

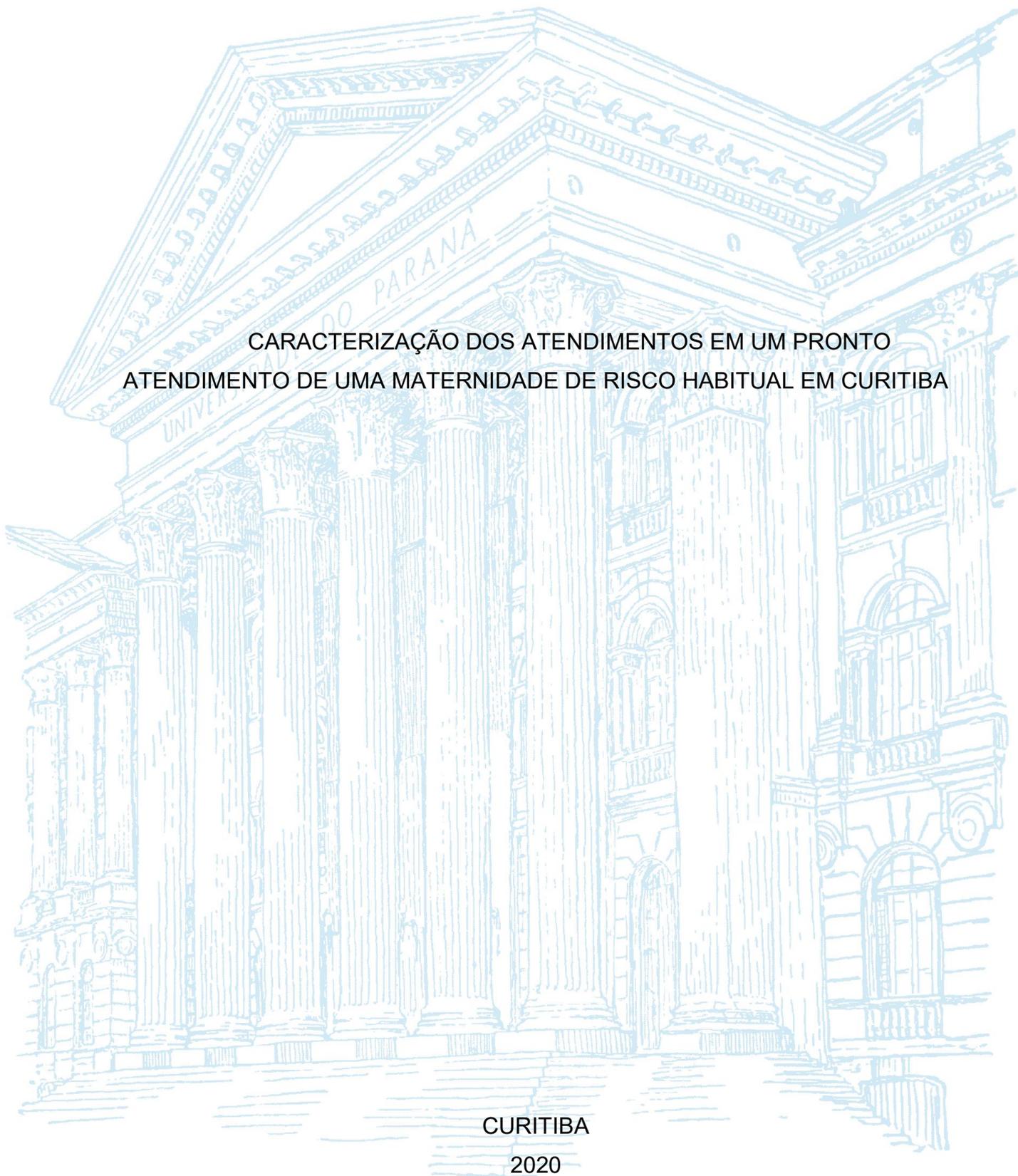
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KAUANE VICARI

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS EM UM PRONTO
ATENDIMENTO DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL EM CURITIBA

CURITIBA

2020



KAUANE VICARI

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS EM UM PRONTO ATENDIMENTO DE
UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL EM CURITIBA

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro.

CURITIBA

2020

TERMO DE APROVAÇÃO

KAUANE VICARI

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS EM PRONTO ATENDIMENTO DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL EM CURITIBA

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

Orientadora – Departamento de Enfermagem - UFPR.

Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Departamento de Enfermagem – UFPR.

Profa. Dra. Rafaela Gessner Lourenço

Departamento de Enfermagem – UFPR.

Cidade, 11 de dezembro de 2020.

Dedico esta monografia a todos que estiveram comigo nestes cinco anos de graduação, em especial meus pais, irmãs e amigos; aos mestres que transmitiram seus conhecimentos com excelência; aos profissionais de saúde que nos receberam nos campos de prática e aos pacientes que nos aceitaram, acolheram e ensinaram.

AGRADECIMENTOS

Desde muito cedo soube que a área da saúde me realizava. Apesar de vir de uma geração de enfermeiras, descobri que o cuidar era minha grande paixão e fonte de felicidade muito depois, graças às linhas tortas de escritas perfeitas cuja autoria é Daquele que tudo sabe.

Portanto, primeiramente, agradeço a Deus por escrever a minha história com tanto cuidado e amor, por se fazer sempre presente em meu coração e nunca me abandonar. A Nossa Senhora, que de tantos nomes prefiro o de “mãe”; que me fortifica, encoraja, passa na frente das minhas decisões e coloca em minha vida pessoas únicas.

Agradeço aos meus pais, Eliane Vicari e Sady Vicari, por acreditarem em mim em todos os momentos, quando nem eu acreditei. Vocês me deram força e coragem para continuar e perseverar neste e em todos os outros sonhos que almejei alcançar. Vocês são meu alicerce, fonte de amor, fé, carinho e tem o melhor colo do mundo. Eu os amo mais do que tudo nessa vida.

As minhas irmãs, Taynah Vicari e Maria Rita Vicari, que me ensinam todos os dias a como ser uma mulher mais forte e determinada. Sou grata por ser a irmã do meio; sempre a mais nova perante a mais velha e a mais velha perante a mais nova. Consigo ser tudo sendo quem sou e vocês me ensinaram isso. Ter vocês para caminhar ao meu lado nesta vida me traz paz, eu amo vocês.

A minha família, em especial meus avós Cleusa Maltaca e Ari Ribeiro (em memória) e Natalina Bonamigo Vicari e Laurindo Antônio Vicari (em memória). Vocês me deram pais maravilhosos, graças aos pais que vocês foram. Eu não poderia ser mais feliz em ter em vocês a minha origem.

Agradeço a todos os mestres que tive até aqui, em especial a Tia Priscila, minha professora da pré escola, que me ensinou com todo o amor e carinho que cabe em seu coração gigante a ler e a escrever. Muito além disso, me ensinou empatia, perdão e gratidão. Você iluminou minha infância. Saiba que eu não estaria aqui sem você e sua insistência em me ensinar tudo o que eu só queria aprender com você.

Agradeço às minhas orientadoras, Profa. Dra. Fernanda Moura D' Almeida Miranda e Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro, que acreditaram em mim como pessoa, acadêmica, pesquisadora e futura enfermeira. Ter sido orientada por vocês na iniciação científica e monografia foi uma honra. Saibam que ambas são fonte de

inspiração para quem eu quero me tornar um dia. Continuem ensinando e desempenhando com excelência essa função. Espero que nossos caminhos se cruzem novamente nesta jornada.

Agradeço a Universidade Federal do Paraná, pública e de qualidade. Tantas noites sem dormir desejando um diploma deste lugar. De fato, estudar nesta instituição não foi como eu imaginava, foi muito mais do que eu sonhei. Que ela resista e seus estudantes e servidores resistam com ela, pela sua sobrevivência, acessibilidade e qualidade. Eu sempre serei grata e orgulhosa de ser filha deste lugar que muda tantas vidas e que me apresentou pessoas incríveis. Aqui aprendi a ser uma cidadã com sede insaciável de equidade e justiça.

Agradeço aos meus amigos do Creme de la Creme, que a vida nos leve para caminhos diferentes, mas que eles se cruzem com frequência. Esta fase não teria sido a mesma sem vocês, nossas risadas e o pebolim. Everly Maltaca, você especialmente sempre será mais do que uma amiga, somos família; te conhecer me ensinou o verdadeiro significado de amizade. Aos meus amigos de colégio, ter a amizade de vocês há tantos anos e ver o que estão se tornando me enche de orgulho; nossa amizade significa tanto para mim que não caberia em poucas linhas, só posso dizer que quero muitos outros dez anos com vocês. Dentre os meus sonhos, está o sucesso e felicidade de cada um de vocês.

A todos que não citei diretamente, mas que se fizeram presente nesta jornada. Acredito que cada pessoa cruza o nosso caminho por um acaso. Todos os dias temos a oportunidade de sermos luz na vida de alguém, por isso registro minha gratidão a você que já iluminou meu dia de alguma forma.

Em memória de Ari Ribeiro, meu amado avô. Agradeço por ser sua neta, por ter tido o privilégio de viver 14 anos ao seu lado. Foi lindo, mas jamais suficiente. Te sinto sempre perto e gostaria que estivesse aqui, com seu olhar carinhoso e abraço apertado. Você sempre estará em meu coração e espero nos vermos um dia. Enquanto isso vou espalhar o amor, carinho e a alegria de viver que aprendi com você. Obrigada por ter sido meu anjo da guarda, por ter me amado, por ter feito minhas vontades e por todos os dadinhos. Eu te amo para sempre e com todo o meu coração, que está cheio de saudades.

Palavras são, na minha não tão humilde opinião,
nossa mais inesgotável fonte de magia.
São capazes de causar grandes sofrimentos e de
remediá-los.

- J. K. ROWLING

(Albus P. W. B. Dumbledore. Harry Potter e as Relíquias da Morte)

RESUMO

O pronto atendimento da maternidade é a porta de entrada a pacientes que buscam por atendimento de urgência. Nesse contexto, este é um dos locais de atuação do enfermeiro, sendo de competência desse profissional realizar o acolhimento e a aplicação da classificação de risco obstétrico. Teve-se como objetivo caracterizar os atendimentos do pronto atendimento, de modo a reconhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes, identificar os principais motivos de procura do serviço e analisar a aplicação da classificação de risco obstétrico. Trata-se de pesquisa quantitativa descritiva de corte transversal, com coleta retrospectiva de dados através da análise da planilha dos indicadores de atendimento no Pronto Atendimento de uma maternidade de Curitiba, Paraná, do período de janeiro a dezembro de 2019. Foram incluídos todos os atendimentos do referido período, exceto aos recém nascidos que foram desconsiderados. Dos 12.484 atendimentos, 12.043 (93,95%) foram a gestantes, 442 (3,45%) eram puérperas, 58 (0,45%) mulheres que sofreram aborto e precisaram de atendimento posterior, outras 238 (1,86%) mulheres que encontravam-se no ciclo gravídico puerperal, 15 (0,12%) não pertencentes ao período gravídico puerperal e 22 (0,17%) indefinidos. A média de atendimentos mensais foi 1.068; o turno de maior demanda foi o vespertino (4.879; 38,06%); prevaleceu atendimentos a paciente entre 20 a 29 anos (7344; 57,29%) e a idade mínima foi 8 anos e a máxima 61 anos; a média de retorno dos atendimentos foi 2,97, sendo atendidos 4.302 pacientes. O terceiro trimestre gestacional representou a maior demanda (6.608; 51,55%) e o primeiro atendimento foi maior nessa mesma idade gestacional. A classificação de risco de urgência verde predominou, seguido da amarela e azul. Foram registradas 99 unidades de saúde e outras três unidades de pronto atendimento localizadas em 42 bairros do município como precedência, sendo o bairro Cidade Industrial de Curitiba o mais registrado; outras 21 cidades também foram apontadas. O motivo de busca por atendimento no serviço, assim como motivos de encaminhamento de outros serviços de saúde para a maternidade foi dor abdominal e semelhantes, já dentre as puérperas foram queixas relacionadas à ferida operatória. O desfecho da avaliação clínica mais registrado foi relacionado a exames. Os casos de aborto confirmados ocorreram majoritariamente no primeiro trimestre e em mulheres de faixa etária entre 20 a 29 anos. O acolhimento com classificação de risco obstétrico na porta de entrada da maternidade auxiliou a identificar a população atendida e a reconhecer alguns atendimentos que poderiam ter sido resolutivos em outros níveis de atenção de menor complexidade. Assim, reforça-se a comunicação intersetorial da Rede de Atenção à Saúde de modo a promover capacitação dos profissionais em relação aos motivos de referência dos pacientes a atenção terciária, bem como o fortalecimento dessas informações para os usuários do sistema único de saúde. Também sugere-se adaptação do documento de registro dos atendimentos com a inclusão de novas informações que auxiliem na análise destes, além da padronização de registo das avaliações clínicas.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Enfermagem Obstétrica. Acolhimento.

ABSTRACT

Maternity emergency care is the gateway to patients who seek emergency care. In this context, this is one of the places where nurses work, and it is the competence of this professional to host and apply the obstetric risk classification. The objective was to characterize emergency care services to recognize patients' socio-demographic profile of patients, identify the main reasons for seeking assistance, and analyze the obstetric risk classification. Our study is a descriptive quantitative cross-sectional survey with retrospective data collection through the Excel spreadsheet analysis of the Emergency Department of a maternity hospital's attendance indicators in Curitiba, Paraná, from January to December 2019. All patients were included — consultations of that period, except for newborns, who were disregarded. Of the 12.484 visits, 12.043 (93.95%) were pregnant women, 442 (3.45%) were mothers, 58 (0.45%) women who had an abortion and needed further care, another 238 (1.86%) women who were in the puerperal pregnancy cycle, 15 (0.12%) not belonging to the puerperal pregnancy period and 22 (0.17%) classified as an undefined procedure. The average monthly attendance was 1.068. Besides, the shift with the most significant demand was the afternoon shift (4.879 attendances - 38.06%). Care for patients between 20 and 29 years old prevailed (7.344 - 57.29%), and the minimum recorded age was eight years, as well as the maximum recorded one was 61 years. Concerning the return for appointments, the average was 2.97 meetings, with 4.302 patients being served. The third gestational trimester represented the highest demand (6.608 - 51.55%), being the first attendance the highest in the same gestational age. The classification of green urgency risk predominated among attendances, followed by the yellow and the blue one. As a place of origin, 99 health care units and three other emergency care units were located in 42 neighborhoods in the municipality, with the Cidade Industrial de Curitiba neighborhood having the highest number of records. Also, we identified another 21 cities as the place of origin. The reason for seeking care at the service and reasons for referring to other health services to maternity was abdominal pain and related issues. However, among the puerperal women, there were mostly complaints related to the surgical wound. The most recorded outcome of the clinical evaluation was related to exams. The confirmed cases of abortion occurred mainly in the first trimester and in women aged between 20 to 29 years. The reception with the classification of obstetric risk at the maternity hospital entrance helped identify the women served and recognize some services that could have been solved in other care levels of less complexity. Thus, the health care network should reinforce the intersectoral communication to promote professionals' training about the justifiable reasons for referring patients to tertiary care and strengthening this information for the public health system. We also suggested adapting the service registration document to include new information that helps analyze the services and the standardization for clinical evaluations.

Keywords: Women's health. Obstetric nursing. Reception.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - GRÁFICO COMPARATIVO ENTRE A IDADE DOS PACIENTES NO PRIMEIRO ATENDIMENTO EM RELAÇÃO A TODOS OS ATENDIMENTOS, 2019.....	30
FIGURA 02 - QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS POR BAIRRO DE PROCEDÊNCIA, 2019.....	38
FIGURA 03 - MOTIVOS DE ATENDIMENTOS A MULHERES NO PÓS PARTO SEGUNDO AVALIAÇÃO CLÍNICA, 2019.....	46

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR IDADE GESTACIONAL, 2019	30
TABELA 02 - QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS E SUA RESPECTIVA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2019	32
TABELA 03 - MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE E QUE FORAM CLASSIFICADOS COMO LARANJA OU VERMELHO, 2019	32
TABELA 04 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO POR IDADE GESTACIONAL, 2019.....	34
TABELA 05 - QUANTIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE (US E UPAS) DE PRECEDÊNCIA REGISTRADOS PELA FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTOS, 2019.....	37
TABELA 06 - MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE, 2019	39
TABELA 07 - MOTIVOS DE PROCURA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL, 2019	40
TABELA 08 - MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE PARA A MATERNIDADE, 2019.....	47
TABELA 09 - DESFECHO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS ATENDIMENTOS, 2019	49

LISTA DE ABREVIATURAS

A&CR	- Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia
ApiceOn	- Aprimoramento e Inovação no cuidado e no ensino em obstetrícia e neonatologia
CAEO	- Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas
CAF	- Cirurgia de Alta Frequência
CEEO	- Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
CIC	- Cidade Industrial de Curitiba
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
EO	- Enfermeiro(a) Obstetra
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
MS	- Ministério da Saúde
Nº	- Número
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PRONAENF	- Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RC	- Rede Cegonha
RCIU	- Restrição de Crescimento Intra-Uterino
REO	- Residência em Enfermagem Obstétrica
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESA	- Secretaria de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UPE	- Universidade de Pernambuco
US	- Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	JUSTIFICATIVA.....	17
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Objetivo geral	18
1.2.2	Objetivos específicos.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	DAS PARTEIRAS AS ENFERMEIRAS OBSTETRAS: UMA BUSCA HISTÓRICA	19
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE DA MULHER.....	21
2.3	ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO (A&CR)...	23
2.4	O ENFERMEIRO E A APLICAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO (A&CR).....	25
3	MÉTODO	27
4	RESULTADOS	29
5	DISCUSSÃO	51
6	CONCLUSÃO.....	55
	REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

A gravidez, parto e puerpério são períodos que envolvem mudanças fisiológicas, físicas, sociais e emocionais que, quando não apresenta riscos, devem ser compreendidas como uma experiência de vida saudável, tanto por parte da mulher quanto dos profissionais de saúde. Para que isso seja possível, os profissionais devem oferecer escuta e atenção qualificada (BRASIL, 2013).

O acompanhamento pelos profissionais da saúde da mulher no período gravídico chama-se pré natal, que engloba procedimentos educativos e clínicos, com o objetivo de possibilitar um bom desenvolvimento da gestação, resultando, por conseguinte no parto de um recém-nascido saudável, diminuindo as chances de complicações. Tal assistência ocorre durante todo o período gravídico, envolvendo o acolhimento desde o início da gestação até o parto (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

A primeira consulta deste acompanhamento pode iniciar com o diagnóstico de gravidez ou preferencialmente até a 12ª semana de gestação, a fim de obter uma captação precoce da gestante. Já neste momento deve-se solicitar exames e vacinas, realizar testes rápidos do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis e o preenchimento do SisPreNatal, do cartão da gestante e de seu prontuário, realizar a avaliação do risco gestacional, abordar aspectos psicossociais e incentivar atividades de caráter educativo e preventivo. A frequência das consultas deve ser mensal até a 28ª semana de gestação, quinzenal a partir da 28ª à 36ª semana e semanal a partir da 36ª semana, não havendo alta do pré natal. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), é que a gestante passa por, no mínimo, seis consultas durante toda a gestação (BRASIL, 2013).

Objetivando detectar precocemente fatores de risco ou complicações, a realização da estratificação de risco pretende reduzir a mortalidade e morbidade materno-infantil e garantir a integralidade do cuidado, proporcionando maior qualidade e singularidade no atendimento, direcionando corretamente a gestante dentro da rede de atenção (RAS). Este é um processo dinâmico de identificação de mulheres que necessitam de tratamento rápido, de acordo com três fatores: potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e deve ser realizado em todas as consultas de pré-natal. Com isso, o acolhimento com estratificação de risco visa fornecer a prioridade clínica, facilitando a gestão da demanda e permitindo que gestantes com

doenças potencialmente fatais neste período sejam atendidas por serviços de maior complexidade (BRASIL, 2013).

A estratificação de risco proporciona três classificações para a gestante e para a criança, são essas: risco habitual, risco intermediário e alto risco. A estratificação se dá analisando as características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade), história reprodutiva anterior, condição clínica pré existente e intercorrências clínicas, de modo que o risco é crescente conforme a complexidade de cada gestante e desenvolvimento fetal (PARANÁ, 2017).

Conforme a Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (SESA), tal categorização é o fator que define a vinculação da gestante ao pré-natal e ao hospital de referência para eventuais intercorrências e para o parto. Assim, os dois fatores decisivos para adequada atenção são estratificação de risco desde o início do pré-natal e vinculação ao hospital ou maternidade mais oportuna (PARANÁ, 2017).

De acordo com a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, a avaliação de risco deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal e gestantes que tiverem fatores clínicos que demandem intervenções complexas devem ser referenciadas, podendo retornar à Unidade de Saúde (US) quando a situação estiver resolvida, de modo que o monitoramento de gestantes de alto risco deve ser feito pela US e pelo serviço de referência até o puerpério (CURITIBA, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), cerca de 90% das gestações são caracterizadas como de baixo risco e 10% de alto risco. Uma gravidez é considerada de baixo risco nos casos em que não se faz necessária a utilização de alta densidade tecnológica e nos casos que a morbimortalidade materna e perinatal é igual ou menor do que a da população como um todo. Portanto, a gravidez de baixo risco só pode ser confirmada após o parto e o puerpério (BRASIL, 2013).

O Enfermeiro é um dos profissionais habilitados para atendimento da gestante de risco habitual, sendo assegurada sua função de assistir à gestante, parturiente, puérpera e ao recém nascido, de acordo com a Lei nº 7.498/86 e Decreto 94.406/87 que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem. (BRASIL, 1986, 1987). Além disso, conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 516/2016, é de incumbência destes profissionais o acolhimento a mulher e seus familiares/acompanhantes; a avaliação clínica, obstétrica e fetal; o atendimento no pré natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem; a avaliação e estratificação de risco; a avaliação da evolução do trabalho de parto; a assistência ao

parto normal sem distócia e ao recém nascido, dentre outras providências (COFEN, 2016).

Um dos cenários de atuação do enfermeiro são serviços de urgência obstétrica, de modo a atender mulheres que estão em estado gravídico e puerperal e encontram-se com queixas que podem exigir intervenção mediata ou imediata de acordo ao seu estado de saúde, neste contexto. A fim de otimizar o atendimento a estas gestantes nas portas de entradas de hospitais e maternidades de referência, o Ministério da Saúde propõe a implementação de um serviço de acolhimento e classificação de risco (A&CR), de modo a identificar emergências e urgências obstétricas e ofertar atendimento em tempo ideal as pacientes, abandonando o padrão de atendimento por ordem de chegada, além de indicar o enfermeiro como o profissional que deve aplicar a ferramenta de classificação de risco, sendo este obstetra ou generalista (BRASIL, 2017a).

O acolhimento é o fator propiciante da formação de vínculo e relação de confiança entre as mulheres e seus acompanhantes em relação às equipes de saúde e o serviço. É através do estabelecimento dele que o atendimento se torna singular e resolutivo, de modo que toda a equipe é responsável e deve estar comprometida a desenvolvê-lo com cada paciente e família que procuram o serviço. A vista disso, o acolhimento associado a ferramenta de classificação de risco resultou no aprimoramento do serviço, uma vez que corrobora com a integralidade e equanimidade da assistência (BRASIL, 2017a).

Portanto, a estratificação de risco é realizada na Unidade de Saúde e se trata da categorização em que a gestante e a criança se incluem, podendo ser risco habitual, intermediário ou alto risco. Ela permite que a gestante seja atendida durante o pré-natal de acordo com sua complexidade, bem como seja encaminhada para a maternidade de referência adequada (PARANÁ, 2017). Já a classificação de risco é realizada no pronto atendimento das maternidades e se trata de um dispositivo para organizar o fluxo dos atendimentos, estabelecendo critérios para priorizar o atendimento às gestantes que estão com sintomas mais graves. Essa classificação acontece por cores, de acordo com as queixas da gestante (BRASIL, 2017a).

A classificação de risco é considerada uma prática do cuidar e enfermeiros generalistas devem ser capacitados quanto a aplicabilidade da mesma. De acordo com a ferramenta, a gestante ou puérpera é avaliada pelo enfermeiro e em concordância com sua queixa e clínica é classificada em cinco prioridades de

atendimento, conforme a urgência apresentada. Essas prioridades são denominadas em cores, as quais correspondem a um tempo máximo em que o atendimento médico deve ocorrer, variando entre atendimento imediato (cor vermelha), em até 15 minutos (cor laranja), até 30 minutos (cor amarela), até 120 minutos (cor verde) e atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação a atenção primária (cor azul) (BRASIL, 2017a).

O manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia sugere um protocolo de avaliação e atendimento com base nos 12 principais sinais e sintomas de maior gravidade. Essas queixas foram dispostas em fluxogramas, os quais auxiliam o profissional de saúde na classificação de acordo com o quadro clínico de cada paciente. Em cada caso deve ser considerado o nível de consciência, os dados vitais, a dor, os sinais e sintomas gerais e específicos da gestação e os fatores de risco apresentados pelas gestantes ou puérperas (BRASIL, 2017a).

Um estudo realizado no setor de emergência obstétrica de um hospital de referência em gestação de alto risco na capital cearense identificou que a maioria das mulheres classificadas como vermelho e laranja não foram atendidas no tempo adequado recomendado pelo Ministério da Saúde. Além disso, identificou a necessidade de esclarecimento da população quanto ao funcionamento da RAS e quando o atendimento especializado deve ser buscado, pois houve um quantitativo de busca de assistência de mulheres fora do ciclo gravídico puerperal na maternidade, sendo que poderiam ter obtido o atendimento necessário na unidade de saúde (BRILHANTE *et al.*, 2016).

Diante do exposto, o presente estudo tem como inquietação: Quais são as características das gestantes e puérperas atendidas em um pronto atendimento de uma maternidade de risco habitual?

1.1 JUSTIFICATIVA

Com a implementação do acolhimento e classificação de risco na porta de entrada das maternidades e dos serviços de parto, é possível identificar o perfil dos pacientes atendidos, bem como suas demandas. Por conseguinte, é possível identificar as necessidades de saúde da população atendida neste serviço e prestar um atendimento qualificado ao levantar as principais queixas registradas, além de

avaliar a classificação de risco obstétrico, identificando a complexidade da assistência da maternidade.

Além disso, ao reconhecer as fragilidades e potencialidades na aplicação e até mesmo na rede de atenção à saúde, torna-se viável ofertar um retorno ao município, aprimorando o fluxo de atendimento por meio de planos de ação e estratégias destinadas a melhoria deste com enfoque no direcionamento das pacientes entre a atenção primária e terciária.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo é caracterizar os atendimentos em um pronto atendimento de uma maternidade de risco habitual em 2019.

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são reconhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes; identificar os principais motivos de procura por atendimento no pronto atendimento; e analisar a aplicação da classificação de risco obstétrico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DAS PARTEIRAS AS ENFERMEIRAS OBSTETRAS: UMA BUSCA HISTÓRICA

A assistência ao parto foi milenarmente considerada uma prática feminina, desenvolvida por parteiras, também conhecidas como comadres, mulheres que atendem outras mulheres, anjas, santas, curandeiras, bruxas, entre outros adjetivos (TORNQUIST, 2005). Tinham como conhecimento os saberes populares, como as crenças e as lendas, além de sua experiência com a prática de partejar e acerca da natureza (BRASIL, 2010a). Era uma atividade exercida por mulheres, uma vez que foi desvalorizada por médicos até a invenção do fórceps, no século XVI (SENA *et al.*, 2012). Este acontecimento possibilitou a intervenção médica no parto, que passou a ser visto como perigoso, e a partir de então o período gravídico-puerperal foi considerado um processo patológico sujeito a interferências (OSAVA; MAMEDE, 1995).

No Brasil, a partir da primeira metade do século XIX, iniciou-se a institucionalização das parteiras, sendo exigido um reconhecimento diplomático para partejar, objetivando domínio médico na assistência ao parto, bem como submissão das parteiras a esses profissionais. Tal título poderia ser obtido através de cursos paralelos ao de medicina, como o ofertado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ou pela revalidação de diploma internacional (BARBOSA; PIMENTA, 2016).

Inseridas nesse contexto, as parteiras de formação prática passaram a compartilhar o espaço com as diplomadas, muitas das quais eram estrangeiras (BARBOSA; PIMENTA, 2016). Realizavam seu papel não somente na assistência ao parto, mas também no tratamento de doenças ginecológicas, do corpo da mulher e dos recém nascidos (BRASIL, 2010b). Além disso, também prestavam serviços como criação de crianças, aluguel de amas de leite, lecionar aulas de parto e aplicação de sangrias e ventosas (BARBOSA; PIMENTA, 2016). As parteiras tradicionais assistiam principalmente em locais desprovidos ou de difícil acesso à médicos e enfermeiros, como na área rural, indígena, ribeirinha e periferias (TORNQUIST, 2005). Em contrapartida, as diplomadas não representavam um grande quantitativo de mão de obra na época (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

O papel de parteira seguiu sob controle médico até o século XX, sendo apenas em 1943 que o partejar passa a ser de competência de enfermeiras diplomadas e em

1949 surge como curso de especialização em Enfermagem Obstétrica (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006). Entretanto, somente na segunda metade do século XX, com a Lei n.º 2.604/55 e o Decreto n.º 50.387/61, que instituiu-se o exercício profissional da enfermagem no país, e através do Conselho Federal de Educação na década de 1960, quando ocorreu a unificação legal e articulação entre os cursos de obstetrícia com o de enfermagem (BRASIL, 1955, 1961). Na prática, a junção de ambos os cursos só foi completa em 1972, com a determinação do Currículo Mínimo do curso de Enfermagem e Obstetrícia, sendo este o único meio de formação profissional de não médicos para assistência ao parto (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Em 1994 houve uma modificação no currículo mínimo e os profissionais graduados passam a ter diploma de “Enfermeiros” e não mais de “Enfermeiros e Obstetizes”, sendo necessário cursos de pós-graduação *lato sensu* para obter o título de enfermeira obstetra (Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO) (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002). A partir de 1998, o Ministério da Saúde cria normas para a implementação dos cursos de especialização de enfermagem obstétrica e também os financia, surgindo paralelamente especializações privadas pelas Escolas de Enfermagem (BRASIL, 2000a, 2001). O Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) surge somente em 2012 como ação estratégica da Rede Cegonha, disponibilizando esta modalidade de especialização em 18 instituições brasileiras. Outra modalidade que surgiu juntamente com a Residência em Enfermagem Obstétrica (REO) foi o Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas (CAEO) (SOUZA, 2019).

Atualmente, os profissionais não médicos regulamentados a exercer a assistência a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos ao parto estão descritos na Resolução do COFEN nº 516/2016, sendo estes enfermeiros, enfermeiros obstetras e obstetizes (COFEN, 2016). De acordo com a Lei nº 7.498/1986, a qual dispõe acerca do exercício profissional da Enfermagem, são considerados Enfermeiros aqueles que possuem o diploma de enfermeiro e diploma ou certificado de enfermeiro obstetra ou obstetiz, ambos ofertados por uma instituição de ensino de acordo com os termos legais. Ainda, aqueles que realizaram a validação de diploma ou certificado estrangeiro de Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra ou obstetiz no país (BRASIL, 1959, 1986).

As parteiras, que tiveram seu conhecimento transmitido através da oralidade pelas gerações e que atendiam em zonas rurais e periféricas, conforme descrito em um estudo com parteiras e benzedadeiras do interior nordestino do Brasil (Feitosa *et al.*, 2020), podem continuar a exercer sua função em estabelecimento hospitalar, desde que habilitadas e através da validação do certificado estrangeiro (BRASIL, 1959, 1986).

De acordo com a Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959, que revigora o Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946 e dá outra providência, as parteiras práticas em exercício da enfermagem em ambiente hospitalar há mais de 2 anos devem realizar exames de habilitação escrita e prático-oral a ser avaliada por uma comissão examinadora das escolas de enfermagem ou de escolas reconhecidas. Tais comissões são constituídos por médicos e enfermeiros diplomados e os exames são oferecidos bianualmente, válidos em território estadual e para a obtenção do certificado de parteira prática a média mínima deverá ser 50 pontos. As parteiras em exercício profissional há mais de 20 anos foram dispensadas da obrigatoriedade de realização dos exames (BRASIL, 1946, 1959).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE DA MULHER

A fim de modificar práticas relacionadas à obstetrícia, políticas públicas foram surgindo e incentivando a atuação da enfermagem obstétrica. Visando a humanização do cuidado com práticas menos intervencionistas, a necessidade da redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil, bem como a diminuição dos índices de cesáreas, os órgãos de saúde implantaram programas de assistência na área de saúde da mulher e obstetrícia (COSTA, 2015).

As primeiras políticas públicas direcionadas à saúde da mulher surgiram no século XX, entretanto não contemplavam a mulher em todas as suas dimensões, sendo mais direcionadas ao período gravídico puerperal (BRASIL, 2004). Somente em 1983 o Ministério da Saúde elabora a proposta, publicada em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este rompe com a antiga visão e conduta que até então as políticas públicas da saúde da mulher contemplavam e, em associação com o ideário feminista, articula com outras políticas públicas de saúde, visando a integralidade da assistência a este público, abrangendo outras necessidades que a saúde feminina compreende (BRASIL, 1984).

O PAISM foi um marco por abarcar não somente a assistência ao período gravídico puerperal (pré natal, parto e puerpério), mas por incorporar a clínica ginecologia, o climatério, o planejamento familiar, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o câncer de colo de útero e de mama, entre outras necessidades. Para tanto, começou a ser elaboradas ações de caráter preventivo, educativo, diagnóstico, de tratamento e de recuperação, voltadas ao público feminino (BRASIL, 1984, 2004).

Com o intuito de diminuir a mortalidade materna em 50% até o ano 2000, principalmente nos países em desenvolvimento em que a taxa era 1:48, a OMS em parceria com outros órgãos lança em 1987, a partir de uma conferência, a iniciativa Maternidade segura (WHO, 1998). A fim de promover a maternidade segura por meio de assistência de qualidade no pré natal, urgências e emergências obstétricas, parto e puerpério, impactando na saúde reprodutiva e salvando vidas de gestantes e recém nascidos (OPAS, 2010).

Em 1998, o MS lança a Portaria nº 2815/98 que incluiu os procedimentos para o parto normal sem distocia realizados por enfermeiras obstétricas na tabela de Sistema de Informações Hospitalares (BRASIL, 1998b). No mesmo ano, também lançou a Portaria GM nº 163/98 que regulamenta a realização de Parto Normal sem distocia por enfermeiras obstétricas em Organizações de Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998a).

Em 2000, o MS introduz o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Tal programa objetivou a elaboração de ações estratégicas voltadas à promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, de modo a garantir os direitos à gestante e ao recém nascido, como o acompanhamento pré natal adequado, atendimento digno e de qualidade durante o ciclo gravídico puerperal, o acesso a maternidade em que será atendida no parto e a assistência humanizada e segura (BRASIL, 2000b).

Portanto, ampliar o acesso a tais ações, a melhoria da assistência obstétrica e neonatal e aprimoramento na organização e regulação no âmbito do SUS foram as estratégias elaboradas, tendo sido determinado os princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento pré natal, assistência ao parto e uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto que reitera e valoriza o acompanhamento pré natal completo (BRASIL, 2000b).

Em 2010, por meio da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, o MS cria as redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2010a), sendo em 2011 a criação de cinco redes, dentre elas a Rede Cegonha, a qual promove atenção a gestantes e a crianças até 24 meses. A rede cegonha, instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, tem como objetivos a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança; garantir o acesso, qualidade e resolutividade de atendimento; e, por meio de uma atenção neonatal qualificada, diminuir a mortalidade materno infantil. Para alcançá-los, visa a garantia do acesso e cuidado de mulheres e crianças de zero a 24 meses através de quatro componentes: pré natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (BRASIL, 2011).

Por fim, ressalta-se ainda o Programa de Aprimoramento e Inovação no cuidado e no ensino em obstetrícia e neonatologia (ApiceOn) desenvolvido pelo MS, em 2017. O objetivo é reafirmar a indissociabilidade da Formação, Atenção e Gestão na assistência ao parto, nascimento e abortamento em 96 hospitais de ensino do país. Para tanto, busca-se alcançar uma mudança de modelo a atenção a saúde, reiterando a prática baseada em evidência científica, humanização, segurança, garantia de direitos das mulheres, crianças e famílias, bem como a co-responsabilização e o protagonismo conjunto entre trabalhadores, gestores e usuários na saúde (BRASIL, 2017b).

2.3 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO (A&CR)

Tanto nas suas diretrizes, como na descrição dos componentes “pré natal” e “parto e nascimento”, no Programa Rede Cegonha (RC), consta a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco das gestantes e de suas intercorrências (BRASIL, 2011). O primeiro manual de A&CR foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2014, tendo uma atualização em 2017. O A&CR contempla estratégias de clínica-ampliada ao atendimento de pacientes, de modo a praticar corresponsabilização ao tratamento, envolvendo o paciente, o profissional, a equipe e a rede, tornando todos participantes ativos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2017a).

O acolhimento é a recepção do usuário no serviço, que compreende a escuta ativa as queixas e receios do usuário e da família, a corresponsabilização, a construção do vínculo por meio de compromisso e confiança, a fim de garantir singularidade e qualidade no atendimento e resolutividade às questões que concernem ao usuário e sua família. A classificação de risco obstétrico é uma ferramenta utilizada no acolhimento, a qual reafirma o caráter de singularidade no atendimento, uma vez que vai contra o atendimento tradicional por ordem de chegada. Considerando a identificação imediata de gravidade de cada usuária, com a finalidade de priorização de atendimento em tempo adequado, o A&CR é um novo modelo de organização nas portas de entrada das maternidades e serviços de atendimento a partos (BRASIL, 2017a).

O protocolo de classificação de risco é utilizado para auxiliar na decisão clínica quanto a resolutividade da queixa e clínica da paciente ou necessidade de intervenção imediata conforme a urgência apresentada. Desta forma, é organizado em doze fluxogramas correspondentes aos principais sinais e sintomas que podem colocar em risco a vida materno infantil, sendo esses: desmaio, mal estar geral; dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas; dor de cabeça, tontura, vertigem; falta de ar; febre, sinais de infecção; náuseas e vômitos; perda de líquido vaginal, secreção; perda de sangue via vaginal; queixas urinárias; parada, redução de movimentos fetais; relato de convulsão; outras queixas e situações (BRASIL, 2017a).

Para determinar a gravidade ou risco de agravo de cada queixa, outros seis fatores de decisão são avaliados e considerados em cada fluxograma, sendo: I. Nível de Consciência; II. Respiração ou ventilação; III. Circulação; IV. Dor; V. Sinais e Sintomas gerais; VI. Fatores de Risco presentes. Conforme o nível de comprometimento desses fatores para cada queixa as prioridades de atendimento são elencadas. Essas estão dispostas em cores, as quais correspondem a um tempo máximo em que o atendimento médico deve ocorrer. As cores e o respectivo tempo de intervenção adequado são: vermelho para o atendimento imediato; laranja em até 15 minutos; amarelo em até 30 minutos; verde em até 120 minutos; e azul para atendimento não prioritário ou encaminhamento à atenção primária (BRASIL, 2017a).

Para sua implementação no serviço é necessário que ocorra a cooperação coletiva, principalmente dos profissionais que atuam na porta de entrada das maternidades, para que toda a equipe multiprofissional adira a mudança e pratique o novo processo de trabalho. Além disso, é imprescindível considerar o contexto e os

fluxos de atendimento existentes, adequando-os, bem como montar equipes de planejamento, monitoramento e avaliação, traçar um plano de ação para a implementação e também monitorá-lo e avaliá-lo periodicamente. A adequação do espaço físico também pode ser necessária e o treinamento de toda a equipe é imprescindível, da mesma maneira da capacitação de enfermeiros obstétricos e generalistas para a aplicação da Classificação de Risco. Tornar as informações contidas no manual de classificação de risco em obstetrícia pública é fundamental para que pacientes e familiares compreendam o fluxo de atendimento da maternidade (BRASIL, 2017a).

2.4 O ENFERMEIRO E A APLICAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO (A&CR)

Conforme o manual de A&CR, cabe ao enfermeiro generalista ou obstétrico a aplicação da classificação de risco nas maternidades (BRASIL, 2017a). De acordo com a Lei do exercício profissional de Enfermagem (nº 7.498/86) e com o decreto 94.406/87 que a regulamenta, o enfermeiro é habilitado para atender gestantes de risco habitual (BRASIL, 1986, 1987). Além disso, é assegurado como de incumbência do enfermeiro o acolhimento a mulher e aos seus familiares/acompanhantes; avaliação clínica, obstétrica e fetal; avaliação e classificação de risco dentre outras providências pela Resolução do COFEN nº 516/2016 (COFEN, 2016). Deste modo, o profissional responsável pelo A&CR em maternidades e unidades de pronto atendimento obstétrico é o enfermeiro (BRASIL, 2017a).

De acordo com um estudo realizado em 2017, em uma unidade do complexo hospitalar da Universidade de Pernambuco (UPE), em uma maternidade de referência de média a alta complexidade, foi identificado que em 2015, dentre os enfermeiros que aplicam a classificação de risco, apenas 33% receberam treinamento no serviço. Este número insatisfatório demonstra que a capacitação dos profissionais é indispensável para a aplicação correta da classificação de risco e para atingir os objetivos propostos com este processo de trabalho (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

Dentre as atuações do enfermeiro no pronto atendimento obstétrico, é de sua competência a realização da consulta de enfermagem, regulamentada desde a década de 80. Nesta, a construção do vínculo por meio da comunicação verbal e não verbal de modo recíproco, a escuta ativa e sensível, a aplicação das etapas da

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o registro completo e objetivo do atendimento devem ser realizados (OLIVEIRA, 2012). Na obstetrícia especificamente, o exame físico, o acolhimento com aplicação da classificação de risco obstétrico correta e a conduta adequada em consonância com essa são de competência do profissional enfermeiro na porta de entrada das maternidades (BRASIL, 2017a).

Além disso, a atuação do enfermeiro é essencial devido a visão macro que este possui, não somente nas questões envolvendo o paciente como biológico, psicológico e social, mas também sob o setor, a relação e comunicação com a equipe, a tomada de decisão, o espaço físico, a dinâmica de trabalho, o gerenciamento do serviço e o fluxo de pacientes, que caracterizam o perfil de liderança da profissão. Desse modo, é através desse perfil de profissional que mudanças para a melhoria dos serviços são possíveis (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006). Ainda, de acordo com o Manual de A&CR em consonância com a Lei nº 7.498/86, a divulgação do manual tanto para o público como dentro da equipe deve ocorrer, sendo possível por meio da educação em saúde e educação continuada, também de competência deste profissional (BRASIL, 1986, 2017a).

3 MÉTODO

Trata-se de pesquisa quantitativa descritiva de corte transversal, com coleta retrospectiva de dados. A pesquisa quantitativa envolve um conjunto de procedimentos ordenados para adquirir uma informação, sendo que o propósito do estudo descritivo consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação. Os delineamentos transversais podem ser usados para investigar fenômenos relacionados com o tempo e coletados em um único momento, assim, costumam ser retrospectivos (POLIT; BECK, 2019).

O estudo foi realizado em uma maternidade de risco habitual de Curitiba, a qual atende uma média de 200 partos mensais sendo destes em média 70% partos vaginais e 30% cesarianas (dados fornecidos pela Maternidade) e uma média de 1.000 atendimentos mensais no Pronto Atendimento. Conta com uma equipe formada por pelo menos uma Enfermeira Obstétrica (EO) por plantão no Pronto Atendimento, sendo este profissional o responsável por realizar todas as Classificações de Risco das gestantes atendidas.

Ao chegar na maternidade, a gestante é atendida na recepção, posteriormente o EO a chama para realizar a classificação de risco, esta é uma ferramenta de apoio à decisão clínica que tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida (BRASIL, 2017a).

A coleta de dados foi realizada mediante análise de planilha de indicadores de atendimento no Pronto Atendimento. Foram incluídos todos os atendimentos no Pronto Atendimento, desde janeiro a dezembro de 2019, com exceção dos recém nascidos que foram desconsiderados deste estudo. Assim, para a organização da coleta de dados foi construído um instrumento a conter os dados como número do prontuário, idade, idade gestacional, unidade de saúde de referência, turno de atendimento, motivo de busca por atendimento, classificação de risco, condutas na maternidade. Os dados foram analisados mediante análise descritiva dos dados e a análise das variáveis motivos de procura da maternidade por trimestre de gestação, classificação de risco por trimestre de gestação foram tratadas no programa *Microsoft Excel 2013*.

Para fins de organização dos dados e análise foram considerados como pertencentes ao “período gravídico puerperal” todos os atendimentos cuja a informação acerca da idade gestacional estava incompleta, porém outros atendimentos do mesmo registro de atendimento confirmaram tal informação. Foram classificados como “outros” aqueles atendimentos em que a idade gestacional não estava preenchida; em que constava a informação de paciente não gestante, paciente pertencente ao sexo masculino ou funcionaria da maternidade; e/ou aqueles cujo registro da conduta médica apresentou queixas relacionadas a situações incompatíveis com a gestação, como relacionadas ao dispositivo intrauterino (DIU), dismenorreia, metrorragia, pós bariátrica, crise psicótica com beta HCG negativo, entre outros.

Ainda, foram considerados “indefinidos” os atendimentos cuja informação de idade gestacional não foi preenchida e em sua maioria apresentaram atendimento único, não sendo possível definir seu estado fisiológico por outros atendimentos. Por fim, “pós parto” foram aqueles que retornaram para atendimento após o parto, independente da via de nascimento e “pós aborto” foram atendimentos a mulheres que sofreram aborto e retornaram para atendimento posterior, independente da realização de curetagem.

Em relação aos motivos de procura por atendimento a maternidade, de encaminhamento dos serviços de saúde e de consulta pós parto, todos foram listados, tratados e agrupados de acordo com o Manual do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico (A&CR) e do manual de Gestação de Alto Risco: Manual Técnico, ambos no Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, 2017a).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Complexo Hospital de Clínicas pelo parecer número 3.819.181, em 03 de fevereiro de 2020, atendendo todas as prerrogativas éticas emanadas da legislação referente ao exercício ético nas pesquisas científicas vigentes no Brasil.

4 RESULTADOS

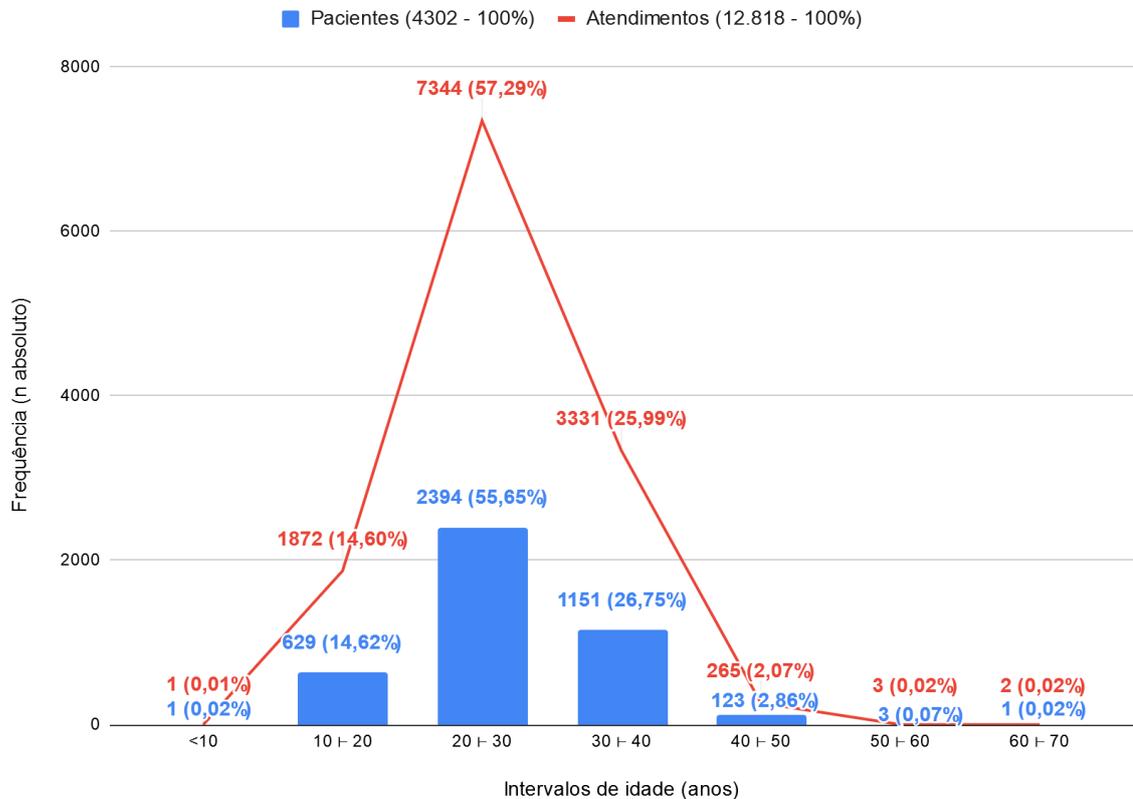
Em 2019, foram realizados 13.112 atendimentos no pronto atendimento da maternidade. Destes, 12.043 (93,95%) eram gestantes, 442 (3,45%) puérperas, 58 (0,45%) eram mulheres que sofreram aborto e precisaram de atendimento posterior, outros 238 (1,86%) encontravam-se no ciclo gravídico puerperal, 15 (0,12%) não eram gestantes, 294 (2,24%) eram recém nascidos e 22 (0,17%) foram considerados como indefinidos. Para fins de análise, os recém nascidos serão desconsiderados, assim os atendimentos avaliados neste estudo totalizam 12.818 (100%).

A média de atendimentos mensais foi de 1.068, sendo os meses de menor e maior procura junho (981 - 7,65%) e maio (1184 - 9,23%), respectivamente. O turno de maior demanda foi o vespertino (4.879 - 38,06%), seguido pelo matutino (4319 - 33,69%) e noturno (3620 - 28,25%).

Em relação a idade dos pacientes, o intervalo entre 20 a 29 anos prevaleceu, com 2.394 (55,65%) pacientes, seguido de 30 a 39 anos com 1.151 (26,75%), 10 a 19 anos com 629 (14,62%), 40 a 49 anos com 123 (2,86%), 50 a 59 anos com 3 (0,07%), 60 a 69 anos com 1 (0,02%) e abaixo de 10 anos com 1 (0,02%). A idade mínima registrada foi 8 anos e a máxima 61 anos, de uma gestante e outra em crise psicótica, respectivamente.

A média de retorno dos atendimentos obtida foi 2,97, ou seja, os 12.818 atendimentos correspondem a 4.302 (100%) usuários que procuraram a maternidade no ano de 2019. Sob a perspectiva da idade dos pacientes, pode-se analisar a faixa etária que teve maior retorno para novos atendimentos, de acordo com a FIGURA 01.

FIGURA 01 - GRÁFICO COMPARATIVO ENTRE A IDADE DOS PACIENTES NO PRIMEIRO ATENDIMENTO EM RELAÇÃO A TODOS OS ATENDIMENTOS, 2019



FONTE: A Autora (2020).

Desta forma, percebe-se que a média de retorno entre as faixas etárias que abrangem pacientes de 10 a 40 anos manteve-se semelhante da média de retorno geral, sendo 3,06 a mais expressiva, correspondente a faixa de 20 a 29 anos. Nos intervalos de 40 a 49 anos e 60 a 70 anos este índice foi menor, com cerca de 2,0 a 2,15, respectivamente. Pacientes menores de 10 anos e entre 50 a 59 anos não retornaram para novos atendimentos.

Quanto ao número de atendimentos por idade gestacional, identificou-se uma maior procura a maternidade ao final da gestação, conforme TABELA 01.

TABELA 01 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR IDADE GESTACIONAL, 2019

Idade Gestacional	N	continua
		%
1º Trimestre (0 - 13 semanas)	2.715	21,18
2º Trimestre (14 - 27 semanas)	2.685	20,95

TABELA 01 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR IDADE GESTACIONAL, 2019

Idade Gestacional	N	conclusão
		%
3º Trimestre (28 - 40 semanas)	6.608	51,55
≥ 41 semanas	35	0,27
Período Gravídico Puerperal	238	1,86
Pós Parto	442	3,45
Pós Aborto	58	0,45
Não pertencentes ao Período Gravídico Puerperal	15	0,12
Indefinido	22	0,17
TOTAL	12.818	100%

FONTE: A Autora (2020).

Pode-se afirmar que 12.043 (93,95%) dos atendimentos foram às gestantes, sendo o terceiro trimestre de gestação o de maior demanda, seguido pelo primeiro e segundo trimestres que apresentaram um quantitativo similar. Dentre as gestantes com idade gestacional igual ou superior a 41 semanas (35 - 0,27%), em 32 (91,42%) atendimentos estavam com 41 semanas e em um (2,85%) com 42, 43 e 44 semanas de gestação. Em relação aos atendimentos pós parto quais totalizaram 442, 223 (50,45%) deles foram pós parto normal, 209 (47,29%) pós parto cesariana e 10 (2,26%) não tiveram a via de parto registrada.

Ainda sob a perspectiva da idade gestacional relacionada ao primeiro atendimento no serviço (4.302 - 100%), percebeu-se que a primeira procura se deu no terceiro trimestre de gestação (1.662 - 38,63%), seguido pelo primeiro (1.456 - 33,84%) e segundo (1.023 - 23,78%), estando em concordância com a análise total dos atendimentos em relação ao mesmo parâmetro. Ainda, 75 (1,74%) foram pós parto, 38 (0,88%) se encontravam pertencentes ao período gravídico puerperal, 21 (0,49%) indefinido, 11 (0,26%) não estavam no período gravídico puerperal, 10 (0,23%) eram pós aborto e seis (0,14%) estavam com 41 semanas ou mais de gestação.

Em relação a classificação de risco obstétrico, o predomínio foi a de urgência verde, seguido de amarelo e azul, demonstrando assim que o perfil da maternidade é de risco habitual a intermediário (TABELA 02). Apenas 112 (0,87%) casos foram

considerados mais graves, tendo sido classificados como laranja e vermelho. Do total de atendimentos que não receberam classificação de risco (920 - 7,25%), o motivo para mais frequente foi ausência de um profissional no momento que aplicasse a ferramenta (699 - 75,24%), outros foram ficha incompleta (180 - 19,38%), ausência de ficha de classificação (40 - 4,31%), evasão do paciente (7 - 0,75%) e sem classificação (3 - 0,32%).

TABELA 02 - QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS E SUA RESPECTIVA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2019

Classificação de Risco Obstétrico	n	%
AZUL	1.590	12,40
VERDE	8.298	64,74
AMARELO	1.889	14,74
LARANJA	109	0,85
VERMELHO	3	0,02
Não classificados	929	7,25
TOTAL	12.818	100

FONTE: A Autora (2020).

Dentre esses 112 (0,87%) atendimentos classificados em Laranja e Vermelho, 100 (89,29%) deles foram a gestantes, 11 (9,82%) eram pós-parto e um (0,89%) não era gestante. Os motivos de busca por atendimento e que serviram para a aplicação da classificação de risco estão listados na TABELA 03.

TABELA 03 - MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE E QUE FORAM CLASSIFICADOS COMO LARANJA OU VERMELHO, 2019

Classificação de risco	Motivos	continua	
		n	%
LARANJA		109	100
	Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas.	34	31,19
	Encaminhadas de outro serviço de saúde	32	29,37
	Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastralgia, hipertensão	11	10,09
	Perda de Sangue via vaginal	8	7,34

TABELA 03 - MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE E QUE FORAM CLASSIFICADOS COMO LARANJA OU VERMELHO, 2019

Classificação de risco	Motivos	conclusão	
		N	%
	Retorno Pós Parto	7	6,42
	Outros	4	3,67
	Náuseas e vômitos	3	2,75
	Resultados de exames	3	2,75
	Perda de Líquido vaginal, secreções	2	1,83
	Trauma	2	1,83
	Desmaio, mal estar geral	1	0,92
	Falta de ar, sintomas respiratórios	1	0,92
	Queixa Urinária	1	0,92
VERMELHO		3	100
	Desmaio, mal estar geral	1	33,33
	Outros	2	66,67

FONTE: A Autora (2020).

Ainda acerca desses atendimentos considerados mais graves e urgentes, dos 32 que vieram encaminhados de outro serviço da atenção primária ou secundária, de acordo com o registro da avaliação clínica, seis (18,75%) apresentaram quadro hipertensivo, dois (6,25%) crise de asma, pródromos, movimentos fetais reduzidos e infecção de trato urinário (ITU) e um (3,13%) ameaça de aborto, anemia pós parto, aperto no peito, bartolinite, cistite, constipação, contração, dor pélvica, dor em baixo ventre, dor em membro inferior, ectrópio de colo de útero, leucorreia, mastite, trauma por queda de moto, sangramento, síndrome de mallory weels, taquicardia materna e trabalho de parto prematuro.

Já os motivos denominados “outros” (6), estes corresponderam a queimadura de primeiro grau, hipertensão gestacional, contratura muscular, trauma por acidente de bicicleta, falta de ar e suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM), sendo de frequência um (16,66%) cada. A classificação de risco por idade gestacional está listada na TABELA 04.

TABELA 04 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO POR IDADE GESTACIONAL, 2019

continua		
Variáveis	n	%
1º Trimestre	2.715	100
Azul	311	11,45
Verde	1.807	66,56
Amarelo	398	14,66
Laranja	22	0,81
Vermelho	1	0,04
Não classificado	176	6,48
2º Trimestre	2.685	100
Azul	262	9,76
Verde	1.855	69,09
Amarelo	366	13,63
Laranja	22	0,82
Vermelho	0	0
Não classificado	180	6,70
3º Trimestre	6.608	100
Azul	885	13,39
Verde	4.219	63,85
Amarelo	964	14,59
Laranja	52	0,79
Vermelho	1	0,01
Não classificado	487	7,37
≥ 41 semanas	35	100
Azul	6	17,14
Verde	20	57,14
Amarelo	3	8,57
Laranja	1	2,86
Vermelho	0	0
Não classificado	5	14,29
Período gravídico puerperal	238	100

TABELA 04 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO POR IDADE GESTACIONAL, 2019

			continuação
Variáveis	n	%	
Azul	57	23,95	
Verde	118	49,58	
Amarelo	28	11,76	
Laranja	1	0,42	
Vermelho	0	0	
Não classificado	34	14,29	
Pós Parto	442	100	
Azul	46	10,41	
Verde	233	52,71	
Amarelo	119	26,92	
Laranja	11	2,49	
Vermelho	0	0	
Não classificado	33	7,47	
Pós Aborto	58	100	
Azul	15	25,86	
Verde	31	53,45	
Amarelo	9	15,52	
Laranja	0	0	
Vermelho	0	0	
Não classificado	3	5,17	
Não pertencentes ao período gravídico puerperal	15	100	
Azul	4	26,67	
Verde	5	33,33	
Amarelo	0	0	
Laranja	0	0	
Vermelho	1	6,67	
Não classificado	5	33,33	
Indefinido	22	100	

TABELA 04 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO POR IDADE GESTACIONAL, 2019

Variáveis	n	conclusão
		%
Azul	4	18,18
Verde	10	45,46
Amarelo	2	9,09
Laranja	0	0
Vermelho	0	0
Não classificado	6	27,27

FONTE: A Autora (2020).

Assim, comparando as porcentagens e respectivas proporções, os três primeiros trimestres gestacionais foram significativos em relação às classificações verde e amarelo, correspondendo a atendimentos de risco habitual a intermediário. Atendimentos a gestantes com 41 semanas ou mais tiveram maior expressividade nas classificações verde, laranja e em não classificados. Ainda, atendimentos as demais mulheres no período gravídico puerperal, àqueles que não pertencem a este período e ao grupo indefinido tiveram as classificações azul e não preenchido com percentuais relevantes. Já aqueles que não fazem parte do período gravídico puerperal se destacaram também na proporção de classificação vermelho. Por fim, os atendimentos pós parto apresentaram proporção acima da média de classificações amarela e laranja indicando maior urgência e complexidade, e os pós aborto de azul e amarelo.

Dos atendimentos analisados, identificou-se que os pacientes provêm de 99 unidades de saúde (US) e quatro unidades de pronto atendimento (UPA) distintas, localizadas dentre os 42 bairros de Curitiba. Contudo, em 117 (0,91%) atendimentos não foi registrado o serviço de saúde dos pacientes. Também houve pacientes provindos de outras 12 cidades da região metropolitana de Curitiba (RMC), de outras cinco cidades paranaenses, de três cidades do estado de Santa Catarina e uma do estado de Rondônia. Foi identificado também que os pacientes que apresentaram maior demanda foram provenientes de serviços de saúde localizados em bairros específicos. Sob esta perspectiva, 6.908 (53,89%) dos atendimentos foram relacionados a 16 (15,53%) serviços de saúde. A frequência de atendimentos relacionada a quantidade de serviço de saúde está demonstrada na TABELA 05.

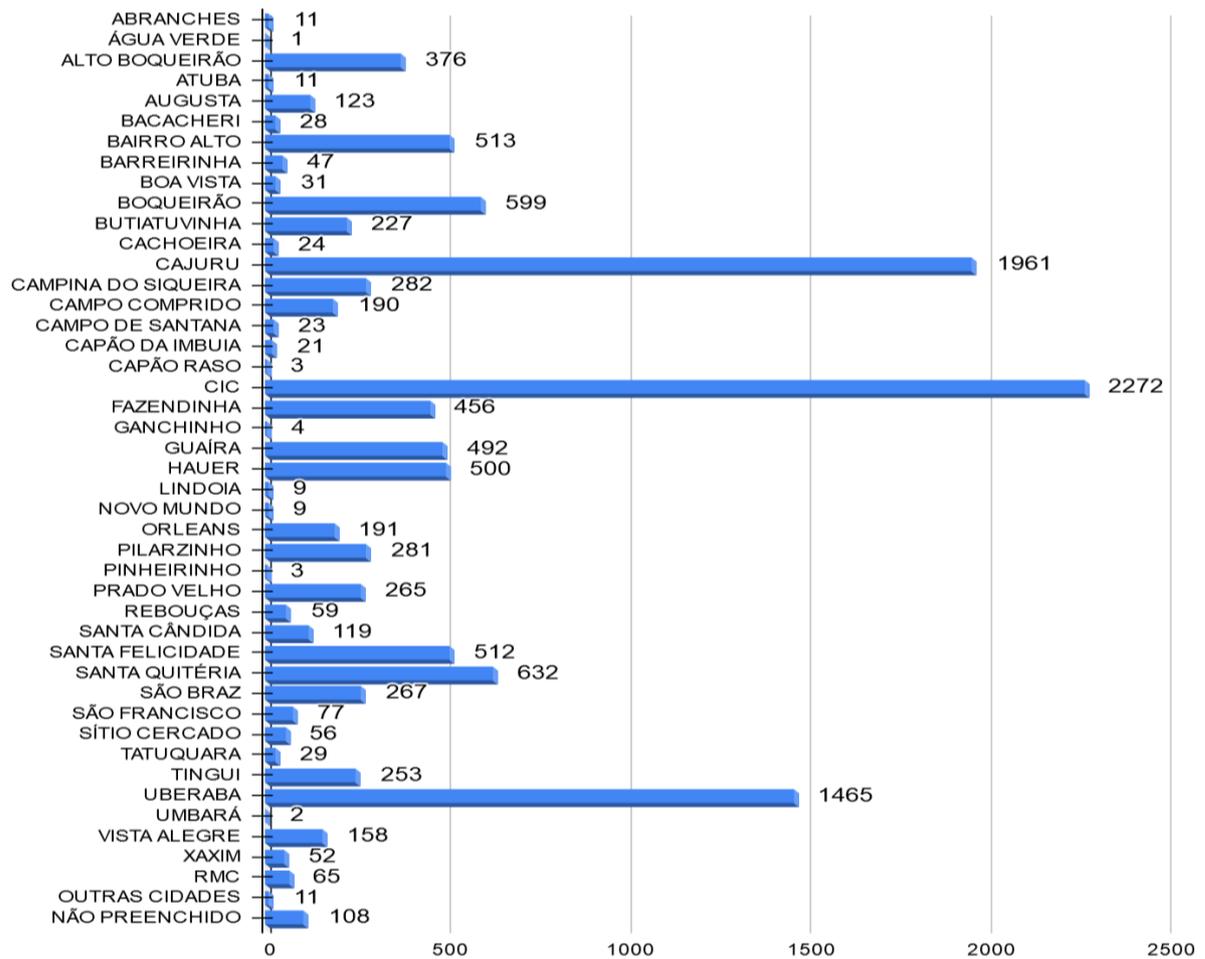
TABELA 05 - QUANTIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE (US E UPAS) DE PRECEDÊNCIA REGISTRADOS PELA FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTOS, 2019

Frequência de atendimentos	N	%
0 - 100	66	64,08
100 - 200	8	7,77
200 - 300	13	12,62
300 - 400	7	6,80
400 - 500	6	5,82
500 - 600	2	1,94
>600	1	0,97
TOTAL	103	100

FONTE: A Autora (2020).

Sob o contexto demográfico da cidade de Curitiba, ao agrupar os serviços de saúde por bairros de pertencimento, nota-se que Uberaba, Cajuru e Cidade Industrial de Curitiba (CIC) concentram 5.698 (44,45%) atendimentos, tendo uma representatividade significativa perante os demais. Nestes três bairros estão presentes cinco, seis e 12 US, respectivamente, nas quais os pacientes fazem o acompanhamento na atenção primária. Todos os bairros registrados, assim como o número de atendimentos correspondentes estão dispostos no FIGURA 02.

FIGURA 02 - QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS POR BAIRRO DE PROCEDÊNCIA, 2019



FONTE: A Autora (2020).

Ademais, as regiões que tiveram maior demanda a maternidade não representam proporcionalmente mais serviços de saúde pertencentes a esta, necessariamente. Um exemplo seria o bairro Hauer que possui apenas uma US como origem de 500 atendimentos; em contrapartida o bairro Umbará, com o mesmo número de US, foi fonte de dois atendimentos.

As UPAS, relacionadas a 21 (0,16%) atendimentos, estão localizadas nos seguintes bairros: Campo Comprido (10 - 47,62%), Boa Vista (6 - 28,57%), Fazendinha (3 - 14,29%) e Boqueirão (2 - 9,52%). Em relação a RMC que teve 65 (0,51%) atendimentos a pacientes pertencentes a ela, às cidades apontadas foram: Colombo e São José dos Pinhais com 11 (16,92%) cada; Almirante Tamandaré com 10 (15,38%); Fazenda Rio Grande e Pinhais com oito (12,31%) cada; Itaperuçu e Piraquara com quatro (6,15%) cada, Campo Largo e Campo Magro com três (4,62%) cada e Araucária, Campina Grande do Sul e Lapa com um (1,54%) cada.

Dentre as 11 cidades informadas que não pertencem a região metropolitana, 2 (18,18%) atendimentos provenientes de Paranaguá-PR e de Irati-PR e com um (9,09%) de cada cidade de Pato Branco-PR, Ponta Grossa-PR, Francisco Beltrão-PR, Itaiópolis-SC e Penha-SC. Ainda um cidade do estado de Santa Catarina e outra de Rondônia não foram nomeadas, ambas sendo origem de um (9,09%) atendimento cada.

Quanto aos motivos de busca por atendimento, após tratamento dos dados e agrupamento, totalizam em 21 situações, conforme TABELA 06.

TABELA 06 - MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE, 2019

Motivos	continua	
	n	%
Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	4.115	32,10
Resultados de Exames	1.543	12,04
Encaminhamento da atenção primária ou secundária	1.148	8,96
Perda de sangue via vaginal	1.127	8,79
Avaliação de acompanhamento de final da gestação	1.001	7,81
Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastralgia, hipertensão	708	5,52
Perda de líquido vaginal, secreções	695	5,42
Retorno pós parto	391	3,05
Náuseas e vômitos	337	2,63
Queixas urinárias	232	1,81
Falta de ar, sintomas respiratórios	192	1,50
Desmaio, mal estar geral	187	1,46
Parada ou redução dos movimentos fetais	131	1,02
Trauma	121	0,95
Reavaliação	115	0,90
Evasão	115	0,90
Febre, sinais de infecção	63	0,49
Retorno pós aborto	45	0,35
Aborto, ameaça de aborto	12	0,09
Motivo não preenchido	4	0,03

TABELA 06 - MOTIVOS DE BUSCA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE, 2019

Motivos	n	conclusão
		%
Outros	536	4,18
TOTAL	12.818	100

FONTE: A Autora (2020).

As cinco primeiras queixas que tiveram maior prevalência representam 8.934 (69,70%) dos atendimentos. Faz parte do grupo “outros” (536 - 4,18%) os motivos registrados como outros (302 - 56,34%), diarreia (73 - 13,62%), prurido (52 - 9,70%), crise nervosa (25 - 4,66%), edema em membros inferiores (25 - 4,66%), dor muscular (18 - 3,36%), dor em membros inferiores (14 - 2,61%), edema (9 - 1,68%), sem queixas (5 - 0,93%), alergia (4 - 0,75%), picada de inseto (4 - 0,75%), constipação (3 - 0,56%), restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) (1 - 0,19%) e controle de peso (1 - 0,19%).

Ao analisar os motivos de procura a este serviço terciário, sob a perspectiva da idade gestacional foi possível identificar quais os sintomas mais comuns de cada fase do período gravídico, conforme TABELA 07.

TABELA 07 - MOTIVOS DE PROCURA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL, 2019

Idade Gestacional	Motivos	continua	
		N	%
1º Trimestre		2.715	100
	Perda de sangue via vaginal	727	26,78
	Resultados de exames	548	20,18
	Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	492	18,12
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	254	9,36
	Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastralgia, hipertensão	188	6,92
	Náuseas e vômitos	136	5,01
	Outros	80	2,95
	Perda de líquido vaginal, secreções	74	2,73
	Queixas urinárias	60	2,21

TABELA 07 - MOTIVOS DE PROCURA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL, 2019

		continuação	
Idade Gestacional	Motivos	N	%
	Desmaio, mal estar geral	46	1,69
	Falta de ar, sintomas respiratórios	42	1,55
	Trauma	21	0,77
	Evasão	17	0,63
	Febre, sinais de infecção	14	0,52
	Aborto, ameaça de aborto	11	0,41
	Reavaliação	4	0,15
	Motivo não preenchido	1	0,04
2º Trimestre		2.685	100
	Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	872	32,48
	Resultados de exames	318	11,84
	Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastralgia, hipertensão	257	9,57
	Perda de sangue via vaginal	222	8,27
	Outros	190	7,08
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	176	6,55
	Perda de líquido vaginal, secreções	130	4,84
	Queixas urinárias	110	4,10
	Náuseas e vômitos	97	3,61
	Falta de ar, sintomas respiratórios	87	3,24
	Desmaio, mal estar geral	78	2,91
	Trauma	57	2,12
	Parada ou redução dos movimentos fetais	30	1,12
	Evasão	29	1,08
	Febre, sinais de infecção	26	0,97
	Reavaliação	6	0,22
3º Trimestre		6.608	100
	Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	2.727	41,27

TABELA 07 - MOTIVOS DE PROCURA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL, 2019

		continuação	
Idade Gestacional	Motivos	N	%
	Avaliação de acompanhamento de final da gestação	980	14,83
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	652	9,87
	Resultados de exames	550	8,32
	Perda de líquido vaginal, secreções	488	7,38
	Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastralgia, hipertensão	258	3,90
	Outros	244	3,69
	Perda de sangue via vaginal	129	1,95
	Reavaliação	103	1,56
	Náuseas e vômitos	100	1,51
	Parada ou redução dos movimentos fetais	100	1,51
	Desmaio, mal-estar geral	63	0,95
	Falta de ar, sintomas respiratórios	63	0,95
	Queixas urinárias	60	0,91
	Trauma	42	0,64
	Evasão	26	0,39
	Febre, sinais de infecção	23	0,35
≥41 Semanas		35	100
	Avaliação de acompanhamento de final da gestação	21	60,00
	Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	7	20,00
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	2	5,71
	Perda de líquido vaginal, secreções	2	5,71
	Reavaliação	2	5,71
	Parada ou redução dos movimentos fetais	1	2,86
Pós Parto		442	100
	Retorno Pós Parto	391	88,46

TABELA 07 - MOTIVOS DE PROCURA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL, 2019

		continuação	
Idade Gestacional	Motivos	N	%
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	36	8,14
	Evasão	8	1,81
	Outros	4	0,90
	Resultados de exames	3	0,68
Pós Aborto		58	100
	Retorno Pós Aborto	45	77,59
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	4	6,90
	Perda de sangue via vaginal	3	5,17
	Resultados de exames	3	5,17
	Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastralgia, hipertensão	1	1,72
	Evasão	1	1,72
	Outros	1	1,72
Período Gravídico Puerperal		238	100
	Resultados de exames	116	48,74
	Perda de sangue via vaginal	40	16,81
	Evasão	28	11,76
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	19	7,98
	Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	14	5,88
	Outros	8	3,36
	Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastralgia, hipertensão	3	1,26
	Náuseas e vômitos	3	1,26
	Queixas urinárias	2	0,84
	Motivo não preenchido	2	0,84
	Aborto, ameaça de aborto	1	0,42
	Perda de líquido vaginal, secreções	1	0,42

TABELA 07 - MOTIVOS DE PROCURA POR ATENDIMENTO NA MATERNIDADE DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL, 2019

Idade Gestacional	Motivos	conclusão	
		N	%
	Trauma	1	0,42
	Não pertencentes ao período gravídico puerperal	15	100
	Outros	5	33,33
	Resultados de exames	3	20,00
	Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	2	13,33
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	2	13,33
	Perda de sangue via vaginal	2	13,33
	Motivo não preenchido	1	6,67
	Indefinido	22	100
	Evasão	6	27,27
	Outros	4	18,18
	Perda de sangue via vaginal	4	18,18
	Encaminhamento da atenção primária ou secundária	3	13,64
	Resultados de exames	2	9,09
	Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	1	4,55
	Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastralgia, hipertensão	1	4,55
	Náuseas e vômitos	1	4,55

FONTE: A Autora (2020)

Em relação ao motivo de procura por atendimento a maternidade, a avaliação de acompanhamento de final da gestação prevaleceu no terceiro trimestre e em atendimentos com 41 semanas de gestação ou mais, conforme esperado. Dor abdominal e semelhantes foi um dos motivos de procura com percentuais significativos nos três trimestres de gestação e em gestantes com 41 semanas ou mais. A perda de sangue via vaginal foi expressiva no primeiro trimestre, sendo o principal motivo desta idade gestacional; também teve um percentual importante no grupo de atendimento de pertencentes ao período gravídico puerperal e indefinidos.

O motivo de procura por resultado de exames foi um dos mais frequentes no primeiro e segundo trimestres, bem como nos atendimentos a mulheres pertencentes ao período gravídico puerperal e não pertencentes, tendo sido o motivo mais frequente daquele grupo. Apresentaram maior registro de evasão os atendimentos ao grupo de pertencentes ao período gravídico puerperal e indefinidos, e ao motivo “outros” foi mais representativo nos atendimentos ao período gravídico puerperal e teve um percentual considerável no grupo de indefinidos.

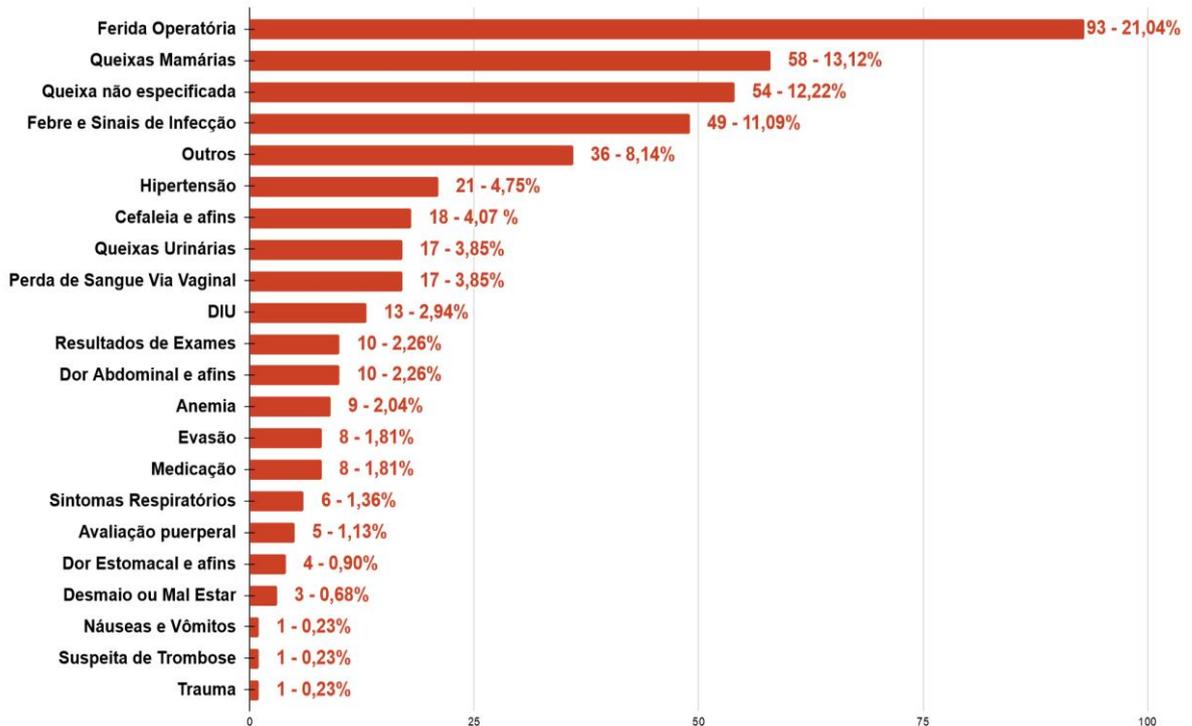
No que se refere aos outros motivos que, embora não tenham sido os mais frequentes, foram apontados, aborto e ameaça de aborto ocorreram majoritariamente no primeiro trimestre de gestação, com 11 dos 12 registros documentados; Desmaio e mal estar geral, falta de ar e sintomas respiratórios, assim como febre e sinais de infecção foram os três motivadores pela busca a maternidade relacionados apenas a atendimentos ao primeiro, segundo e terceiro trimestres.

No primeiro trimestre, apresentou seu maior percentual náuseas e vômitos, que conforme o segundo e terceiro trimestre tendeu ao decréscimo. Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastria e hipertensão apresentou seu maior percentual no segundo trimestre, assim como queixas urinárias e trauma. Perda de líquido e secreções, reavaliação e parada ou redução dos movimentos fetais apresentaram aumento conforme a evolução da idade gestacional, tendo este último início a partir do segundo trimestre.

Por fim, o motivo de encaminhamentos de outros serviços de saúde a maternidade foi expressivo em todos os grupos de atendimento, porém prevaleceu no primeiro e terceiro trimestres, bem como em não pertencentes ao período gravídico puerperal e indefinidos.

Quanto aos atendimentos pós-parto (442) e pós aborto (58), em ambos os casos o motivo de maior percentual registrado foi “retorno pós-parto” e “pós aborto”, respectivamente. Os motivos de atendimento conforme a avaliação clínica dos atendimentos a puérperas estão registrados na FIGURA 03.

FIGURA 03 - MOTIVOS DE ATENDIMENTOS A MULHERES NO PÓS PARTO SEGUNDO AVALIAÇÃO CLÍNICA, 2019



FONTE: A Autora (2020).

Questões relacionadas à ferida operatória, a mama ou amamentação, atendimentos com queixas não especificadas e febre e sinais de infecção representam mais de 57% dos motivos registrados na avaliação clínica de atendimentos pós parto.

No que se refere a ferida operatória (93), tanto relacionados a incisão cirúrgica como sutura de laceração, 30 (32,26%) atendimentos foram relacionados a retirada dos pontos, 20 (21,51%) à infecção e 13 (13,98%) à deiscência de pontos; As queixas mamárias (58) estão relacionadas a 28 (48,28%) casos associados à mastite e 11 (18,97%) ao ingurgitamento mamário; Febre e sinais de infecção (49) teve majoritariamente o sintoma de febre (22 - 44,90%) registrado e, em menores quantidades, outras infecções gerais, uterinas e sexualmente transmissíveis. Por fim, as queixas não especificadas (54) foram atendimentos que apresentaram conduta medicamentosa, solicitação de exames ou orientação, entretanto a queixa principal não foi registrada.

As queixas registradas como outros envolvem constipação (4), edema em membros inferiores (4), edema vulvar (3), dor na vagina (2) e um caso para ansiedade, torcicolo, dor no corpo, diarreia, dor, dor de dente, dor em fúrcula, hematoma, hematoma no braço, hemorragia, edema, eliminação da membrana decidual,

eliminação de restos ovulares, suspeita de restos placentários, suspeita de dermatite tópica, suspeita de fibrose ou celulite, suspeita de furúnculo, dor em membro inferior, dor em membro inferior, dor no cóccix, massa tumoral em abdômen, secreção, suspeita de litíase, suspeita de cólica nefrítica.

Em relação aos casos que procuraram a maternidade encaminhadas da unidade de outros serviços de saúde (1.148 - 100%), 693 (60,37%) foram classificados como verde no pronto atendimento, 223 (19,43%) amarelo, 130 (11,32%) azul, 32 (2,79%) laranja e 70 (6,10%) não foram classificados (14 por informação incompleta, quatro sem ficha e 52 sem profissional).

Em relação a idade gestacional destes, 254 (22,13%) estavam no 1º trimestre, 176 (15,33%) estavam no 2º trimestre, 652 (56,79%) no terceiro trimestre, duas (0,17%) com 41 semanas ou mais, 19 (1,66%) também pertenciam ao período gravídico puerperal, 36 (3,14%) eram pós parto, quatro (0,35%), eram pós aborto, dois (0,17%) não pertenciam ao período gravídico puerperal e três (0,26%) eram indefinidos devido ao preenchimento incompleto do documento.

Os motivos de tais encaminhamentos foram agrupados em 21 principais questões e estão listados na TABELA 08.

TABELA 08 - MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE PARA A MATERNIDADE, 2019

Motivos	n	continua	
			%
Dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas	227		19,77
Avaliação de acompanhamento de final da gestação	194		16,90
Dor de cabeça, tontura, vertigem, epigastria, hipertensão	88		7,67
Aborto, ameaça de aborto	84		7,32
Perda de sangue via vaginal	84		7,32
Febre, sinais de infecção	49		4,27
Queixas Urinárias	46		4,01
Perda de líquido vaginal, secreções	40		3,48
Intercorrências da gestação	36		3,14
Intercorrências fetais	26		2,26

TABELA 08 - MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE PARA A MATERNIDADE, 2019

Motivos	n	conclusão
		%
Náuseas e vômitos	19	1,66
Reavaliação	18	1,57
Falta de ar, sintomas respiratórios	11	0,96
Parada ou redução dos movimentos fetais	11	0,96
Trauma	8	0,70
Intercorrências pós parto	7	0,61
Consulta e resultados de exames	7	0,61
Desmaio, mal estar geral	4	0,35
Intercorrências pós aborto	1	0,09
Queixa não especificada	79	6,88
Outros	109	9,49
TOTAL	1.148	100

FONTE: A Autora (2020).

Dois motivos destacam-se, como dores abdominais e relacionadas (227 - 19,77%) e o encaminhamento para avaliação de acompanhamento de final da gestação (194 - 16,90%). Ainda, o grupo “outros” expressa um quantitativo importante, visto que abrange várias queixas pouco frequentes, como: alergia, alteração do colo uterino, alterações fisiológicas da gestação como anemia, ansiedade, aperto no peito, apresentação pélvica, ardência após rafia, aumento de peso, avaliação de risco, avaliação de pressão arterial, bartolinite, cialgia, cistocele, coleta de exame, cólica nefrítica, colo impérvio, constipação, crise nervosa, dermatite, diabetes, diarreia, dilatação, distensão ou dor muscular, dor ao crescimento uterino, dor articular, dor associada à gravidez, dor em membro inferior, dor associada a gestação avançada, ectrópio de colo uterino, edema, fadiga, formigamento, fundo uterino pequeno, gastroenterite, hemorroida, hiperglicemia, hipoglicemia, hiperplasia adrenal congênita, insuficiência cardíaca congestiva, liberação médica, miomatose, nefrolitíase, paralisia facial, pielonefrite, plaquetopenia, pós cirurgia de alta frequência (CAF), problema social/etilismo, questões relacionadas ao diu, prurido, retirada de absorvente interno da vagina, ciclo menstrual irregular, solicitação de ecografia, stress emocional, taquicardia materna, varizes, vasculopatias, visão embaçada entre outros.

Isto posto, o desfecho da avaliação clínica de todos os atendimentos (12.818 - 100%), resultaram em 13 condutas mais comuns, que estão listados na TABELA 09.

TABELA 09 - DESFECHO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS ATENDIMENTOS, 2019

Condutas do atendimento	N	%
Exames (agendamento, realização ou resultados)	4.351	33,94
Medicada ou medicação prescrita	3.651	28,48
Exames e medicação	2.121	16,55
Orientação	1.463	11,57
Rotina de acompanhamento de hipertensão gestacional	305	2,38
Aborto confirmado	237	1,85
Encaminhamento para outros serviços de saúde	230	1,79
Outros	151	1,18
Evasão	118	0,92
Transferida para outro serviço de saúde	113	0,88
Encaminhamento para outro setor da maternidade	50	0,39
Não preenchido	6	0,05
Internamento por trabalho de parto	2	0,02
TOTAL	12.818	100

FONTE: A Autora (2020).

Em relação aos encaminhamentos a outros serviços (230 - 100%), 129 (56,09%) foram direcionados ao serviço de alto risco, 44 (19,13%) para o serviço de saúde ao qual estão vinculados a atenção primária ou de referência, 40 (17,39%) a outras especialidades, 13 (5,65%) a UPA e quatro (1,74%) ao serviço de médio risco. Os encaminhamentos para outros setores dentro da maternidade (50 -100%), 32 (64%) foram encaminhadas ao pré natal da maternidade e 18 (36%) para o ambulatório da maternidade.

Por fim, dentre os 237 atendimentos a abortos confirmados de acordo com a avaliação clínica, a maioria ocorreu na faixa etária entre 20 a 29 anos (110 - 42,62%), no primeiro trimestre de gestação (155 - 65,40%); o principal motivo da procura a

maternidade foi resultado de exames (148 - 62,65%) e foram majoritariamente classificados como verde (123 - 51,90%).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, a faixa etária dos atendimentos mais expressiva foi entre 20 e 29 anos, seguida por 30 a 39 anos, dados estes que se assemelham aos indicadores brasileiros do DataSUS, qual aponta que as mulheres estão tendo filhos mais tardiamente. Desde 1994 até o último censo de 2018, o intervalo de idade materna predominante dentre os nascidos vivos por ocorrência é entre 20 a 29 anos e desde 2010 o intervalo de 30 a 39 anos supera o de 10 a 19 anos, sendo a segunda faixa etária de maior prevalência (BRASIL, 1994, 2010, 2018).

Em uma pesquisa realizada em uma maternidade-escola de referência da cidade de Recife, Pernambuco, identificou-se que dos 316 atendimentos obstétricos, mais de 64% foram a gestantes no terceiro trimestre gestacional, seguido do segundo com 17%, primeiro com 13,2%, puerpério 3,2% e abortamentos com 2,2% (FIGUEIROA *et al.*, 2017). Ainda, em outro estudo realizado em uma maternidade de risco habitual do estado do Rio Grande do Sul, realizado com 413 fichas de atendimento de classificação de risco obstétrico, identificou-se condições parecidas, em que 89,9% dos atendimentos se deram no terceiro trimestre gestacional, seguido pelo primeiro trimestre com 5,0%, segundo trimestre com 3,9% e pós parto com 1,2% (SANTOS *et al.*, 2019). Tais pesquisas vão ao encontro deste estudo em relação ao número de atendimentos por idade gestacional, uma vez que a demanda de atendimento foi às gestantes no terceiro trimestre de gestação. O segundo trimestre, primeiro trimestre, pós parto e pós aborto ocuparam os próximos lugares, respectivamente.

Em relação aos motivos de busca por atendimento à maternidade, em um estudo envolvendo 736 mulheres atendidas em setembro de 2013, em um hospital de referência em gestação de alto risco localizado em Fortaleza, Ceará, constatou-se que 555 apresentaram algum sintoma de procura ao serviço. Destes, o mais referido foi dor (42,1%) e sangramento transvaginal (22,3%) (BRILHANTE *et al.*, 2016). Na pesquisa de Santos *et al.* (2019) citada anteriormente, de 413 atendimentos, 261 também tinham dor abdominal, dor lombar, contrações uterinas e semelhantes como principal queixa. Comparativamente, os atendimentos analisados indicaram a dor abdominal e afins o maior motivo de procura por atendimento a maternidade, podendo ter um percentual ainda maior se agrupado com dor de cabeça e semelhantes e queixas urinárias, que também remetem ao sintoma “dor”, corroborando com os

achados dos estudos mencionados. Em contrapartida, a perda de sangue via vaginal foi a quarta causa de maior procura ao serviço, sendo resultados de exames e encaminhamentos de serviços referenciados a segunda e terceira causa de maior justificativa a procura pelo atendimento na atenção terciária.

Quanto às alterações fisiológicas que ocorrem durante o período gravídico puerperal estão a fraqueza, dor abdominal/cólicas/flatulências, hemorroidas, corrimento vaginal, queixas urinárias, dificuldades para respirar, mastalgia, lombalgia, entre outras (BRASIL, 2013). Estas alterações apontadas pela literatura estão de acordo com os listados pelo Ministério da Saúde, principalmente dor abdominal e semelhantes que foi o principal motivo de busca por atendimento no pronto atendimento da maternidade.

As alterações durante o puerpério que devem ser atendidas e acompanhadas pela atenção primária foram listadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sendo de competência à atenção terciária o quadro clínico de mastite com 48 horas em tratamento sem melhora e abscesso mamário. Ainda, febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alterações na pressão arterial, tonturas frequentes e mamas doloridas ou empedradas são sinais de alerta que devem ser avaliados na unidade de saúde e, se necessário, o encaminhamento hospitalar poderá ocorrer (CURITIBA, 2018). Segundo um estudo de revisão, as complicações no puerpério encontradas e que podem levar à procura de atendimento de caráter urgente foram, principalmente, infecção puerperal, hemorragia puerperal e mastite puerperal (MAIA *et al.*, 2020). Corroborando com o estudo mencionado, dentre os principais motivos de atendimentos ao pós parto registrados neste estudo foram questões envolvendo ferida operatória, como retirada de ponto, infecção da ferida operatória e deiscência dos pontos; queixas relacionadas a mama, majoritariamente mastite; e febre, estando discordante apenas o sangramento ou hemorragia puerperal que não apresentou uma frequência significativa. Em contrapartida, neste estudo, foram registrados atendimentos com o registro da avaliação clínica indicando dificuldade na amamentação, baixa produção de leite, fissura, entre outros, que seriam casos que poderiam ser tratados na atenção primária.

Ainda em relação às alterações do puerpério, uma das causas de mortalidade materna está associada a hemorragia pós parto, podendo ser um motivo de procura por atendimento em maternidades. É definida como hemorragia pós parto a perda sanguínea acima de 500ml após parto vaginal, acima de 1000ml após cesariana nas

primeiras 24 horas ou ainda, a puérpera que teve qualquer perda de sangue via trato genital que cause instabilidade na circulação sanguínea. Além disso, pode ocorrer também hemorragia pós parto maciça, definida por sangramento superior a 2000ml nas primeiras 24 horas pós parto. Em relação a classificação, a hemorragia pode ser primária, quando ocorre nas primeiras 24 horas ou secundária, quando ocorre até seis semanas pós parto. A secundária é menos comum e apresenta causas mais específicas (OPAS, 2018). Apesar de se tratar de um motivo de urgência, neste estudo não houve registro significativo de procura a maternidade por hemorragia pós parto. Isso pode ser explicado pelo tempo de ocorrência da complicação, visto que nas primeiras 24 horas, em que a maioria das hemorragias acontece, as puérperas ainda estão sendo assistidas dentro do alojamento conjunto da maternidade.

De acordo com o manual técnico de alto risco, há oito classificações clínicas de abortamento. Ainda, este pode ocorrer de forma precoce, quando acontece até a 13^a semana de gestação, ou tardia, quando acontece entre a 13^a a 22^a semana (BRASIL, 2012). Em relação ao motivo de procura a maternidade por aborto ou ameaça, a maioria ocorreu no primeiro trimestre. Conforme registros da avaliação clínica, dos 237 atendimentos que tiveram aborto confirmado, a maioria ocorreu de forma precoce.

No que tange a classificação de risco obstétrico, estudos já citados anteriormente como o de Brilhante *et al.* (2016), Figueiroa *et al.* (2017), assim como outro realizado em uma maternidade pública do agreste alagoano (COSTA; SANTOS; SANCHES, 2019), identificou-se a cor verde como mais atribuída aos pacientes, seguido pela amarelo ou azul. Este mesmo cenário vem ao encontro dessa investigação, em que se nota a prevalência da cor verde, amarela e azul, caracterizando atendimentos de complexidade baixa a intermediária.

No que concerne às urgências e emergências obstétricas que consistem no encaminhamento das gestantes a atenção terciária, o Ministério da Saúde esclarece 20 situações (BRASIL, 2013). Nesse estudo, algumas dessas situações foram registradas, como síndromes hemorrágicas; síndromes hipertensivas da gravidez; amniorrexe prematura; trabalho de parto prematuro; idade gestacional a partir das 41 semanas; hipertermia; pielonefrite; prurido gestacional; vômitos em gestante com idade gestacional inferior a 20 semanas; vômitos inexplicáveis no terceiro trimestre; restrição de crescimento intrauterino (RCIU); oligodrâmio, entre outros. Ainda, atendimentos sem necessidade de encaminhamento a atenção terciária também

foram registrados, como é o caso de encaminhamento de gestantes com 38, 39 e 40 semanas para avaliação de acompanhamento do final da gestação, quando este deveria ocorrer a partir das 41 semanas.

6 CONCLUSÃO

O estudo atingiu o objetivo pretendido, identificando a população assistida pela maternidade. Constatar a origem sociodemográfica dos pacientes assistidos no pronto atendimento possibilita compreender em quais serviços a comunicação entre a unidade de saúde e a maternidade deve ser reforçada, aprimorada e mantida, a fim de traçar estratégias para evitar a sobrecarga na maternidade e aprimorar o fluxo de atendimento da RAS, vivificando um Sistema Único de Saúde universal, integral, equânime e resolutivo. Além disso, este estudo contribuiu para que os profissionais deste serviço tenham um panorama macro dos atendimentos retrospectivos, sendo possível a identificação de questões a serem mantidas e aprimoradas para a assistência futura.

Conhecer quais os principais motivos de busca de atendimento e sua respectiva classificação de risco obstétrico, bem como a análise da avaliação clínica, apontaram a necessidade de inclusão de informações no documento para melhor análise da aplicação da ferramenta no serviço. Isto posto, este estudo torna-se essencial para o enfermeiro, visto que é de sua competência desenvolver o cuidado nas portas de entrada de maternidades e serviços de urgência obstétrica, contribuindo assim para mais um campo de atuação e reconhecimento da profissão. Também, ressalta-se a imprescindibilidade da capacitação dos profissionais da maternidade para a aplicação do A&CR, da equipe do pronto atendimento para o preenchimento correto e completo do documento e dos profissionais da atenção primária para reiterar a referência correta à maternidade e reforçar a educação em saúde com as usuárias acerca da procura ao serviço correto compatível com sua necessidade de assistência.

Em síntese, ressalta-se a necessidade de capacitação a nível nacional de enfermeiros para a aplicação da classificação de risco obstétrico na porta de entrada dos serviços, bem como a divulgação das informações contidas no manual de A&CR para os usuários do SUS. Também, aponta-se a necessidade de desenvolvimento de estudos em serviços de urgência obstétrica em que a classificação de risco tenha sido implementada e aplicada por enfermeiros.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. M; PIMENTA, T. S. O ofício de parteira no Rio de Janeiro imperial. **Revista de História Regional**, v. 21, n. 2, p. 485-510, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5212/rev.hist.reg.v.21i2.0008>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961**. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. Brasília, DF, 28 mar. 1961. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D50387.htm>. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946**: Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas. Rio de Janeiro, RJ, 22 jan. 1946. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8778-22-janeiro-1946-416419-normaatualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955**. Regula o exercício da enfermagem profissional. Rio de Janeiro, RJ, 17 set. 1955. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l2604.htm>. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959**. Revigora o Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e lhe altera o alcance do art. 1º. Rio de Janeiro, RJ, 10 out. 1959. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l3640.htm>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Temática de Saúde da Mulher. Secretaria de Política de Saúde. **Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica para elaborar critérios do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998.** Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de sistemas de informação. Ministério da Saúde, 1998a. Disponível em: <<http://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%20163.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998.** Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de sistemas de informação. Ministério da Saúde, 1998b. Disponível em: <<https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%202.815.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 01 jun. 2000b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - DAPES/SAS/MS. **Programa de Aprimoramento e Inovação no cuidado e no ensino em obstetrícia e neonatologia (ApiceOn).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**: Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

BRILHANTE, A. de F. *et al.* Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 4, p. 569-575, 2016. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400018>>. Acesso em: 26 nov. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 08 jun. 1987. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 03 jun. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 25 jun. 1986. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 03 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 516, de 23 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetrix no âmbito do sistema cofen/conselhos regionais de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 24 jun. 2016. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em: 03 jun. 2020.

COSTA, M. C. M. D. de R. **Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e**

possibilidades. 2015. 352 f. Tese (doutorado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/158818/337077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 set. 2020.

COSTA, R. L. M.; SANTOS, A. A. P. dos; SANCHES, M. E. T. de L. Avaliação do Perfil de Mulheres que Receberam Assistência Durante a Classificação de Risco Obstétrica. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro. v.11, n. 2, p. 488-494, 21 jan. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.488-494>>. Acesso em: 26 nov. 2020.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Mãe Curitibana. **Vale a Vida**. Curitiba, 2018.

FEITOSA, P. W. G. *et al.* Experiências do observatório cariense de práticas em saúde popular: estudos sobre parteiras e benzedeadas. **Revista Extensão**, v. 4, n. 2, p. 182-189, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/2490/1920>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FIGUEIROA, M. das N. *et al.* Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-7, 4 dez. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0087>>. Acesso em: 16 ago. 2020.

MAIA, C. J. F. da S. Principais complicações no puerpério. **Revista das Ciências da Saúde e Ciências Aplicadas do Oeste Baiano-Higia**, v. 5, n. 1, p. 347-358, 2020. Disponível em: <<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/605/523>>. Acesso em: 26 nov. 2020.

OLIVEIRA, S. K. P. de; *et al.* Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.65, n.1, p. 155-161, jan-fev. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>>. Acesso em: 14 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional**: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales. 2 ed. Montevideo: CLAP/SMR, 2010. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49344/CLAP1578-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 26 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

OSAVA, R. H; MAMEDE, M. V. A Assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal brasileiro de ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 105, n. 1-2, p. 309, 1995.

OSAWA, R. H; RIESCO, M. L. G; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiros: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 699-702, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000500020>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Programa Rede Mãe Paranaense: **Linha Guia**. Paraná: SESA, 2017. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_gui.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9ª edição. Editora Artmed. 2019.

RIBEIRO, M. SANTOS, S. L. dos; MEIRA, T. G. B. M. Refletindo sobre liderança em Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 109-115, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>>. Acesso em: 14 set. 2020.

RIESCO, M. L. G; TSUNECHIRO, M. A. Formação Profissional de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 449-459. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>>. Acesso em: 13 set. 2020.

SANTOS, M. B. dos; *et al.* Perfil da demanda obstétrica atendida após implantação da classificação de risco em maternidade de risco habitual. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 20, n. 1, p. 191-199, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/3020/2372>>. Acesso em: 26 nov. 2020.

SENA, C. D. de; *et al.* Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM (REUFSM)**, v. 2, n. 3, p. 523-529, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.5902/217976923365>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SILVA, E. P. da; LIMA, R. T. de; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015>>. Acesso em: 16 set. 2020.

SOUZA K. V. de; *et al.* **Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão (CAEO/PN/APICEON)**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2019. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp->

content/uploads/2019/04/caderno_Curso_Aprimoramento_Enfermeiras_Obst%C3%A9tricas.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

TORNQUIST, C. S. Parteiras Populares: entre o folclore e a escuta. **Gênero**, Niterói, v. 6 n. 1. p. 61-80, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31009/18098>>. Acesso em: 13 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Reproductive Health (Technical Support). **World Health Day - Safe Motherhood - 7 april 1998**. 1998. Disponível em: <<https://www.who.int/docstore/world-health-day/en/documents1998/whd98.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2020.