

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA 2013-2015

TÁCILA FAGUNDES LACERDA BRAGA RODRIGUES

RELAÇÃO ENTRE AS CONSULTAS DAS GESTANTES ATENDIDAS NO  
PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO E AS CONDIÇÕES SENSÍVEIS  
AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Belo Horizonte

2015

TÁCILA FAGUNDES LACERDA BRAGA RODRIGUES

RELAÇÃO ENTRE AS CONSULTAS DAS GESTANTES ATENDIDAS NO  
PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO E AS CONDIÇÕES SENSÍVEIS  
AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do título de Enfermeira Obstétrica.

Orientadora: Livia de Souza Pancrácio de Errico.

Belo Horizonte

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA 2013-2015

Trabalho de Conclusão de Curso intitulada “**Relação entre as consultas das gestantes atendidas no Pronto Atendimento Obstétrico e as Condições Sensíveis aos Serviços de Atenção Primária a Saúde**”, de autoria da residente **Tácila Fagundes Lacerda Braga Rodrigues**.

Aprovado pela banca examinadora constituída pelas seguintes doutoras:

---

Profa. Livia de Souza Pancrácio de Errico  
Escola de Enfermagem - UFMG  
Orientadora

---

Profa. Eunice Francisca Martins  
Escola de Enfermagem - UFMG  
Examinadora

---

Profa. Paula Gonçalves Bicalho  
Escola de Enfermagem - UFMG  
Examinadora

Belo Horizonte, 12 de novembro de 2015.

Av. Professor Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte, MG – 30130-100 – Brasil

Telefone: (031) 3409-9870.

*Dedico esse trabalho,  
que é a representação de mais uma etapa finalizada em minha vida,  
aos meus pais, Túlio e Tereza, aos meus irmãos Marcus Túlio e Tielly  
e ao meu companheiro Fábio. Sem vocês nada faria sentido!*

## AGRADECIMENTOS

*Escrever os agradecimentos é uma das partes mais difíceis e prazerosas. Agradecer é reconhecer apoio, demonstrar o seu apreço por este e, especialmente quando as pessoas não têm obrigação alguma de lhe ajudarem, deixar claro que você sabe dar valor e considerar o que representa as pessoas que fazem isso por você.*

*Agradeço primeiramente à DEUS, pois foi graças a Ele que cheguei até aqui! Por me direcionar na busca de significados na minha vida e por ter me concedido discernimento e sabedoria neste caminhar. Ele me fez me guiou para a Enfermagem e depois para a Obstetrícia e hoje sou enfermeira obstetra, que trabalha com muita alegria, orgulho e satisfação.*

*À minha grande família, em especial aos meus pais Túlio e Tereza, meus irmãos Marcus Túlio e Tielly, meus avós Floro, Helena e Vitória e meus tios Stella e Placido, ao meu marido Fábio e meus sogros Aroldo e Maria, por todo amor, carinho, incentivo, apoio incondicional e amparo, os maiores presentes que Deus me deu! “Com palavras não sei dizer, como é grande o meu amor por você!”*

*Ao Ministério da Saúde, Ministério da Educação e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela iniciativa e parceria para a construção desse grandioso Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, uma estratégia importante para ampliar a formação de enfermeiras obstetras e inseri-las nos serviços de atenção ao parto, afim de reduzir a violência obstétrica, o excesso de cesáreas e humanizar a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido. Mas fica a dica: precisamos também ampliar o campo de atuação desse importante profissional na Atenção Primária à Saúde, como é descrito brilhantemente, em minha humilde opinião, por Norman & Tesser (2015). Mas com grande carinho, agradeço à coordenadora do Curso de Residência, Torcata Amorim e à diretora da Escola de Enfermagem, Eliane Palhares, pessoas que desde a graduação me acolheram maravilhosamente bem, acreditaram em mim, compartilharam conhecimentos, oportunidades e me incentivaram muito!*

*À professora orientadora, Livia de Souza. Obrigada por ter me acolhido como sua aluna e pelos preciosos ensinamentos compartilhados durante a construção desse trabalho. Apesar da minha ansiedade no final desse caminho, foi uma orientadora espetacular!*

*Aos professores do curso, mas em especial, a Eunice Martins, quem tive o privilégio de estreitar a relação iniciada na graduação. Um exemplo de professora, de pessoa, de dedicação, mas principalmente de mediadora, o que me trouxe crescimento pessoal, acadêmico e profissional.*

*Às colegas de curso, amigas, irmãs de coração, que fizeram dessa jornada muito mais leve, mais prazerosa, que pretendo carregar pelo resto da minha vida, Isabela Nascimento, Gislaine Braga e Gabriela Britto. Amo muito vocês!*

*Às acadêmicas do curso de Enfermagem a EE/UFMG, Clarissa de Paula, Vanessa Aparecida, Francielli Mara, Indiane Almeida, e a residente Sabrina Paiva, por terem se colocado tão disponíveis, por terem me ajudado tanto na coleta e digitação dos dados, fazendo com que aquelas infinitas horas fossem mais serenas e prazerosas.*

*Às instituições parceiras de campo de prática desse programa, o Hospital das Clínicas da UFMG, Hospital Risoleta Tolentino Neves, Centros de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte e ao Hospital Sofia Feldman, por nos abrir as portas e proporcionar visões de diferentes realidades de atuação, de modelo de assistência, de conduções de casos clínicos, por nos estimular a sempre buscar por novas evidências científicas. Mas em especial, ao Hospital Sofia Feldman, onde me sinto realizada em trabalhar, um serviço mágico de assistência a mulher e ao recém-nascido, formado por muitos profissionais competentes, estudiosos, visionários, humanizados, magníficos, onde realmente a mudança pelo empoderamento da mulher, respeito à fisiologia do parto, pela humanização da prestação de cuidados é mais consolidada. Tudo isso ocorre essencialmente pelo trabalho de peças-chaves na gestão, como do diretor Ivo Lopes e da coordenadora Eliane Rabelo.*

*Àos preceptores, técnicas de enfermagem, enfermeiras generalistas, enfermeiras obstetras, enfermeiras intensivistas e médicos obstetras, por nos transmitir seus conhecimentos e habilidades, ajudar a questionar a prática, buscar evidências, a dialogar, a interagir no trabalho em equipe, a respeitar a individualidade da mulher e o processo natural, pelas risadas, causos, conselhos, dicas, e até pelas broncas e desentendimentos. Carregarei um pouquinho de cada um de vocês, em especial: Débora Lucas, Karine Brugger, Kelly Borgonove, Polyana Mourão, Raquel Rabelo, Poliana Pires, Valkíria Helena, Elisangela Soares, Lidiane Paraíso, Elis Regina, Joana Célia, Paula Janaína, Rinaldo Ferreira, Ana Maria Magalhães e Eliane Rabelo.*

*E finalmente, mas longe de serem menos importante, a todas as mulheres, acompanhantes e recém-nascidos, que tive o prazer de acompanhar seus trabalhos de parto, partos, internações, tratamentos, avaliações, que estive ao lado mesmo que seja por um segundo, mas que me confirmam momentos ímpares em suas vidas, que me fizeram experimentar diversas emoções, que ri, chorei, colaborei, aprendi, amadureci.*

*A todos que aqui citei e aos que não citei, mas que de alguma forma contribuíram para que mais uma etapa da minha vida fosse concluída, dedico essa vitória, com a mais profunda gratidão. Vocês sempre farão parte da minha história!*

*“Há um tempo em que é preciso  
abandonar as roupas usadas,  
que já tem a forma do nosso corpo,  
e esquecer os nossos caminhos,  
que nos levam sempre aos mesmos lugares.  
É o tempo da travessia:  
e, se não ousarmos fazê-la,  
teremos ficado, para sempre,  
à margem de nós mesmos.”*

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

Considerando a importância no desenvolvimento e consolidação de mudanças na assistência prestada à mulher na redução da mortalidade materna e perinatal, bem como a necessidade da avaliação de serviços de Atenção Primária a Saúde, o presente estudo teve como objetivo analisar as consultas das gestantes atendidas no Pronto Atendimento de uma maternidade, segundo as condições sensíveis aos serviços de atenção primária. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, retrospectivo. O local de estudo foi o Hospital Sofia Feldman. As participantes do estudo foram todas as gestantes que foram atendidas no Pronto Atendimento no mês de agosto de 2014. Os dados foram coletados na Ficha de Consulta Ambulatorial para o grupo de gestantes não internadas e na Ficha de Consulta Ambulatorial e no Prontuário para o grupo de gestantes internadas, através de um instrumento pré-testado. Foi realizada a análise descritiva dos dados, com o cálculo das frequências absolutas e relativas. O teste Qui-quadrado de Pearson foi adotado para verificar as diferenças entre as proporções, com significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ). Utilizou-se *software Statistical Package for Social Science* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 15.0. Foram analisadas 1299 consultas, sendo 426 registradas na FCA e 873 nos prontuários, o que corresponde a um total de 1139 gestantes. As gestantes que procuraram o serviço eram em sua maioria jovens, solteiras, provenientes de outros municípios, não eram primigestas e estavam no terceiro trimestre de gestação. As consultas ocorreram principalmente no turno diurno, foram classificadas como verde e 1/3 das gestantes não foram atendidas no tempo médio indicado pela classificação de risco. Isto pode ser compreendido como um reflexo da falta de acompanhamento ambulatorial adequado dessa gestante, ocasionando uma demanda aumentada no serviço hospitalar, demora no atendimento, peregrinação, insatisfação e desfecho desfavorável. Encontrou-se uma alta prevalência de queixas e hipóteses diagnósticas sensíveis a atenção primária e que não são classificados na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada em 2008. Portanto, é essencial o fortalecimento da APS para que a mesma assuma a coordenação de uma rede de atenção à saúde e a incorporação do profissional enfermeiro obstetra nesse nível de atenção a fim de participar e realizar progressivamente o pré-natal de suas usuárias, acompanhando-as até o período puerperal.

**Descritores:** Atenção primária à saúde; Pré-natal; Indicadores básicos de saúde; Hospitalização; Gestação; Enfermeira obstetra.

## ABSTRACT

Considering the importance in the development and consolidation of changes in the care provided to women in reducing maternal and perinatal mortality, as well as the need for evaluation of primary health care services Health, this study aimed to analyze the queries of pregnant women seen in the Ready Answering a maternity according to the conditions sensitive to primary care services. It is a descriptive, cross-sectional, retrospective. The study site was the Sofia Feldman Hospital. Study participants were all pregnant women who received care at the Emergency Department in August 2014. Data were collected in the Ambulatory Information Certificate for the group of non-pregnant women hospitalized and outpatient consultation Sheet and Handbook for the group pregnant women admitted, through a pre-test instrument. A descriptive analysis of the data, with calculation of absolute and relative frequencies was held. The chi-square test of Pearson was adopted to investigate the differences between the proportions, with statistical significance of 5% ( $p < 0.05$ ). We used software Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, USA) version 15.0. 1299 consultations were analyzed, being registered with the FCA 426 and 873 in the records, corresponding to a total of 1139 pregnant women. Pregnant women attending the service were mostly young, single, from other municipalities, were not first pregnancy and were in the third trimester of pregnancy. Consultations took place mainly in the morning shift, were classified as green and 1/3 of the pregnant women were missed in the mean time indicated by the risk rating. This can be understood as a reflection of the lack of adequate outpatient follow this pregnant woman, causing an increased demand on hospital services, delay in treatment, pilgrimage, dissatisfaction and unfavorable outcome. We found a high prevalence of complaints and diagnostic hypotheses sensitive to primary care and that are not classified in the Brazilian List of Sensitive Conditions Hospitalization for primary care, published in 2008. It is therefore essential to strengthen the APS so that it takes the coordination of a network of health care and the incorporation of the obstetric nurse professional at this level of attention in order to participate and gradual establishment of the prenatal its users, following them until the puerperal period.

**Keywords:** Primary health care; Prenatal care; Health status indicators; Hospitalization; Pregnancy; Nurse Midwife.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                               | <b>10</b> |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....                                | <b>12</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....                                | 12        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                         | 12        |
| <b>3 MÉTODO</b> .....                                   | <b>13</b> |
| 3.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO .....                        | 13        |
| 3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....                           | 15        |
| 3.3 COLETA DOS DADOS .....                              | 16        |
| 3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....                           | 16        |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....                             | 18        |
| 3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....                          | 19        |
| <b>4 RESULTADOS</b> .....                               | <b>20</b> |
| 4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES ..... | 20        |
| 4.2 DESCRIÇÃO DAS CONSULTAS NO PRONTO ATENDIMENTO ..... | 21        |
| 4.3 QUEIXA OU RAZÃO DE PROCURA DAS GESTANTES.....       | 24        |
| 4.4 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS .....                        | 27        |
| <b>5 DISCUSSÃO</b> .....                                | <b>31</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                     | <b>35</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                                | <b>36</b> |
| <b>APÊNDICE</b> .....                                   | <b>40</b> |

## INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde materno-infantil têm como foco principal a atenção integral às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e à criança no primeiro ano de vida. As ações de saúde nessa área têm sido priorizadas e apresentaram avanços ao longo das últimas décadas (TEIXEIRA, 2012). Entretanto a redução das taxas de morbi-mortalidade materna é ainda um desafio, tendo em vista que o Brasil, próximo do prazo final para alcançar a meta de Melhorar a Saúde Materna firmada na Declaração do Milênio (ONU, 2000), ainda registra a proporção de 69 mortes maternas a cada cem mil nascidos vivos, o que representa quase o dobro da meta assumida (WHO, 2013).

A continuidade da melhoria da atenção materno-infantil, e desse modo, a redução da razão de mortalidade materna, é conseqüente ao desenvolvimento e à consolidação de mudanças na assistência prestada à mulher. Nesta direção, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha com enfoque concentrado na reorganização desta área de atenção. A Rede Cegonha, enquanto estratégia é caracterizada pela estruturação de uma rede de cuidados no âmbito do Sistema Único de Saúde, buscando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Em seus objetivos fica explícita a recomendação para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança; orientando a organização de uma rede de atenção que assegure à mulher o acesso aos serviços, onde esta será acolhida e terá uma assistência resolutiva (BRASIL, 2011).

Apesar das ações da Rede Cegonha incentivar a utilização dos serviços de atenção primária para realização do pré-natal, na minha experiência como residente do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, observei que a busca por atendimento obstétrico durante a gravidez é grande nas maternidades e que na classificação de risco, segundo o Manual do Ministério da Saúde (2014), as queixas das gestantes são classificadas como verde e azul, ou seja, não possuem risco de agravamento da condição clínica, assim, para boa parte destas, a conduta tomada foi somente orientação e esclarecimento de dúvidas, sugerindo que, em muitos casos, os problemas apresentados poderiam ser solucionados nas consultas de pré-natal. Ressalta-se que esta elevada procura pelos serviços de Pronto Atendimento das maternidades implica em superlotação dos serviços, gerando longas filas, espera, demora no atendimento das mulheres em situações de risco, aumento de custos,

deslocamentos desnecessários, insatisfação, peregrinação das gestantes por outros serviços e desfechos materno-infantis desfavoráveis.

Esta situação nos estimula a formular a seguinte questão: todas estas gestantes necessitam de ser atendidas no pronto atendimento da maternidade?

Essas questões remetem a discussão ao conceito de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), isto é, agravos ou condições de saúde atendidas no sistema hospitalar que poderiam ter sido resolvidas por uma assistência de qualidade realizada pelos serviços de atenção primária. O indicador CSAP surgiu nos Estados Unidos, na década de 90, como medida indireta da efetividade da Atenção Primária (BILLINGS *et al*, 1993). Esse indicador foi posteriormente adaptado em diversos países, representando os eventos que poderiam ser evitados, em sua totalidade ou em parte, pelo acesso a serviços efetivos de atenção primária a saúde (WEISMANN; GATSONIS; EPSTEIN, 1992; REHEM; EGRY, 2011).

Em 2008, com a Portaria nº 221, definiu-se a Lista Brasileira de Internações por CSAP (ICSAP), organizada por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2008a). Esta lista, apesar de não ser específica para a obstetrícia, contém alguns diagnósticos que são vinculados à atenção obstétrica. As condições que compõem o grupo de doenças relacionadas ao pré-natal e parto determinados na lista são infecção no trato urinário, sífilis congênita e síndrome da rubéola congênita.

Logo, tendo em vista que as CSAP são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz, propõe-se utilizar este indicador para identificar demandas das gestantes no Pronto Atendimento Obstétrico que poderiam ser resolvidas na APS e, assim, evidenciar lacunas na assistência pré-natal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- ❖ Analisar as consultas das gestantes atendidas no pronto atendimento de uma maternidade, classificando-as segundo as condições sensíveis aos serviços de atenção primária.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Identificar o perfil demográfico e obstétrico das gestantes que procuram o Pronto Atendimento da maternidade.
- ❖ Identificar a queixa ou a razão pelo qual as gestantes procuram a maternidade.
- ❖ Identificar a classificação de risco recebida e o tempo de espera para atendimento.
- ❖ Classificar as queixas ou as razões de procura e os diagnósticos, segundo a sensibilidade a atenção primária.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Este estudo descritivo, de corte transversal, retrospectivo, foi realizado em uma maternidade filantrópica, o Hospital Sofia Feldman (HSF), localizado no Distrito Sanitário Norte, do município de Belo Horizonte (BH). Esta maternidade é especializada na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, acolhendo exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde. A maternidade é referência obstétrica para os Distritos Sanitários Norte e Nordeste de BH, porém, também atende outros distritos de BH e de outros municípios de Minas Gerais.

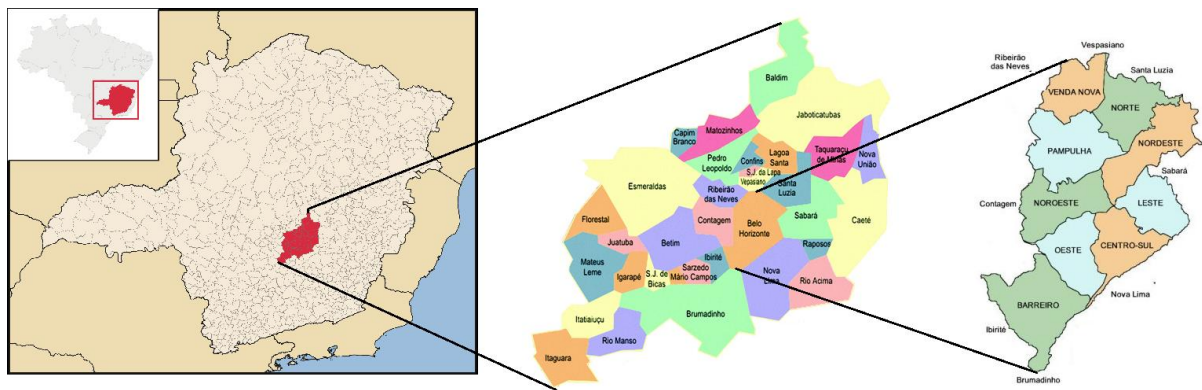


FIGURA 1 – Mapa ilustrativo dos municípios da região metropolitana e dos distritos sanitários de BH/MG. FONTE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE; Secretária Municipal de Saúde de BH/SMSA/BH.

O HSF é uma instituição de grande porte, no qual a gestante tem acesso ao serviço hospitalar através de demanda própria, por orientação, por encaminhamento de outros serviços ou via central de leitos. A gestante encaminhada via central de leitos foi cadastrada na Central de Regulação de Leitos e possui uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), dessa forma, a maioria delas será internada independente da avaliação na maternidade. A seguir é apresentado a figura 2 com o fluxograma de atendimento da gestante no HSF.

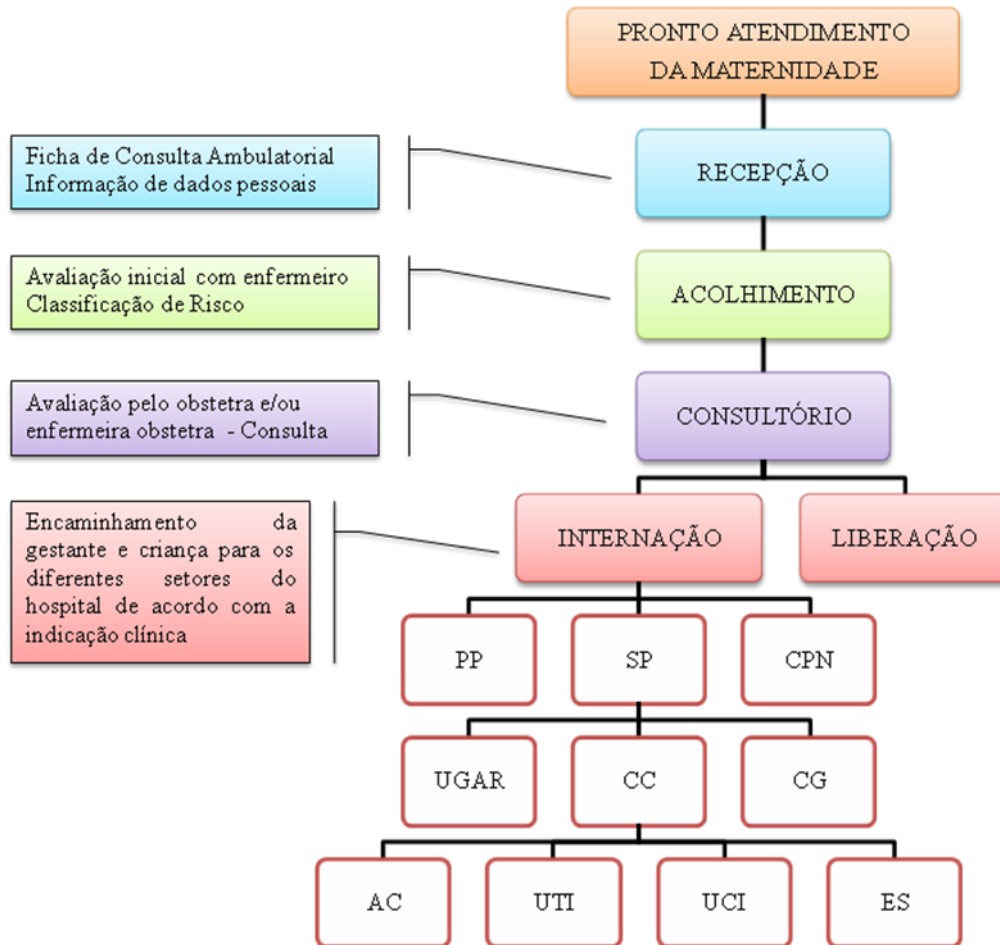


FIGURA 2 - Fluxograma de atendimento da gestante no HSF

No pronto atendimento do HSF, as enfermeiras obstetras possuem como atribuição: avaliação de gestantes com sinais e/ou sintomas de trabalho de parto e internação daquelas que estão em trabalho de parto; realizar prescrição de rotina; solicitação de exames; avaliação e admissão de mulheres com uma cesárea prévia, para indução do parto em situações indicadas no protocolo institucional, com alguma complicação - distúrbio do índice de líquido amniótico, alterações de crescimento fetal, mas com notificação ou consulta ao médico obstetra; identificar apropriadamente o grau de risco e solicitar avaliação médica, dentre outras. E o médico obstetra é responsável por atender todas aquelas que são de atribuição da enfermeira obstetra, mais avaliação e admissão de mulheres para cirurgias eletivas, gestantes e parturientes em situação de risco, outras situações não definidas dependendo da avaliação da equipe.

### 3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram incluídas no estudo todas as consultas de gestantes atendidas no Pronto Atendimento (PA) no mês de agosto de 2014, classificadas nas especialidades enfermagem, ginecologia e obstetrícia. Os atendimentos de puérperas e aqueles direcionados para as especialidades anestesiologia, angiologia, cirurgia geral, fisioterapia, gastroenterologia, neonatologia, nutrição, pediatria e terapia ocupacional foram excluídos. A análise abrangeu 1299 consultas, totalizando 1139 gestantes incluídas no estudo, tendo em vista que uma gestante pode ter procurado o Pronto Atendimento do hospital mais de uma vez. É importante ressaltar que foram encontrados apenas 1/3 das fichas de consultas ambulatoriais devido a organização do setor de arquivamento, porém essa perda não é significativa para o resultado final, tendo em vista que não é um evento raro. A seguir é apresentado a figura 3 com o fluxograma realizado para selecionar as consultas e as internações (prontuários) incluídas no estudo.

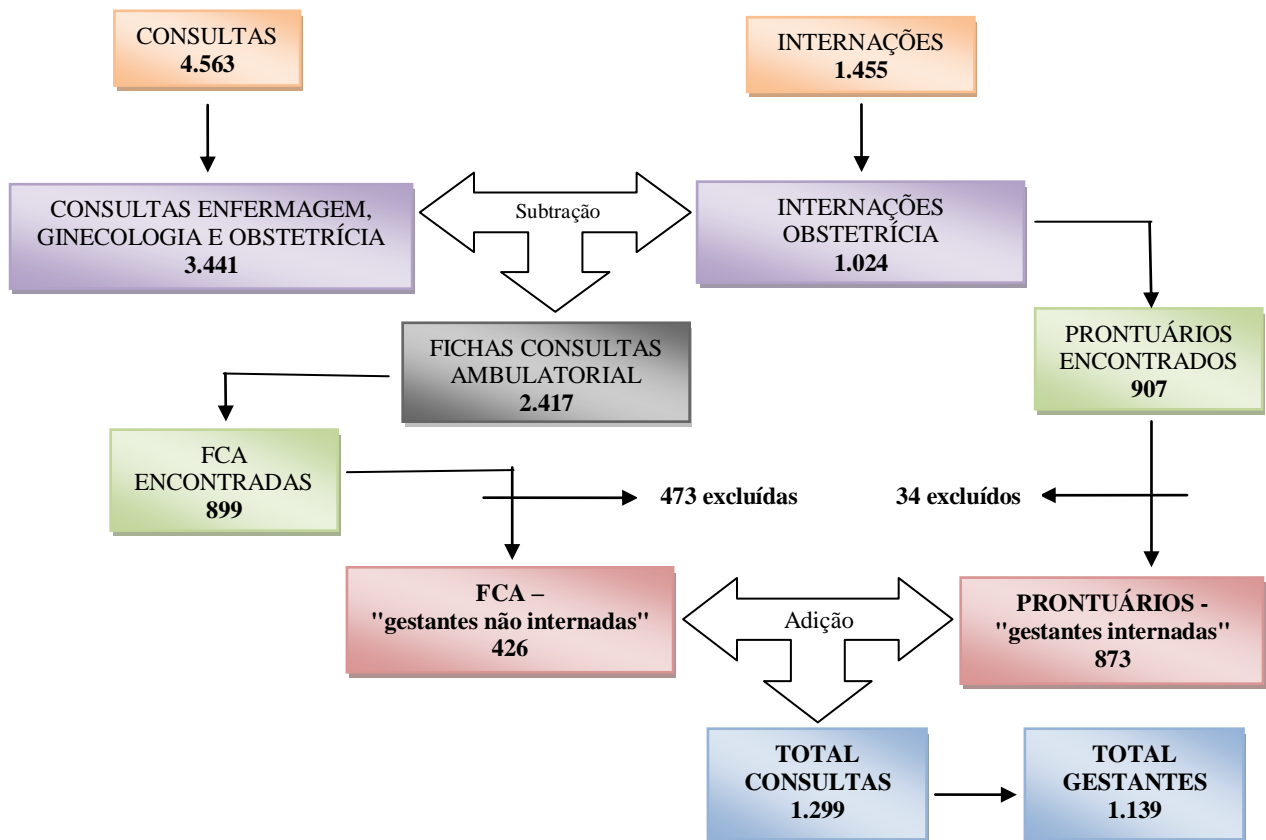


FIGURA 3 - Fluxograma de seleção das consultas do estudo

### 3.3 COLETA DOS DADOS

Um instrumento de coleta foi elaborado para coletar dados de duas fontes (APÊNDICE). Uma das fontes foi a Ficha de Consulta Ambulatorial (FCA) onde se obteve dados das gestantes que foram somente avaliadas no PA e liberadas. Nesse estudo, essas gestantes formaram o grupo das chamadas "gestantes não internadas". Para aquelas gestantes que foram avaliadas e internadas a fonte de dados foram os Prontuários, especificamente os dados presentes nos impressos da "Ficha de Consulta Ambulatorial" e da "Evolução Clínica". Estas gestantes compuseram o grupo das chamadas "gestantes internadas".

A coleta ocorreu no período de janeiro a abril de 2015, por residentes de enfermagem obstétrica e graduandos de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, totalizando 08 pessoas. Todos passaram por treinamento para realizar a coleta.

### 3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

#### # Demográficas:

- Faixa etária (13 a 15 anos, 16 a 19 anos, 20 a 34 anos, 35 a 48 anos);
- Estado civil (solteira, casada, divorciada, viúva);
- Procedência (distrito sanitário norte/nordeste; outros distritos sanitários de BH – pampulha, venda nova, noroeste, centro-sul, leste, oeste e barreiro; municípios da região metropolitana - Baldim, Betim, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Confins, Contagem, Esmeraldas, Florestal, Ibirité, Igarapé, Itaguara, Itatiaiuçi, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas, Vespasiano; outros municípios);

#### # Obstétricas:

- Primigesta (sim, não);
- Número de partos (nenhum, um, dois ou mais partos);
- Número de partos vaginais (nenhum, 1 a 3, 4 ou mais partos vaginais);
- Número de partos cesáreos, (nenhum, 1, 2 ou mais cesáreas);
- Número de abortos (nenhum, 1, 2 ou mais abortos);

- Fator de risco gestacional: foram investigados os fatores de risco gestacionais, descritos no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012a): idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos, anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos (ex. útero bicorno), dependência de drogas, hábitos de vida (ex. fumo e álcool); história reprodutiva anterior - abortamento habitual, morte perinatal, parto pré-termo anterior, esterilidade/infertilidade, síndrome hipertensiva, diabetes gestacional, cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores); hipertensão arterial; cardiopatias, nefropatias, endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias), epilepsia, doenças infecciosas, autoimunes, ginecopatias, neoplasias; doença obstétrica na gravidez atual - desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, amniorrexe prematura; hemorragias da gestação, incompetência istmo-cervical, óbito fetal; doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); intercorrências clínicas pré-existentes (sim, não); Para este estudo foram excluídos os fatores de risco situação conjugal insegura, nuliparidade e multiparidade, pois o estado civil não determina se a mulher tem ou não parceiro fixo, e não há consenso na literatura sobre a definição de nuliparidade e multiparidade;
- Idade gestacional (menos de 14 semanas, 15 – 28 semanas, 29 – 33 semanas, 34 – 36 semanas, 37 – 40 semana, 41 - 42 semanas; 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre);
- Número de consultas de pré-natal (0, 1, 2 – 5, 6 ou mais consultas);

# Avaliação no pronto atendimento:

- Procurou outro serviço antes de ir para o HSF (sim, não);
- Proveniente da central de leitos (sim, não);
- Período de atendimento (diurno/07:00 – 18:59 horas, noturno/19:00 – 06:59 horas)
- Dia da Semana (segunda a sexta; sábado, domingo e feriado)
- Categoria profissional que realizou o atendimento (enfermeira obstetra, obstetra, ambos);

- Classificação de risco recebida (azul, verde, amarelo, laranja, vermelho) e tempo de espera para o atendimento (0, 1 – 15, 16 – 30, 31 – 120, 121 – 180, 181 ou mais minutos); Avaliados a partir do Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde (2014). Este manual inclui um protocolo que baseado na análise sucinta e sistemática das queixas e de alguns parâmetros clínicos das gestantes atendidas, com o objetivo de identificar as situações que ameaçam a vida. Além disso, organiza as diversas demandas das usuárias e permite respostas mais adequadas a cada caso. As categorias de sistematização criadas identificam chaves de decisão, as quais definem parâmetros para elaboração dos fluxogramas de atendimento em obstetrícia de acordo com a queixa da mulher. Como resultado desta análise, a mulher é classificada de acordo com a gravidade clínica nas cores vermelha, laranja, amarela, verde ou azul (BRASIL, 2014). Após a classificação as mulheres deverão ser atendidas pelo obstetra ou enfermeira obstetra segundo quadro abaixo:

**Quadro 01 – Classificação de risco**

| <b>Classificação</b> | <b>Descrição</b>            | <b>Tempo de espera</b>                                   |
|----------------------|-----------------------------|--|
| Vermelha             | Risco iminente de morte     | Atendimento imediato                                     |
| Laranja              | Risco significativo         | Até 15 minutos   |
| Amarelo              | Sem risco imediato          | Até 30 minutos   |
| Verde                | Sem risco de agravamento    | Até 120 minutos  |
| Azul                 | Atendimento não prioritário | Recomendação: avaliação nos serviços de Atenção Primária |

- Queixa ou razão da procura apresentada pela gestante no pronto atendimento descrita pelo profissional atendente;
- Hipótese diagnóstica levantada pelo profissional atendente;
- Conduta profissional - Internação (sim, não);

### **3.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados coletados foram digitados no Microsoft Office Excel 2007 e, posteriormente, exportados para o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 15.0, onde foram revisados, para se eliminar a probabilidade de erros de digitação. Em seguida, foi realizada a análise descritiva, calculou-se as frequências absoluta e relativa. O teste Qui-quadrado de Pearson foi adotado para verificar as diferenças entre as proporções, com significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

Para classificação das queixas ou razões ao procurar o serviço em estudo, criou-se as seguintes categorias, de acordo com o serviço de saúde indicado para resolução destas:

- # Obstétricas – queixas ou razão de procura que as mulheres devem ser orientadas para identificar e procurar a maternidade de referência;
- # Eletivas - queixas ou razão de procura que as mulheres desejam algum procedimento eletivo a ser realizado na maternidade;
- # Ambíguas - queixas ou razão de procura que as mulheres podem apresentar e que isoladamente não determinam uma condição de internação hospitalar, devendo ser avaliada no pré-natal e às vezes na maternidade;
- # Comuns - queixas ou razão de procura que as mulheres podem apresentar e que são sintomas comuns na gravidez e que são geralmente resolvidas na APS;
- # Gerais - queixas ou razão de procura não decorrentes da gravidez que as mulheres podem apresentar e que são geralmente resolvidas na APS.

E, para análise das hipóteses diagnósticas foram criadas as seguintes categorias, classificadas de acordo com a indicação de internação hospitalar:

- # Obstétricas – hipóteses diagnósticas que indicam internação hospitalar;
- # Eletivas - hipóteses diagnósticas para procedimentos eletivos;
- # Ambíguas - hipóteses diagnósticas que isoladamente não determinam uma condição de internação hospitalar, devendo ser melhor investigada;
- # Sensíveis - hipóteses diagnósticas que indicam condições sensíveis APS, que não há necessidade de internação hospitalar, se houver atendimento oportuno e resolutivo na APS.

### **3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), Parecer n° 920.769, em 18/12/2014, e pelo Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman/Fundação de Assistência Integral à Saúde, Parecer n° 926.986, em 26/12/2014.

## 4 RESULTADOS

Foram analisadas 1299 consultas, sendo 426 registradas na FCA e 873 nos prontuários, o que corresponde a um total de 1139 gestantes atendidas, considerando que 130 gestantes (11,5%) realizaram mais de uma consulta (TABELA 1).

**Tabela 1 - Distribuição da quantidade de vezes que as gestantes procuraram o HSF**

| <b>Número de Procura</b> | <b>Número de Gestantes</b> |
|--------------------------|----------------------------|
| 01 vez                   | 1009 (88,5)                |
| 02 vezes                 | 106 (9,4)                  |
| 03 vezes                 | 19 (1,7)                   |
| 04 vezes                 | 4 (0,3)                    |
| 05 vezes                 | 1 (0,1)                    |

### 4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES

As gestantes que procuraram o serviço eram em sua maioria solteiras, jovens, não eram primigestas e mais da metade delas apresentavam algum fator de risco. Vale ressaltar que 22,2% eram adolescentes. O HSF é a maternidade de referência para apenas 32,2% das mulheres analisadas, e para aproximadamente a metade delas (49,5%), a maternidade de referência estava localizada em outros municípios (TABELA 2).

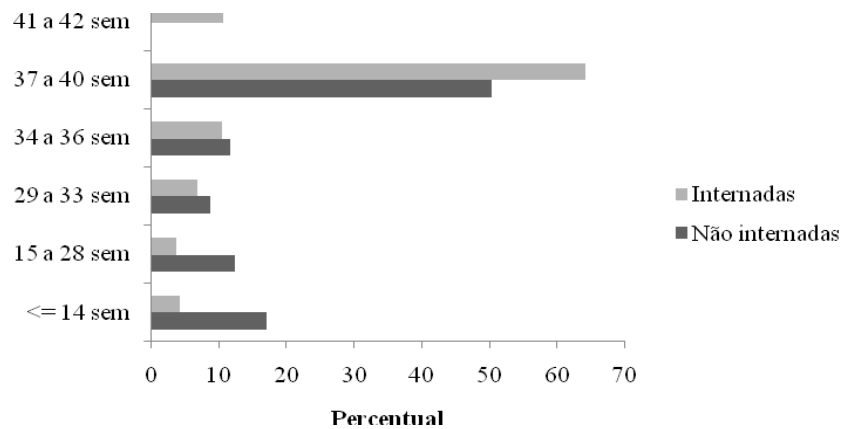
**Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo características demográficas e obstétricas**

| Variáveis                             | N (%)      |
|---------------------------------------|------------|
| <b>Faixa etária</b>                   |            |
| 13 a 15 anos                          | 32 (2,8)   |
| 15 a 19 anos                          | 221 (19,4) |
| 20 a 34 anos                          | 754 (66,2) |
| 35 a 48 anos                          | 132 (11,6) |
| <b>Estado Civil</b>                   |            |
| Solteira                              | 816 (72,0) |
| Casada                                | 296 (26,1) |
| Divorciada                            | 19 (1,6)   |
| Viúva                                 | 3 (0,3)    |
| <b>Procedência</b>                    |            |
| Distritos sanitários norte e nordeste | 367 (32,2) |
| Demais distritos sanitários de BH     | 208 (18,3) |
| Região Metropolitana                  | 466 (40,9) |
| Outros Municípios                     | 98 (8,6)   |
| <b>Primigesta</b>                     |            |
| Sim                                   | 479 (42,7) |
| Não                                   | 643 (57,3) |
| <b>Número de Partos</b>               |            |
| Nenhum                                | 547 (48,8) |
| 1                                     | 314 (28,0) |
| 2 ou mais                             | 261 (23,2) |
| <b>Número de Partos Vaginais</b>      |            |
| Nenhum                                | 690 (61,5) |
| 1 a 3                                 | 393 (35,0) |
| 4 ou mais                             | 39 (3,5)   |
| <b>Número de Cesarianas</b>           |            |
| Nenhum                                | 950 (84,7) |
| 1                                     | 126 (11,2) |
| 2 ou mais                             | 46 (4,1)   |
| <b>Número de Abortos</b>              |            |
| Nenhum                                | 911 (81,2) |
| 1                                     | 160 (14,3) |
| 2 ou mais                             | 51 (4,5)   |
| <b>Fator de Risco Identificado</b>    |            |
| Sim                                   | 721 (63,3) |
| Não                                   | 418 (36,7) |

#### 4.2 DESCRIÇÃO DAS CONSULTAS NO PRONTO ATENDIMENTO

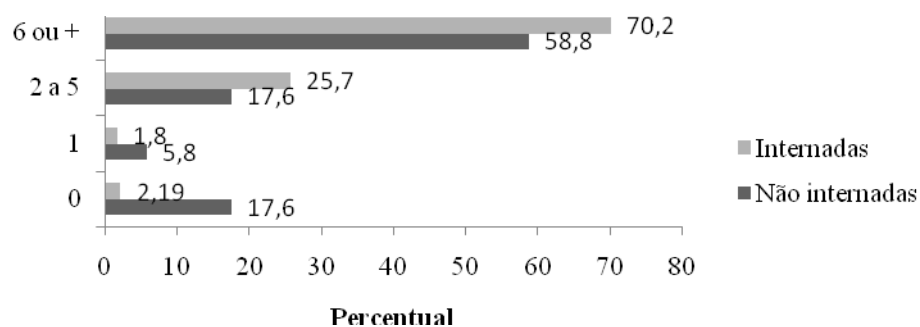
Mais de três quartos das gestantes que procuraram pelo PA do HSF estavam no terceiro trimestre de gestação, com pequena variação percentual entre o grupo de gestantes internadas e não internadas. As gestantes com até 28 semanas de gestação, em sua maioria não foram internadas. (GRÁFICO 1).

**Gráfico 1 - Distribuição das consultas das gestantes não internadas e internadas segundo a idade gestacional no momento da consulta**



O registro das informações sobre o pré-natal variou em função da internação ou não das gestantes. No caso das gestantes não internadas, para somente 34 (7,9%) delas havia registros de informação sobre o número de consultas de pré-natal realizadas, porém, destaca-se que 17,6% delas não havia realizado nenhuma consulta de pré-natal. Em oposição, 819 (93,8) das gestantes que foram internadas havia registro de informações sobre o pré-natal, identificando-se que a maioria realizou 6 ou mais consultas de pré-natal (GRÁFICO 2).

**Gráfico 2 - Distribuição das consultas das gestantes não internadas e internadas segundo o número de consultas de pré-natal realizadas**



Tanto as gestantes não internadas quanto as gestantes internadas procuraram mais o HSF no período diurno, 67,8 e 57,8% respectivamente. Sendo que dessas, somente 23,9 e 30,7% procuraram pelo serviço no fim de semana (TABELA 3).

A maioria das gestante não internadas foram atendidas pelo obstetra (52,8%), enquanto que as gestantes atendidas pela enfermeira obstetra foram internadas (40,9). Ambos profissionais realizaram mais consultas em colaboração que resultaram na internação das gestantes (32,1%) (TABELA 3). Isto ocorre em decorrência do fluxo de atendimento do hospital descrito anteriormente.

Para ambas situações, internadas e não internadas, aproximadamente metade das gestantes avaliadas referiram não ter buscado outro serviço antes de procurar o HSF. Das gestantes que buscaram outros serviços antes de ir para a maternidade, no grupo das gestantes não internadas vieram em sua maioria da consulta de pré-natal e do grupo de gestantes internadas vieram de outros municípios. Nesse estudo, todas as gestantes cadastradas na Central de Regulação de Leitos foram internadas e esse cadastro foi realizado igualmente tanto de outras maternidades de BH quanto de outros municípios (TABELA 3).

Em relação à classificação de risco as gestantes não internadas e internadas foram em sua maioria, classificadas como verde com tempo médio para o atendimento de 90 a 60 minutos, respectivamente. É importante destacar que 13,6 % das gestantes não internadas e 4,3% das gestantes internadas esperaram mais de 181 minutos pelo atendimento (TABELA 3).

**Tabela 3 - Distribuição das consultas de acordo com as variáveis de procura do serviço de saúde e atendimento**

| Variáveis                              | Não internadas | Internadas | Valor de P   |
|--|----------------|------------|--------------|
| <b>Período de Atendimento</b>          |                |            | <b>0,001</b> |
| Diurno                                 | 289 (67,8)     | 505 (57,8) |              |
| Noturno                                | 137 (32,2)     | 368 (42,2) |              |
| <b>Profissional Atendente</b>          |                |            | <b>0,000</b> |
| Enfermeira obstetra                    | 166 (39,0)     | 357 (40,9) |              |
| Médico obstetra                        | 225 (52,8)     | 236 (27,0) |              |
| Ambos                                  | 35 (8,2)       | 280 (32,1) |              |
| <b>Procurou Outro Serviço</b>          |                |            | <b>0,069</b> |
| Não                                    | 69 (56,1)      | 351 (47,2) |              |
| Sim                                    | 54 (43,9)      | 392 (52,8) |              |
| <b>Central de Leitos</b>               |                |            | <b>#</b>     |
| Não                                    | 0 (0,0)        | 586 (67,1) |              |
| Outras Maternidades de BH              | 0 (0,0)        | 145 (16,6) |              |
| Outros Municípios                      | 0 (0,0)        | 142 (16,3) |              |
| <b>Classificação de Risco Recebida</b> |                |            | <b>0,000</b> |
| Azul                                   | 25 (7,1)       | 7 (0,9)    |              |
| Verde                                  | 283 (80,3)     | 390 (51,0) |              |
| Amarelo                                | 43 (12,2)      | 350 (45,8) |              |
| Laranja                                | 1 (0,2)        | 14 (1,8)   |              |
| Vermelho                               | 0 (0,0)        | 3 (0,5)    |              |
| <b>Tempo para Atendimento</b>          |                |            | <b>0,000</b> |
| 0 min                                  | 5 (1,7)        | 47 (5,6)   |              |
| 1 a 15 min                             | 26 (8,9)       | 133 (15,9) |              |
| 16 a 30 min                            | 36 (12,3)      | 171 (20,5) |              |
| 31 a 120 min                           | 143 (48,9)     | 377 (45,3) |              |
| 121 a 180 min                          | 42 (14,3)      | 68 (8,1)   |              |



**Tabela 5 - Percentual das queixas/razões ao procurar os serviços das gestantes não internadas e internadas**

| <b>Queixas/Razão das não internadas</b> | <b>N (%)</b> | <b>Queixas/Razão das internadas</b> | <b>N (%)</b> |
|---|--------------|-------------------------------------|--------------|
| Contração                               | 135 (31,7)   | Contração                           | 400 (45,8)   |
| Dor embaixo Ventre                      | 117 (27,5)   | Perda de Líquido                    | 220 (25,2)   |
| Sangramento                             | 57 (13,4)    | Dor Embaixo Ventre                  | 69 (7,9)     |
| Dor Abdominal                           | 41 (9,6)     | Sangramento                         | 61 (7,0)     |
| Avaliação                               | 36 (8,5)     | Indução do Trabalho de Parto        | 58 (6,6)     |
| Perda de Tampão Mucoso                  | 33 (7,7)     | Cesariana                           | 45 (5,2)     |
| Lombalgia                               | 27 (6,3)     | Perda de Tampão Mucoso              | 41 (4,7)     |
| Cefaléia                                | 26 (6,1)     | Aumento dos Níveis Pressóricos      | 34 (3,9)     |
| Corrimento                              | 23 (5,4)     | Dor Abdominal                       | 33 (3,8)     |
| Náuseas/Vômitos                         | 22 (5,2)     | Alterações Ultrassonográficas       | 26 (3,0)     |
| Perda de Líquido                        | 18 (4,2)     | Cefaléia                            | 24 (2,7)     |
| Redução do Movimento Fetal              | 9 (2,1)      | Lombalgia                           | 23 (2,6)     |
| Cesariana                               | 8 (1,9)      | Óbito Fetal                         | 19 (2,2)     |
| Queda                                   | 7 (1,6)      | Alterações Visuais                  | 9 (1,0)      |
| Indução do Trabalho de Parto            | 5 (1,2)      | Avaliação                           | 8 (0,9)      |
| Epigastralgia                           | 5 (1,2)      | Alterações Urinárias                | 5 (0,6)      |
| Alteração nos Membros Inferiores        | 4 (0,9)      | Epigastralgia                       | 5 (0,6)      |
| Mal Estar                               | 4 (0,9)      | Redução do Movimento Fetal          | 5 (0,6)      |
| Óbito Fetal                             | 4 (0,9)      | Alteração de Glicemia               | 3 (0,3)      |
| Diarréia                                | 4 (0,9)      | Edema em Membros Inferiores         | 2 (0,2)      |
| Prurido                                 | 4 (0,9)      | Náuseas/Vômitos                     | 2 (0,2)      |
| Gripe                                   | 3 (0,7)      | Dispnéia                            | 2 (0,2)      |
| Aumento dos Níveis Pressóricos          | 2 (0,5)      | Gestação Anembrionada               | 2 (0,2)      |
| Distúrbios Visuais                      | 2 (0,5)      | Alteração de Batimentos Fetais      | 2 (0,2)      |
| Apetite Diminuído                       | 2 (0,5)      | Gravidez Ectópica                   | 2 (0,2)      |
| Tontura                                 | 2 (0,5)      | Fraqueza                            | 2 (0,2)      |
| Dor de Garganta                         | 2 (0,5)      | Pirose                              | 1 (0,1)      |
| Oligohidrâmnio                          | 1 (0,2)      | Tosse                               | 1 (0,1)      |
| Olho inchado                            | 1 (0,2)      | Febre                               | 1 (0,1)      |
| Erupções Vermelhas Cutâneas             | 1 (0,2)      | Descolamento Prematuro de Placenta  | 1 (0,1)      |
| Tosse                                   | 1 (0,2)      | Corrimento                          | 1 (0,1)      |
| Febre                                   | 1 (0,2)      | Plaquetopenia                       | 1 (0,1)      |
| Dificuldade de Evacuar                  | 1 (0,2)      | Cerclagem                           | 1 (0,1)      |
| Dificuldade de Andar                    | 1 (0,2)      | Tontura                             | 1 (0,1)      |
| Dor em Região Umbilical                 | 1 (0,2)      | Prurido Cutâneo                     | 1 (0,1)      |
| Dor Vaginal                             | 1 (0,2)      |                                     |              |
| Convulsão                               | 1 (0,2)      |                                     |              |
| Dispareunia                             | 1 (0,2)      |                                     |              |
| Pirose                                  | 1 (0,2)      |                                     |              |
| Agressão Física                         | 1 (0,2)      |                                     |              |
| Agressividade/Irritabilidade            | 1 (0,2)      |                                     |              |
| Escarro com Sangue                      | 1 (0,2)      |                                     |              |

Abaixo segue o quadro 02 com a classificação das queixas ou razão de procura de acordo com o serviço de saúde indicado para resolução destas. Observa-se que a maioria das queixas foram agrupadas na categoria de queixas comuns. A categoria de queixas ou razão de procura mais frequente para as gestantes não internadas é a comum (51,6%) e para as internadas é obstétrica (73,0%), conforme descrito na tabela 6.

**Quadro 02 - Classificação das queixas/razão de procura por categoria**

| <b>Obstétricas</b>  | <b>Eletivas</b>  | <b>Ambíguas</b>  | <b>Comuns</b>   | <b>Gerais</b>  |
|---|--|--|---|--|
| Contração<br>Perda de líquido<br>Sangramento<br>Aumento dos níveis pressóricos<br>Óbito fetal<br>Gestação anembrionada<br>Alteração de batimentos cardíacos fetais<br>Descolamento prematuro de placenta<br>Alteração de glicemia<br>Ectópica | Avaliação<br>Indução do trabalho de parto<br>Cesárea Cerclagem | Epigastralgia<br>Queixas visuais<br>Diminuição do movimento fetal<br>Alteração ultrassonográfica<br>Plaquetopenia<br>Queda<br>Convulsão<br>Agressão física | Perda de tampão mucoso<br>Cólica<br>Dor abdominal<br>Lombalgia<br>Queixas urinárias<br>Cefálea<br>Náusea/Vômito<br>Pirose<br>Dispnéia<br>Corrimento<br>Fraqueza<br>Tontura<br>Dificuldade de evacuar<br>Apetite diminuído<br>Alteração nos membros inferiores<br>Dificuldade de andar<br>Agressividade/Irritabilidade | Tosse<br>Prurido<br>Diarréia<br>Dor de garganta<br>Olho inchado<br>Erupções vermelhas cutâneas<br>Gripe<br>Dor em região umbilical<br>Dor vaginal<br>Dispareunia<br>Escarro com sangue |

**Tabela 6 - Percentual das categorias de queixas/razões**

|                    | <b>Não internadas</b> | <b>Internadas</b> |
|--------------------|-----------------------|-------------------|
| <b>Obstétricas</b> | 204 (47,9)            | 637 (73,0)        |
| <b>Eletivas</b>    | 45 (10,6)             | 110 (12,6)        |
| <b>Ambíguas</b>    | 26 (6,1)              | 44 (5,0)          |
| <b>Comuns</b>      | 220 (51,6)            | 174 (19,9)        |
| <b>Gerais</b>      | 16 (3,8)              | 2 (0,2)           |

Ressalta-se que, se de um lado as gestantes que apresentaram queixas ou razões de procura gerais procediam predominantemente dos distritos sanitários norte e nordeste, para os quais o HSF é a maternidade de referência, por outro lado as gestantes cujas queixas foram classificadas nas demais categorias, em sua maioria eram de outros municípios, principalmente aqueles localizados na região metropolitana. Em todas as categorias de queixas ou razões de procura, em geral as gestantes já haviam estado grávidas. As gestantes com até 28 semanas de gestação apresentaram mais queixas/razões de procura gerais. Em relação ao horário de procura pelo serviço, observou-se que houve pouca variação entre o horário diurno e noturno para o grupo de gestantes que apresentaram queixas/razões de procura obstétricas, entretanto, para as demais categorias, as gestantes procuram predominantemente no período diurno (TABELA 7).

**Tabela 7 - Distribuição das categorias de queixas/razões segundo características demográficas, obstétricas e de atendimento**

|                               | <b>Obstétricas</b> | <b>Eletivas</b> | <b>Ambíguas</b> | <b>Comuns</b> | <b>Gerais</b> |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|
| <b>Faixa etária</b>           |                    |                 |                 |               |               |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,869</b>       | <b>0,800</b>    | <b>0,356</b>    | <b>0,944</b>  | <b>0,194</b>  |
| 13 a 19 anos                  | 188 (22,4)         | 32 (20,6)       | 11 (15,7)       | 90 (22,8)     | 3 (16,7)      |
| 20 a 34 anos                  | 553 (65,8)         | 105 (67,8)      | 50 (71,4)       | 260 (66,0)    | 15 (83,3)     |
| 35 a 48 anos                  | 100 (11,9)         | 18 (11,6)       | 9 (12,9)        | 44 (11,2)     | 0 (0,0)       |
| <b>Procedência</b>            |                    |                 |                 |               |               |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,090</b>       | <b>0,905</b>    | <b>0,729</b>    | <b>0,018</b>  | <b>0,002</b>  |
| Distritos Norte e Nordeste    | 268 (31,9)         | 54 (34,9)       | 24 (34,3)       | 153 (38,9)    | 13 (72,2)     |
| Outras Distritos de BH        | 162 (19,3)         | 28 (18,0)       | 10 (14,2)       | 59 (14,9)     | 2 (11,1)      |
| Outros Municípios             | 411 (48,9)         | 73 (47,1)       | 36 (51,4)       | 182 (46,2)    | 3 (16,7)      |
| <b>Nenhum Parto Anterior</b>  |                    |                 |                 |               |               |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,013</b>       | <b>0,114</b>    | <b>0,536</b>    | <b>0,748</b>  | <b>0,213</b>  |
| Sim                           | 424 (50,4)         | 65 (41,9)       | 31 (44,3)       | 186 (47,2)    | 6 (33,3)      |
| Não                           | 417 (49,6)         | 90 (58,1)       | 39 (55,7)       | 208 (52,8)    | 12 (66,7)     |
| <b>Período Gestacional</b>    |                    |                 |                 |               |               |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,000</b>       | <b>0,001</b>    | <b>0,005</b>    | <b>0,000</b>  | <b>0,000</b>  |
| 1º trimestre                  | 70 (8,5)           | 3 (1,9)         | 4 (5,7)         | 59 (15,7)     | 3 (18,8)      |
| 2º trimestre                  | 31 (3,8)           | 4 (2,6)         | 11 (15,7)       | 41 (10,9)     | 6 (37,5)      |
| 3º trimestre                  | 720 (87,7)         | 147 (95,5)      | 55 (78,6)       | 276 (73,4)    | 7 (43,8)      |
| <b>Período de Atendimento</b> |                    |                 |                 |               |               |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,000</b>       | <b>0,000</b>    | <b>0,002</b>    | <b>0,000</b>  | <b>0,144</b>  |
| Diurno                        | 465 (55,3)         | 138 (89,0)      | 55 (78,6)       | 276 (70,0)    | 14 (77,8)     |
| Noturno                       | 376 (44,7)         | 17 (11,0)       | 15 (21,4)       | 118 (30,0)    | 4 (22,2)      |
| <b>Classificação de Risco</b> |                    |                 |                 |               |               |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,000</b>       | <b>0,000</b>    | <b>0,011</b>    | <b>0,000</b>  | <b>0,179</b>  |
| Azul                          | 9 (1,2)            | 12 (10,4)       | 2 (3,2)         | 11 (3,1)      | 1 (6,7)       |
| Verde                         | 378 (51,9)         | 114 (84,4)      | 34 (54,0)       | 247 (70,4)    | 13 (86,7)     |
| Amarelo                       | 328 (45,1)         | 7 (5,2)         | 23 (36,5)       | 85 (24,2)     | 1 (6,7)       |
| Laranja                       | 12 (1,6)           | 0 (0,0)         | 4 (6,3)         | 7 (2,0)       | 0 (0,0)       |
| Vermelho                      | 1 (0,1)            | 0 (0,0)         | 0 (0,0)         | 0 (0,0)       | 0 (0,0)       |
| <b>Tempo para Atendimento</b> |                    |                 |                 |               |               |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,000</b>       | <b>0,004</b>    | <b>0,062</b>    | <b>0,000</b>  | <b>0,873</b>  |
| 0 minutos                     | 38 (5,0)           | 1 (0,7)         | 1 (1,8)         | 5 (1,6)       | 0 (0,0)       |
| 1 a 15 minutos                | 120 (15,8)         | 14 (10,4)       | 4 (7,1)         | 32 (10,3)     | 1 (8,3)       |
| 16 a 30 minutos               | 160 (21,1)         | 19 (14,1)       | 9 (16,1)        | 41 (13,2)     | 3 (25,0)      |
| 31 a 120 minutos              | 345 (45,5)         | 69 (51,1)       | 25 (44,6)       | 158 (50,8)    | 5 (41,7)      |
| 121 a 180 minutos             | 59 (7,8)           | 23 (17,0)       | 11 (19,6)       | 37 (11,9)     | 2 (16,7)      |
| 181 ou mais minutos           | 37 (4,9)           | 9 (6,7)         | 6 (10,7)        | 38 (12,2)     | 1 (8,3)       |

#### 4.5 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Para as gestantes não internadas foram atribuídas 27 hipóteses diagnósticas diferentes e para as internadas 20, conforme descrito na tabela 8. É importante salientar que uma mesma gestante por ter mais de uma hipótese diagnóstica.

**Tabela 8 - Distribuição das hipóteses diagnósticas das gestantes não internadas e internadas no Pronto Atendimento**

| <b>Hipóteses Diagnósticas Não internadas</b> | <b>N (%)</b> | <b>Hipóteses Diagnósticas Internadas</b> | <b>N (%)</b> |
|--|--------------|--|--------------|
| Gestação em Evolução                         | 266 (62,4)   | Trabalho de Parto Termo                  | 311 (35,6)   |
| Sangramento de primeira metade               | 27 (6,3)     | Bolsa Rota com 34 semanas ou mais        | 155 (17,8)   |
| Infecção do Trato Urinário                   | 17 (4,0)     | Gestação em Vias de Prolongamento        | 84 (9,6)     |
| Falso Trabalho de Parto                      | 16 (3,8)     | Síndromes Hipertensivas                  | 81 (9,2)     |
| Alterações na Flora Vaginal                  | 10 (2,3)     | Trabalho de Parto Pré-termo              | 74 (8,4)     |
| Iterativa                                    | 4 (0,9)      | Iterativa                                | 53 (6,1)     |
| Dor  | 4 (0,9)      | Falso Trabalho de Parto                  | 51 (5,8)     |
| Cólica                                       | 4 (0,9)      | Sangramento de Primeira Metade           | 45 (5,2)     |
| Sangramento de segunda metade                | 3 (0,7)      | Alterações do Líquido Amniótico          | 26 (3,0)     |
| Emese  | 3 (0,7)      | Diabetes Mellitus                        | 24 (2,7)     |
| Infecção de Vias Aéreas Superiores           | 3 (0,7)      | Bolsa Rota antes de 34 semanas           | 22 (2,5)     |
| Síndromes Hipertensivas                      | 2 (0,5)      | Alterações Fetais                        | 21 (2,4)     |
| Alteração do índice de líquido amniótico     | 2 (0,5)      | Período Expulsivo do Trabalho de Parto   | 20 (2,3)     |
| Gastroenterite                               | 2 (0,5)      | Decesso Fetal                            | 13 (1,5)     |
| Gastrite                                     | 2 (0,5)      | Apresentação Fetal Anômala               | 10 (1,1)     |
| Apresentação fetal anômala                   | 2 (0,5)      | Gestação Gemelar                         | 7 (0,8)      |
| Mal Estar                                    | 2 (0,5)      | Infecção do Trato Urinário               | 7 (0,8)      |
| Dor Pélvica                                  | 1 (0,2)      | Sangramento de Segunda Metade            | 6 (0,7)      |
| Gestação Anembrionada                        | 1 (0,2)      | Alterações Maternas                      | 6 (0,7)      |
| Alterações maternas                          | 1 (0,2)      | Incompetência Istmo-cervical             | 2 (0,2)      |
| Alterações fetais                            | 1 (0,2)      | Gestação Anembrionada                    | 1 (0,1)      |
| Enxaquexa                                    | 1 (0,2)      | Dor Abdominal                            | 1 (0,1)      |
| Epigastralgia                                | 1 (0,2)      |  |              |
| Pirose                                       | 1 (0,2)      |  |              |
| Exame de Urina Rotina Contaminado            | 1 (0,2)      |  |              |
| Gestação de alto risco                       | 1 (0,2)      |  |              |
| Hematúria                                    | 1 (0,2)      |  |              |
| Altura Uterina Diferente da Idade Gest       | 1 (0,2)      |  |              |
| Depressão                                    | 1 (0,2)      |  |              |

Abaixo segue o quadro 03 com a classificação das hipóteses diagnósticas de acordo com a indicação de internação hospitalar. Observa-se que a maioria das hipóteses diagnósticas foram agrupadas na categoria de hipóteses diagnósticas sensíveis à atenção primária. Para o grupo de gestantes não internadas, a categoria de hipóteses diagnósticas mais frequente foi a sensível (73,2%) e para o grupo das gestantes internadas foi a categoria obstétrica (84,1%), conforme descrito na tabela 9.

**Quadro 03 - Classificação das hipóteses diagnósticas por categoria**

| <b>Obstétricas</b>  | <b>Eletivas</b>   | <b>Ambíguas</b>   | <b>Sensíveis</b>   |
|---|---|---|--|
| Gestação em vias de prolongamento – O48<br>Trabalho de parto – O60, O80<br>Período expulsivo<br>Bolsa rota – O42<br>Síndromes hipertensivas – O10, O11, O13, O14, O15<br>Diabetes mellitus – O24<br>Sangramento – O06, O20, O44, O45,<br>Decesso – O36.4<br>Gestação anembrionada – O02 | Iterativa – O82<br>Incompetência istmo-cervical – O34.3 | Alteração fetal – O36.5, O36.6, O68, O28.3, O35<br>Alteração materna – I51.9, N20, K71.0, N04, O64, O28.0, G40, O99<br>Alteração do índice de líquido amniótico – O40, O41<br>Apresentação fetal anomala – O32<br>Gestação gemelar – O30<br>Altura uterina diferente da idade gestacional | Gestação em evolução<br>Falso trabalho de parto – O47<br>Infecção do trato urinário – O23<br>Dor abdominal – R10.4<br>Emese – O21.9<br>Gastroenterite – K52<br>Infecção de vias aéreas superiores – J06.9<br>Gastrite – K29.7<br>Enxaqueca – G43<br>Mal estar – R53<br>Pirose – R12<br>Contaminação de EAS<br>Dor pélvica – R10<br>Alteração da flora vaginal – B37.3, O23.5<br>Epigastralgia – R52<br>Dor – R52.9<br>Depressão – F32<br>Gestação de alto risco<br>Hematúria – R31<br>Cólica – R52 |

**Tabela 9 - Percentual das hipóteses diagnósticas**

|                    | <b>Não internadas</b> | <b>Internadas</b> |
|--------------------|-----------------------|-------------------|
| <b>Obstétricas</b> | 32 (7,5)              | 734 (84,1)        |
| <b>Eletivas</b>    | 4 (0,9)               | 55 (6,3)          |
| <b>Ambíguas</b>    | 7 (1,6)               | 65 (7,4)          |
| <b>Sensíveis</b>   | 312 (73,2)            | 59 (6,8)          |

Ressalta-se que às gestantes adolescentes, na maioria das vezes, foi atribuídas hipótese diagnósticas classificadas como sensível à atenção primária. As gestantes da região metropolitana predominantemente foram atribuídas com hipótese diagnóstica eletiva. Não houve diferença entre ser nulípara ou múltipara dentre as categorias de hipóteses diagnósticas, exceto para a categoria eletiva, pois nesta estão as hipóteses diagnósticas referentes a procedimentos iterativos, indicando que a gestante já teve pelo o menos uma cesárea anterior, o que aponta para uma nova cesárea ou ainda que a gestante já teve aborto (s) ou parto (s) prematuro (s) extremo, o que sugere incompetência istmo-cervical, havendo a necessidade de realizar cerclagem uterina. As gestantes que apresentam hipóteses diagnósticas obstétricas procuram a maternidade similarmente no período diurno e noturno, entretanto, nas outras categorias, as gestantes procuram predominantemente no período diurno (TABELA 10).

**Tabela 10 - Distribuição das categorias de hipótese diagnóstica segundo características demográficas, obstétricas e de atendimento**

|                               | <b>Obstétricas</b> | <b>Eletivas</b> | <b>Ambíguas</b> | <b>Sensíveis</b> |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| <b>Faixa etária</b>           |                    |                 |                 |                  |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,177</b>       | <b>0,000</b>    | <b>0,011</b>    | <b>0,000</b>     |
| 13 a 19 anos                  | 163 (21,3)         | 2 (3,4)         | 9 (12,5)        | 114 (30,7)       |
| 20 a 34 anos                  | 506 (66,1)         | 44 (74,6)       | 48 (66,7)       | 229 (61,7)       |
| 35 a 48 anos                  | 97 (12,6)          | 13 (22,0)       | 15 (20,8)       | 28 (7,5)         |
| <b>Procedência</b>            |                    |                 |                 |                  |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,001</b>       | <b>0,000</b>    | <b>0,002</b>    | <b>0,001</b>     |
| Distritos Norte e Nordeste    | 250 (32,6)         | 15 (25,4)       | 21 (29,2)       | 136 (36,7)       |
| Outras Distritos de BH        | 141 (18,4)         | 4 (6,8)         | 10 (13,9)       | 64 (17,3)        |
| Região Metropolitana          | 298 (38,9)         | 39 (66,1)       | 27 (37,5)       | 160 (43,1)       |
| Outros Municípios             | 77 (10,1)          | 1 (1,7)         | 14 (19,4)       | 11 (3,0)         |
| <b>Nenhum Parto Anterior</b>  |                    |                 |                 |                  |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,030</b>       | <b>#</b>        | <b>0,711</b>    | <b>0,868</b>     |
| Sim                           | 386 (50,4)         | 0 (0,0)         | 36 (50,0)       | 179 (48,2)       |
| Não                           | 380 (49,6)         | 59 (100,0)      | 36 (50,0)       | 192 (51,8)       |
| <b>Período Gestacional</b>    |                    |                 |                 |                  |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,000</b>       | <b>0,030</b>    | <b>0,031</b>    | <b>0,000</b>     |
| 1º trimestre                  | 63 (8,4)           | 0 (0,0)         | 1 (1,4)         | 30 (8,4)         |
| 2º trimestre                  | 27 (3,6)           | 2 (3,4)         | 8 (11,1)        | 40 (11,1)        |
| 3º trimestre                  | 658 (88,0)         | 57 (96,6)       | 63 (87,5)       | 289 (80,5)       |
| <b>Período de Atendimento</b> |                    |                 |                 |                  |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,000</b>       | <b>0,003</b>    | <b>0,457</b>    | <b>0,003</b>     |
| Diurno                        | 432 (56,4)         | 47 (79,7)       | 47 (65,3)       | 250 (67,4)       |
| Noturno                       | 334 (43,6)         | 12 (20,3)       | 25 (34,7)       | 121 (32,6)       |
| <b>Classificação de Risco</b> |                    |                 |                 |                  |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,000</b>       | <b>0,134</b>    | <b>0,653</b>    | <b>0,000</b>     |
| Azul                          | 5 (0,8)            | 1 (1,8)         | 3 (4,4)         | 22 (6,8)         |
| Verde                         | 308 (46,7)         | 43 (76,8)       | 38 (55,9)       | 252 (78,0)       |
| Amarelo                       | 329 (49,9)         | 12 (21,4)       | 25 (36,8)       | 46 (14,2)        |
| Laranja                       | 14 (2,1)           | 0 (0,0)         | 2 (2,9)         | 3 (0,9)          |
| Vermelho                      | 3 (0,5)            | 0 (0,0)         | 0 (0,0)         | 0 (0,0)          |
| <b>Tempo para Atendimento</b> |                    |                 |                 |                  |
| <b>Valor de P</b>             | <b>0,000</b>       | <b>0,053</b>    | <b>0,067</b>    | <b>0,000</b>     |
| 0 minutos                     | 44 (6,1)           | 0 (0,0)         | 3 (4,5)         | 8 (2,8)          |
| 1 a 15 minutos                | 115 (16,0)         | 5 (8,8)         | 7 (10,6)        | 33 (11,6)        |
| 16 a 30 minutos               | 159 (22,1)         | 8 (14,0)        | 10 (15,2)       | 29 (10,2)        |
| 31 a 120 minutos              | 316 (44,0)         | 35 (61,4)       | 36 (39,4)       | 143 (50,4)       |
| 121 a 180 minutos             | 57 (7,9)           | 8 (14,0)        | 13 (19,7)       | 34 (12,0)        |
| 181 ou mais minutos           | 27 (3,8)           | 1 (1,8)         | 7 (10,6)        | 37 (13,0)        |

## 5 DISCUSSÃO

A redução das taxas de ICSAP por diversas causas e grupos etários é uma tendência observada no Brasil, conforme descrito por diferentes autores, associada positivamente a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (MOURA *et al*, 2010, REHEM; EGRY, 2011; BOING *et al*, 2012; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; MARQUES *et al*, 2014; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014). Entretanto, ainda de acordo com esses estudos, quanto às doenças relacionadas ao pré-natal e parto é evidenciado um aumento no número de internações, o que não deveria estar ocorrendo, considerando que, segundo Rehem e Egrý (2011), são diagnósticos que historicamente fazem parte da abordagem e do cuidado da APS.

Ao analisar as ICSAP especificamente de mulheres, Pitilin *et al* (2015) aponta que grande parte das internações ocorridas em mulheres é considerada sensível à atenção primária e que ser gestante resultou em duas vezes mais chance de se internar por uma condição evitável na atenção primária na população estudada, sugerindo falhas no atendimento ambulatorial que deveria ser oportuno e resolutivo no contexto da saúde da mulher.

O presente estudo não coincide com nenhum estudo evidenciado na literatura até o momento, pois tem como base as queixas apresentadas por gestantes e descritas por profissionais de saúde da maternidade, não sendo analisado o Sistema de Internação Hospitalar. Sendo assim, encontrou-se uma alta prevalência de queixas e hipóteses diagnósticas sensíveis a atenção primária e que não são classificados na Lista Brasileira de ICSAP, publicada em 2008. Supõe-se, portanto, que as consultas e ICSAP relacionadas ao pré-natal e parto são maiores do que as descritas na literatura supracitadas, que são limitadas a três codificações da CID-10, a saber: as infecções do trato urinário, a sífilis congênita e a síndrome da rubéola congênita.

Ao analisar o perfil demográfico e obstétrico das gestantes, foi identificado que em sua maioria elas se declararam solteiras, diferente do que é encontrado na literatura (RODRIGUES *et al*, 1997; SILVA; PELLOSO, 2009; PEREIRA JÚNIOR; HENRIQUES, 2010; CRAVO; OLIVEIRA, 2012). A situação conjugal insegura contribui de maneira desfavorável à gravidez, sendo apontada como um dos fatores para o risco gestacional, pelo Ministério da Saúde (2012a), pois é atribuída ao fato de ser um fator associado à inadequação da assistência pré-natal (COIMBRA *et al*, 2003). As mulheres que possuem companheiro tendem a receber maior apoio durante a gestação, o que contribui para a adesão aos serviços de saúde (BARRETO *et al*, 2013). Assim, ao não realizar o acompanhamento ambulatorial

adequado da gravidez, tendem a buscar os serviços de saúde terciários diante de quaisquer necessidades de saúde.

O fato de metade das gestantes estudadas residirem fora de Belo Horizonte reforça a característica da clientela da maternidade estudada, que é utilizada como referência para outros municípios. As gestantes provenientes de outras regiões em geral foram classificadas similarmente em todas as categorias de queixas e hipóteses diagnósticas, indicando que não havia assistência adequada na sua região de origem. Portanto, elas se deslocam do seu local de origem para obter atendimento no HSF, que não é sua maternidade de referência, onde são avaliadas e muitas vezes não são internadas, sendo somente orientadas.

A busca realizada pela mulher para conseguir assistência é entendida como peregrinação, o que expõe as gestantes a riscos desnecessários, por ser um dos principais fatores que interfere no oferecimento de uma assistência obstétrica oportuna. Tanaka (1995) constata que a peregrinação por assistência ao parto decorria da ausência de uma estratégia que organizasse a demanda e o oferecimento de serviços para atenção ao parto e puerpério. Portanto, a ausência de diretrizes que buscasse realizar a integração, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, contribuía para que a parturiente não tivesse garantias de um local para o parto.

Além do mais, o deslocamento de um considerável número de gestantes para um serviço de saúde implica no aumento na demanda nesse serviço, demora no atendimento a mulher, o que pode gerar um ciclo, insatisfação, peregrinação em busca de vaga e desfecho materno-infantil desfavorável. Dias e Deslandes (2006) afirma que satisfação das mulheres é associada principalmente a conseguir vaga para internação, ser atendida sem demora na admissão e à rapidez do nascimento do bebê. Portanto, deve-se criar estratégias para fortalecer as ações de regulação da rede de serviços e vinculação da gestante a maternidade, como é recomendado pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011), a fim de reduzir o ciclo insatisfação – peregrinação - desfecho desfavorável, tanto no município de Belo Horizonte quanto nos municípios vizinhos.

A maioria das mulheres deste estudo eram multigestas e isto ocorre possivelmente em razão da alta porcentagem de mulheres com mais de 20 anos, ao partir do pressuposto que o Brasil ocupa uma posição intermediária, com uma taxa de gravidez na adolescência que pode variar de 51 a 80 adolescentes grávidas (15 a 19 anos) para cada 1000 adolescentes na mesma faixa etária (WHO, 2015). Além do mais, a maior procura dessas gestantes pela maternidade em relação às primigestas pode sugerir que as multigestas, por possuírem uma experiência com gestação anterior, possuem um estereótipo de que devem procurar a maternidade diante

de alguma necessidade de saúde, pois permanecem ainda no modelo hospitalocêntrico, e não possuem vínculo satisfatório com a APS.

A maior procura pela maternidade no terceiro trimestre pode ser justificada pelo fato da proximidade da data do parto, período em que se observa uma grande sobrecarga emocional, sendo vivenciada com sentimentos de ansiedade, dúvidas, medo, insegurança e aumento das queixas físicas (BRASIL, 2012b). Sabe-se que é comum os serviços de pré-natal darem “alta” à mulher nas semanas finais, próximas à data prevista para o termo da gestação, como aponta Serruya, Lago & Cecatti (2004). Assim elas são orientadas a procurar o hospital diante de sinais de trabalho de parto ou de alguma complicação.

Porém, essa orientação é equivocada, tendo em vista que não existe “alta” do pré-natal antes do parto, sendo recomendado frequência de consulta de pré-natal quinzenal após a 28<sup>o</sup> semana de gestação e semanal após a 36<sup>o</sup> semana, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), pois é o período de maior probabilidade de intercorrências obstétricas, visando a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse período, como trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e óbito fetal. Portanto, a falta de atendimento ambulatorial no final da gestação é fator importante na determinação na busca por outros serviços de saúde e de resultados maternos e perinatais.

Além do mais, nas redes de atenção a saúde, a APS é o nível que oferece a entrada no sistema de saúde, é o centro de comunicação, no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema, segundo Mendes (2010). Portanto, esta gestante deveria ser avaliada prioritariamente no pré-natal para a maioria dos casos e se houver necessidade, ser encaminhada para a maternidade. Ao reduzir a demanda nos serviços hospitalares, conseqüentemente, seriam prestados os cuidados adequados para a clientela que necessita do autêntico cuidado emergencial, ou seja, significaria avaliação de casos prioritários na maternidade.

Ao avaliar as características das consultas no PA, identificou-se que as gestantes procuram mais a maternidade durante o dia, período em que a APS encontra-se aberta. Isto pode ser compreendido como um reflexo da falta de acompanhamento ambulatorial dessa gestante, devido à escassez de profissionais especializados, a baixa resolutividade do atendimento, a formação inadequada do vínculo, a falta de confiança do usuário no serviço, levando a gestante a procurar os serviços hospitalares, pois este se encontra aberto 24 horas (LIMA *et al*, 2015).

Neste estudo, grande parte das gestantes foram classificadas como verde, apresentado queixas sem risco de agravamento e, portanto, poderiam ter procurado resolver suas necessidades de saúde na atenção primária à saúde, e, caso não resolvida, ser encaminhada à maternidade. Essa procura direta pela maternidade desencadeou o aumento na demanda e demora no atendimento em casos prioritários, classificados como amarelo, laranja e vermelho, das quais 55,5% não foram atendidas no tempo de espera final indicado.

É importante ressaltar que as causas desta intensa procura das gestantes pela maternidade podem estar relacionadas a diversos fatores como a organização e utilização dos serviços de atenção primária, bem como as características individuais, culturais e socioeconômicas. Dessa forma, a vinculação do usuário ao serviço de APS e a responsabilização da equipe de Saúde da Família pelo seu cuidado, permite um melhor atendimento e acompanhamento das suas necessidades de saúde (NEDEL *et al*, 2010).

Apesar da ampliação na cobertura da atenção pré-natal no Brasil (BRASIL, 2009) e a importância das equipes de Saúde da Família nessa extensão (BRASIL, 2008b), é evidente a persistência de problemas associados à assistência adequada oferecida à gestante. Esses resultados corroboram o desafio da assistência pré-natal e apontam, segundo Campos & Theme-Filha (2012), para a necessidade de permanentes avaliações dos serviços de saúde a fim de se reduzir a persistência de agravos considerados evitáveis, bem como, para a necessidade de aprimoramento do modelo de assistência obstétrica atual.

Logo, para o melhor monitoramento da gestação no serviço ambulatorial é essencial que a assistência seja prestada por profissionais capacitados. Sendo a enfermeira obstetra um desses profissionais, por possuir o papel que vai além do cuidar, possui uma formação clínica e educativa, desenvolvendo práticas educativas, planejando programas que visem ensinar e/ou orientar as mulheres durante o período gravídico-puerperal. Norman & Tesser (2015) estabeleceu recentemente uma proposta de inserção sistêmica e progressiva de enfermeiras obstetras no SUS e na APS, inspirada no contato com a experiência específica da Inglaterra. Essa proposta aumentaria o campo de atuação desse profissional e ao inserir a enfermeira obstetra no apoio ao cuidado pré-natal, parto e puerpério imediato, iria colaborar para aumento do vínculo serviço e usuária, confiança, qualidade da assistência, reduzindo significativamente a demanda nos serviços terciários, e assim contribuir decisivamente para a humanização da assistência à mulher no SUS, pois seria privilegiado a continuidade do cuidado entre pré-natal e assistência ao parto.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo identificou uma variedade de consultas sensíveis a atenção primária. Para transformação deste cenário, constitui-se como elemento essencial o fortalecimento da APS para que a mesma assuma a coordenação de uma rede de atenção à saúde e a incorporação do profissional enfermeiro obstetra nesse nível de atenção a fim de participar e realizar progressivamente o pré-natal de suas usuárias, acompanhando-as até o período puerperal.

Embora este estudo apresente informações que possibilitarão um maior entendimento sobre as CSAP relacionadas à assistência pré-natal e tenha um papel de subsidiar reflexões e discussões entre profissionais e gestores para a melhoria da qualidade da atenção oferecida.

Sugeri-se que seja desenvolvida uma pesquisa qualitativa com as gestante afim de identificar as causas para a procura direta pela maternidade.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, Camila Nunes, *et al.* Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Rev enferm UFPE**, Recife, 7(5):4354-63, jun., 2013

BILLINGS, John, *et al.* Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff (Millwood)**. 1993;12(1):162-73.

BOING, Antonio Fernando; *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev Saúde Pública** 2012;46(2):359-66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70, 18 abr. Seção 1. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: MS; 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: MS; 2009.

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, 2011. Seção 1.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, Amanda Zandonadi de; THEME-FILHA, Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**. 2012, vol.28, n.5, pp. 845-855.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth; VIECILI, Paulo Ricardo Nazário. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. Bras. Epidemiol.** Out-Dez 2014; 17(4): 968-977.

CRAVO, Eloisa Oliveira; OLIVEIRA, Juciele Valéria Ribeiro de. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Aracaju-Sergipe, Brasil. **Ideias & Inovação**, Aracaju, V. 01, N.01, p. 9-17, out. 2012.

COIMBRA, Liberata C, *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, 2003; 37(4):456-62.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(12): 2647-2655, dez, 2006.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Indicadores 2014**. Belo Horizonte: HSF, 2014.

LIMA, Cássio de Almeida; *et al.* Qualidade dos prontos-socorros e prontos-atendimentos: a satisfação dos usuários. **Einstein**. São Paulo. Epub Aug 25, 2015.

MARQUES, Aline Pinto, *et al.* Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**. 2014; 48(5):817-826

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MENDONÇA, Sarah de Souza; ALBUQUERQUE, Emídio Cavalcanti de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23(3):463-474, jul-set 2014.

MOURA, Bárbara Laisa Alves; *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 1): S83-S91 nov., 2010.

NEDEL, Fúlvio Borges, *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2010, vol.19, n.1, pp. 61-75.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Obstetizas e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2015 Jan-Mar; 10(34):1-7

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio**. 2000.

PEREIRA JÚNIOR, Assis do Carmo; HENRIQUES, Bruno David. Perfil dos nascidos vivos em Viçosa, Minas Gerais, no período de 2001 a 2007. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(4): 508-513.

PITILIN, Érica de Brito; *et al.* Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):441-448, 2015

REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4755-4766, 2011.

RODRIGUES, Celeste de Souza, *et al.* Perfil dos nascidos vivos no Município de Belo Horizonte, 1992-1994. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(1):53-57, jan-mar, 1997.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (3): 269-279, jul. / set., 2004.

SILVA, Gisele Ferreira da; PELLOSO, Sandra Marisa. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Rev. esc. enferm. USP** vol.43 no.1 São Paulo Mar. 2009.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. Editora Hucitec. ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

TEIXEIRA, Regina Mônica Viana. **Indicadores de saúde materno-infantil**: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica. 2012. 69 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. **Accountability for maternal, newborn and child survival: The 2013 Update.** Countdown to 2015 – Maternal, newborn & child survival. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicator Code Book. World Health Statistics - World Health Statistics indicators. **Adolescent fertility rate.** 2015.

WEISMANN, Joel S; GATSONIS, Constantine; EPSTEINS, Arnold M. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. **JAMA** 1992; 268:2388-94.

## APÊNDICE

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS EM FICHAS DE CONSULTA AMBULATORIAL E PRONTUÁRIOS

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <b>Identificação do Pesquisador e Instrumento</b>                                    |                                    |
| 1. Nome: _____   | 2. Data da coleta: ____/____/2015  |
| 3. Ficha de Atendimento Externo:   |                                    |
| 1. ( ) Sim, número: _____ 99. ( ) Não se aplica                                      |                                    |
| 4. Prontuário  |                                    |
| 1. ( ) Sim, número: _____ 99. ( ) Não se aplica                                      |                                    |
| <b>Identificação da Mulher</b>   |                                    |
| 5. Nome: _____   |                                    |
| 6. Registro: _____   | 7. Prontuário: _____               |
| 8. Data de Nascimento: ____/____/____  | 9. Idade no atendimento: ____ anos |
| 10. Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) União estável ( ) Divorciada ( ) _____ |                                    |
| 11. Procedência: _____   |                                    |
| 12. Centro de Saúde de referência: _____   |                                    |
| <b>Identificação da Consulta</b>   |                                    |
| 13. Data do atendimento: ____/____/____  |                                    |
| 14. Especialidade do atendimento: ( ) Obstetrícia ( ) _____                          |                                    |
| 15. Período do atendimento: 1. ( ) Plantão diurno 2. ( ) Plantão noturno             |                                    |
| 16. Categoria profissional que realizou:   |                                    |
| 1. ( ) Enfermeiro Obstetra 2. ( ) Obstetra 3. ( ) Enfermeiro Obstetra e Obstetra     |                                    |
| <b>História Obstétrica</b>   |                                    |
| 17. Gestação ____ Paridade n__c__ Aborto ____  |                                    |
| 18. Idade Gestacional no atendimento: ____ semanas + ____ dias                       |                                    |
| 19. Número de consultas de pré-natal: ____ ( ) Sem informação                        |                                    |
| 20. Fator de risco identificado:   |                                    |
| ( ) Uso de álcool ( ) Fumante ( ) Uso de drogas                                      |                                    |
| ( ) História reprodutiva anterior _____  |                                    |
| ( ) Condição clínica pré-existente: _____  |                                    |
| ( ) Complicações na gestação: _____  |                                    |
| <b>Avaliação no Pronto Atendimento</b>   |                                    |
| 21. Procurou outro serviço:  |                                    |
| 0. ( ) Não 1. ( ) Sim, Qual _____ 99. ( ) Sem informação                             |                                    |
| 22. Veio da central de leitos/AIH de outro serviço:                                  |                                    |
| 0. ( ) Não 1. ( ) Sim, Qual _____ 99. ( ) Sem informação                             |                                    |
| 23. Queixa: _____  |                                    |
| 24. Classificação de risco recebida:   |                                    |
| 1. ( ) Azul 2. ( ) Verde 3. ( ) Amarelo 4. ( ) Laranja 5. ( ) Vermelho               |                                    |
| 99. ( ) Sem informação   |                                    |
| 25. Tempo para atendimento: ____ h ____ m  |                                    |
| 26. Hipótese diagnóstica: _____  |                                    |
| 28. Conduta: ( ) Internação ( ) _____  |                                    |
| 29. Desfecho: ( ) PN ( ) PC ( ) Curetagem ( ) Tratamento e alta Data: ____/____/____ |                                    |
| Se Parto Cesárea – Indicação: _____  |                                    |