> | |
| ASSINATURA DO MÉDICO | | | ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE | | |

ANEXO D- Laudo de autorização de internação hospitalar

| | | | |
|---|---|--|---|
|   | | Nº de autorização de internação hospitalar (AIRE) | |
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO | | | |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE MATERIDADE DONA EVANGELINA ROSA | | Nº PROFISSIONAL [REDACTED] | CARTÃO NACIONAL SUS [REDACTED] |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO | | | |
| ENDEREÇO [REDACTED] | | ACRESCIMENTO 0000781G37 | |
| DATA NASC. 07/05/2008 | SEXO Feminino | CPF [REDACTED] | |
| NOME DO RESPONSÁVEL [REDACTED] | | | |
| ENDEREÇO BECO 06 N 73A | | BAIRRO [REDACTED] | COMPLEMENTO |
| MUNICÍPIO LOCAL | | MUNICÍPIO LOCAL | CEP/ESTADO LOCAL |
| TELEFONE DE CONTATO | MUNICÍPIO TIMON | SIGLA/ESTADO MA | CEP 65630150 |
| LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | |  | |
| EXAME FÍSICO | | | |
| CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO | | | |
| RESULTADOS DE PROVAS COMPLEMENTARES (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) | | | |
| CID-10 PRINCIPAL | DIAGNÓSTICO INICIAL | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| LITIOCLÍNICA | CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA | NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE MÉDICO PROVISORIO PATURAMENTO (RENOMEAR) | CPF |
| ONS | CÓD. DO PROCEDIMENTO 28/05/2019 | DATA DO PROCEDIMENTO 28/05/2019 | PROFISSIONAL / CARTEIRO (TIPO DE CONSULTA) [REDACTED] |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO | Nº DO REGISTRO [REDACTED] |
| CMI DA SEGURADORA | | CMI EMPRESA | Nº DO REGISTRO [REDACTED] |
| CID-10 PRINCIPAL | | CID-10 SECUNDÁRIO | DESCRICÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL |
| | | <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> GRAVÍSSIMA | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | DATA E LOCAL DA TROCA DE AUTORIZAÇÃO | |
| DT. AUT. [REDACTED] | NOME DO PROFISSIONAL / ÁREA DE CONTROLE DE ADEQUAÇÃO / ADEQUADA | | |
| CNES/UF [REDACTED] | DT. AUT. [REDACTED] | | |

ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética

| | | |
|---|--|--|
|  | UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO |  |
| COMITÊ DE ÉTICA PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | | |
| DADOS DO PROJETO DE PESQUISA | | |
| Título da Pesquisa: ATENDIMENTO OBSTÉTRICO VERSUS SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERENCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO | | |
| Pesquisador: LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | | |
| Área Temática: | | |
| Versão: 1 | | |
| CAAE: 11927519.3.0000.5214 | | |
| Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI | | |
| Patrocinador Principal: Financiamento Próprio | | |
| DADOS DO PARECER | | |
| Número do Parecer: 3.276.525 | | |
| Apresentação do Projeto: | | |
| <p>Trata-se de um estudo retrospectivo, que utilizará a abordagem quantitativa de natureza exploratória, abrangendo a população de gestantes reguladas de maternidades satélites para maternidade de referencia a gestação de alto risco incluídas no sistema de regulação estadual de leitos e de cadastro de pacientes da instituição em estudo. Será realizado nos bancos de dados do sistema de regulação de leitos e sistema de cadastro de pacientes de uma Maternidade de referência estadual na assistência à gestante de alto risco, no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, período de implantação do sistema on line de prontuários tendo como benefício a aquisição de conhecimento sobre o tema abordado de forma concisa, no sentido de contribuir com a adequação de atendimentos obstétricos na Rede de Assistência a saúde, assim como as possíveis inadequação de preenchimentos dos prontuário analisados. A população da pesquisa será constituída por todos os atendimentos regulados para a maternidade de referencia a gestação de alto risco sorteados no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, perfazendo seis meses de coleta de dados. Na coleta de dados será utilizada uma ficha de investigação subdividida em duas partes: a primeira parte será referente aos antecedentes pessoais e a segunda será referente às fichas base que subsidiarão o estudo: ficha de acolhimento e classificação de risco (ficha 01); ficha de atendimento de urgência-emergência/laudo de autorização de internação hospitalar (ficha 02) e ficha de encaminhamento/regulação coletas via sistema de banco de dados da instituição em estudo.</p> | | |
| Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella | | |
| Bairro: Ininga | | CEP: 64.049-550 |
| UF: PI | Município: TERESINA | |
| Telefone: (86)3237-2332 | Fax: (86)3237-2332 | E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br |



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO OBSTÉTRICO VERSUS SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Pesquisador: LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11927519.3.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.276.525

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo, que utilizará a abordagem quantitativa de natureza exploratória, abrangendo a população de gestantes reguladas de maternidades satélites para maternidade de referência a gestação de alto risco incluídas no sistema de regulação estadual de leitos e de cadastro de pacientes da instituição em estudo. Será realizado nos bancos de dados do sistema de regulação de leitos e sistema de cadastro de pacientes de uma Maternidade de referência estadual na assistência à gestante de alto risco, no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, período de implantação do sistema on line de prontuários tendo como benefício a aquisição de conhecimento sobre o tema abordado de forma concisa, no sentido de contribuir com a adequação de atendimentos obstétricos na Rede de Assistência a saúde, assim como as possíveis inadequação de preenchimentos dos prontuário analisados. A população da pesquisa será constituída por todos os atendimentos regulados para a maternidade de referência a gestação de alto risco sorteados no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, perfazendo seis meses de coleta de dados. Na coleta de dados será utilizada uma ficha de investigação subdividida em duas partes: a primeira parte será referente aos antecedentes pessoais e a segunda será referente às fichas base que subsidiarão o estudo: ficha de acolhimento e classificação de risco (ficha 01), ficha de atendimento de urgência-emergência/laudo de autorização de internação hospitalar (ficha 02) e ficha de encaminhamento/regulação coletas via sistema de banco de dados da instituição em estudo.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Contribuição do Parecer: 3.276.525

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido sem parecer de aprovado. Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1335046.pdf | 15/04/2019 22:17:36 | | Aceito |
| Orçamento | orcamentoPDF.pdf | 15/04/2019 22:16:57 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMAPDF.pdf | 15/04/2019 22:16:23 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Outros | AUTORIZACAONSTITUCIONAL.pdf | 15/04/2019 22:03:13 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEATUALPDF.pdf | 15/04/2019 22:02:12 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Outros | FORMULARIODECOLETA.pdf | 15/04/2019 22:00:45 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Outros | TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf | 15/04/2019 21:58:43 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Outros | curriculopesquisador.pdf | 14/04/2019 21:41:56 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Outros | curriculoorientador.pdf | 14/04/2019 21:40:47 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 14/04/2019 21:39:27 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

Bairro: Ininga CEP: 64.049-550

UF: PI Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer 3.276.528

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------|---|--------|
| Outros | cartadeencaminhamento2019.pdf | 14/04/2019 21:34:12 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaodospesquisadores2019.pdf | 14/04/2019 21:30:43 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 14/04/2019 21:30:09 | LORENA CITO LOPES RESENDE SANTANA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 22 de Abril de 2019

Maria do Socorro Ferreira dos Santos

Assinado por:

Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))

Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira dos Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Humana
Campus Ministro Petrônio Portella UFPI
Ato da Reitoria nº 1002/18

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella

Bairro: Ininga CEP: 64.049-550

UF: PI Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICE

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho por meio deste, convidar a senhora _____ a participar de uma pesquisa “ATENDIMENTO OBSTÉTRICO VERSUS SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERENCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO” sob a responsabilidade das pesquisadoras Lorena Citó Lopes Resende Santana e Ericka Maria Cardoso Soares.

Sua participação é voluntária e antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que a senhora decida participar. Cabe ressaltar, que a senhora tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Pesquisador responsável: Lorena Citó Lopes Resende Santana/Instituição/Departamento: UFPI/NUEPPS Telefone para contato: (86) 3215-5862

Objetivo do estudo: Analisar os atendimentos obstétricos regulados em uma maternidade de referência em gestação de alto risco no Estado do Piauí.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas de autorização para pesquisa no prontuário sobre a regulação e atendimento na maternidade de referência em gestação de alto risco.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. O risco de constrangimento que poderá surgir devido à exposição de informações no prontuário será contornado pela experiência das pesquisadoras nesse tema garantindo o conforto e sigilo da paciente.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Será mantido o sigilo das informações.

Consentimento Pós-Informação

Eu _____ fui informada sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação, por isso eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Para qualquer informação a senhora poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Lorena Citó Lopes Santana Instituição/Departamento: UFPI/NUEPPS Telefone para contato: (86) 3215-5862/ (86) 999229036, agora ou a qualquer momento.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI Telefone: 86 3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br.

_____ DATA // __

Assinatura do participante ou responsável

_____ DATA // _____

Nome e assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B- Formulário da pesquisa

| |
|--------------------|
| Formulário: |
|--------------------|

1- Avaliação da Ficha de Encaminhamento via Regulação:

- a) Senha de regulação:
- b) Origem:
- c) Idade:
- d) Especialidade:
- e) Classificação de risco:
- f) Descrição Clínica e CID:

2- Avaliação das Fichas de Atendimentos na Maternidade de Referência:

- a) Ficha de Classificação de Risco:
 Confirmado Não Confirmado Modificado

- b) Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência e Ficha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH):
 Confirmado Não Confirmado Modificado

*Os diagnósticos serão classificados pelos pesquisadores do estudo, utilizando nomenclatura já adotada em um estudo realizado em Recife (BUCHABQUI; CAP; FERREIRA, 2006), com adaptações para esse estudo; confirmado: se o motivo do atendimento e/ou encaminhamento se enquadra na definição de alto risco e o diagnóstico foi confirmado; não confirmado: se o motivo do atendimento e/ou encaminhamento se enquadra na definição de alto risco, porém não foi confirmado pelo serviço de maior complexidade e a gestante era sadia, e modificado: quando o atendimento não se enquadra na definição de alto risco, porém a paciente foi encaminhada para o serviço.