

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

WIMERSON HARRY SIQUEIRA DOMINGUES

**PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE FERNANDO
MAGALHÃES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 2018**

JULHO- 2020

Wimerson Harry Siqueira Domingues

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE FERNANDO
MAGALHÃES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 2018

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^o Luiz Felipe Pinto

RIO DE JANEIRO

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

Wimerson Harry Siqueira Domingues

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE FERNANDO
MAGALHÃES, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 2018

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / _____

Titular interno - Prof^o Dr. Luiz Felipe Pinto - UFRJ

Titular interno - Prof^a Dr^a Mariana Leal Rodrigues - UNIRIO

Titular externo - Prof^a Dr. Otávio Pereira D'Avila - UFPEL

Suplente externo - Prof^a Dr. Daniel Ricardo Soranz Pinto – ENSP / FIOCRUZ

Suplente interno - Prof^a Dr^a. Clarisse Terenzi Seixas - UERJ

Ficha catalográfica

Domingues, Wimerson Harry Siqueira .

Perfil das gestantes atendidas na maternidade Fernando Magalhães no Município do Rio de Janeiro no período de 2018. / Wimerson Harry Siqueira Domingues. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2020.

94 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Luiz Felipe Pinto.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2020.

Referências: f. 83 -90.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acolhimento. 3. Gravidez. 4. Risco. 5. Cuidado Pré – Nata I – Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Pinto, Luiz Felipe. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela equipe do Setor de Referência da Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio de Janeiro, juntamente com a Escola de Medicina, o Instituto São Francisco de Assis e aos mestres pelos ensinamentos compartilhados.

Ao meu orientador Luiz Felipe Pinto, obrigado pelas orientações, pelo compartilhamento de conhecimento, correções, apontamentos e autonomia.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a Mariana Leal, Prof Otávio D`Avila, Prof^a Clarissa Seixas e Prof^o Daniel Soranz, que gentilmente aceitaram colaborar com esta dissertação.

Aos símbolos da minha existência, Deus, o universo, o destino e meus ancestrais. Julgo que todos não me deixaram sozinho nessa jornada. Emanaram uma energia singular durante todo período que foi, e é indescritível.

A minha mãe, pelo engajamento a seu modo, no qual sempre respeitei.

A meu pai (em memória) jamais esquecerei de ti.

Aos meus irmãos! São muitos (risos), sei que todos sempre torceram pelo meu sucesso.

Aos sobrinhos e sobrinhas, primos e primas, a tia Luzia que sempre torceu pelas minhas conquistas, te amo tia!

Ao Diogo Pilger, pelo estímulo dado durante alguns anos a continuar trilhando o caminho do conhecimento e da qualificação. Literalmente abriu a minha cabeça e plantou a semente da possibilidade de cursar um mestrado.

Aos meus amigos pela paciência, compreensão, apoio e todo carinho durante essa jornada.

Em especial meu amigo Erivaldo, outro grande influenciador na minha decisão de buscar o mestrado. Obrigado pelas ligações nos momentos mais delicados, juro que foi confortante ouvi-lo.

A minha amiga Fernanda Bastos, hoje mestre em Saúde Pública, caminhou ao meu lado fornecendo irrestrito apoio no período da qualificação e posteriormente também.

Ao meu amigo João Franco, meu flatmate, (risos, piada interna), proporcionou um ambiente seguro, tranquilo e acolhedor me permitindo realizar as melhores reflexões possíveis na reta final.

Ao meu amigo Petrucio, sempre juntos.

A minha amiga Lara e Clara, por todo apoio.

Aos meus inicialmente “colegas de turma do mestrado”, lá no início, era março de 2018, mas que no percurso transformaram essa relação e hoje muitos se tornaram verdadeiros amigos.

Aos meus colegas de trabalho da maternidade, em especial Tamara e Patrícia, trocamos muito.

Às gestantes meu eterno amor, carinho, gratidão e respeito.

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
no mínimo que fazes”.*

Fernando Pessoa

RESUMO

DOMINGUES, Wimerson Harry Siqueira. **Perfil das gestantes atendidas na Maternidade Fernando Magalhães, no município do Rio de Janeiro no período de 2018.** Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A assistência ao pré-natal visa promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do bebê. O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil das gestantes que realizam pré-natal na Atenção Primária, no município do Rio de Janeiro, e acessam a maternidade Fernando Magalhães, utilizando a ficha de classificação de risco preconizada pelo município no processo de acolhimento das gestantes. A metodologia empregada foi uma pesquisa de campo, quantitativa e de caráter transversal-descritivo, referente ao período de janeiro a abril de 2018. Foram calculados os p-valores a partir do teste qui-quadrado considerando estatisticamente significantes o p-valor <5% para as variáveis dependentes (período da semana e risco reagrupado em três estratos) com as variáveis independentes. Foi selecionada uma amostra de 1.191 gestantes. Quanto às características socio-econômicas-demográficas verificou-se que: a idade variou de 14 a 50 anos (sendo 16,97% adolescentes), 72,02% eram pardas/pretas, a maioria (55,40%) com ensino médio completo e 25,36% recebiam benefício social. A maior parte (83,00%) estava em suas residências e sessenta e seis (6,18%) chegaram de ambulância na maternidade. Quanto às queixas, 64,81% referiram queixas relacionadas ao trabalho de parto. A maioria (97,48%) estava vinculada a uma unidade de saúde do município. A comparação do perfil das gestantes com os períodos dia de semana e final de semana indicou variação estatisticamente significantes para a procedência, inscrição na consulta pré-natal, tempo de classificação de risco. A comparação do perfil por classificação de risco apontou variação estatisticamente significativa para consultas pré-natal, idade gestacional, classificação da queixa principal, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, afirmando que existem diferenças entre os grupos de riscos azul/verde, amarelo e laranja/vermelho. Conclui-se que a identificação do perfil e das características socio-econômicas-demográficas possuem relação com a classificação de risco, sendo esta classificação de risco gestacional primordial para um melhor acompanhamento, inclusive por identificar as pacientes que precisam ser referenciadas para consultas especializadas. Além disso, as gestantes possuem peculiaridades que devem ser consideradas nas consultas de pré-natal, visto que conhecendo o perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para melhorar a qualidade do serviço ofertado. Portanto, tais limitações remetem à necessidade de se investigar a temática em outros cenários.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Primária; Classificação de Risco; Gestante; Pré-natal.

ABSTRACT

DOMINGUES, Wimerson Harry Siqueira. **Perfil das gestantes atendidas na Maternidade Fernando Magalhães, no município do Rio de Janeiro no período de 2018.** Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Prenatal care aims to promote health and early identify problems that may result in risk to the health of pregnant women and babies. The objective of this work was to outline the profile of pregnant women who perform prenatal care in Primary Care, in the city of Rio de Janeiro, and access the maternity hospital Fernando Magalhães, using the risk classification form recommended by the municipality in the process of welcoming pregnant women. The methodology used was a field research, quantitative and transversal-descriptive, referring to the period from January to April 2018. The p-values were calculated from the chi-square test, considering the p-value <5% statistically significant. for the dependent variables (period of the week and risk grouped into three strata) with the independent variables. A sample of 1,191 pregnant women was selected. As for socio-economic-demographic characteristics, it was found that: age ranged from 14 to 50 years (16.97% being adolescents), 72.02% were mixed race / black, most (55.40%) with high school complete and 25.36% received social benefit. Most (83.00%) were in their homes and sixty-six (6.18%) arrived by ambulance at the maternity hospital. As for complaints, 64.81% reported complaints related to labor. The majority (97.48%) were linked to a health unit in the municipality. The comparison of the profile of the pregnant women with the weekday and weekend periods indicated a statistically significant variation for the origin, enrollment in the prenatal consultation, time of risk classification. The comparison of the profile by risk classification showed a statistically significant variation for prenatal consultations, gestational age, classification of the main complaint, blood pressure, heart rate and respiratory rate, stating that there are differences between the blue / green, yellow and orange / red risk groups. It is concluded that the identification of the profile and socio-economic-demographic characteristics are related to the risk classification, being this classification of gestational risk essential for a better monitoring, including by identifying the patients who need to be referred for specialized consultations. In addition, pregnant women have peculiarities that should be considered in prenatal consultations, since knowing the profile of these pregnant women, health professionals can rethink actions aimed at improving the quality of the service offered. Therefore, such limitations refer to the need to investigate the topic in other scenarios.

Keywords: Reception; Primary Attention; Risk rating; Pregnant; Prenatal.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Avaliação da urgência dos sinais e sintomas apresentados durante a avaliação e dado em cores.....	31
Quadro 2: Distribuição dos Hospitais Maternidades por área de planejamento de Residência do Morador de acordo referência para atendimento.....	41
Quadro 3: Grupo de unidades de Atenção Primária que tem o Hospital Maternidade Fernando Magalhães como referência.....	43
Quadro 4: Grupo de unidades de Atenção Primária de outras APs que tem o Hospital Maternidade Fernando Magalhães como referência.....	43
Quadro 5: Grupo de hospitais que tem o Hospital Maternidade Fernando Magalhães como referência.....	44
Quadro 6: Descrição das variáveis independentes consideradas.....	46
Quadro 7: Descrição das variáveis recategorizadas a partir das variáveis independentes consideradas.....	47
Quadro 8: Principais queixas apresentadas pelas gestantes atendidas no HMFM, período de janeiro a abril de 2018.....	48
Quadro 9: Principais alergias relatadas pelas gestantes atendidas no HMFM, no período de janeiro a abril de 2018.....	49
Quadro 10: Principais medicações utilizadas pelas gestantes atendidas no HMFM, período de janeiro a abril de 2018.....	50
Quadro 11: Principais doenças progressas relatadas pelas gestantes atendidas no HMFM, período de janeiro a abril de 2018.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das amostras independentes selecionadas das fichas de atendimento de emergência por dia da semana - Hospital Maternidade Fernando Magalhães - Rio de Janeiro/RJ - janeiro-dezembro-2018.....	38
Tabela 2: Distribuição do número de nascidos vivos por tipo de parto e área de planejamento de residência segundo estabelecimentos de saúde.....	42
Tabela 3: Distribuição das informações dos nascidos vivos SINASC - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM)- Rio de Janeiro-janeiro a abril 2018, n = (1.594).....	52
Tabela 4: Distribuição das características sócio - econômicas - demográficas das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	54
Tabela 5: Distribuição das condições clínicas persistentes ou história pregressa das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	57
Tabela 6: Distribuição de informações da narrativa de atendimento das gestantes, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	58
Tabela 7: Distribuição da história reprodutiva anterior e informações de pré-natal das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	61
Tabela 8: Distribuição das informações de atendimento e encaminhamento das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = 1.067).....	62

Tabela 9: Distribuição das características socio-econômicas-demográficas, das gestantes atendida, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	64
Tabela 10: Distribuição das condições clínicas persistentes ou história pregressa das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	65
Tabela 11: Distribuição de informações sobre queixa principal e procedência das gestantes atendidas por período da semana Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).....	66
Tabela 12: Distribuição da história reprodutiva anterior e informações de pré-natal das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	67
Tabela 13: Distribuição das informações de atendimento e encaminhamento das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	68
Tabela 14: Distribuição dos sinais vitais/clínicos das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).....	69
Tabela 15: Distribuição das características socio-demográficas das gestantes atendidas por classificação de risco no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).....	72
Tabela 16: Distribuição das condições clínicas persistentes ou história pregressa das gestantes atendidas por classificação de risco no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) – Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).....	73
Tabela 17: Distribuição de informações sobre queixa principal e procedência das gestantes atendidas por classificação de risco no	

Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).....	74
Tabela 18: Distribuição da história reprodutiva anterior e informações de pré-natal das gestantes atendidas por classificação de risco no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).....	75
Tabela 19: Distribuição das informações de atendimento e encaminhamento das gestantes atendidas por classificação de risco - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).....	77
Tabela 20: Distribuição dos sinais vitais/clínicos das gestantes atendidas por classificação de risco - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).....	79

LISTA DE ABREVIATURAS

ABORT_ANT - Número de abortos anteriores

AP – Área de Planejamento

APS - Atenção Primária à Saúde

CF – Clínica da Família

CMS – Centro Municipal de Saúde

CSE – Centro de Saúde Escola

DUM – Data da Última Menstruação

FC – frequência cardíaca

GEST_ANT - Número de gestações anteriores

HMFH - Hospital Maternidade Fernando Magalhães

IG – Idade Gestacional

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão arterial

PART_CES_ANT - Número de partos cesáreas anteriores

PART_VAG_ANT - Número de partos vaginais anteriores

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSMI - Programa de Saúde Materno Infantil

RA - Regiões Administrativas

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
3.1	ATENÇÃO À GESTAÇÃO, AO PARTO E AO PUERPÉRIO.....	19
3.2	LEGISLAÇÃO NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL NO BRASIL.....	21
3.3	PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E MATERNIDADE.....	25
3.4	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR COR EM OBSTETRÍCIA.....	30
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	36
4.1	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	36
4.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4.3	PROCESSO DE SELEÇÃO.....	37
4.4	DICIONÁRIO DE DADOS.....	38
4.5	CARACTERIZAÇÃO DA ÀREA DE ESTUDO.....	38
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1	CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES.....	52
5.2	COMPARAÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES POR PERÍODO DA SEMANA.....	63
5.3	COMPARAÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	69
6	CONCLUSÕES.....	81
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
	ANEXO.....	91
	APÊNDICE.....	94

1 INTRODUÇÃO

Em diversas partes do mundo, estabeleceu-se o consenso de que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ter como base o foco na Atenção Primária à Saúde (APS) (OMS, 2008).

Nesse sentido, os sistemas de saúde com forte ênfase na APS são mais efetivos, mais satisfatórios para a população e geram menores custos, além de serem mais equitativos, mesmo em contextos caracterizados por uma grande iniquidade social. A APS é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, direcionadas a indivíduos e comunidades (STARFIELD, 2002).

Ao longo das últimas décadas, modificaram-se as concepções da APS, de abordagens seletivas, centradas em programas e focalizadas em grupos específicos, como o materno-infantil, para visão pautada na integralidade da saúde, passando a ser entendida como o modelo que, além de promover saúde, deve compreender esta como direito humano, considerando os determinantes sociais e políticos mais amplos. Nesse sentido, as reformas dos sistemas de saúde dos países europeus e latino-americanos, desde os anos 90, foram pautadas em ações e políticas que buscaram fortalecer e aumentar o protagonismo da APS, meta que foi reafirmada em 2008 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que sinaliza a contribuição para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma a favorecer o acesso da população em todos os níveis de assistência (OMS, 2008).

Em consonância a tais concepções, o Brasil apresentou muitos avanços no campo da formulação e implementação de políticas públicas voltadas para construção de uma APS integral, robusta, que ampliasse acesso e qualidade aos usuários, em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O acompanhamento do pré-natal é um importante serviço ofertado nessa mudança de modelo. A assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério compreende um conjunto de procedimentos, com a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios mais adequados e em maior disponibilidade, que visam acompanhar os processos fisiológicos, naturais e espontâneos, bem como rastrear o desencadeamento de morbidades, cujo

diagnóstico precoce e a adequada terapêutica objetivam preservar a saúde e o futuro biológico do binômio mãe e filho (BRASIL, 2000).

Conforme Nakamura e Amed (2003), a assistência pré-natal não só objetiva os cuidados com a saúde das gestantes e dos seus conceptos, mas atua em caráter preventivo, assistencial e educacional.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) a cada minuto morre uma mulher de alguma complicação durante a gravidez ou no momento do parto, que significa mais de 500.000 mortes ao ano. Nos países em desenvolvimento, a gravidez e o parto são a segunda causa de morte de mulheres em idade fértil. Desta forma, identificar os fatores que levaram uma mulher a ter uma gestação de risco é de grande importância para a saúde pública, pois evidencia o enfoque que se deve trabalhar para a prevenção à ocorrência de agravos, diminuindo assim as altas taxas de mortalidade materna que ainda representam um desafio à saúde em todo o país

Nesse sentido, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e minimizem a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Além disso, a PNAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Assim, eram incluídas ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004a).

Ressalta-se que a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Contudo, nesse período era limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto e havia uma assistência fragmentada com baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2004a).

As políticas públicas criadas pelos movimentos sociais na década de 1980, que levaram a consolidação de várias leis e programas de saúde voltados à atenção materno-infantil, tiveram papel importante na organização dos sistemas e serviços

de saúde, refletindo na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal e no maior acesso à consulta pré-natal e ao parto hospitalar nos anos 1990 e 2000. Todavia, a persistência dos altos índices de mortalidade materna ocorrida ao longo dos anos demonstrou a necessidade de se repensar sobre o caminho percorrido quanto à implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher (GOMES *et al.*, 2017).

Apesar dos resultados positivos dos objetivos da PNAISM, ainda há desafios a serem superados. Diante disso, observam-se dificuldades em atender à saúde das mulheres de forma integral, devido a abordagens biomédicas reducionistas, à não contextualização da mulher no campo das relações de gênero, ao domínio da heteronormatividade, às questões estruturais que diminuem o acesso à saúde, e comprometimentos na quantidade e na qualidade da prestação dos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2017).

Deve-se entender que o cuidado do binômio mãe-bebê deve ser desde a Atenção Básica até a atenção hospitalar, o que dialoga com os princípios e diretrizes da PNAISM ao considerar o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Além disso, esse cuidado contempla diversas situações como o pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até o planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Assim, afirma-se também um compromisso com a implementação de ações de saúde que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais, com enfoque não apenas para a mulher e o bebê, mas também para a família e a comunidade (BRASIL, 2016. BRASIL, 2012; BRASIL, 2004b).

Diante dessa perspectiva, em 2011 o Ministério da Saúde lançou o Projeto Cegonha como estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a). Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério

epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

Projeto pioneiro no Brasil, implantado em 2011, o Cegonha Carioca tem como principais objetivos humanizar e garantir o melhor cuidado para mãe e para o bebê, desde o pré-natal até o parto, para reduzir a mortalidade materno-infantil e incentivar a realização de exames pré-natal. Lançado inicialmente em duas regiões – Rocinha e a área de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba–chegou em 2012 a toda a cidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RIO DE JANEIRO, 2019).

Por meio do programa, todas as gestantes que fazem o pré-natal em uma unidade pública de saúde no município do Rio de Janeiro ficam sabendo, antes do parto, em qual maternidade terão seus bebês e têm a oportunidade de visitar o local. O programa é centralizado na APS. Além de conhecer a maternidade, a futura mamãe, junto com um acompanhante, participa de ações educativas e, ao final da visita, recebe de presente o Enxoval Cegonha. A visita da gestante à maternidade é agendada no 3º trimestre (entre o 7º, 8º e 9º meses) da gestação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RIO DE JANEIRO, 2019).

Além disso, destaca-se que em 2009, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro deu início à reforma do modelo de atenção se embasando no conceito de Atenção Primária em Saúde, cunhado por Starfield e que se apóia em quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, integralidade e coordenação, e três atributos derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural (SORANZ *et al.*, 2017).

Considerando o elevado número de mulheres grávidas, apenas a disponibilidade de consultas pré-natal não resolve o problema e por isso é necessário disponibilizar mais serviços de urgência/emergência obstétricas e assistência ao parto, por isso identificar o perfil das usuárias se torna imprescindível para aprimorar o serviço. Sendo assim, há necessidade de conhecer o perfil das mulheres que realizam pré-natal na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, levando em consideração a importância e relevância da assistência pré-natal e assistência ao parto diante da necessidade de organizar o atendimento de maneira integral para além do manejo clínico. Espera-se, dessa forma, contribuir com mais dados para criação de projetos de intervenção a fim de aperfeiçoar a assistência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Traçar o perfil das gestantes que realizam pré-natal na Atenção Primária, no município do Rio de Janeiro e acessam a maternidade Fernando Magalhães, como referência para porta de entrada das urgências/emergências obstétricas e assistência ao parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais queixas das gestantes e outros achados quando procura a maternidade.

- Comparar o perfil das gestantes com os riscos identificados por cor na classificação de risco no processo de acolhimento.

- Comparar o perfil das gestantes quanto ao período de procura (final de semana / dias da semana).

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 ATENÇÃO À GESTAÇÃO, AO PARTO E AO PUERPÉRIO

A gestação é um momento sublime para a mulher, onde as mudanças fisiológicas ocorrem a todo o momento para gerar uma vida. A transformação do seu corpo é evidente, os hormônios são alterados para uma boa nutrição fetal e com isso, o psicológico da mulher é afetado e sentimentos ganham destaque neste período.

Dias (2014) afirma que o próprio período de gestação propicia uma razão para exigir que as pacientes procurem os serviços de saúde para receber uma assistência de qualidade e um pré-natal de qualidade. Nesse sentido, o pré-natal é de suma importância, pois também deve informar à gestante todas as possíveis situações que ela irá passar ao longo da gravidez até o momento do parto, amenizando assim seus anseios e temores.

Durante o último século, os processos do cuidar do parto e do nascimento sofreram mudanças graduais e significativas. Com o pressuposto de minimizar riscos, o parto foi paulatinamente deslocado do domicílio para o hospital e passou de um evento familiar, centrado na mulher, a um procedimento médico-cirúrgico (PASCHE *et al.*, 2014).

Com isto a parturiente se vê afastada de seus familiares e muitas vezes sozinha, em um ambiente frio, desconhecido e mecânico, onde se sente perdida e não têm mais o domínio de seu próprio corpo, desprovidas de sua autonomia e expostas. Nesse contexto, o parto e o nascimento acabam centrados no profissional com o saber/poder técnico-científico como condutor do processo e na tecnologia como superior ao corpo feminino, submetendo a mulher a normas e rotinas rígidas, que muitas vezes não respeitam o seu ritmo natural (CABRAL *et al.*, 2017).

Diante da retirada de seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, descaracteriza e violenta. O momento do parto e do nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à integridade da vida (PASCHE *et al.*, 2014).

Mesmo com toda discussão acerca da assistência à mulher e ao recém-nascido, observa-se ainda a preponderância da adoção e incorporação de práticas obstétricas medicalizadas, o que tem contribuído para o aumento de procedimentos

invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto, o que reflete nos elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal (ANDRADE *et al.*, 2017).

Nesse sentido, não se pode esquecer que tecnologia e humanização devem andar juntas, visto que as duas são necessárias para uma boa assistência e com a tecnologia obstétrica a mulher passou a ser assistida por um profissional capacitado a atender todas as suas necessidades, apesar desta não ser a realidade de todas as mulheres (CABRAL *et al.*, 2017).

Como boas práticas de assistência, pode-se citar a presença de acompanhante, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, liberdade de escolha da posição, contato pele a pele imediato e amamentação na sala de parto (CABRAL *et al.*, 2017).

Assim, a gravidez deve ser tratada como expressão de saúde e o nascimento como processo fisiológico e natural. Sob essa perspectiva, intervenções desnecessárias devem ser evitadas, inclusive porque existe um amplo campo de evidências de que a facilitação do processo natural do nascimento, para que aconteça segundo suas características normais, pode propiciar melhores resultados maternos e perinatais. Portanto, exceto se existirem desvios da normalidade, constatados através dos controles maternos e fetais periódicos, com avaliação contínua de risco, não se justifica qualquer tipo de intervenção nesse processo (ANDRADE *et al.*, 2017).

Considerando ainda que a gravidez e o nascimento são eventos fisiológicos na vida da mulher, é responsabilidade de todos profissionais envolvidos nessa assistência proporcionarem um ambiente de humanismo e segurança, encorajando-a e empoderando-a durante todo processo (ANDRADE *et al.*, 2017).

Enfrentar essa realidade e qualificar a atenção ao parto e ao nascimento exige pensar sob outro paradigma, que coloque a mulher no centro do cuidado e inclua os aspectos sociais, afetivos e sexuais vivenciados na experiência do parir; que substitua a intervenção pela interação, a separação pela inclusão; e que altere as relações de poder.

Este cenário torna imprescindível a instituição de políticas públicas que atuem na transformação das práticas de atenção ao parto e ao nascimento nos serviços de saúde, isto é, voltadas para o âmbito da obstetrícia e neonatologia.

3.2 LEGISLAÇÃO NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL NO BRASIL

No Brasil, a portaria nº. 1.067 de 04 de julho de 2005 compromete-se a cumprir um conjunto de ações na Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005a). O documento estabeleceu como um dos seus objetivos, a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal em todo território nacional. Este documento foi formulado por um grupo de profissionais técnicos por meio da Portaria nº 151/GM, de 4 de fevereiro de 2004.

Nas últimas décadas, a redução das mortalidades materna e infantil tem sido uma preocupação no âmbito da saúde pública mundial, o que é evidenciado pela presença explícita deste tema na Declaração do Milênio, firmada no ano 2000 por 189 nações na Conferência do Milênio das Nações Unidas, sendo a redução da mortalidade materna em três quartos e da mortalidade de crianças menores de cinco anos em dois terços um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser alcançados até 2015 (ONU, 2000).

Nesse sentido, a taxa de mortalidade na infância, no Brasil, já alcançou os índices de redução definidos nos ODM. Todavia, os índices ainda precisam ser reduzidos. O maior desafio enfrentado é a redução dos óbitos neonatais, cujas causas estão significativamente associadas à oferta e à qualidade de ações e serviços de saúde, principalmente na atenção ao parto (BRASIL, 2011a).

Sob o legado dos ODM, em 2015, surgiram os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com metas a serem alcançadas até 2030. Os ODS buscam concretizar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas. Além disso, são integrados, indivisíveis e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável que são a econômica, a social e a ambiental (BRASIL, 2017a).

O desenvolvimento sustentável também reconhece que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, o combate às desigualdades dentro dos e entre os países, a preservação do planeta, a criação do crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável e a promoção da inclusão social estão vinculados uns aos outros e são interdependentes (BRASIL, 2017a).

Neste sentido, reconfigurando o quadro de preocupações mundiais, a saúde materna consta no objetivo número três dos ODS, denominado saúde e bem-estar, e é composta por nove metas a serem atingidas até 2030, sendo que a primeira delas

é a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (FERNANDES *et al.*, 2019).

A primeira política de saúde voltada para as mulheres foi o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), criado em 1973, cujo objetivo era oferecer serviços para garantir a saúde do binômio mãe-filho e o desfecho gestacional da mulher pobre não previdenciária, alocando a maternidade no centro do papel social da mulher. Interessante mencionar que até o início da década de 1980, as políticas de saúde voltadas às mulheres brasileiras eram direcionadas a somente um ciclo de suas vidas, o gravídico-puerperal (COSTA, 2012).

Decorridas algumas mudanças estratégicas e conceituais nas políticas de saúde da mulher, considerando então a melhoria da saúde da população feminina em todas as fases e ciclos da vida, mediante um modelo de atenção integral, valorizando ações articuladas entre serviços de todos os níveis de atenção, políticas públicas têm sido desenvolvidas nas últimas décadas visando a redução das mortes maternas e infantis, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria n. 596 de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004a), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004 (BRASIL, 2004b) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

A PNAISM incorporou o conceito de gênero para ponderar as condições de vida e saúde das mulheres, identificando as demandas de mulheres visando garantir o direito à saúde, a ampliação do acesso e a redução de morbimortalidade e de desigualdades. Assim, a PNAISM visava promover atenção obstétrica e neo-natal qualificada e humanizada que ampliasse a adesão ao PHPN (COSTA, 2012).

Instituída por meio da Portaria ministerial nº 1.459/2011, sendo esta portaria alterada no mesmo ano pela Portaria Ministerial nº 2.351/2011, o surgimento da Rede Cegonha é produto das inúmeras discussões a respeito da necessidade de uma reorganização do modelo assistencial com foco maior na formação de vínculo entre os serviços de saúde.

No mesmo ano, a Portaria nº 1.473 do MS instituiu Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia (BRASIL, 2011d).

O objetivo central da Rede Cegonha é combater a mortalidade materna, garantir boas práticas de atenção ao parto e nascimento e organizar a rede de atenção materna e infantil com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011a).

Visa-se a redução das mortalidades materna e infantil, especialmente a neonatal, por meio da qualificação dos serviços de Saúde na Atenção Básica, principalmente do componente pré-natal, da atenção ao parto e ao nascimento, à mulher no puerpério e à criança na primeira infância, enfatizando os seus dois primeiros anos (BRASIL, 2011a).

Entre os desafios enfrentados pela Rede Cegonha estão a necessidade de mudanças no modelo tecno-assistencial da atenção ao parto e ao nascimento, o qual gera excesso de medicalização, banalização da cesárea, desrespeito aos direitos da mulher e da criança e o cuidado diferenciado aos adolescentes e jovens (PASCHE *et al.*, 2014). Esse fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento, somado ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil, aponta a necessidade de reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério (DINIZ, 2009).

O fato de que o consumo de procedimentos não impacta nos níveis de saúde é reforçado pela questão de que o acesso ao pré-natal é praticamente universal no país, sem, contudo, proporcionar qualidade satisfatória (BRASIL, 2011b). O modelo de atenção ao pré-natal tem incorporado crescentes custos gerados pela inclusão acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos); todavia, a contrapartida dos resultados não tem sido suficiente (OLIVEIRA NETO, 2009).

Nesse sentido, a Rede Cegonha propõe um modelo que visa transformar a lógica do cuidado, com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento; promoção da saúde infantil e materna; prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis; e normalidade do processo de parto e nascimento, considerando o parto como evento fisiológico e social, no qual deve haver estímulo à autonomia da mulher, pautada na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, no bebê e na família (PASCHE *et al.*, 2014).

Ainda é proposta a garantia do acompanhamento da criança na Atenção Básica, com foco na avaliação e apoio ao desenvolvimento integral, principalmente, na primeira infância: apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar

saudável; crescimento físico, desenvolvimento neuromotor, intelectual-cognitivo, sócio-emocional; e diagnóstico precoce e suporte intersetorial à família em situações de violência ou dinâmica familiar alterada (PASCHE *et al.*, 2014).

Diante dessa perspectiva, a Rede Cegonha tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais: a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; a garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência; a garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto; a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo; a gestão democrática e participativa, isto é, gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2017b).

Ressalta-se que, diante da complexidade, o processo de implementação da Rede Cegonha estabelece pactuação e gestão interfederativa, tornando como ferramentas chaves do processo a qualificação dos profissionais, o apoio institucional e a disseminação de conhecimentos (PASCHE *et al.*, 2014).

Nesse contexto, o Programa Cegonha Carioca, implementado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 2011, está baseado na vinculação do pré-natal às maternidades do município, o transporte da gestante por ambulância no trabalho de parto (atendimento móvel) e o acolhimento e classificação de risco por enfermeiro nas maternidades. Este programa visa eliminar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento para o parto, diminuir o índice de mortalidade materna, manter a tendência de queda na mortalidade neonatal, humanizar a atenção ao parto e nascimento, minimizar as complicações evitáveis e melhorar os indicadores de qualidade do cuidado materno e ao neonato (LIMA *et al.*, 2015).

Dentre os indicadores de desempenho das equipes vinculados a mulher e a criança na Atenção Primária incluem-se a proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida, proporção de crianças com 6 meses em aleitamento exclusivo, proporção de gestantes com 6 ou mais consultas pré-natal e proporção de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em saúde bucal, bem como a proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado e a proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes (PROGIANTI *et al.*, 2014).

Destaca-se que o Programa Cegonha Carioca abrange a organização e definição das maternidades de referência desde o pré-natal, incluindo a remoção das gestantes no momento do trabalho de parto, do domicílio para a maternidade definida durante o pré-natal por meio do serviço de tele-atendimento e serviço de ambulância. Mediante a definição da maternidade de referência e do direcionamento para reconhecimento dos sinais indicativos do trabalho de parto, a gestante deve ser orientada a ligar para este serviço de tele-atendimento, que define o envio da ambulância para as gestantes classificadas como de baixo risco obstétrico e remoção destas gestantes para a maternidade de referência (LIMA *et al.*, 2015).

Em relação ao acolhimento das gestantes nas maternidades de referência pela equipe de enfermagem, este também envolve a classificação do risco obstétrico, visando garantir os direitos de saúde previstos no Sistema Único de Saúde e complementação das estratégias para a redução da mortalidade materna e infantil (PROGIANTI *et al.*, 2014).

Apesar do Programa Cegonha Carioca não prever um elemento específico para a assistência ao parto, suas ações estão atreladas de forma direta ao momento do parto, na tentativa de melhorar a vinculação da atenção básica, onde o pré-natal é realizado, com a atenção secundária, onde o parto é assistido (LIMA *et al.*, 2015).

Portanto, o Programa Cegonha Carioca é um instrumento que reforça a efetivação dos direitos que são preconizados em documentos oficiais anteriores à sua implementação, buscando favorecer o protagonismo da mulher no parto, o que é indispensável para uma assistência humanizada, inclusive porque no cotidiano assistencial, esse arcabouço legal que dá sustentação às ações voltadas para os direitos da mulher ainda não é suficientemente cumprido em todos os serviços obstétricos do país. Nesse sentido, enfatiza-se que este protagonismo feminino depende do respeito à cidadania, bem como aos direitos e à autonomia das mulheres, que são indispensáveis para se estabelecer um cuidado com competência técnica, humana e ética (LIMA *et al.*, 2015).

3.3 PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E MATERNIDADE

O pré-natal inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto, ou

seja, um conjunto de ações que perpassa por um período de tempo, envolvendo engajamento da mulher e principalmente manejo e comprometimento de profissionais de saúde dos três níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2000).

A assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, o que significa que ele promove o bem-estar físico e emocional no decorrer do processo de gestação, parto e nascimento, além de permitir o acesso à informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto da parturiente (DIAS, 2014).

Quando a gestante participa do programa tem aumentada a possibilidade de ter uma gestação mais tranquila e segura. Por isso um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o princípio da gravidez que é, geralmente, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, e assim dar assistência às suas necessidades (DIAS, 2014).

Sob essa perspectiva, entende-se que um pré-natal de qualidade abrange o desenvolvimento de ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes na rede de atenção básica e deve coordenar e facilitar o acesso oportuno à própria atenção básica e a outros níveis de atenção da rede de serviços de saúde, garantindo a oferta adequada de cuidados coma gestação e o parto (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Assim, para que se alcance um pré-natal de qualidade na rede é preciso, por exemplo, que a mulher tenha fácil acesso à Unidade Básica de Saúde e à realização do teste rápido de gravidez a partir de sua demanda. Não obstante, a busca ativa das gestantes e das puérperas na comunidade também deve ser feita pelos Agentes Comunitários de Saúde ou por outro profissional da equipe de saúde. O importante é que isso seja rotina, bem como a garantia das consultas de pré-natal e dos exames de rotina, atentando para a disponibilização dos resultados em tempo hábil (BRASIL, 2012).

Deve-se ainda assegurar o preenchimento adequado da Caderneta da Gestante e a prática de ações educativas e integrativas em saúde. Não se pode deixar de informar à mulher que a Caderneta da Gestante é o seu documento de identificação durante o período pré-natal e também se deve orientá-la sobre as informações que estão contidas e a necessidade de apresentá-la em todas as consultas durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2012).

Importante enfatizar que a assistência ao pré-natal deve começar no primeiro trimestre gestacional e as consultas devem ser agendadas para que se tenha a

cobertura necessária ao acompanhamento efetivo. Deve haver no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, pelo menos duas consultas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre gestacional (BRASIL, 2000).

Nas consultas evidencia-se a necessidade de participação de um membro familiar, bem como o acompanhamento multiprofissional que permita esclarecer todas as dúvidas e fortalecer o vínculo entre o profissional e a gestante, para que dessa forma a gestante possa realmente dispor de um pré-natal que priorize a qualidade e a humanização (BRASIL, 2000).

O acompanhamento da gestante realizado no pré-natal é de suma importância, visto que avalia o binômio feto-mãe, acompanha o desenvolvimento do feto, até mesmo no sentido de identificar precocemente algumas doenças como a diabetes gestacional ou a pré-eclâmpsia, as quais afetam também a gestante (ANDREUCCI e CECATI, 2011).

Entende-se, desta forma, que um pré-natal bem realizado na atenção básica reduz as complicações durante a gestação, diminui as infecções e os riscos iminentes do parto, além do acompanhamento da gestante para promoção da saúde visando a diminuição das taxas de mortalidade materna (DIAS, 2014).

Conforme o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde recomenda-se como principais procedimentos nas consultas o exame físico, exame ginecológico e exames laboratoriais de rotina. Também deve ser feito o exame preventivo de câncer de colo de útero e anti-HIV. Todas as gestantes devem receber suplementação de ferro e orientação quando ao aleitamento materno (BRASIL, 2005b).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), na atenção primária a consulta deve ser intercalada entre o profissional enfermeiro e médico. Assim, cabe também ao enfermeiro realizar consultas de pré-natal de gestantes classificadas como de baixo risco ou de risco habitual, com a responsabilidade de assegurar uma assistência qualificada e integral. O enfermeiro também pode e deve acompanhar o pré-natal de alto risco, quando integrante de uma equipe multiprofissional, visto que o atendimento não é restrito ao médico se considera que o cuidado pré-natal ultrapassa a realização de consultas individuais (BRASIL, 2012).

Além disso, a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico puerperal, incluindo

o cuidado pré-natal, faz parte das diretrizes estabelecidas pelo PHPN e pela Rede Cegonha (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Todavia, a assistência pré-natal não deve estar limitada meramente à realização de consultas e solicitação de exames, mas também deve incluir o acolhimento e o reconhecimento das necessidades das gestantes, visando a criação de vínculos (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

O acolhimento traduz-se por gestos simples com forma cordial de atendimento, como quando os profissionais chamam as gestantes pelo nome, informam acerca das condutas e dos procedimentos a serem realizados usando uma linguagem adequada, quando escutam e valorizam as narrativas das usuárias, garantem sua privacidade, dentre outras atitudes humanizadoras passíveis de serem operadas, se respeitada a ética da alteridade. Logo, o acolhimento envolve o acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas em seus contextos psicossociais (SILVA *et al.*, 2014).

Conforme o Ministério da Saúde (2002a), o acolhimento é fator determinante no pré-natal e alude à recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a continuidade da assistência, quando necessário. É fato que o diálogo franco e a sensibilidade dos profissionais que fazem o acompanhamento durante o pré-natal são premissas imprescindíveis para que o saber em saúde seja ofertado à mulher, protagonista no processo de gestação e parto (BRASIL, 2005b).

Ressalta-se que uma experiência positiva para as gestantes durante o pré-natal é reflexo de uma relação profissional-usuária que se estabelece ao longo da assistência e do diálogo, sendo que as informações e orientações acerca dos cuidados em saúde são entendidas como um diferencial que colabora para se alcançar a qualidade (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

Além disso, vale ressaltar que o pré-natal é direito da gestante, garantido pelo Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento estabelecido pelo Ministério da Saúde. Outros direitos ditados são o atendimento humanizado no parto e puerpério, além de adequada assistência neonatal ao recém-nascido. O Ministério da Saúde ainda responsabiliza, por meio dessa portaria, as autoridades sanitárias no âmbito municipal, estadual e federal, pela garantia da aplicação desses direitos (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento almeja diminuir as taxas de mortalidade materna e perinatal, expandir o acesso ao pré-natal, melhorar as consultas e gerar vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. Nesse sentido, proporciona como estratégias o cuidado prestado e o respeito aos direitos reprodutivos (DIAS, 2014). O PHPN também visa a redução das taxas de cesárias desnecessárias, bem como promover uma assistência obstétrica mais humanizada, de forma a prestar uma assistência humanizada, embasada nos princípios e estratégias da Política Nacional de Humanização, que é o caminho para se atingir a melhoria na qualidade da assistência (ANDRADE *et al.*, 2017).

Considera-se ainda que na assistência da atenção primária à saúde, a realização das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde é baseada em um processo contínuo de avaliação do serviço de pré-natal, visando um atendimento integral à usuária e uma prática com mais qualidade (BRASIL, 2006).

O conhecimento das ações de pré-natal é essencial para a compreensão dos avanços obtidos e dos obstáculos a serem superados pelo Sistema Único de Saúde, almejando a melhoria dos indicadores de saúde materna (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a atuação da Estratégia Saúde da Família, que é o principal modelo de atenção para a efetivação do pré-natal na rede básica do Sistema Único de Saúde, tem sido alvo de análises. Dentre os desafios à melhoria da qualidade da atenção pré-natal destaca-se a necessidade de institucionalizar o monitoramento e avaliação da rotina de suas ações implementadas pelas equipes de saúde da família (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Sendo assim, para fortalecer a avaliação em saúde no Brasil destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, o qual busca avaliar integralmente o desempenho da atenção básica e propiciar um amplo conjunto de informações sobre o pré-natal. Desta forma, o pré-natal tem sido objeto de estudo com ênfase na avaliação da adequação das suas ações, orientada pelos critérios de qualidade e efetividade estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Logo, a atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é de suma importância para a saúde materna e neonatal, o que requer um olhar sobre o processo saúde-doença que compreenda a gestante em sua totalidade e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive, bem como o

estabelecimento de bases para a promoção da saúde onde sejam incluídos a valorização aos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2006).

3.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR COR EM OBSTETRÍCIA

O acolhimento é almejado como um processo transversal que precisa permear todos os espaços do serviço e rede de saúde, sendo uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante (BRASIL, 2017b).

Diante desse entendimento, o acolhimento é decisivo para o reconhecimento de condições clínicas urgentes, bem como para a potencialização da vivência do parto e do nascimento. Além disso, tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres e dos recém nascidos, o que envolve também a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. No entanto, o atendimento burocrático, por ordem de chegada, muitas vezes não possibilita que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco objetiva reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos (BRASIL, 2017b).

Desta forma, o acolhimento e a classificação de risco conduzem à tomada de decisões pelo profissional da saúde mediante a escuta ativa das queixas do paciente atrelada à avaliação clínica pautada em protocolos e baseada em evidências (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

Assim, é fundamental que a mulher e sua família se sintam acolhidos para que seja desempenhada uma anamnese clara e objetiva com abertura para dúvidas e solicitações e que, além disso, também permita a classificação de risco obstétrico/puerperal. Espera-se assim favorecer a criação do vínculo e a avaliação de possível vulnerabilidade de acordo com seu contexto social (BRASIL, 2012).

O protocolo de acolhimento e classificação de risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e linguagem universal para as urgências obstétricas. O objetivo é a pronta identificação de casos críticos ou graves, possibilitando atendimento rápido e seguro conforme o potencial de risco, baseado em evidências,

além de orientar uma análise sucinta e sistematizada para identificar situações de ameaça à vida (BRASIL, 2014).

Na especialidade em foco, a classificação de risco envolve categorias de gravidade diferenciadas por cores (Quadro 1): vermelha (emergente) para pacientes com risco de morte, laranja (muito urgente) para pacientes em estado crítico ou semicrítico não estabilizadas, amarela (urgente) para pacientes em estado crítico ou semicrítico já estabilizadas, verde (pouco urgente) para pacientes menos críticos, sem risco de agravos e azul (não urgente) para não graves (BRASIL, 2009).

Quadro 1: Avaliação da urgência dos sinais e sintomas apresentados durante a avaliação e dado em cores.

Classificação de Risco	Cor	Sinais e sintomas
Prioridade máxima emergência	Vermelha	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres com ou sem confirmação de gravidez: com convulsão em atividade, Hipotensão (PAS \leq 80 mmHg), Taquicardia (\geq120 bpm), Bradicardia (\leq 45 bpm), Pele Fria, palidez acentuada / Perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural. - Insuficiência respiratória: Incapacidade de falar / Fala entrecortada, Cianose, FR \leq 10 ipm, FR \geq 32 ipm, Respiração agônica /Dispnéia extrema / Fadiga muscular, Uso de Musculatura acessória. - Gestante com alteração do estado mental: Não-responsiva / Déficit cognitivo / Confusão mental, Letargia / Agitação / Paralisia, Intoxicação exógena, Hipoglicemia com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispnéia, alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou outrem. - Gestante em trabalho de parto (Período expulsivo), - Gestante com hemorragia genital e/ou dor aguda. - Gestante com prolapso de cordão. - Exteriorização de partes fetais pelos genitais. - Pós-parto imediato– parto no trajeto ou domiciliar.
Prioridade I Muito urgente	Laranja	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez > 20 semanas: trabalho de parto (contrações a cada dois minutos), ausência de movimentos fetais, - Gestante ou puérpera com hipertensão (PA \geq 160x100mmHg); gestante ou puérpera com hipertensão (PA \geq 140x100mmHg) com: cefaléia, epigastralgia, alterações visuais, toxemia. - Gestante ou puérpera com febre: TAX \geq 40°C, alteração mental; gestante ou puérpera com doença psiquiátrica e rigidez de membros; gestante ou puérpera com relato de convulsão em pós comicial. - Não gestante com dor abdominal aguda de forte intensidade associada à náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez.

Continua...

Prioridade II Urgente	Amarela	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão em gestante ou puérpera com PA \geq 140x90mmHg e $<$ 160x100mmHg. - Gestante com sangramento genital moderado e/ou dor; gestante com êmese ou hiperêmese com sinais de desidratação (letargia, mucosas secas e turgor pastoso). - Pacientes com ou sem confirmação de gravidez e puérpera com febre (TAX \geq 38,5°C e $<$ 40°C). - Queixa ligada à amamentação (Hiperemia, dor, febre e sinais de abscesso). - Gestantes com queixa de perda de líquido em média e grande quantidade. - Situações especiais referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência. - Vítimas de violência
Prioridade III Pouco urgente	Verde	<ul style="list-style-type: none"> - Gestante com febre (TAX $<$ 38,5°C); - Êmese ou hiperêmese (sem sinais de desidratação; dor abdominal; queixas urinárias (Oligúria, disúria e febre); sintomas gripais; avaliação de ferida operatória; sinais de bartolinite; - Gestante do pré-natal de alto risco (sem queixas que demandem atendimento de urgência); - Queixas ligadas à amamentação. - Gestantes com queixa de perdas de líquido em pequena quantidade. - Risco social (Gestantes de risco habitual, encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência e gestantes escoltadas).
Prioridade IV Não urgente	Azul	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas de baixa complexidade: consulta pré-natal sem procura prévia ao Centro de Saúde, questões sociais sem acolhimento clínico, curativos, trocas ou requisição de receitas, dor pélvica crônica ou recorrente, atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (suspeita de gravidez sem diagnóstico), irregularidades menstruais, hipermenorréia/menorragia sem alteração de sinais vitais, problemas com contracepção oral/injetável, retirada de DIU ainda que com fio não visível, avaliação cirúrgica, retirada de pontos, avaliações de exames em caráter eletivo, exame preventivo e solicitação de atestado médico.

Fonte: BRASIL (2014).

Após proceder o diagnóstico de enfermagem baseado nas queixas apresentadas e história clínica colhida e a classificação da paciente através do sistema de cores é imprescindível fazer o registro no Instrumento de Acolhimento de Enfermagem quanto à classificação de risco e a prioridade da paciente e informar a paciente a prioridade de seu atendimento conforme a classificação realizada, fazendo o encaminhamento da paciente à sala de espera para atendimento obstétrico, segundo a classificação de risco (Figura 3) (BRASIL, 2017b).

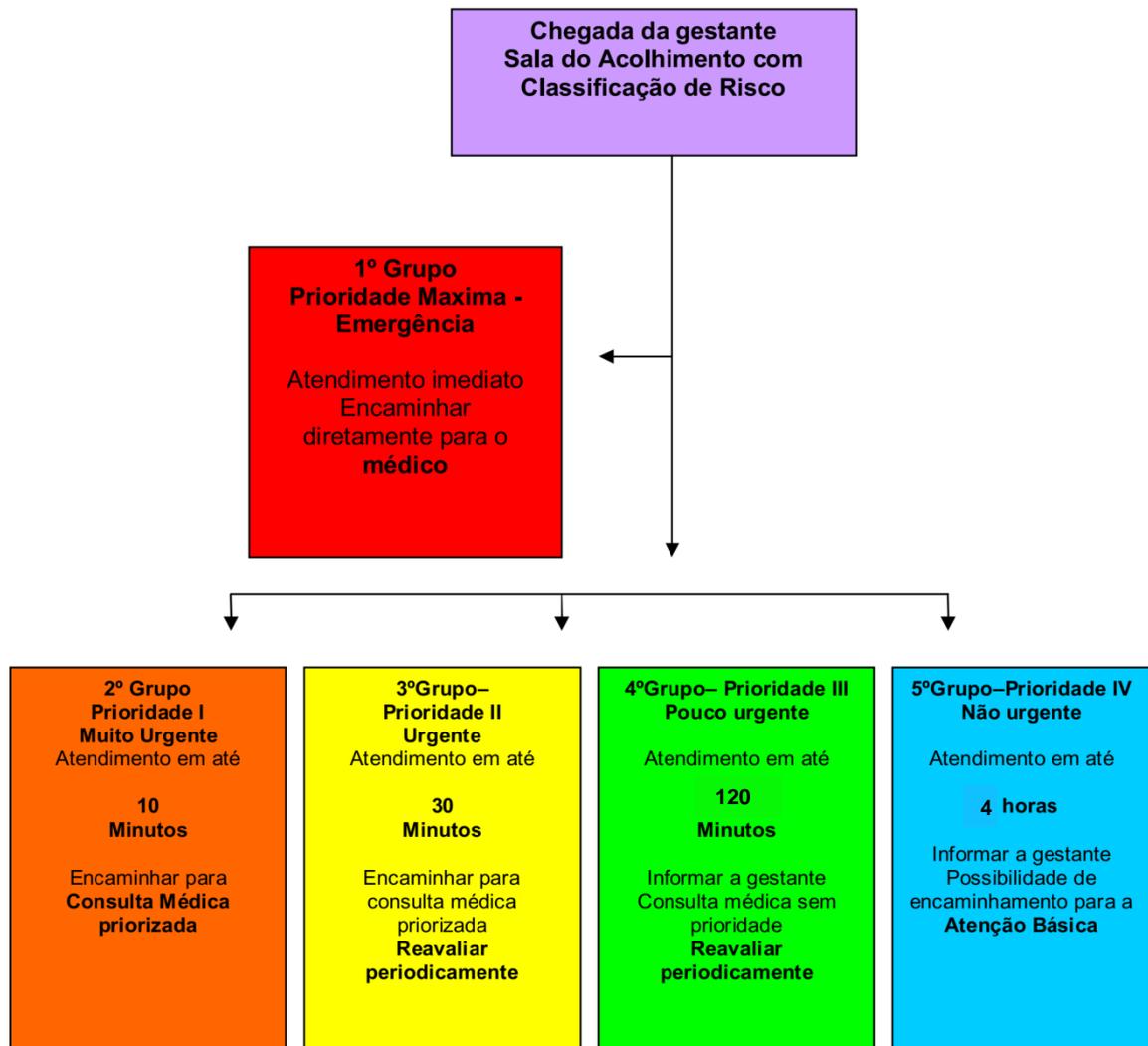


Figura 1: Sistema de cores para Classificação de Risco (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014; ROCHA, 2018).

Apesar da implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco requerer processos de acompanhamento avaliativo para adequar e ajustar sua efetiva operação há poucos estudos em obstetrícia sobre o tema e deficiências no monitoramento e na avaliação dos fluxos de atendimento (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que o objetivo da classificação de risco é contribuir para melhorar a qualidade da assistência e do fluxo de pacientes que buscam as unidades de urgência/emergência (ROCHA, 2018).

Nesse sentido, quando o paciente chega ao setor de emergência é acolhido pelo enfermeiro que faz a escuta qualificada para classificar com cores conforme critérios de risco (BRASIL, 2009).

De acordo com Souza *et al.* (2013), para o enfermeiro que atua na Classificação de Risco é necessária a habilidade da escuta qualificada, avaliação e registro completo da queixa principal, saber trabalhar em equipe, ter raciocínio crítico e agilidade para tomada de decisões, e ainda o conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial para o melhor encaminhamento do usuário.

Um dos dispositivos fundamentais é o uso de um instrumento sistematizado, que contextualize as informações de modo preciso e direto, conduzindo tecnicamente as ações para uma boa classificação de risco e melhora da resolubilidade assistencial. Todavia, o uso dessa ferramenta nem sempre é feito de forma eficiente nas urgências obstétricas. Na maioria das vezes isso ocorre pela complexidade nos dados e pelo entendimento superficial dos profissionais, bem como pelo processo de classificação de risco como um todo. Além disso, escassos são os estudos direcionados à análise do instrumento de coleta de dados, o que é importante para identificar se seu uso está apropriado ao serviço assistencial e se existe clareza de entendimento por parte do profissional atuante quanto a sua prática (ROCHA, 2018).

Logo, o acolhimento com classificação de risco é uma das intervenções potencialmente decisivas, partindo do pressuposto da eficácia no atendimento. Com o auxílio de protocolos preestabelecidos, orienta o atendimento conforme o nível de complexidade e não por ordem de chegada, exercendo uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2002b).

Outro ponto interessante a se destacar é que o sistema de classificação e a regulação de usuários por meio de senhas pode favorecer o ordenamento de filas e estabelecer prioridades, porém a lógica do acesso, alicerçada na classificação de risco, não deve remeter à falta de acolhimento e indiferença dos profissionais ao sofrimento dos usuários ao tratar de forma objetiva aspectos subjetivos (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

Além disso, os indicadores propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2009), a saber: tempo médio de espera do cadastro ao início da classificação de risco, tempo médio da classificação de risco, tempo médio de espera para atendimento médico ou da enfermeira obstetra segundo prioridade clínica (cor) classificada e percentual de classificações segundo prioridade clínica (cor), avaliam

e monitoram o serviço de acolhimento e classificação de risco com o propósito de proporcionar subsídios ao processo de avaliação do acesso das mulheres ao setor de urgência; garantir, pactuar e monitorar os fluxos de encaminhamento; monitorar a resolutividade do serviço no hospital; e organizar o setor para prestar uma assistência segura e humanizada (BRASIL, 2014).

Assim, entende-se que esses indicadores, aliados ao monitoramento dos fluxos de atendimento pactuados nas instituições, são valiosos instrumentos de avaliação para tomada de decisão e elaboração de planos de melhoria que se façam necessários. Ressalta-se que este monitoramento deve ser mensal gerando relatórios, os quais precisam ser discutidos com a equipe gestora e trabalhadores para o compartilhamento das fragilidades e elaboração de estratégias de enfrentamento e corresponsabilização (BRASIL, 2017b).

Portanto, entende-se que mais que uma previsão legal, a classificação de risco é uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizados àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza (SOUSA *et al.*, 2013).

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo survey, com abordagem quantitativa de caráter transversal, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados de campo realizado tendo como referência o período de janeiro a abril de 2018. O período foi definido devido à pandemia pelo coronavírus (COVID-19). O distanciamento social ocasionado como medida de controle para a pandemia impediu a continuidade da coleta de dados no local.

O instrumento utilizado para realizar este estudo foi a ficha de Classificação de Risco do Projeto Cegonha Carioca (ANEXO 1). Este instrumento é utilizado no processo de acolhimento das gestantes e serve para classificar o risco a partir das queixas, a cor estabelece o tempo e a prioridade no atendimento da gestante pela equipe médica.

O estudo foi realizado na Maternidade Fernando Magalhães que está sob o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES 2270714) e é um hospital de referência para gestantes de baixo e alto risco que realizam pré-natal na Atenção Primária, pertencente à rede pública Municipal do Rio de Janeiro.

4.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo as gestantes atendidas na maternidade no período estudado que não residiam no município do Rio de Janeiro, as gestantes que estavam realizando pré-natal na rede privada, as fichas preenchidas incorretamente ou incompletas, os atendimentos de queixas ginecológicas das pacientes não grávidas e os atendimentos neonatais.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro conforme CAAE 0696519.7.3001.5279

e Parecer nº 3.784.767 e também pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme o CAAE 20696519.7.0000.5238 e Parecer nº 3.665.188.

Os procedimentos éticos no desenvolvimento do estudo foram respeitados conforme a resolução nº 510/2016, e pela resolução nº 580/2018 que trata das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico envolvendo para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assegurou-se o anonimato das informações das gestantes participantes do estudo e a confidencialidade das informações (que só foram divulgadas para o conjunto de profissionais). A direção da maternidade e da secretária local foram informadas e autorizaram o estudo.

4.3 PROCESSO DE SELEÇÃO DA AMOSTRA

A partir da ordenação das fichas (Figura 2) numeradas por horário de atendimento e dia da semana dentro de cada mês foi selecionada a quantidade de pessoas assinalada em cada célula da Tabela 1 para compor a amostra final de cada dia da semana.

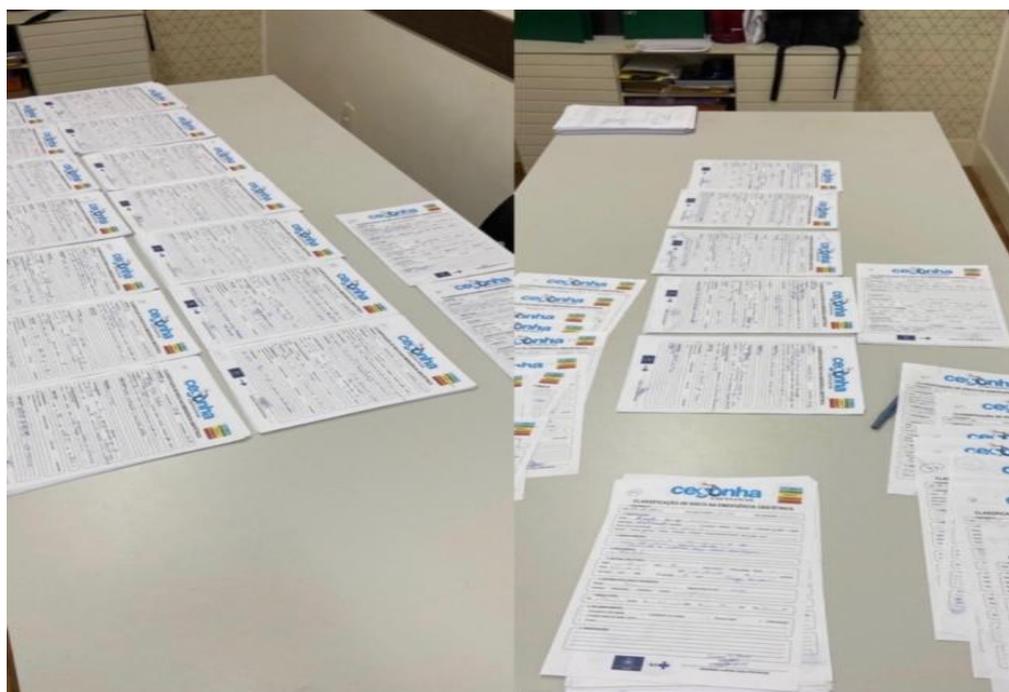


Figura 2: Ordenação de fichas.

Tabela 1 - Distribuição das amostras independentes selecionadas das fichas de atendimento de emergência por dia da semana - Hospital Maternidade Fernando Magalhães - Rio de Janeiro/RJ - janeiro-abril-2018.

Mês	2 ^{af}	3 ^{af}	4 ^{af}	5 ^{af}	6 ^{af}	Sábado	Domingo	Total
Janeiro	48	52	55	46	44	42	36	326
Fevereiro	44	39	35	35	40	36	35	264
Março	36	41	37	47	53	49	35	298
Abril	62	38	32	40	43	42	40	297
Total	190	170	159	168	180	169	146	1.185

Destaca-se que o tamanho das amostras em cada dia da semana é semelhante, mas a alocação por dia da semana é diferente, respeitando-se a proporção de atendimentos por dia da semana em cada mês no universo de fichas.

4.4 DICIONÁRIO DE DADOS

Foi elaborado um dicionário de dados a partir das informações contidas na ficha de classificação de risco, instrumento que norteia essa pesquisa. Primeiro extraímos as variáveis que foram analisadas no estudo e depois descrevemos cada variável e o tipo de preenchimento, estabelecendo se o campo de registro era numérico ou alfabético. Por fim, identificou-se o formato das variáveis de análise (APÊNDICE).

4.5 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A cidade do Rio de Janeiro tem 1.224 km² de área e densidade demográfica de 5.265,82 habitantes/km². Em 2019 a estimativa populacional apontou 6.718.903 habitantes (IBGE, 2020). Organiza-se em 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros, que apresentam diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde.

O município do Rio de Janeiro conta com uma rede robusta de saúde em todos os níveis de atenção à saúde. A rede de atenção primária possui 231 unidades, entre Clínica da Família e Centro Municipal de Saúde, já a rede de urgência e emergência possui 12 maternidades e uma casa de parto próprias (RIO DE JANEIRO, 2020).

Segundo dados da SMS, essas maternidades e casas de parto representam ao todo mais 700 leitos de alojamento conjunto (mães e bebês) e 295 leitos de UI/UTI neonatal. As unidades estão distribuídas por toda a cidade e estão inseridas no programa Cegonha Carioca, o qual busca garantir o melhor cuidado para mãe e o bebê e oferece incentivos ao pré-natal e transporte em ambulância para maternidade, quando chegar a hora do parto. Também atendem à demanda espontânea de pacientes na porta de entrada.

Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha com a divisão da cidade em dez áreas de planejamento (Figura 3).

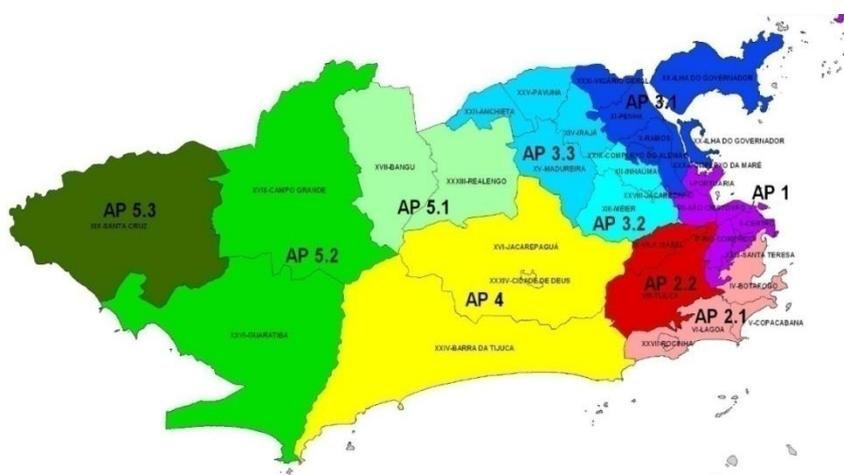


Figura 3: Mapa das Áreas Programáticas da cidade do Rio de Janeiro (Fonte: Instituto Pereira Passos, 2010).

A área de planejamento 1.0 é distribuída por seis Regiões Administrativas, possui 15 bairros e uma população total estimada de 294, 919 habitantes (CENSO, 2010). Nesta área de planejamento se localiza o Hospital Maternidade Fernando Magalhães. Quatro unidades da APS da área têm a maternidade como referência nas urgências/emergências obstétricas e assistência ao parto. A rede de saúde da

área possui 17 unidades de APS, sendo 7 Centros Municipais de Saúde, 8 Clínicas da Família e 2 Centros de Saúde Escola.

Interessante mencionar que a área ainda possui a Maternidade Maria Amelia Buarque de Hollanda, localizada no centro da cidade, sendo que essa maternidade é referência para as outras 13 unidades de saúde da AP 1.0.

Cabe ainda destacar que, diante da Lei nº 1.042 de julho de 1987, que previa o atendimento de mulheres em caso de estupro e a realização do procedimento do aborto legal, conforme os casos previstos no Código Penal da década de 1940, no Município do Rio de Janeiro, durante décadas havia duas unidades para realização do procedimento: Hospital Maternidade Fernando Magalhães e Hospital Maternidade Herculano Pinheiro. No entanto, o Hospital Maternidade Fernando Magalhães seguiu como unidade com maior experiência na realização do aborto legal (LIMA JUNIOR e WEBER, 2016).

Pode-se observar a distribuição dos estabelecimentos de saúde para parto disponíveis na rede do município por área de planejamento de acordo com referência para atendimento no Quadro 2.

Além disso, considerando todas as áreas de planejamento, 63,5% dos partos ocorridos no período no Hospital Maternidade Fernando Magalhães foram de gestantes residentes das áreas de planejamento 1.0 e AP 3.1, o que mais uma vez evidencia a importância desta maternidade. Além disso, ressalta-se que a maior parte das gestantes atendidas fizeram o parto nesta maternidade (**Tabela 2**).

Além disso, o peso relativo dos partos do total de nascidos vivos no período (janeiro a abril) no município do Rio de Janeiro na maternidade Fernando Magalhães representa 8% dos partos.

Ressalta-se que a atenção pré-natal para as mulheres inclui orientações sobre o tipo de parto mais seguro em cada situação. A decisão deve ser tomada de acordo com cada caso e é fundamental o esclarecimento da gestante e de sua família, cuja participação deve estar garantida no processo decisório (VIELLAS *et al.*, 2014).

Salienta-se que gestação de risco não é sinônimo de cesariana, sendo possível a indução do parto ou aguardar o seu início espontâneo. Contudo, o que se tem evidenciado nos indicadores nacionais é o aumento no número de cesáreas, incluindo os casos de gestação de alto risco (FERNANDES *et al.*, 2019).

Quadro 2: Distribuição dos Hospitais Maternidades por área de planejamento de Residência do Morador de acordo referência para atendimento.

AP	Esfera	Estabelecimentos de Saúde Disponíveis na Rede do Município	Distribuição dos Estabelecimentos por Área de Planejamento de Residência do Morador de Acordo Referência para Atendimento										
			1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	
1.0	Municipal	HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES	X		X	X	X						
5.1	Municipal	CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO									X		
1.0	Municipal	HOSPITAL MATERNIDADE MARIA AMÉLIA BUARQUE DE HOLLANDA	X		X	X							
2.1	Federal	MATERNIDADE ESCOLA UFRJ		X									
2.1	Municipal	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO		X					X				
2.1	Federal	INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF (FIOCRUZ)		X									
3.2	Municipal	HOSPITAL MATERNIDADE CARMELA DUTRA			X	X	X		X				X
3.3	Municipal	HMRG - MATERNIDADE MARIANA CRIOULA				X		X					
3.1	Federal	HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO				X							
3.3	Municipal	HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO						X	X				
5.1	Municipal	HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						X					X
4.0	Municipal	HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE - MATERNIDADE LEILA DINIZ							X			X	
5.1	Municipal	HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER								X	X		
5.1	Municipal	HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO								X	X		
5.2	Municipal	HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA									X		
5.3	Municipal	HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II											X

Fonte: Fluxo Cegonha Carioca / CNES.

Tabela 2: Distribuição do número de nascidos vivos por tipo de parto e área de planejamento de residência segundo estabelecimentos de saúde - Município do Rio de Janeiro/RJ - janeiro-abril-2018.

Estabelecimento	Tipo de Parto			Área de Planejamento												lg	Total
	Vaginal	Cesário	(%) partos vaginais	(%) AP 1.0 + AP 3.1	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3			
MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES	948	646	59,5%	63,5%	338	7	51	674	95	52	11	12	18	5	330	1.593	
INSTITUTO FERNANDEZ FIGUEIRA*	168	200	45,7%	11,4%	18	108	4	24	11	15	16	7	9	8	147	367	
HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO*	498	324	60,6%	60,5%	5	3	-	492	16	20	17	22	28	20	198	821	
HOSP MUN ALBERT SCHWEITZER	1.049	550	65,6%	0,5%	1	2	2	7	3	37	11	1.036	335	47	81	1.562	
HOSP MUN ROCHA FARIA	811	435	65,1%	0,3%	3	1	-	1	1	2	7	9	978	139	104	1.245	
CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	65	-	100,0%	6,3%	-	-	-	4	1	7	7	17	13	3	12	64	
HOSP MUN LOURENCO JORGE	1.461	720	67,0%	0,8%	1	16	5	16	3	20	1.696	15	338	36	35	2.181	
HOSP MUN MIGUEL COUTO	514	303	62,9%	1,8%	5	361	1	10	7	1	413	1	3	2	13	817	
HOSP MUN MARISKA RIBEIRO	1.046	675	60,8%	0,8%	5	-	-	9	4	35	10	877	526	103	103	1.672	
HOSP MUN PEDRO II	962	410	70,1%	0,4%	-	-	-	5	-	3	-	4	96	1.149	115	1.372	
HOSP MUN RONALDO GAZOLLA	1.050	582	64,3%	23,1%	16	-	2	361	11	942	14	35	36	32	183	1.632	
MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	820	322	71,8%	0,9%	4	4	-	6	4	750	23	43	19	69	220	1.142	
MATERNIDADE CARMELA DUTRA	1.309	716	64,6%	11,6%	25	5	140	209	1.205	147	172	16	7	50	49	2.025	
MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO	867	266	76,5%	4,9%	5	2	1	50	18	662	335	4	3	1	52	1.133	
MAT.MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA	1.353	588	69,7%	65,1%	549	34	208	708	54	46	30	7	28	13	254	1.931	
MATERNIDADE ESCOLA UFRJ*	369	326	53,1%	18,6%	74	316	16	55	13	39	31	10	15	14	112	695	
UNIPIO HU GAFFREE E GUINLE*	2	17	10,5%	0,0%	-	-	6	-	3	3	1	-	-	-	6	19	
Total	13.292	7.080	65,2%	18,2%	1.049	859	436	2.631	1.449	2.781	2.794	2.115	2.452	1.691	2014	20.271	

Fonte: Tabnet SMS-RJ, 25 de junho de 2020, a partir dos dados do SINASC/Ministério da Saúde. *Estabelecimentos federais.

Conforme dito anteriormente, a Maternidade Fernando Magalhães, é referência para um grupo de unidades da APS da área para atendimentos das urgências/emergências obstétricas e assistência ao parto (Quadro 3).

Quadro 3: Grupo de unidades de Atenção Primária que tem o Hospital Maternidade Fernando Magalhães como referência.

AREA DE PLANEJAMENTO	UNIDADE QUE ENCAMINHA	NÚMERO DE ESF
1.0	CF Dona Zica	5
1.0	CF Estivadores	3
1.0	CF Medalhista Olímpico Maurício Silva	7
1.0	CMS Ernesto Zefferino Tibau JR	3
	Total	18

Fonte: CNES, Portal SUBPAV, Fluxos Cegonha Carioca

A Maternidade Fernando Magalhães ainda é referência para mais um grupo de unidades da APS do município pertencente a outras três APs (2.2, 3.1 e 3.2), conforme é possível verificar no Quadro 4.

Quadro 4: Grupo de unidades de Atenção Primária de outras APs que tem o Hospital Maternidade Fernando Magalhães como referência.

AREA DE PLANEJAMENTO	UNIDADE QUE ENCAMINHA	NÚMERO DE ESF
2.2	CMS Helio Pellegrino	4
3.1	CF Aloysio Augusto Novis	8
3.1	CF Dona Maria Sebastiana De Oliveira	5
3.1	CF Felipe Cardoso	13
3.1	CF Heitor Dos Prazeres	6
3.1	CF Vittor Valla	7
3.1	CSE Germano Sinval Faria	0
31	CF Jeremias Moraes da Silva	8
3.1	CMS Newton Alves Cardoso	4
3.2	CF Carioca	3
	Total	58

Fonte: CNES, Portal SUBPAV, Fluxos Cegonha Carioca.

A Maternidade Fernando Magalhães também é referência para outros dois hospitais da rede federal no município, além de encaminhar as gestantes que realizam pré-natal no serviço de ambulatório da própria maternidade (Quadro 5).

Quadro 5: Grupo de hospitais que tem o Hospital Maternidade Fernando Magalhães como referência.

AREA DE PLANEJAMENTO	UNIDADE QUE ENCAMINHA
1.0	Hospital Maternidade Fernando Magalhaes
2.2	Hospital Universitário Gaffrée Guinle
3.1	IPPMG – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

A maternidade Fernando Magalhães, foi criada no ano de 1955 e é referência para urgências/emergências obstétricas e assistência ao parto para um grupo de unidades de atenção primária. Também é participante do projeto Cegonha Carioca e por isso possui uma ficha de admissão no processo de acolhimento onde é possível classificar o risco da gestante. Este processo norteia o profissional de saúde definindo a prioridade de atendimento nas urgências.

Diante desse cenário, a Maternidade Fernando Magalhães é bastante importante no município do Rio de Janeiro, sendo referência como porta de entrada das urgências/emergências obstétricas e assistência ao parto. Localizada no Bairro São Cristóvão, é um tipo de hospital especializado, de gestão municipal e com atendimento contínuo de 24 horas/dia (plantão inclui sábados, domingos e feriados).

Atende gestantes de baixo e alto risco e presta atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. O atendimento prestado também inclui internação, urgência e atendimento de demanda espontânea e referenciada do próprio município, e de todo estado devido a existência de 8 leitos de UTI materna, sendo ela a única maternidade do município que possui este serviço.

Ressalta-se ainda o serviço de aborto legal realizado pela maternidade, que durante anos foi o único estabelecimento de saúde do município a oferecer e executar este serviço. Apesar do Relatório de Gestão 2009 a 2016 da Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência mencionar que todas as unidades

estavam aptas para realizar o processo, o documento também reconhece a experiência da HMFM, na execução deste importante serviço para as mulheres cariocas.

Importante informar que as instalações físicas para assistência as usuárias são divididas em ambulatorial e hospitalar, a sala de parto conta com 8 leitos, o centro cirúrgico tem 4 salas, alojamento conjunto possui 68 leitos, obstetrícia clínica 52 leitos e obstetrícia cirúrgica 26 leitos (BRASIL, 2019).

No setor de urgência e emergência conta com 4 salas de atendimento feminino. No setor ambulatorial conta com instalações de clínicas especializadas, odontológica e sala de enfermagem. No setor hospitalar abrange sala de cirurgia, sala de parto normal, sala de pré-parto e leitos de alojamento conjunto. Além disso, como serviço de apoio possui ambulância, banco de leite, central de esterilização de materiais, farmácia, lactário, lavanderia, necrotério, nutrição e dietética, serviço de prontuário ao paciente, serviço de manutenção de equipamentos e serviço social.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações obtidas por meio de coleta das fichas foram inseridas num banco de dados criado no programa Excel, com análise realizada pelo software SAS - Statistical Analysis System. Nesse banco de dados foi possível realizar a identificação e classificação das variáveis investigadas, permitindo a análise descritiva e a associação de algumas variáveis.

No presente estudo foram realizadas análises uni e bivariada. Essas análises foram realizadas, primeiramente, considerando o período da semana dividido em dia da semana (2ª à 5ª f) x final de semana (6ª f à domingo), e num segundo momento, outra variável dependente definida para análise foi a classificação de risco por cor reagrupada em três grupos azul-verde, amarelo e laranja-vermelho. Para ambos os casos foram calculados os p-valores a partir do teste qui-quadrado considerando estatisticamente significantes o p-valor < 5%.

Além disso, as variáveis independentes consideradas estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6: Descrição das variáveis independentes consideradas.

Variáveis Independentes
<ul style="list-style-type: none">• Data de atendimento• Horário de abertura do boletim• Horário de classificação• Data de nascimento• Idade• Escolaridade• Ocupação• Raça/cor• Recebe benefício social• Queixa principal• Procedência• Número de gestações• Número de partos• Número de partos normais e número de partos cesáreos• Número de abortos• Idade gestacional• Inscrição na consulta pré-natal• Número de consultas pré-natal• Local de realização do pré-natal• História de alergia• Uso de medicamento• Doença existente• Pressão arterial• Frequência cardíaca• Frequência respiratória• Temperatura• Encaminhamento do atendimento..

Diante da necessidade de categorizar algumas variáveis independentes foi realizada a recategorização, conforme descrito no Quadro 7.

Quadro 7: Descrição das variáveis recategorizadas a partir das variáveis independentes consideradas.

Variáveis Recategorizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Período da semana (dia da semana, final de semana) • Classificação do benefício social (bolsa família, bolsa família e mais um benefício, aposentadoria, auxílio doença) • Tempo de classificação (até 5 minutos, mais de 5 minutos) • Faixa etária (até 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 anos e mais) • Profissão 1 (do lar, Atuação em serviços auxiliares) • Classificação da queixa principal (Quadro 8) • Uso de ambulância (sim, não) • Paridade (primípara, secundípara, múltipara) • Classificação da idade gestacional (até 12 semanas, 13 a 24 semanas, 25 a 38 semanas, 39 a 41 semanas, 42 a 43 semanas) • Faixas de número de consultas pré-natal (1-3, 4-5, 6, 7 e mais) • AP de atendimento (1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3, maternidade e APS, particular) • AP de pré-natal (AP1 – hospital, AP 1 – APS, AP 2 - hospital, AP 2 – APS, AP 3 – hospital, AP 3 – APS, AP 5 – APS, maternidades e APS, unidade particular) • Classificação de alergia (Quadro 9) • Classificação do medicamento (Quadro 10) • Classificação da doença (Quadro 11) • Classificação da pressão arterial (baixa, normal, alta) • Classificação da frequência cardíaca (baixa, normal, alta) • Classificação da frequência respiratória (normal, baixa) • Classificação da temperatura (alta, normal)

A descrição das variáveis recategorizadas de classificação da queixa principal 1 e 2 a partir da variável independente de queixa principal no Quadro 8.

Quadro 8: Principais queixas apresentadas pelas gestantes atendidas no HMFM, período de janeiro a abril de 2018.

Queixa Principal	Primeira re categorização: classificação da queixa	Segunda re categorização: classificação da queixa
- Bolsa estourou, cólica, contração, dor, dor abdominal, dor na barriga, dor em baixo ventre, dor lombar, dor nas costas, perda de líquido, perda do tampão, perda vaginal, perda do tampão mucoso, período expulsivo.	- Bolsa rompida, cólica, dor em baixo ventre, contração, perda de líquido, perdas vaginais e período expulsivo.	- Queixas relacionadas ao trabalho de parto
- Ardência ao urinar, calafrio, convulsão, desmaio, diarreia, dificuldade de evacuar, dispneia, dor ao urinar, dor de cabeça, dor na nuca, dor de ouvido, dor em membro inferior direito, dor em membro inferior esquerdo, dor nas pernas, dor no braço, dor no peito, dormência nas mãos, dormência nos braços, edema, edema de membros inferiores, enjoo, febre, hemorroida, inchaço, pressão alta, queda, queda da própria altura, taquicardia, taquicardia fetal, tontura, tosse, vômito.	- Ardência ao urinar, dormência de membros inferiores, dor no peito, dormência de membros superiores, edema de membro inferiores, edema de membro superiores, desmaio, diarreia, dor de ouvido, queixas intestinais, enjoo, febre, hemorroida, pressão alta, acidentes domésticos, frequência cardíaca alta, tontura, tosse, vômito, calafrio.	- Sinais e sintomas clínicos obstétricos
Sangramento, sangramento na incisão cirúrgica, sangramento após relação sexual, vítima de violência sexual, corrimento, coceira na vagina, curetagem, bartholinite.	Sangramento, vítima de violência sexual, queixas ginecológicas, coceira vaginal, queixas ginecológicas, bartholinite.	- Queixas relacionadas a ginecologia.
- Ausência de movimento fetal, avaliar exame, dor na cicatriz cirúrgica, fazer CTG, fazer curva glicêmica, glicemia alta, hiperglicemia, inflamação na cicatriz cirúrgica, pouco líquido na USG, realizar exames.	- Avaliação de movimentação fetal, avaliação da ferida operatória, avaliar parâmetros de exames, avaliação da ferida operatória.	- Grupo de queixas relacionadas a procedimentos técnicos.
- Abortamento, aborto legal, deseja internação, encaminhada pela CF, encaminhada do pré-natal, interatividade, pós-datismo.	- Sinais característicos de aborto, procedimento de aborto legal, deseja internação, encaminhada pela unidade de saúde, interatividade, pós-datismo.	- Grupo de queixas para agendamento de procedimento cirúrgico.

Fonte: Ficha de classificação de risco Hospital Maternidade Fernando Magalhães 2018.

Outras três variáveis foram recategorizadas, a saber: principais alergias (Quadro 9), medicamentos (Quadro 10) e doenças pregressas (Quadro 11) e descritas utilizando como referência a Classificação Internacional de Doenças e

Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a classificação ATCC (Anatomical Therapeutic Chemical Code), que é uma classificação internacional amplamente utilizada para classificar as moléculas (substâncias) com ação terapêutica.

Quadro 9: Principais alergias relatadas pelas gestantes atendidas no HMFM, no período de janeiro a abril de 2018.

História da Alergia	Classificação da História da Alergia
- Penicilina.	- História pessoal de alergia à penicilina.
- Amoxicilina, ampicilina, bactrim, cefalexina, clavulanato de potássio.	- História pessoal de alergia a outro agente antibiótico.
- Sulfa.	- História pessoal de alergia às sulfonamidas.
- Buscopan, dipirona, buscopan composto, ibuprofeno, paracetamol.	- História pessoal de alergia a agente analgésico.
- AAS, abacaxi, digesan, abelha, ácido fólico, crustáceos, suínos, tramal, anti-inflamatórios, bacalhau, camarão, coristina, diclofenaco de potássio, maracujá, tilatil, plasil, bromoprida, voltarem, cetoprofeno, embutidos, fenergan, fluconazol, frutos do mar, gengibre, inseto, iodo, lactose, lasix, mercúrio, metildopa, corticoide, pimenta, ranitidina, salbutamol, vick.	- História pessoal de alergia a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas.

Fonte: Ficha de classificação de risco Hospital Maternidade Fernando Magalhães 2018, Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10.

Quadro 10: Principais medicamentos utilizados pelas gestantes atendidas no HMFM, período de janeiro a abril de 2018.

Medicamento em uso	Classificação do medicamento
- AAS, atenolol, clexane, daflon, enalapril, hidralizana, hidroclorotiazida, metildopa, anlodipino, natele, naprix, nifedipina.	- Fármacos do Sistema Cardiovascular.
- Ácido Fólico, bromoprida, buscopam, cálcio, dramin, ranitidina, sulfato ferroso, vonau, combiron, damater, hidróxido de alumínio, insulina, insulina NPH, omeprazol, macrodantina, materna, methiformina, metoclopramida, natele, noripurum, plasil, polivitamínico, prometazina, simeticona, vitamina.	- Fármacos Trato Gastrointestinal e Metabolismo.
- Amoxicilina, cefalexina, ciprofloxacino, kalist, macrodantin, perlutan, trasamin.	- Fármacos do Sistema Genito-urinário e Hormônios Sexuais.
- Aciclovir, albendazol, ARV, espiramicina, esquema TB, metronidazol, penicilina, TDF, 3TC, EFU, tenofovir, evafirenz, lamuvidina,	- Fármacos Anti-infecciosos de Uso Sistêmico.
- Carbamazepina, clonazepan, diclofenaco, dipirona, fenobarbital, fluoxetina, gardenal, ibuprofeno, fluoxetina, gardenal, paracetamol, polaramine, Rivotril, trileptal	- Fármacos do Sistema Nervoso
- Euthinox, levoid, levotiroxina, puran T4.	- Fármacos Sistêmicos, com Exclusão dos Hormônios Sexuais e Insulinas
- Aerosol Spray, corticóide	- Fármacos do Sistema Músculo-Esquelético.

Fonte: Ficha de classificação de risco Hospital Maternidade Fernando Magalhães 2018, Classificação ATCC (Anatomical Therapeutic Chemical Code).

Quadro 11: Principais doenças progressas relatadas pelas gestantes atendidas no HMFM, período de janeiro a abril de 2018.

Doença Progressa	Classificação da Doença Progressa
- Herpes, herpes genital, HIV, HPV, sífilis.	- Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Arritmia, artrite, cardiopata, febre reumática, hipertensão, hipotensão, trombose, TVP.	- Doenças Cardiovasculares
- Diabetes, hipotireoidismo	- Doenças Endócrinas
- Asma, bronquite, rinite, sinusite, tuberculose.	- Doenças Respiratórias
- Cálculo nos Rins, cálculo renal, colecistectômica, ITU, má formação renal, nefropata, nefropatia.	- Doenças Renais e do Trato Urinário
- Crise convulsiva, depressão, epilepsia.	- Doenças neurológicas e psiquiátricas
- Cisto no ovário, DHEG, eclampsia, HANC, mioma, neoplasia uterina, pré-eclâmpsia.	- Doenças Ginecológicas e obstétricas
- Anemia, anemia falciforme.	- Doenças de Distúrbios do Sangue
- Catapora, toxoplasmose.	- Doenças Infecciosas
- Lúpus.	- Doenças Autoimunes

Fonte: Ficha de classificação de risco Hospital Maternidade Fernando Magalhães 2018, Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES

De acordo com as informações sobre os nascidos vivos (SINASC) referentes ao Hospital Maternidade Fernando Magalhães, no período de janeiro a abril 2018 foi registrado 1.594 nascidos vivos (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das informações dos nascidos vivos - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) Rio de Janeiro- janeiro a abril 2018, n = (1.594).

	Frequência	%
Idade da mãe		
Até 19 anos	315	19,98%
De 20 a 29 anos	829	52,59%
De 30 a 39 anos	401	25,43%
Raça/cor		
Branca	517	32,51%
Parda/preta	1.071	67,35%
Escolaridade		
4 – 7 anos de estudo	283	17,75%
8 – 11 anos de estudo	1.163	72,96%
Consulta pré-natal		
4 – 6	337	21,14%
7 e mais	1.145	71,83%%
Classificação da idade gestacional		
32 a 36 semanas	181	11,35%
37 a 41 semanas	1.354	84,94%

Fonte: Coleta de dados realizada em junho/2020, SINACS / Tabnet Rio de Janeiro Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Durante o período estudado foram realizados 1.191 atendimentos, sendo 1.067 gestantes do município do Rio de Janeiro, 49 gestantes de outros municípios, 16 gestantes realizando pré-natal na rede particular e 69 atendimentos com queixas ginecológicas. Dessa forma pode-se afirmar que cerca de 90%, das gestantes (n = 1.067) atendidas na maternidade no período do estudo foram consideradas na pesquisa.

No período de janeiro a abril de 2018, do total de gestantes, residentes do município do Rio de Janeiro que realizavam consultas de atendimentos pré-natal na rede de Atenção Primária à Saúde, e buscaram atendimento de

urgência/emergência obstétrica e assistência ao parto no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), verificou-se que 30,52% dos atendimentos foram realizados em janeiro, 24,72% fevereiro, 19,48% março e 25,48% em abril. As gestantes tiveram suas informações registradas em uma ficha de classificação de riscos, preenchida pela equipe que realiza a classificação de risco composta por 2 enfermeiros obstetras e 1 técnico de enfermagem.

A idade das gestantes variou de 14 a 50 anos, sendo 16,97% adolescentes (menores de 19 anos). A média de idade foi 26,11 anos e o desvio padrão ficou 6,83 e o IC 95% [25,69; 26,11].

Soares *et al.* (2018) defendem que a idade deve estar associada a fatores como as condições socioeconômicas. Neste estudo, a faixa etária média é de adultas jovens, entre 20-35 anos, o que corresponde à idade favorável para a gestação, conforme afirma Andrade *et al.* (2017). Segundo este autor a idade da mulher interfere na mortalidade materna e as que possuem acima de 35 anos são consideradas como de alto risco.

É importante ressaltar que a faixa etária não pode ser considerada como fator isolado para determinar complicações maternas e fetais. Outras características, como assistência ao pré-natal e doenças de base, são de grande significância para os desfechos maternos (LIMA *et al.*, 2017).

Com relação a raça/cor autodeclarada das gestantes verificou-se que 72,02% eram pardas/pretas (**Tabela 4**). Em um estudo que objetivou caracterizar as desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas pretas e brancas, observou-se que o risco de morte de pretas em relação às brancas, por agravos relacionados à gravidez, parto e puerpério, foi duas vezes superior e, na faixa etária de 20 a 29 anos, quatro vezes maior. Esses achados reforçam que é imperativo o aprimoramento da vigilância em saúde e do conhecimento a respeito das desigualdades raciais em saúde (SANTOS *et al.*, 2007).

Em relação à escolaridade das gestantes averiguou-se que 55,40% (n=580) apresentaram ensino médio completo (ou seja, um número médio de 11 anos de estudo), ainda assim 38,01% (n=398) possuíam apenas até o ensino fundamental. Isso corresponde a uma escolaridade superior à média da população em idade escolar brasileira que é inferior ao ensino médio. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no primeiro trimestre de 2020, apenas 25,2%

da população brasileira havia concluído o ensino médio completo ou equivalente (IBGE, 2020).

Conforme Andrade *et al.* (2017) a instrução pode assegurar, mesmo que de forma indireta, uma ampliação nas possibilidades de conhecer e ter acesso à informação segura e adequada acerca do uso de métodos contraceptivos, mesmo que não garanta o seu uso.

Em relação à profissão verificou-se que 74,88% das gestantes referiram ser do lar e 21,94% afirmaram atuar em serviços auxiliares. No estudo realizado por Lima *et al.* (2017) foi observado que 22% das gestantes eram do lar, enquanto 53% das gestantes ignoraram a opção de ocupação, representando dados incompletos dos prontuários analisados. Já no estudo realizado por Popolli *et al.* (2018) identificou-se que a maioria das gestantes se classificou como desempregada (61,3%), enquanto 19,4% tinham trabalho formal remunerado.

Tabela 4: Distribuição das características socio-econômicas-demográficas das gestantes atendidas - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).

		Frequência	%
Idade	Até 19 anos	177	16,97%
	De 20 a 29 anos	548	52,54%
	Idade média	26,11	
	Desvio padrão	6,83	
	IC (95%)	[25,69; 26,11]	
Raça/cor	Parda/preta	749	72,02%
Escolaridade	Até ensino fundamental	398	38,01%
	Ensino médio	580	55,40%
Profissão	Do lar	532	74,82%
	Atuação em serviços auxiliares	156	21,94%
Recebe benefício social	Sim	265	25,36%
Classificação do benefício	Bolsa Família	230	95,44%

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

O trabalho da mulher está continuamente se transformando, em decorrência das mudanças relacionadas à maternidade, à estrutura familiar, ao casamento e ao divórcio, à urbanização, aos avanços tecnológicos e à globalização da economia (POPOLLI *et al.*, 2018).

Quando se analisam os dados sobre o recebimento de benefício social 25,36% das gestantes apresentaram registros de auferimento de algum benefício. Entre estas 95,44% eram beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF).

As características socio-econômicas-demográficas são um ponto chave a ser considerado, visto que as pesquisas na área apontam a persistência de desigualdades regionais e sócio-demográficas no acesso, resolutividade e desfecho da atenção pré-natal, o que contribui para uma baixa qualidade no cuidado de pré-natal ofertado na atenção básica e (GUIMARÃES *et al.*, 2018; THOMASI *et al.*, 2017; DOMINGUES *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2005a).

Sob essa perspectiva reside a premissa de que o acesso e a qualidade do pré-natal estão atrelados às condições de vida da população e a garantia do acesso universal e equânime às gestantes pode contribuir para minimizar as desigualdades, especialmente para aquelas de baixa renda, que mais necessitam dos serviços públicos do pré-natal (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Quando se analisam as condições clínicas persistentes ou história pregressa das gestantes, observamos o registro de 14,38% com algum tipo de alergia. Destas, 47,37% com história pessoal de alergia a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas, sendo iodo, camarão, lactose e picada de inseto entre os mais citados. Por outro lado, em 32,89% dos registros pesquisados, a história pessoal de alergia se relacionou à agente analgésico (dipirona, buscopan e paracetamol foram algumas das substâncias mencionadas).

Verificou-se que 28,45% referiram alguma doença. Destas, 32,75% eram doenças cardiovasculares (hipertensão e outras cardiopatias entre as mais citadas); 14,08% eram doenças respiratórias, como asma e bronquite, e 11,97% doenças endócrinas, incluindo diabetes e hipotireoidismo entre as mais referidas.

É fato que a causa mais frequente de morte materna é relacionada à hipertensão arterial por isso a cobertura e a qualidade do pré-natal precisam aumentar para que a assistência prestada não seja insuficiente (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

Conforme Lima *et al.* (2017), a mortalidade materna representa um evento de expressiva magnitude no Brasil e no mundo, especialmente em países em desenvolvimento. A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) conceitua esse evento como a ocorrência de óbito na gestação ou até 42 dias após o término dela, independentemente da duração ou localização da gravidez.

O óbito pode ser classificado como sendo por causas originárias obstétricas diretas ou indiretas. A causa direta é advinda de complicações durante a gravidez, parto ou puerpério decorrente de intervenções incorretas, de omissões ou de uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas razões. Já a causa indireta é consequência de doenças prévias à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, sendo agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009b).

Soares *et al.* (2012) afirmam que as causas de morte materna apresentam padrões similares e destacam-se por fatores diretos, como septicemia, distúrbios hemorrágicos e hipertensivos, bem como pelas ocorrências associadas a falhas na atenção profissional e institucional. Os fatores indiretos, por sua vez, compreendem os óbitos por doenças do aparelho circulatório e infecções respiratórias. De qualquer forma, são eventos que expressam a limitação na prevenção da mortalidade pelo sistema de saúde.

Em estudo realizado por Lima *et al.* (2017) evidenciou-se que, em relação às condições clínicas preexistentes, houve um predomínio das cardiopatias e de distúrbios endócrinos (15%), que a idade gestacional prevaleceu com prematuridade extrema (27%) e prematuridade moderada (27%) e que, em 42% dos casos, o feto nasceu morto.

Além disso, foi evidenciado que a síndrome hipertensiva da gravidez foi a principal complicação e ocorreu em 41% dos casos e, entre as intercorrências pós-parto, a mais freqüente foi a infecção puerperal (26%).

Considerando que o aumento da mortalidade materna pode evidenciar falhas nos serviços de saúde em relação às causas preveníveis, reforça-se a necessidade de um bom acompanhamento pré-natal capaz de reconhecer precocemente os grupos vulneráveis e os fatores de risco à morbidade, implementação de intervenções adequadas, assistência ao parto e pós-parto de qualidade e formação profissional humanizada (FERNANDES e HILLESHEIM, 2015).

Quanto ao uso de medicamentos, verificamos que 55,76% utilizavam algum fármaco. Dentre esses, 66,21% eram para o trato gastrointestinal e metabolismo (o sulfato ferroso, ácido fólico e insulina foram os mais utilizados), e 13,53% eram fármacos do sistema cardiovascular, metildopa, hidralazina e hidroclorotiazida dentro dos citados (**Tabela 5**).

Em estudo realizado por Livramento *et al.* (2019) com gestantes em faixa compreendida entre 16 a 41 anos, com predominância entre 20 a 29 anos (66%), onde 58% eram primigestas e as demais eram secundíparas, verificou-se que das gestantes que iniciaram o pré-natal até a 12^a semana de gestação, apenas 33% fizeram uso de ácido fólico, sendo que outros 33% fizeram uso apenas de sulfato ferroso.

Tabela 5: Distribuição das condições clínicas persistentes ou história pregressa das gestantes atendidas- Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067).

Características	Frequência	%
História de alergia		
Refere	152	14,38%
Classificação Alergia		
História pessoal de alergia a outras drogas, Medicamentos e substâncias biológicas	72	47,37%
História pessoal de alergia a agente analgésico	50	32,89%
História de doença pregressa		
Refere pelo menos uma	291	28,45%
Classificação da doença pregressa		
Doenças Cardiovasculares	93	32,75%
Doenças Respiratórias	40	14,08%
Doenças Endócrinas	34	11,97%
História de uso de medicamento		
Refere uso	586	55,76%
Classificação do medicamento		
Fármacos do trato Gastrointestinal e Metabolismo	388	66,21%
Fármacos do Sistema Cardiovascular	79	13,48%

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Em nosso estudo, 879 gestantes (83,00%) estavam em suas residências, e 66 (6,18%) gestantes chegaram de ambulância na maternidade. Cerca de 98,02% das gestantes apresentaram pelo menos uma queixa. Entre elas, 64,81% referiram queixas relacionadas ao trabalho de parto, tais como contração, perda de líquido, dor em baixo ventre e perda do tampão mucoso. Além disso, 16,83% apresentaram sinais e sintomas clínicos obstétricos, sendo a tosse, cefaleia e febre entre os citados, e 12,21% tiveram queixas relacionadas à ginecologia (**Tabela 6**).

Tabela 6: Distribuição de informações da narrativa de atendimento das gestantes, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018, n = (1.067)

Características	Frequência	%
Procedência		
Residência	879	83,00%
Ambulância		
Sim	66	6,18%
Queixa principal		
Refere queixa	1042	98,02%
Classificação da queixa		
Queixas relacionadas ao trabalho de parto	674	64,81%
Sinais e sintomas clínicos obstétricos	175	16,83%
Queixas relacionadas à ginecologia	127	12,21%

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Segundo dados da Pesquisa “Nascer no Brasil”, apenas 41,1% das gestantes brasileiras participantes do estudo recebem orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto (VASCONCELLOS *et al.*, 2014). Ressalta-se que a Pesquisa “Nascer no Brasil” é um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Abrange hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificado pelas cinco macrorregiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste),

localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto) (VIELLAS *et al.*, 2014).

Não se pode esquecer que a gestante precisa receber orientações e apoio a respeito das modificações ocasionadas pela gestação, o que envolve esclarecimentos sobre alimentação adequada, prática de atividades físicas e diárias, uso de substâncias perigosas, sinais e sintomas de risco, alívio de desconfortos, aleitamento materno, sobre seus direitos, orientações sobre o local do parto e os tipos de parto, especialmente, o fisiológico (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, embora a referida pesquisa mostre que o pré-natal é adequado do ponto de vista quantitativo, também revela que a qualidade do pré-natal no Brasil ainda deixa a desejar, principalmente, em termos de orientações para as gestantes, no tocante ao aleitamento materno e à preparação para o parto fisiológico (VIELLAS *et al.*, 2014).

Em nosso estudo, as informações de realização de pré-natal na rede de saúde apresentaram que 97,48% estavam realizando as consultas inscritas ou vinculadas em uma das unidades de saúde do município, sendo cerca de 75% em unidades do primeiro nível de atenção à saúde, o que revela uma elevada adesão à atenção primária à saúde do Rio de Janeiro - estabelecimentos de saúde de referência para o desenvolvimento do pré-natal das mulheres em idade fértil. Entre essas que estão inscritas, 45,96% primíparas e 27,35% secundíparas. Também se constatou que 62,41% apresentaram seis ou mais consultas de pré-natal (**Tabela 7**).

Em estudo realizado por Gama *et al.* (2014) evidenciou-se a grande contribuição dos fatores socioeconômicos e assistenciais recebidos no pré-natal e também no parto, na determinação de cesariana de adolescentes primíparas. Além disso, constatou-se que a cesariana estava associada às melhores condições de vida das primíparas adolescentes, tais como nível de escolaridade adequado, possuir plano de saúde e até mesmo a cor da pele branca da puérpera, chegando a se identificar gradiente de cor, indicando que quanto mais clara a cor da pele, maior a proporção do procedimento cirúrgico.

A Pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada entre os anos 2011 e 2012, apontou que a cobertura de gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal foi 98,7%, com 89,6% realizados na atenção primária, e 73,1% do total tiveram as seis consultas mínimas conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (VIELLAS *et al.*, 2014).

Além disso, o estudo realizado por Livramento *et al.* (2019) mostra que apenas 60,6% das gestantes iniciaram o pré-natal até a 12ª semana de gestação, como preconizado pelo Programa Rede Cegonha, e menos de 10% delas receberam os procedimentos recomendados como a realização de exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se que das gestantes que participaram do estudo realizado por Livramento *et al.* (2019), apenas 25% iniciaram o pré-natal no segundo trimestre, sendo que o Ministério da Saúde preconiza que o pré-natal se inicie no primeiro trimestre gestacional e que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal. Além disso, 17% das gestantes realizaram cinco consultas, sendo que as outras (83%) realizaram, em média, de sete a nove consultas (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

Assim, pode-se perceber que os resultados do presente trabalho estão em concordância com os resultados da Pesquisa “Nascer no Brasil” (onde 73,1% das gestantes tiveram seis ou mais consultas durante o pré-natal) e dos resultados apresentados por Livramento *et al.* (2019) (no qual 83% das gestantes realizaram mais de sete consultas).

A média da idade gestacional foi de 31,20 semanas, apresentando um desvio padrão de 10,06 com intervalo de confiança (95%) [31-32 semanas]. Quanto ao local de pré-natal cerca de 71,58% dos atendimentos foram para gestantes que realizavam consulta pré-natal nas unidades de saúde da APS de referência da maternidade (**Tabela 7**).

Outra pesquisa realizada por Thomasi *et al.* (2017) com 6.125 gestantes que realizaram pré-natal nas unidades de saúde da família com o objetivo de descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, inclusive o número de consultas de pré-natal, constatou que a atenção pré-natal foi adequada somente em 15% das gestantes entrevistadas.

Em estudo realizado por Viellas *et al.* (2014) evidenciou-se que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Na pesquisa “Nascer no Brasil” constatou-se que 98,2% das puérperas referiram ter realizado exame de ultrassonografia no pré-natal para a identificação da idade gestacional, sendo que a proporção de registro do resultado desse exame no cartão de pré-natal foi menor, estando disponível em 62,8% dos cartões

analisados, com um quarto das ultrassonografias realizadas antes da 14ª semana gestacional. Destaca-se que as maiores proporções de registro de ultrassonografia realizadas no início da gestação foram encontradas nas regiões Sul e Sudeste (VIELLAS *et al.*, 2014).

Destaca-se que o acompanhamento pré-natal deve iniciar o mais precocemente possível, sendo realizados os exames recomendados e detectadas e tratadas precocemente as alterações, evitando qualquer risco ao binômio.

Tabela 7 - Distribuição da história reprodutiva anterior e informações de pré-natal das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Características	Frequência	%
Pré-natal		
Sim	1006	97,48%
Paridade		
primípara	484	45,96%
secundípara	288	27,35%
Consultas pré-natal		
6 ou mais	621	62,41%
Idade Gestacional		
Média	31,20	
Desvio padrão	10,06	
IC (95%)	[30,57; 31,82]	
Classificação local do pré-natal		
Grupo de unidades da APS referência da maternidade	728	71,58%
Grupo de Hospitais de referência da maternidade	157	15,43%
Outros grupos	132	12,97%

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Na distribuição das informações de atendimento constatou-se que 67,11% dos atendimentos foram classificados nos primeiros cinco minutos após abertura do boletim. Quanto às cores utilizadas para a classificação do atendimento, verificou-se que 1,31% apresentaram classificação azul, 52,81% cor verde, 36,61% amarelo,

5,81% laranja e 3,46% vermelho. No total geral, 97,84% dos atendimentos foram encaminhados pela equipe de classificação de risco para atendimento na emergência do HMFM (**Tabela 8**).

Tabela 8: Distribuição das informações de atendimento e encaminhamento das gestantes atendidas, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Informações do atendimento	Frequência	%
Tempo de classificação do risco		
Até 5 min	708	67,11%
Classificação de risco		
Azul	14	1,31%
Verde	564	52,81%
Amarelo	391	36,61%
Laranja	62	5,81%
Vermelho	37	3,46%
Encaminhamento da unidade		
Emergência da unidade	977	97,99%

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Figueiroa *et al.* (2017) avaliando os indicadores de qualidade do serviço de acolhimento e classificação de risco em uma maternidade de referência para gestação de alto risco constatou que o tempo de espera para a usuária ser classificada correspondeu, em média, a 21,2 minutos. A duração média da classificação correspondeu a 5 minutos, o que não está distante do resultado observado no presente trabalho que foi de até 5 minutos, o qual atende ao preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Já Fernandes e Hillesheim (2015), por sua vez, observaram que o tempo médio de espera das gestantes do cadastro ao início da classificação foi de 12,3 minutos e o tempo de realização da classificação pelo profissional ficou em média de 8,3 minutos, o que não contempla o esperado pelo Ministério da Saúde.

Na avaliação do tempo decorrido entre a classificação e o atendimento médico, Figueiroa *et al.* (2017) identificaram que a prioridade clínica vermelha teve

tempo médio de espera de 3,5 minutos; já as prioridades clínicas laranja, amarela, verde e azul apresentaram, respectivamente, 12,5 minutos, 17,5 minutos, 45,3 minutos e 50,8 minutos. Também foi evidenciado que 1% dos casos envolveu a categoria vermelha, 4% envolveram a laranja, 26% envolveram a amarela, 56% envolveram a verde e 13% envolveram a azul (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

O acolhimento e a classificação de risco conduzem à tomada de decisões por parte do profissional da saúde a partir da escuta ativa das queixas do paciente, associada à avaliação clínica pautada em protocolos e fundamentada em evidências (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

Além disso, ressalta-se que o protocolo de acolhimento e classificação de risco é um instrumento de apoio à decisão clínica e linguagem geral para as urgências obstétricas, sendo primordial para a pronta identificação de casos críticos ou graves, possibilitando atendimento rápido e seguro conforme o potencial de risco em evidência (LACERDA e MOREIRA, 2011).

Por isso, a classificação de risco deve apresentar em seus níveis de prioridades sinais e sintomas coerentes com seu grau de risco à saúde da usuária, a fim de potencializar o motivo do atendimento no tempo pré-estabelecido. A não sincronia entre esses dados compromete a escolha do risco conveniente ao agravo apresentado pela usuária (ROCHA, 2018).

Interessante mencionar que há escassez de estudos sobre a implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco e também existem deficiências no monitoramento e na avaliação dos fluxos de atendimento, conforme afirmam Figueiroa *et al.* (2017).

5.2 COMPARAÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES POR PERÍODO DA SEMANA

Silva (2014) reflete que a maioria dos serviços de saúde funciona de segunda a sexta em período diurno e essa indisponibilidade em outros períodos e aos finais de semana influencia no atendimento ao usuário. Dessa forma, para melhorar esse resultado seria necessário repensar os horários de funcionamento e ampliar a disponibilidade do serviço à gestante. O autor ainda afirma que a rigidez do horário de funcionamento do serviço de saúde no período diurno nos dias úteis faz muitas vezes dificulta o acesso da usuária ao serviço de saúde e o horário de atendimento

estendido culmina em um resultado no qual as pessoas não precisam mudar sua rotina para receber atendimento de saúde.

De acordo com os dados coletados, 61,70% dos atendimentos das gestantes foram realizados durante os dias da semana e 38,30% nos dias do final de semana.

Foram realizados testes estatísticos para avaliar possíveis diferenças entre aquelas que foram atendidas em dias de semana (2^a f à 5^a f) x finais de semana (6^a f até domingo). Isso porque o serviço atua com plantões e profissionais de rotina, e há dificuldade de fixação do mesmo profissional nos fins de semana.

Além disso, a maior parte das unidades de atenção primária da cidade do Rio de Janeiro não funciona aos sábados e domingos; quando muito apenas abrem para campanhas de vacinação ou atividades educativas com equipes reduzidas de profissionais.

Inicialmente, avaliou-se as características socioeconômicas e demográficas compostas pelas variáveis idade, raça/cor, escolaridade e benefício social das gestantes atendidas por período da semana. Foi observado que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, isto é, o mesmo perfil de gestantes procurou o HMFM para atendimento de urgência no período de janeiro a abril/2018 (**Tabela 9**).

Tabela 9 - Distribuição das características socio-demográficas das gestantes atendidas por período da semana no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Características	Período da semana		p-valor
	Dia de semana (%)	Final de semana (%)	
Idade			
Até 19 anos	18,38	14,68	0,5657
De 20 a 29 anos	51,71	53,73	
De 30 a 39 anos	26,48	27,87	
Raça/cor			0,2833
Branca	23,91	29,37	
Parda/Preta	74,07	68,86	
Escolaridade			0,9823
Até ensino fundamental	38,18	37,84	
Ensino médio	55,33	55,39	
Recebe benefício social			0,8226
Sim	25,62	25,00	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Na verificação do teste de hipóteses das condições clínicas persistentes das gestantes atendidas com o período da semana, pôde-se observar que o resultado do teste não foi estatisticamente significativo entre as três variáveis consideradas **(Tabela 10)**.

Em estudo realizado por Demitto *et al.* (2017) foi observado que as condições clínicas preexistentes, no que tange à avaliação do risco gestacional, não estavam associadas ao óbito neonatal e que, em relação às intercorrências clínicas na gestação atual, após análise de regressão logística as gestantes com trabalho de parto prematuro, malformação fetal e gestação múltipla apresentaram risco elevado para o desfecho de óbito neonatal. Tais resultados corroboram com a Pesquisa Nascer no Brasil (LANSKY *et al.*, 2014).

Tabela 10 - Distribuição das condições clínicas persistentes ou história pregressa das gestantes atendidas por período da semana no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Condições clínicas/ história pregressa	Período da semana		p-valor
	Dia de semana (%)	Final de semana (%)	
História de alergia Refere	14,70	13,90	0,7171
História de doença Refere pelo menos uma	27,60	29,64	0,4834
História de Medicamento Refere uso	55,32	56,36	0,7409

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Quando se analisam os registros da queixa principal das gestantes atendidas não se observam diferenças estatisticamente significantes. Por outro, a grande maioria das mulheres atendidas chegam de seus domicílios para o atendimento de urgência no HMFM, havendo, contudo, um contingente maior entre aquelas que são atendidas nos finais de semana (87,38%) do que aquelas nos dias de semana (80,43%) (p-valor = 0,0034) **(Tabela 11)**.

Tabela 11 - Distribuição de informações sobre queixa principal e procedência das gestantes atendidas por período da semana Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Informações sobre queixa principal e procedência	Período da semana		p-valor
	Dia de semana (%)	Final de semana (%)	
Procedência			
Residência	80,43	87,38	0,0034(*)
Outro local	19,57	12,62	
Ambulância			
Sim	7,29	4,40	0,0564
Queixa principal			
Refere queixa	97,55	98,78	0,1620

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

(*) estatisticamente significativa com $p < 0,05$

Quando se testaram a história reprodutiva anterior e informações de pré-natal das gestantes com o período da semana, identificou-se que o resultado do teste não foi estatisticamente significativa para as variáveis de paridade, número de consultas pré-natal, idade gestacional e local de realização de pré-natal (**Tabela 12**). Mas, quando se compara com a variável de inscrição/realização de acompanhamento pré-natal evidencia-se que é estatisticamente significativa ($p=0,03$).

Tabela 12 - Distribuição da história reprodutiva anterior e informações de pré-natal das gestantes atendidas por período da semana no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Informações sobre história reprodutiva anterior e informações de pré-natal	Período da semana		p-valor
	Dia de semana (%)	Final de semana (%)	
Pré-natal			
Realizou	98,27	96,20	0,0395(*)
Paridade			
Primípara	46,22	45,66	0,5484
Secundípara	28,20	25,81	
Múltipara	25,58	28,54	
Consultas pré-natal			
6 ou mais	61,76	63,37	0,9449
Idade gestacional			
25 a 38 semanas	51,85	47,01	0,3108
39 a 41 semanas	24,48	30,65	
Classificação local do pré-natal			0,4023
Grupo de unidades da APS referência da maternidade	72,44	71,09	
Grupo de Hospitais de referência da maternidade	16,03	14,59	
Outros grupos	11,54	14,32	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

(*) estatisticamente significante com $p < 0,05$

Quando se analisa a variável “tempo de classificação da gestante” evidencia-se que nos finais de semana, a mesma é mais rápida do que nos dias de semana ($p=0,03$), sendo as duas predominantemente de até 5 minutos. Por outro lado, a distribuição da classificação de risco é a mesma independente do período de atendimento, assim como o encaminhamento da unidade (**Tabela 13**).

Tabela 13 - Distribuição das informações de atendimento e encaminhamento das gestantes atendidas por período da semana - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Informações de atendimento e encaminhamento	Período da semana		p-valor
	Dia de semana (%)	Final de semana (%)	
Tempo de classificação das gestantes			
Até 5 min	64,61	71,01	0,0313(*)
Mais de 5 min	35,39	28,99	
Classificação de risco (agrupada)			
Azul e Verde	55,32	52,08	0,4305
Amarelo	36,17	37,41	
Laranja e Vermelho	8,51	10,51	
Encaminhamento da unidade			
Emergência da unidade	97,84	98,23	0,6631
HMFM	2,16	1,77	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

(*) estatisticamente significativa com $p < 0,05$.

Na verificação do teste de hipótese dos sinais vitais das gestantes com o período da semana, observa-se que o resultado do teste não foi estatisticamente significativo nas variáveis analisadas, conforme apresentado na Tabela 14.

De acordo com o Ministério da Saúde, os sinais vitais em gestantes fazem parte da análise primária do protocolo de Classificação de risco porque o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais (BRASIL, 2017b).

Importante destacar que é competência do enfermeiro verificar os sinais vitais das gestantes (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial) (BRASIL, 2017b).

De acordo com Teixeira *et al.* (2015), os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Logo, podem servir como mecanismos de comunicação universal sobre o estado do paciente e da gravidade da doença e contribuem para

que o enfermeiro identifique os diagnósticos de enfermagem, avalie as intervenções a serem implementadas e tome decisões sobre a resposta do paciente à terapêutica.

Tabela 14 - Distribuição dos sinais vitais/ sinais clínicos das gestantes atendidas por período da semana - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Sinais vitais / sinais clínicos	Período da semana		p-valor
	Dia de semana (%)	Final de semana (%)	
Pressão arterial			
Normal	88,24	89,33	0,2249
Alta	11,60	9,93	
Frequência Cardíaca			
Normal	97,10	98,01	0,1139
Frequência Respiratória			
Normal	98,02	97,79	0,7928
Temperatura			
Normal	99,24	99,75	0,2748

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Um desafio enfrentado no que se refere aos sinais vitais é sua correta aferição e registro. Falhas nas anotações dos sinais vitais em prontuários ou fichas de classificação prejudicam a veiculação das informações, comprometendo a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem e a perspectiva de cuidado do paciente (POTTER e PERRY, 2011).

5.3 COMPARAÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Carvalho *et al.* (2018) ainda consideram que para atender às necessidades de saúde e diminuir os riscos de morte materna e fetal, a classificação de risco atua como um processo dinâmico, identificando as mulheres que precisam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento apresentado. Nesse contexto, a Pesquisa Nascer no Brasil considerou baixa a

incidência de boas práticas obstétricas entre mulheres de baixo e alto risco obstétrico, já a incidência de intervenções durante o trabalho de parto e parto foi extremamente elevada nos dois grupos (LEAL *et al.*, 2014).

Já em estudo realizado por Barbosa (2014) apontou-se a necessidade de adoção da classificação de risco para acompanhamento e registro dos atendimentos, bem como a necessidade de uma análise semestral a partir da prevalência estimada.

Para a análise por classificação de risco, as cinco categorias foram reagrupadas em três estratos. De acordo com os dados coletados nesta pesquisa, verificou-se que 54,12% apresentaram classificação de risco azul/verde, 36,61% amarelo e 9,27% laranja ou verde. Isso significa que um pouco mais da metade das gestantes provavelmente poderiam ser atendidas em suas unidades de atenção primária de referência.

No ambiente da atenção primária de saúde, é estratégico e factível o rastreamento de potenciais agravantes da gestação, com destaque para a condição social, ambiental, psicológica e de saúde orgânica da gestante e para seus antecedentes pessoais e familiares (AQUINO e SOUTO, 2015).

Apesar dos avanços e das conquistas do Sistema Único de Saúde, ainda existem lacunas nos modelos de atenção e gestão no que se refere ao modo como a gestante é atendida nos serviços de saúde pública, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde. Portanto, é preciso restituir, na prática, o princípio da universalidade, segundo o qual todos os cidadãos podem ter acesso a um atendimento humanizado pautado no acolhimento (SILVA *et al.*, 2014).

Considera-se ainda que, às vezes, a gestante não procura atendimento na atenção primária por motivos geográficos, econômicos, por dificuldades de acesso provocado pela limitação de senhas e pela necessidade de chegar muito cedo à unidade para tentar garantir o atendimento. Conforme Silva *et al.* (2014) problemas relacionados ao tempo de espera prolongado para atendimento foram referidos pelas gestantes como os principais fatores dificultadores da assistência pré-natal, correspondendo ao acesso funcional.

O Ministério da Saúde exprime que um serviço de saúde de qualidade deve criar opções para evitar longas esperas e priorizar as gestantes nas filas, constituindo-se um direito de cidadania. Além de produzir incômodo, a longa espera

pode estabelecer-se como empecilho para a frequência da gestante nas consultas pré-natais (BRASIL, 2005c)

Sob esse entendimento, Figueiredo e Rossoni (2008) acreditam que o local de atendimento deva ser de fácil acesso no que concerne à realização e marcação de consultas para que a atenção não seja postergada a ponto de afetar adversamente a identificação e manejo de possíveis problemas.

Em concordância, Ramos e Lima (2003) afirmam que a facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, bem como o acolhimento adequado à gestante favorecem o estabelecimento da relação de confiança e de vínculo entre profissionais e a comunidade, contribuindo inexoravelmente para melhor adesão ao projeto terapêutico proposto.

A partir desse contexto, outro fator relatado pelas gestantes na pesquisa de Silva *et al.* (2014) é descumprimento dos horários de funcionamento e a falta do profissional de saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

Portanto, o acesso funcional designa a primeira etapa a ser alcançada pela gestante quando esta busca a satisfação de suas necessidades na assistência pré-natal. Diante da relevância da assistência pré-natal para que o desfecho da gestação seja favorável, tanto para a mãe quanto para o bebê, o acesso é fundamental para capilarizar a efetivação do Sistema Único de Saúde como política pública em defesa da vida e na promoção de saúde (BRASIL, 2005c).

Quando se analisam os aspectos socio-demográficos das gestantes atendidas no HMFM por classificação de risco, não se observam diferenças estatisticamente significantes para todas as variáveis consideradas: idade, raça/cor, escolaridade, e recebimento de benefício social (**Tabela 15**).

Tabela 15 - Distribuição das características socio-demográficas das gestantes atendidas por classificação de risco no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Características	Azul / verde (%)	Amarelo (%)	Laranja/ vermelho (%)	p-valor
Idade				0,2752
Até 19 anos	15,55	17,54	22,92	
De 20 a 29 anos	52,83	53,66	45,83	
De 30 a 39 anos	28,27	25,39	26,04	
Raça/cor				0,8335
Branca	26,37	25,85	24,18	
Parda	47,37	48,83	43,97	
Preta	24,96	24,02	29,67	
Escolaridade				0,0699
Até ensino fundamental	35,61	42,75	33,33	
Ensino médio	52,72	51,81	55,56	
Recebe benefício social				0,2313
Sim	25,00	27,46	18,89	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Quanto às condições clínicas persistentes e história progressa, também não se observaram diferenças entre as variáveis história de alergia, história da doença e história de uso de medicamento entre as gestantes atendidas de acordo com a classificação de risco (**Tabela 16**).

Tabela 16 - Distribuição das condições clínicas persistentes ou história pregressa das gestantes atendidas por classificação de risco no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) – Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Características	Azul / verde (%)	Amarelo (%)	Laranja/ vermelho (%)	p-valor
História de alergia				0,3963
Refere	14,76	14,99	9,68	
História de doença				0,7506
Refere pelo menos uma	28,19	27,85	31,82	
História de uso de medicamento				0,3081
Refere uso	57,59	54,29	50,00	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

Conforme era de se esperar, observamos resultados diferentes quanto à chegada da gestante pela ambulância do Programa Cegonha Carioca quando cotejamos a classificação de risco, isto é, gestantes classificadas como “amarela” ou “laranjas/vermelhas” chegaram na unidade em maior frequência por essa modalidade.

Além disso, quando se analisa a classificação da queixa principal das gestantes atendidas no HMFM por classificação de risco, se observam diferenças estatisticamente significantes para esta variável considerada apresentando um p-valor < 0,0001 na comparação dos grupos Azul / verde, amarelo e Laranja/vermelho (Tabela 17).

Pinto e Silva (2001) afirmam que na primeira consulta é comum não existirem queixas, porém esse item deve ser bem questionado e anotado. Logo, as queixas existentes devem ser valorizadas e investigadas constantemente ao longo da gestação. Zanetti e Bueno (2004) complementam afirmando que os sistemas geniturinário e digestório costumam ser as principais queixas de dificuldades durante a gravidez, portanto, devem receber atenção especial.

Tabela 17: Distribuição de informações sobre queixa principal e procedência das gestantes atendidas por classificação de risco no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067)

Informações sobre queixa principal e procedência	Azul / verde (%)	Amarelo (%)	Laranja/ vermelho (%)	p-valor
Residência				0,6302
Residência	82,40	84,50	81,44	
Outro local	17,60	15,50	18,56	
Ambulância				< 0,0001(*)
Sim	3,12	10,23	8,08	
Queixa principal				0,2225
Refere queixa	97,39	98,97	97,98	
Classificação da queixa principal				< 0,0001(*)
Queixas relacionadas ao trabalho de parto	63,09	75,27	62,92	
Queixas relacionadas a ginecologia	23,92	11,17	30,34	
Sinais e sintomas clínicos obstétricos	12,99	13,56	6,74	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

(*) estatisticamente significativa com $p < 0,05$.

Na sequência, a história reprodutiva foi comparada e foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis número de consultas de pré-natal e idade gestacional. Contudo, chama-nos a atenção para os resultados encontrados. Não era de se esperar que a classificação de risco “azul/verde” tivesse uma proporção alta, pois pressupõe que essas gestantes poderiam buscar atendimento nas unidades da APS, onde realizavam o acompanhamento de pré-natal.

Quanto à idade gestacional, a literatura refere que algumas morbidades maternas favorecem a interrupção precoce da gestação, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e diabetes mellitus gestacional. Tais intercorrências podem comprometer a saúde materna e fetal, havendo a necessidade da interrupção precoce da gestação (VIDAL *et al.*, 2016).

Nesse sentido, acredita-se que as gestantes classificadas como de risco (vermelho) tendem a procurar o atendimento de urgência à medida em que avança a idade gestacional. Nosso estudo encontrou mais de 60% das gestantes atendidas na classificação laranja/vermelha quando comparadas à classificação azul/verde (47,97%).

Já em relação ao local do pré-natal as gestantes de menor risco que foram atendidas no HMFM se dividem: uma parte era oriunda das unidades de saúde da AP 1.0, mais próximas da Maternidade, e a outra parte de unidades da AP 3.1. Para as demais classificações de risco, o padrão permanece, mas tendomaior parte das gestantes encaminhadas da AP 3.1. Esses resultados podem indicar a confirmação do processo referência das unidades da APS para as maternidades de urgência/emergência (**Tabela 18**).

Tabela 18: Distribuição da história reprodutiva anterior e informações de pré-natal das gestantes atendidas por classificação de risco no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).

Informações sobre história reprodutiva anterior e informações de pré-natal	Azul / verde (%)	Amarelo (%)	Laranja/ vermelho (%)	p-valor
Pré-natal				0,3810
Realizou	97,31	98,16	95,74	
Paridade				0,5096
Primípara	43,92	48,20	49,48	
Secundípara	29,28	25,52	22,68	
Múltipara	26,81	26,29	27,84	
Consultas pré-natal				0,0005(*)
6 ou mais	55,53	70,22	71,26	
Idade gestacional				0,0001(*)
25 a 38 semanas	47,97	50,40	60,22	
39 a 41 semanas	23,06	31,81	29,03	
Classificação local do pré-natal				0,0867
Grupo de unidades da APS referência da maternidade	74,07	70,97	62,92	
Grupo de Hospitais de referência da maternidade	14,44	14,78	24,72	
Outros grupos	11,48	14,25	12,36	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

(*) estatisticamente significante com $p < 0,05$.

De forma geral, entende-se que a assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal (CARROLI *et al.*, 2001). Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais (BARROS *et al.*, 2010).

O Brasil foi bem sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente a totalidade das gestantes brasileiras. Porém, ainda há desafios para a melhora da qualidade dessa assistência, com a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis.

A redução da mortalidade materna e da proporção elevada de cesariana e a prevenção de agravos e dos óbitos evitáveis não serão alcançadas sem a superação das barreiras ao diagnóstico precoce da gravidez, ao início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação, principalmente das gestantes de maior risco reprodutivo, e à utilização dos contatos com os serviços de saúde para a realização de cuidados efetivos, como diagnóstico e tratamento de afecções e a promoção de ações de saúde (VIELLAS *et al.*, 2014).

Dados de abrangência nacional relativos à assistência pré-natal no Brasil são escassos. As informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) demonstram um aumento da cobertura pré-natal no país. Todavia, esse sistema só permite a análise do número de consultas realizadas, além de se restringir às gestações que resultaram num nascido vivo. Já o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) implantado no ano 2000, permitiria acesso a outras informações, como idade gestacional no início da assistência pré-natal, exames de rotina, vacinação antitetânica, número de consultas de pré-natal e consulta puerperal. Porém, esses dados não estão disponíveis para consulta regular e apresentam problemas de sub-registro (ANDREUCCI *et al.*, 2011).

Estudos nacionais de abrangência local têm demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Não obstante, é preciso considerar que o aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal envolve o adequado registro no cartão da gestante para diagnóstico do risco gestacional, capacitação técnica continuada dos profissionais

da saúde, bem como o cumprimento das normas técnicas pré-estabelecidas e comprometimento com as necessidades da população (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Além disso, embora a vinculação das gestantes a maternidades de referência para atenção ao parto esteja regulamentada desde 2007 (Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007) e seja uma recomendação da Rede Cegonha para integração dos serviços de atenção pré-natal e ao parto, visando ao acolhimento das parturientes e à garantia de leito para internação, melhorias são necessárias objetivando evitar a peregrinação das gestantes, ainda frequente em muitos locais do país.

Nesse sentido, Medeiros *et al.* (2019) acredita que a visita à maternidade no pré-natal é de suma importância e pode não estar ocorrendo em alguns locais devido ao profissional não identificar a importância da visita, fato este que pode estar sendo influenciado pela equipe, instituição e organização da equipe.

Para o tempo de classificação da gestante na chegada da mesma à unidade não houve diferença quanto a classificação de risco (**Tabela 19**). Já para o encaminhamento da unidade das gestantes atendidas houve diferença, embora em todas as classificações os valores observados tenham sido próximos de 100%.

Tabela 19 - Distribuição das informações de atendimento e encaminhamento das gestantes atendidas por classificação de risco - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFm) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).

Informações de atendimento e encaminhamento	Azul / verde (%)	Amarelo (%)	Laranja/ vermelho (%)	p-valor
Tempo de classificação das gestantes				0,0875
Até 5 min	64,74	68,39	75,51	
Mais de 5 min	35,26	31,61	24,49	
Encaminhamento da unidade				0,0048(*)
Emergência da unidade	99,26	96,16	2,22	
HMFm	0,74	3,84	2,22	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFm), Rio de Janeiro/RJ.

(*) estatisticamente significativa com $p < 0,05$.

Em relação as variáveis vinculadas aos sinais vitais/clínicos das gestantes atendidas, verificou-se que para os três grupos de risco definidos para análise não se constataram diferenças estatisticamente significantes para a variável temperatura corporal medida. No entanto, para as demais medidas (pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória), nosso estudo confirmou que para as gestantes atendidas que tinham sido classificadas como cor “laranja” ou “vermelha”, o parâmetro de “normalidade” dessas medidas foram diferentes (p -valores $< 0,01$) **(Tabela 20)**.

Diante dos sinais clínicos e possíveis intercorrências nas gestantes, Carvalho *et al.* (2018) afirmam que o acolhimento estabelece uma relação de confiança entre usuárias e profissionais, otimizando a assistência e garantindo o sucesso dos procedimentos realizados.

Pesquisas evidenciam que há maior ocorrência de óbito materno devido a causas diretas, porém os transtornos hipertensivos na gestação são a causa primordial (LIMA *et al.*, 2017; COELHO *et al.*, 2016; AQUINO e SOUTO, 2015; SOARES *et al.*, 2012) e por isso a aferição da pressão arterial é fundamental.

Além de ser a doença vascular mais prevalente no mundo e predominante causa de morte no Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica é silenciosa e por isso acontece pode acontecer da gestante estar hipertensa e não apresentar sinais e sintomas que chamem a atenção do enfermeiro que realiza o acolhimento. Considerando que essa gestante pode apresentar níveis pressóricos que exigiriam atendimento imediato, a não mensuração da Pressão Arterial no momento da classificação de risco pode ocasionar equívocos na priorização do atendimento desse usuário (LESSA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica pode se associar a: gravidez (hipertensão gestacional), com os níveis tensionais se normalizando em até 12 semanas após o parto e sem proteinúria; pré-eclâmpsia, na qual os níveis pressóricos se elevam a partir da 20ª semana de gravidez e se acompanham de proteinúria, sobretudo se a tensão arterial diastólica for maior ou igual a 110 mmHg; pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial sistêmica crônica, na qual ocorre hipertensão antes da 20ª semana e surgimento de proteinúria e agravamento da hipertensão a partir dessa idade gestacional; e, hipertensão arterial sistêmica crônica, que é observada mesmo antes da gravidez ou da 20ª semana de gestação, podendo cursar com ou sem proteinúria, na dependência ou não de

nefropatia hipertensiva sem normalização espontânea dos níveis tensóricos, mesmo decorridas mais de 12 semanas de pós-parto (AQUINO e SOUTO, 2015).

A hipertensão arterial sistêmica na gravidez, dependendo de sua gravidade, pode desencadear danos materno-fetais, principalmente se estiverem agregadas situações socioeconômicas desfavoráveis, morbidade obstétrica pregressa ou outras intercorrências clínicas. Com isso há o favorecimento do baixo crescimento intrauterino e tendência ao desenvolvimento de aterosclerose mais cedo em sua idade adulta (COSTA *et al.*, 2005b).

Geralmente, nas mulheres com hipertensão arterial sistêmica crônica, a pressão arterial sistêmica reduz no segundo trimestre e aumenta durante o terceiro trimestre até níveis um pouco acima daqueles do início da gravidez. A maior parte das gestantes com hipertensão arterial sistêmica crônica subjacente exibe melhor controle da sua pressão arterial sistêmica e quando adequadamente cuidadas evoluem com gestação sem intercorrências. Todavia, quando comparadas com gestantes normotensas, as hipertensas crônicas têm mais probabilidade de transtornos gestacionais (AQUINO e SOUTO, 2015).

Tabela 20 - Distribuição dos sinais vitais / clínicos das gestantes atendidas por classificação de risco - Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM) - Rio de Janeiro - janeiro a abril 2018 (n = 1.067).

Sinais vitais / sinais clínicos	Azul / verde (%)	Amarelo (%)	Laranja/ vermelho (%)	p-valor
Pressão arterial				< 0,0001(*)
Normal	96,18	85,13	56,52	
Frequência cardíaca				< 0,0001(*)
Normal	99,31	98,72	80,22	
Frequência respiratória				*0,0004(*)
Normal	98,96	97,70	92,78	
Temperatura				0,1817
Normal	99,83	98,98	98,98	

Fonte: Coleta de dados realizada em 2020, a partir das fichas de classificação de risco do Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFM), Rio de Janeiro/RJ.

(*) estatisticamente significante com $p < 0,05$

Algumas mulheres agravam a hipertensão arterial sistêmica e neste caso podem surgir complicações que são danosas à gravidez e também ao próprio organismo materno, como cardiopatia hipertensiva e isquêmica, insuficiência renal, hemorragias e exsudatos retinianos (DE GRACIA *et al.*, 2004).

Desta forma, considerando que o aumento na mortalidade materna e perinatal associa-se à sobreposição da pré-eclâmpsia, à história pregressa de pré-eclâmpsia, à obesidade, ao diabetes *mellitus*, à idade materna superior a 30 anos e ao tempo de duração da hipertensão arterial sistêmica crônica (DE GRACIA *et al.*, 2004), a avaliação da pressão arterial é de suma importância na classificação de risco.

6 CONCLUSÕES

O estudo permitiu traçar o perfil e identificar as características socio-econômicas-demográficas das gestantes que realizam pré-natal na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro acessando a maternidade Fernando Magalhães como porta de entrada das urgências/emergências obstétricas e assistência ao parto utilizando a ficha de classificação de risco preconizada pelo município no processo de acolhimento das gestantes.

Foi possível identificar as principais queixas das gestantes e apontar os riscos mais prevalentes da classificação de risco no acolhimento da gestante. Constatou-se que a maior parte das mulheres atendidas era de referência para atendimento na maternidade Fernando Magalhães e também houve uma alta adesão das mulheres às unidades de atenção primária na inscrição para realização da consulta pré-natal. Mais da metade das gestantes que procuraram atendimento de urgência foram classificadas como azul/verde, independente do dia da semana, o que nos fez pensar que essas gestantes poderiam ser tratadas nas unidades da APS, pelos seus médicos e enfermeiros de família, mas não conseguimos identificar no estudo numa análise inicial as motivações da gestante em procurar o serviço de urgência para tratar uma queixa que a APS, poderia resolver.

Além disso, a comparação do perfil das gestantes com os períodos do dia de semana e final de semana indicou variação estatisticamente significativa para a procedência, inscrição na consulta pré-natal e tempo de classificação de risco. Também a comparação do perfil das gestantes por classificação de risco apontou variação estatisticamente significativa para consultas pré-natal, idade gestacional e classificação da queixa principal, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, afirmando que existem diferenças entre os grupos de riscos azul/verde, amarelo e laranja/vermelho.

Classificar o risco gestacional é primordial para um melhor acompanhamento, inclusive por identificar as pacientes que precisam ser referenciadas para consultas especializadas. Além disso, as gestantes possuem peculiaridades que devem ser consideradas nas consultas de pré-natal, visto que conhecendo o perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para melhorar a qualidade do serviço ofertado.

Assim, faz-se necessário valorizar as queixas, expressões e sentimentos das mulheres, pois assim será capaz de elaborar um plano de cuidados que atenda às suas particularidades, garantindo uma assistência integral e de qualidade.

O presente estudo limita-se por retratar uma realidade locorregional, associado à escassez de estudos que auxiliassem na discussão dos resultados encontrados e também pelo período de coleta de dados janeiro a abril de 2018, pois, pode ser que exista efeito de sazonalidade. Portanto, tais limitações remetem à necessidade de se investigar a temática em outros cenários.

Portanto, é imprescindível avançar na assistência à saúde da mulher carioca para contribuir com a ampliação do acesso à assistência pré-natal.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. F. B.; RODRIGUES, Q. P.; SILVA, R. C. V. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, n. e26442, p. 1-7, 2017.

ANDREUCCI, C. B.; CECATI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. High-risk pregnancy problems common in the primary care. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 568-576, 2015.

BARBOSA, M. R. **Análise do 1º ciclo do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014, 105f.

BARROS, F. C.; BHUTTA, Z. A.; BATRA, M.; HANSEN, T. N.; VICTORA, C. G.; RUBENS, C. E. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 10, n. Suppl 1, p. S3, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 11.634**, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2007; 28 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.048 de 02 de novembro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência**. Brasília, 2002b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011c. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.473**, 24 de junho de 2011. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 04 julho 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016, 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório nacional voluntário sobre os objetivos de desenvolvimento sustentável**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a, 41 p.

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, 2017b, 64 p.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde**, 2019. [Internet] Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/3304552270714>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

CABRAL, C. A. N.; TEIXEIRA, J. M.; NUNES, C. R. A importância do enfermeiro frente ao incentivo na escolha do parto normal em Bom Jesus do Itabapoana – RJ. **Revista Científica Interdisciplinar Múltiplos Acessos**, v. 2, n. 1, p. 116-138, 2017.

CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. **Paediatr Perinat Epidemiol.**, v. 15, n. Suppl 1, p. 1-42, 2001.

CARVALHO, S. S.; OLIVEIRA, B. R.; NASCIMENTO, C. S. O.; GOIS, C. T. S.; PINTO, I. O. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v 18, n. 2, p. 309-315 abr-jun., 2018.

COELHO, V. C.; ANDRADE, M. S.; SENA, C. D.; COSATA, L. E. L.; BITTENCOURT, I. S. Caracterização dos óbitos maternos em três regiões de saúde do Centro-Norte baiano. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 1, p. 1-8, 2016.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2012. p. 979-1010.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 39, p. 768-74, 2005a.

COSTA, S. H. M.; RAMOS, J. G. L.; VETTORI, D. V.; VALÉRIO, E. G. Hipertensão crônica e complicações na gravidez. **Rev Soc Cardiol Rio Grande do Sul**. v. 14, n. 5, p. 44-7, 2005b.

DE GRACIA, V. P.; MONTUFAR-RUEDA, C.; SMITH, A. Pregnancy and severe chronic hypertension: maternal outcome. **Pregnancy Hypertens.** v. 23, n. 3, p. 285-93, 2004.

DEMITTO, M. O.; GRAVENA, A. A. F.; DELL'AGNOLO, C. M.; ANTUNES, M. B.; PELLOSO, S. M. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Rev Esc Enferm USP.** v. 51, n. e03208, p. 1-8, 2017.

DIAS, R. A. **A importância do pré-natal na atenção básica.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2014, 28p.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano,** v. 19, n. 2, p. 313-326. São Paulo, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 28, p. 425-37, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N., et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Pública,** v. 37, p.140-7, 2015.

FERNANDES, M. S.; HILLESHEIM, A. C. **Implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia em unidade de emergência: relato de experiência.** 2015.

FERNANDES, B. B.; NUNES, F. B. B. F.; PRUDÊNCIO, P. S.; MAMEDE, F. V. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n. esp., p. 192-9, 2015.

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. S.; FRANCISCO, P. M. S. B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde Debate,** v. 43, n. 121, p. 406-416, Abr-Jun, 2019.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Rev Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 292-298, jun., 2008.

FIGUEIROA, M. N.; MENEZES, M. L. N.; MONTEIRO, E. M. L. M.; AQUINO, J. M.; MENDES, N. O. G.; SILVA, P. V. T. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Esc. Anna Nery,** v. 21, n. 4, e20170087, 2017.

GAMA, S. G. N.; VIELLAS, E. F.; SCHILITZ, A. O. C.; THEME FILHA, M. M.; CARVALHO, M. L.; GOMES, K. R. O.; COSTA, M. C. O.; LEAL, M. C. Fatores

associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. Sup, p. S117-S127, 2014.

GOMES, A. V. M.; SILVA, D. L. C.; SÁ, M. A. A. F.; OLIVEIRA, M. C. B.; BARBOZA, N. A.; MENDES, P. M. V. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, v. 4, n.1, p. 26-35, 2017.

GONÇALVES, I. T. J. P.; SOUZA, K. V.; AMARAL, M. A.; OLIVEIRA, A. R. S.; FERREIRA, W. F. C. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. **Rev Rene**. v. 14, n. 3, p. 620-9, 2017.

GUIMARÃES, W. S. G.; PARENTE, R. C. P.; GUIMARÃES, T. L. F.; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 1-13. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral: População, por níveis de instrução**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5919#resultado>. Acesso em: 23 jun 2020.

LACERDA, I. C.; MOREIRA, T. M. M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Acta Sci Health Sci.**, v. 33, n. 1, p. 71-6, 2011.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILDA, A. A. M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D. A.; CARVALHO, M. L., et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**. v. 30, n. Supl, p. S192-207, 2014.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME, M. M. F.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública. (Online)**, v. 30, n. 1, p. 17-32, 2014.

LESSA, I. Systemic arterial hypertension in Brazil: temporal trends. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 8, 2010.

LIMA, A. E. F.; SILVA, L. J.; MAIA, M. L.; PEREIRA, A. L. F.; ZVEITER, M.; SILVA, T. M. A. Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem. **Rev Rene.**, v.16, n. 5, p. 631-8, 2015.

LIMA JUNIOR, M. C. G.; WEBER, C. Relatório de Gestão 2009 a 2016. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. **Revista Saúde em Foco**, SMSRIO, v. 1, n. 2, jun./dez. 2016

LIMA, M. R. G.; COELHO, A. S. F.; SALGE, A. K. M.; GUIMARÃES, J. V.; COSTA, P. S.; SOUSA, T. C. C.; MATTOS, D. V.; SOUSA, M. A. A. Maternal changes and puerperal pregnancy outcome in maternal death occurrence. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 324-331, 2017.

LIVRAMENTO, D. V. P.; BACKES, M. T. S.; DAMIANI, P. R.; CASTILLO, L. D. R.; BACKES, D. S.; SIMÃO, M. A. S. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 40, p. 1-9, 2019.

MEDEIROS, F. F.; SANTOS, I. D. L.; FERRARI, R. A. P.; SERAFIM, D.; MACIEL, S. M.; CARDELLI, A. A. M. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. Suppl 3, p. 204-11, 2019.

NAKAMURA, M. U.; AMED, A. M. **Assistência pré-natal.**In: CAMANO, L. et al. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Obstetrícia. Barueri-SP: Manole, 2003.

OLIVEIRA NETO, A. V. **O Modelo Tecnoassistencial em Saúde na Cidade do Recife no período de 2001-2008: em busca de seus marcos teóricos.** Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Recife, 2009. 61p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Atenção Primária à Saúde - agora mais que nunca.** Organização Mundial da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (ONU). **Declaración Del Milenio.** Assembleia Geral ONU, 2000. Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>>. Acesso em: 20 abril de 2020.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; GIOVANNI, M.; ALMEIDA, P. V. B.; FRANCO NETTO, T. L. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 58-71, out. 2014.

PINTO, E.; SILVA, J. L. A. **Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar.** In: Saito, MI. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 299-320.

POPOLLI, E. C.; BARCELLOS, J. M.; ZUCO, J. R.; COELHO, T. A. R.; PAES, L. B. O.; FASANELLI, P.; SOLER, Z. A. S. G. Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 3, p. 199-207, 2018.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2011.

PROGIANTI, J. M.; PEREIRA, A. L. F.; SENTO SÉ, C. C. A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca. **Ver. Enferm UERJ.** v. 22, n. 6, p. 792-7, 2014.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

ROCHA, S. S. F. **Acolhimento com classificação de risco obstétrico: proposta de readequação do instrumento de registro**. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão e Serviços de Saúde) - Diretoria de Ensino e Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém (PA), 2018, 130f.

SANTOS, S. M.; GUIMARÃES, M. J. B.; ARAUJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saude Soc.**v. 16, n. 2, p. 87-102, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RIO DE JANEIRO . **Cegonha Carioca, 2019**. [Internet] Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca#>>. Acesso em 19/03/2019.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 819-830, 2017.

SILVA, S. A. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais**. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014, 259p.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 805-816, out-dez 2014.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C. M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** v. 18, n. 3, p. 254-63, 2008.

SOARES, V. N. N.; SOUZA, K. V.; AZEVEDO, E. M.; POSSEBOM, C. R.; MARQUES, F. F. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev. Bras Ginecol Obstet.** v. 34, n. 12, p. 536-43, 2012.

SOUZA, F. F.; SILVA, M. J. M. Métodos utilizados no acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência e urgência. **Rev Enferm UFPI**, v. 2, p. 36-42, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. C.; BOAVENTURA, R. P.; SOUZA, A. C. S.; PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L. Q.; BACHION, M. M.; BRASIL, V. V. Aferição de sinais vitais: um

indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; v. 24, n. 4, p.1071-8, 2015.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S.; THUMÉ, E., et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública**, v. 33, p, e00195815, 2017.

VASCONCELLOS, M. T. L.; SILVA, P. L. N.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. Suppl, p. S49-58, 2014.

VIDAL, C. E. L.; CARVALHO, M. A. B.; GRIMALDI, I. R.; REIS, M. C.; BAËTA, M. C. N.; GARCIA, R. B., et al. Morbidade materna grave na microrregião de Barbacena/MG. **Cad Saude Colet**. v. 24, n. 2, p. 131-8, 2016.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V., et al. Prenatal care in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. supl 1, p. 85-100, 2014.

ZANETTI, R. G.; BUENO, M. V. Primiparidade precoce e tardia. In: Peixoto S. Pré-natal. 3. ed. São Paulo: Roca, 2004.p. 1075-82.

ANEXO 1



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

1. ATENDIMENTO:

Data: ___/___/___ Hora Abertura Boletim: _____ Hora Classificação: _____

2. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
 Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Ocupação: _____ Escolaridade: ()Nenhuma ()Fundamental I ()Fundamental II ()Médio ()Superior
 Nome do(a) acompanhante: _____
 Raça/cor: ()Branca - ()Preta - ()Parda - ()Amarela - ()Indígena - Recebe Benefício Social? ()Sim ()Não - Qual? _____

3. QUEIXA PRINCIPAL:

4. PROCEDÊNCIA:

5. HISTÓRIA OBSTÉTRICA:

Gesta: _____ Para: _____ () Parto normal / () Parto cesáreo Aborto: _____
 DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ IG: _____ semanas
 Pré-natal: () Sim () Não N° consultas: _____ Local: _____

6. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:

Alergia: _____ Medicamento em uso: _____
 Doenças: () Hipertensão () Diabetes () Outras: _____

7. SINAIS VITAIS:

PA: _____ mmHg Fc: _____ bpm Fr: _____ rpm Tax _____ °C

8. ENCAMINHAMENTO:

() Emergência da unidade () Ambulatório da unidade () Serviço social () Administração
 () Unidade básica de saúde. Qual? _____
 () Outros: _____

9. OBSERVAÇÕES:



Assinatura e carimbo do (a) enfermeiro(a)

APÊNDICE : Dicionário de dados

#	Variável	Descrição	Preenchimento	Observação
1	Cor – Classificação	Cor definida pela classificação de risco	Campo alfabético	Azul Verde Amarelo Vermelho Laranja
2	Data	Data de atendimento	Campo numérico	DD/MM/AAAA
3	Hora – Abertura boletim	Hora de chegada e abertura do boletim	Campo numérico	Hora/minuto
4	Hora – Classificação	Hora de atendimento da classificação	Campo numérico	Hora/minuto
5	DATA_NASC	Data de nascimento	Campo numérico	DD/MM/AAAA
6	IDADE	Idade		ex: 30
7	Profissão	Pergunta semiaberta	Campo alfabético	-
8	Escolaridade	Nível escolar	Campo alfabético	Nenhuma fundamental fundamental 2 Médio Superior
9	Acompanhante	Acompanhante presente	Campo alfabético	Sim Não
10	COR	Raça/Cor declarada	Campo alfabético	B-branca N-negra A-amarela P-parda I-indígena
11	Benefício social	Recebe benefício social	Campo alfabético	Sim Não
12	Queixa	Motivo da procura	Campo alfabético	Pergunta aberta
13	Procedência		Campo alfabético	Pergunta aberta
14	GEST_ANT	Número de gestações anteriores	Campo numérico	ex: 07
15	PART_VAG_ANT	Número de partos vaginais anteriores	Campo numérico	ex: 04
16	PART_CES_ANT	Número de partos cesárias anteriores	Campo numérico	ex: 04
17	ABORT_ANT	Número de abortos anteriores	Campo numérico	ex: 04 <i>continua....</i>

Continuação Quadro 1: Dicionário de dados.

18	DUM	Data da última menstruação	Campo numérico	DD/MM/AAAA
19	DPP_GEST	Data provável do parto pela DUM	Campo numérico	DD/MM/AAAA
20	IG	Idade gestacional de primeira consulta	Campo numérico	-
21	Pré-natal	Realiza pré-natal	Campo alfabético	Sim Não
22	Nº de consultas	Número de consultas pré-natal realizadas	Campo alfabético	Pergunta aberta
23	NOME_UNIDADE_D E_SAUDE	Nome da Unidade de saúde no CNES	Campo alfabético	ex. SMS CF DONA ZICA
24	Alergia	Pergunta aberta	Campo alfabético	-
25	Medicamento em uso	Pergunta aberta	Campo alfabético	-
26	Doenças de base	-	Campo alfabético	Hipertensão Diabetes Outras
27	PA_sinal vital	Pressão arterial sistólica e diastólica	Campo numérico	mm/Hg
28	Fc_sinal vital	Frequência cardíaca máxima	Campo numérico	Bpm
29	Fr_sinal vital	Frequência respiratória normal	Campo numérico	RPM
30	Tax_sinal vital	Temperatura corporal basal	Campo numérico	°C

Fonte: Ficha de Classificação de Risco, plataforma SUBPAV (Dicionário de Dados Gestantes)