



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

ANA LUIZA MENEZES SANTOS

**Implantação do fluxo de contrarreferência para as gestantes
avaliadas em uma maternidade de baixo risco da capital
sergipana**

ARACAJU - SERGIPE

2015

ANA LUIZA MENEZES SANTOS

**Implantação do fluxo de contrarreferência para as gestantes
avaliadas em uma maternidade de baixo risco da capital
sergipana**

Trabalho de Conclusão de Curso (Projeto de Intervenção) apresentado como requisito para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Prof^a Ms^a Cristiani Ludmila
Mendes Sousa Borges

ARACAJU

2015

Santos, Ana Luiza Menezes

Implantação de fluxo de contrarreferência para as gestantes avaliadas em uma maternidade de baixo risco da capital sergipana

Folhas: 39

Orientadora: Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Sergipe, para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

1. Gestante. 2.Referência.3. Atenção Básica. I.Borges, Cristiani Ludmila Mendes Sousa. II. Universidade Federal de Minas Gerais III. Implantação de fluxo de contra referência para as gestantes avaliadas em uma maternidade de baixo risco da capital sergipana.

ANA LUIZA MENEZES SANTOS

**Implantação de fluxo de contrarreferência para as gestantes avaliadas em
uma maternidade de baixo risco da capital sergipana**

Trabalho de Conclusão de Curso (Projeto de Intervenção) apresentado como requisito para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Prof^a Ms^a Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges

APROVADO EM ___ DE _____ DE 2015.

Prof^a. Ms^a. Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges – Orientadora

Prof^a. Dr^a. Liudmila Miyar Otero – Examinador UFS

Examinador UFMG

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir a vida e a concessão de poder concluir essa especialização.

À minha mãe, essencial no transcorrer desse momento.

À minha orientadora, Cristiani Ludmila, parceira maravilhosa que possibilitou os caminhos que deveria seguir.

Às minhas amigas Manuelle Menezes e Jacqueline Couto amigas do caminho da obstetrícia e da vida.

RESUMO

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades dos cidadãos devendo operar em total coerência com a situação apresentada pelos usuários. Com o objetivo de implantar o fluxo de contrarreferência para as gestantes avaliadas e não admitidas, em uma maternidade de baixo risco da capital sergipana, foi realizada esta proposta de intervenção. Foram analisados os atendimentos ocorridos nos meses de agosto e setembro do corrente ano. Verificou-se que das 1368 pacientes que buscaram a maternidade, 718 usuárias foram atendidas e não admitidas. Por meio de amostragem aleatória foram analisados 200 fichas de atendimento ambulatorial de pacientes aracajuanas que procuraram o serviço para resolutividade de necessidades obstétricas. A maioria estava na faixa etária de 21 a 30 anos, múltiparas, residentes nos bairros Santos Dumont e Santa Maria, o motivo da procura mais evidente foi a dor em baixo ventre e os achados obstétricos confirmaram o desconhecimento destas sobre os sinais de trabalho de parto. Os resultados revelaram deficiências relativas respeito às condições necessárias ao bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência entre os diversos níveis de atenção à saúde. Espera-se sensibilizar os gestores de saúde e profissionais quanto à importância da efetivação de um fluxo de referência e contra referência que promova a integração e a comunicação entre as partes (usuárias, famílias, profissionais da rede hospitalar e Equipe de Saúde da Família), e principalmente que garanta a continuidade do cuidado às gestantes aracajuanas vinculadas à MSI.

Palavras-chave: Gestante. Referência. Atenção Básica.

ABSTRACT

Health care systems are deliberate social responses to citizens' needs must operate in full consistency with the situation presented by the users. In order to deploy the flow against reference to the evaluated pregnant women and not allowed in maternity low risk of Sergipe capital, an intervention proposal was held. The visits occurred were analyzed in the months of August and September of this year. It was found that 1368 patients who sought motherhood, 718 users have been met and not admitted. Through random sampling were analyzed 200 outpatient care records of aracajuans patients seeking the service for solving obstetric needs. Most were in the age group 21-30 years old, multiparous, residents in the neighborhoods Santos Dumont and Santa Maria, the most obvious Search reason was the pain in the lower abdomen and obstetric findings confirmed the lack those of labor signs. The results revealed shortcomings with regard to the conditions necessary for the proper functioning of the Reference System Reference and Counter between the various levels of health care. It is expected to raise awareness among health managers and professionals on the importance of realization of a reference flow and counter reference that promotes the integration and communication between the parties (users, families, professionals of the hospital network and the Family Health Team) and especially to ensure continuity of care to pregnant women aracajuans linked to MSI.

Keywords: Pregnancy. Reference. Primary Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gestantes aracajuanas avaliadas e não admitidas na maternidade Dr João Firpo (número e percentual) segundo variáveis selecionadas. Aracaju (SE), Agosto_setembro 2015

Tabela 2 – Bairros de residência das gestantes aracajuanas avaliadas e não admitidas na maternidade Dr João Firpo (número e percentual). Aracaju (SE), Agosto_setembro 2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
AcCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AB	Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
MSI	Maternidade Santa Isabel
PPP	Pré-parto, parto e puerpério
RC	Rede Cegonha
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO.....	12
3. CENÁRIO DA PESQUISA.....	13
4 JUSTIFICATIVA.....	15
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
6. PÚBLICO ALVO.....	20
7. OBJETIVOS.....	21
7.1 Objetivo Geral.....	21
7.2. Objetivos Específicos.....	21
8. METAS.....	22
9. METODOLOGIA.....	23
10. CRONOGRAMA.....	25
11. ORÇAMENTO.....	26
12 RECURSOS HUMANOS.....	27
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA PESQUISA.....	28
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICES.....	35
APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA.....	36
APÊNDICE B - FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	37
ANEXOS.....	38

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco na mudança pelos direitos de cidadania, defendidos pela Constituição Federal de 1988. Desde sua implantação, tem como paradigma permanente a garantia do acesso universal e equânime a todos os cidadãos à atenção à saúde integral, humanizada e de qualidade (BRASIL, 2001).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, o acesso à rede de serviços tem como porta de entrada principal a Atenção Básica, que deve estar apta para acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde da população. Os agravos não resolvidos nesse nível devem ser referenciados para serviços de maior complexidade tecnológica. Assim, a integração entre os diferentes níveis de atenção faz-se necessária para garantir a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo à saúde dos usuários (BRASIL, 2002).

Ao longo dos últimos anos, a assistência à saúde no Brasil vem passando por transformações, com o intuito de melhorar o acesso e garantir as necessidades de saúde da população tendo em vista o aumento populacional, a reduzida quantidade de leitos hospitalares e as demandas de qualificação da assistência, principalmente na área da obstetrícia (DINIZ, 2005).

Desde o surgimento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN (BRASIL, 2000), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004b), e mais recentemente a Rede Cegonha (RC) diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas ao segmento populacional materno-infantil, de forma mais sistemática no SUS, como parte dos esforços intergovernamentais para melhoria dos indicadores de saúde relacionados a este grupo, (BRASIL, 2011g). A partir do entendimento de que a morbimortalidade materno-infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o país.

Alguns fatores têm dificultado a melhoria desses indicadores, tais como: o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; a organização dos serviços (incluindo a gestão do trabalho das equipes de saúde); e, ainda, a produção do cuidado, que tende a “medicalizar” e “intervir” desnecessariamente nos processos de gestação, parto e nascimento (BRASIL, 2011g).

As experiências vivenciadas no atendimento às gestantes, durante a nossa jornada de trabalho e nas atividades do curso de especialização em obstetrícia, impulsionaram a idealização deste estudo. A identificação do número de gestantes que procuram a Maternidade “Dr. João Firpo” para consultas obstétricas possibilitou a observação de condutas resolvíveis em nível da Atenção Básica para com essas mulheres.

Dentro deste contexto o presente estudo propõe, entre outros objetivos, formalizar um fluxo de contrarreferência para recondução das usuárias avaliadas e não admitidas na Maternidade Santa Isabel (MSI) à Unidade Básica de Saúde (UBS), assegurando assim um cuidado integral, com resolutividade e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

As alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez sejam elas sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo (ALBUQUERQUE, 2008).

A baixa resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde (UBS) resulta em um número excessivo de gestantes que acessam os serviços da MSI em busca de demandas que poderiam ser solucionadas em tal nível de atenção.

Por conseguinte, a não existência da prática dos profissionais da maternidade em contrarreferenciar as usuárias para os serviços de saúde de origem, não estabelecendo uma comunicação formal entre serviços, fragiliza o atendimento e não atende ao princípio de integralidade da assistência.

Essa situação despertou o interesse em analisarmos que fatores levam as gestantes a procurarem a instituição em estudo, ao invés de buscarem os recursos assistenciais disponíveis na sua UBS, e diante desse fator escolhemos estudar a questão pela necessidade de promoção da contrarreferência.

3. CENÁRIO DA PESQUISA

A Maternidade Dr. João Firpo foi fundada em 1957 como um dos pavilhões da Associação Aracajuana de Beneficência, mantedora do Hospital Santa Isabel. Situa-se no município de Aracaju, é uma entidade Filantrópica e considerada referência no estado de Sergipe para partos de risco habitual, conhecida popularmente como Maternidade Santa Isabel (MSI).

O Hospital e Maternidade Santa Isabel (MSI), entidade beneficente, localizado no Bairro 18 do Forte, zona norte do município de Aracaju, é uma das primeiras unidades de saúde em Sergipe beneficiadas pelo programa Rede Cegonha do Governo Federal. Dispõe de 8741,52 m² de área física total construída.

O referido Hospital e sua Maternidade são de abrangência regional, atendem a todo o estado de Sergipe e cidades circunvizinhas da Bahia e Sergipe. Está classificado como geral por atender várias especialidades, com destaque para um maior número de atendimentos na especialidade de obstetrícia. É classificado de grande porte, possui 418 leitos e dispõe de corpo clínico de contratação mista (pessoal efetivo, contratado, regido pela CLT, bem como dispõe de profissionais cedidos pelo SUS municipal). Tem estrutura física pavilhonar, com várias edificações interligadas, nas quais estão distribuídos os serviços de maternidade, hospital infantil e hospital geral. O período médio de permanência do paciente estimado pelo Hospital Santa Isabel é inferior a 15 dias, considerado curta permanência, variando conforme o tipo de procedimento realizado, com exceção das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, materna e pediátrica.

Segundo dados do Datasus em 2014 ocorreram 71,2% de partos normais considerado um dos melhores índices do estado de Sergipe. Conta com 12 leitos no pré-parto, duas salas para realização dos partos cesáreos e duas para parto normal e curetagem uterina, três enfermarias de alojamentos conjuntos com uma capacidade para 76 binômios mãe e recém-nascido. Dispõe ainda de 30 leitos de UTI neonatal e 10 leitos de UTI adulto, dos quais estão disponíveis para necessidades obstétricas de todo o estado. A maternidade está construindo com recursos próprios 11 leitos tipo PPP (Pré-parto parto e puerpério).

Recebeu em junho de 2014 o título de “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” e faz parte do projeto Maternidades Prioritárias da Rede Cegonha (RC), que atualmente abrange 32 unidades que registraram os maiores índices de mortalidade materna no país. Neste projeto, o Ministério da saúde designa um apoiador institucional, que é um profissional de

saúde com experiência em obstetrícia, para atuar juntamente com a equipe local desenvolvendo os preceitos da RC com o objetivo de diminuir os índices de mortalidade materna.

O Acolhimento com Classificação de Risco (AcCR), foi implantado, desde agosto de 2014, como proposta realizado pela equipe de enfermagem, mais especificamente pelo Enfermeiro de plantão, através do Protocolo Estadual de AcCR em Obstetrícia, que compreende dois encaminhamentos: um atendimento seguindo para o internamento da gestante, e outro atendimento que seguirá para continuidade na rede básica de saúde. Conforme o protocolo estadual de AcCR em Obstetrícia as condutas são definidas pelo Obstetra Plantonista, cabendo ao Enfermeiro a classificação de risco. Porém, durante o período pesquisado o quantitativo de enfermeiros da MSI não era suficiente para realização do AcCR.

A maternidade dispõe, em seu quadro, de 48 enfermeiros, porém nenhum destes é contratado como enfermeiro obstetra, apesar de duas terem formação em obstetrícia.

4 JUSTIFICATIVA

Durante o período gestacional as mulheres compartilham os sentimentos de dúvida com um profissional de saúde ou, mais especificamente, com o enfermeiro e o médico, no momento da assistência pré-natal. Todavia nem sempre o profissional Obstetra está disponível nas UBS, o que pode ocasionar a ida das gestantes às maternidades para consultas de Pré-natal. A assistência pré-natal implica em acompanhamento minucioso de todo o processo gravídico-puerperal, envolvendo vários fatores, como o compromisso, a empatia, o respeito à clientela e a escuta comprometida, não se restringindo apenas aos aspectos biológicos da gestante, mas englobando também as transformações físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais (RATTNER, 2009).

Diante destas situações, temos como desafio modificar a forma que se dá a atenção à mulher na gestação e parto, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, que ainda é centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DINIZ, 2005).

No que diz respeito à viabilidade operacional, financeira e política das ações propostas, vimos que são possíveis de serem implantadas por se tratarem de ações simples que demandam baixo custo operacional e que contribuirão com a melhoria da qualidade dos serviços.

Dentro deste contexto este estudo se justifica pela necessidade de melhoria da comunicação entre os diversos níveis da assistência obstétrica formalizando um fluxo de contrarreferência da MSI às UBS do município de Aracaju, como forma de otimizar o atendimento nos serviços e de promover um cuidado integral e resolutivo na atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo MENDES (2009):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A integralidade define a atenção à saúde como inclusão tanto dos meios curativos quanto dos preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria (CARVALHO, 2009).

O Sistema de Referência e Contra- Referência é um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde. Essas unidades de maior complexidade são chamadas “Unidades de Referência”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é referenciado para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contra-referenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (JULIANI, et al., 1999).

O entendimento de FRATINI, et al 2008, quanto ao sistema de referência e contrarreferência que se constitui segundo a autora e na articulação entre as unidades, sendo a referência trânsito do nível menos para o de maior complexidade. Inversamente, a contrarreferência, trânsito do nível maior para o de menor complexidade.

Após a compreensão dos conceitos de integralidade, referência e contrarreferência foram possível identificar a constante busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contra referência que podem ser considerados fundamentais para a concretização do princípio da integralidade; mas é evidente também que muitas experiências se mostram frágeis e muitas vezes isoladas ou inexistentes, principalmente, com relação a contra referência, não permitindo generalizações, mas que necessitam de incentivos para ampliar a prestação de serviços especializados ao maior número de usuários possível.

No que se refere à atenção em obstetrícia, o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Portaria 1459/2011, que institui em âmbito nacional a Rede Cegonha (RC), reformulando a

Política Nacional de Atenção ao Parto e Nascimento no SUS, ampliando o acesso e o acolhimento das gestantes que buscam as maternidades, mediante a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos. A Rede Cegonha visa a garantir o atendimento qualificado a gestantes e crianças com até dois anos de idade, partindo do diagnóstico de que as morbimortalidades materna e infantil permanecem elevadas, com prevalência da medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas e que não consideram a gestante como protagonista do processo de gestação e parto.

Inserida na discussão da Rede de Atenção em Saúde (RAS), a RC identifica junto a RAS o objetivo de promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação das usuárias, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (BRASIL, 2011g).

O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da RC resultam de esforços importantes e de iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil no SUS – como as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil (e o Programa de Qualificação das Maternidades) – e de consistentes experiências municipais e estaduais (BRASIL, 2011g).

A RC prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o AcCR como também o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto (BRASIL, 2011g; 2011e). As ações estão inseridas em quatro componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011g; 2011e).

O modelo de atenção ao pré-natal tem incorporado crescentes custos gerados pela inclusão acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos); porém, a contrapartida dos resultados não tem sido suficiente (OLIVEIRA NETO, 2009).

Segundo o MS (2010), em 2007, o pré-natal alcançou 89% de cobertura, e a captação precoce das gestantes foi de 83,6% (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre). No entanto, as mortes causadas por síndromes hipertensivas e por causas perinatais e a incidência de sífilis congênita evidenciam a necessidade de qualificar o pré-natal. Essas

ocorrências permitem refletir que o pré-natal tem se transformado, em grande medida, não um ato burocrático.

Apesar dos esforços do MS, o sistema de saúde pública vem enfrentando diversas dificuldades como a crise da rede hospitalar, em especial dos leitos obstétricos, com as Maternidades trabalhando acima de sua capacidade máxima, absorvendo demandas intermináveis, sem qualidade e resolução das necessidades de cada mulher, atuando como porta de entrada para as usuárias com queixas agudas, crônicas ou sociais, que procuram esses serviços em busca de resolutividade, quando deveriam ser atendidas em outros níveis de atenção à saúde, principalmente a Atenção Básica (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Segundo MORAES et al (2006) a baixa resolutividade das unidades básicas de saúde (UBS) – pouca disponibilidade de especialistas, exames e medicamentos, as dificuldades de acesso – demora na marcação de consultas, com meses de espera, filas longas e horários restritos de atendimento e a utilização dos serviços pela população de municípios menores – por baixo investimento na rede própria ou conveniada, acarreta no crescimento desordenado do número de grávidas que buscam atendimento em serviços de atenção obstétrica, sobrecarregando as equipes, em especial a obstétrica.

Reduzir o uso inapropriado dos serviços obstétricos requer ampliação do acesso à Atenção Básica. Contudo, para que essa substituição ocorra, as usuárias precisam ter garantido acesso rápido ao atendimento de obstetrícia no primeiro nível de atenção (BRASIL, 2011g).

Neste contexto, o uso de um Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (AcCR) nos Serviços de Obstetrícia visa estabelecer uma análise do processo de trabalho com objetivo de reconhecer e organizar o atendimento de acordo com as necessidades das usuárias, substituindo a triagem excludente por um modelo acolhedor. Assim indica-se este protocolo com o objetivo prioritário de não retardar o atendimento prestado as que necessitam de uma conduta imediata, sendo que sempre há o embasamento na avaliação primária da gestante. Para execução desta avaliação, o Ministério da Saúde designa preferencialmente o enfermeiro, propondo a utilização de um fluxograma de atendimento para incentivar este profissional a uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho no contexto em questão. O Acolhimento com Classificação de Risco não é apenas um espaço, mas uma postura eticamente correta de profissionais de uma equipe multidisciplinar, com seus diversos saberes (BRASIL, 2011g).

Reorganizar o modelo de assistência requer ainda o funcionamento adequado das unidades não hospitalares para o acolhimento/atendimento das urgências de baixa

gravidade/complexidade. Essa reformulação implica o atendimento às usuárias com quadros agudos de urgência e emergência, prestada por todas as portas de entrada do SUS, de maneira a possibilitar a resolução do problema de saúde ou o encaminhamento para o serviço de maior complexidade, quando necessário (BRASIL, 2011g).

6. PÚBLICO ALVO

A intervenção teve como público-alvo as usuárias atendidas na Maternidade durante os meses de agosto e setembro, que após avaliação médica não foram admitidas na instituição.

Os beneficiários são a MSI, pois a presente intervenção pretende proporcionar melhor fluidez no serviço na medida que se propõe a contrarreferenciar as gestantes às UBS adjacentes às suas localidades afins e também as próprias gestantes que terão maior resolutividade das demandas obstétricas mais simples.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo Geral

Implantar o fluxo de contra referência para as gestantes avaliadas e não admitidas, em uma maternidade de baixo risco da capital sergipanana, com demandas resolvíveis na Atenção Básica.

7.2. Objetivos Específicos

- Traçar o perfil das gestantes atendidas na Maternidade “Dr. João Firpo”;
- Desenvolver estratégias de comunicação entre os serviços, por meio da criação de um instrumento de referencia e contra referencia da Maternidade “Dr. João Firpo” para as Unidades de Saúde do município de Aracaju, permitindo que as gestantes avaliadas e não internadas possam ter suas demandas resolvidas em nível primário da saúde.
- Documentar os resultados do estudo para a Secretaria Municipal de Saúde e apresentar o instrumento de referencia e contra referencia proposto.

8. METAS

8.1. Analisar as informações 25% das fichas de atendimento em obstetrícia da instituição no período de agosto a setembro de 2015, de usuárias aracaJuanas.

8.2. Traçar o perfil de 25% das gestantes aracaJuanas avaliadas e não admitidas na maternidade em estudo no período de agosto a setembro de 2015.

8.3. Confeccionar um instrumento de referencia e contra referencia da Maternidade “Dr. Carlos Firpo” para as Unidades de Saúde do município de Aracaju.

8.4. Realizar um encontro com os gestores da instituição com o intuito de sensibilizá-los para implantação do instrumento de referencia e contra referencia construído.

8.5. Documentar os resultados do estudo para a Secretaria Municipal de Saúde, contratante dos serviços da instituição.

9. METODOLOGIA

O trabalho realizado é um estudo com abordagem quantitativa e proposição de estratégias de intervenção. Com vista ao cumprimento dos aspectos éticos e legais para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 1996), foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob número **CAAE: 46686915.7.0000.5546**. Como as gestantes não foram entrevistadas diretamente não foi necessário o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi realizado entre os meses de agosto e setembro do corrente ano. Segundo dados do serviço de informática da Maternidade, (SP Data Informática Hospitalar SHU 112015 Versão 14.02), nos 45 dias observados pelo estudo foram atendidas 1.368 usuárias residentes em Aracaju e destas 718 (52%) foram avaliadas e liberadas por não terem necessidade de internamento na instituição. Portanto, a população do estudo desenvolveu-se a partir dos atendimentos destas pacientes. Conforme cálculo amostral realizado, que sugere análise de no mínimo de 184 fichas, obteve-se por meio da técnica de amostragem aleatória dados de 200 (27,8%) fichas do atendimento ambulatorial. O critério de participação foi ser residente em Aracaju e ter sido avaliada e liberada, sendo excluídas as gestantes residentes nos demais municípios do estado.

A análise, tabulação e organização dos dados foram realizadas por meio de conceitos básicos de estatística, utilizando-se planilhas do Microsoft Excel^(r) versão 2010.

Inicialmente propôs-se a entrevistar as gestantes no AcCR , porém por questões de deficiência de recursos humanos na instituição, este processo de trabalho não aconteceu regularmente no período do estudo, quando decidiu-se por coletar dados secundários das fichas de atendimento em obstetrícia da instituição.

O trabalho de campo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira foi feita a análise das informações das fichas de atendimento em obstetrícia da instituição, exclusivamente das mulheres residentes em Aracaju, e o desfecho de cada caso após as avaliações médicas, evidenciando o percentual de atendimentos que deveriam ocorrer na Atenção Básica e os reais casos de urgência/emergência obstétrica.

Desse modo utilizaram-se dados secundários das fichas de atendimento em obstetrícia da instituição, e as variáveis estudadas foram:

- Faixa etária, em anos (13- 20 / 21-30 / 31-40 e 40-50)

- Bairro de residência
- Paridade
- Semanas de gestação
- Motivo da procura pela instituição (Dor pélvica ou em baixo ventre, Perda de líquido, Perda do tampão mucoso, Amenorreia/Irregularidade menstrual, Deiscência de Episiotomia /Dor no pós- PC, Sangramento vaginal, Sem queixas, Encaminhadas pela UBS, Encaminhadas pelo SAMU ou serviços afins)
- Achados Obstétricos (Colo grosso, fechado, posterior, bolsa amniótica íntegra, pródromos, abortamento incompleto, ameaça de aborto, problemas do pós-parto (mastite, dor pélvica do pós-parto), Não se adequou aos achados obstétricos propostos)

Em segundo momento, efetuou-se a distribuição da frequência (Nº e %) dos atendimentos de acordo com a faixa etária, o bairro de residência, o motivo da procura, a paridade, as semanas de gestação e os achados obstétricos, se a procura pela maternidade foi espontânea, ou não e neste caso por qual serviço foi encaminhada (UBS, Serviço Móvel de Urgência – SAMU), entre outras variáveis,

Por fim desenvolveu-se um instrumento de contra referência, da Maternidade “Dr. Carlos Firpo” para as unidades de saúde de Atenção Básica da capital, com proposta de ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo AcCR, o qual relata o atendimento na Maternidade e os motivos pelos quais a gestante não foi internada.

Os resultados deste trabalho serão encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde da capital sergipana, com o detalhamento necessário para que os gestores possam intervir nas UBS cujos bairros de localização apontaram baixa resolutividade no que se refere às questões obstétricas.

11. ORÇAMENTO

Especificação do material	Quantidade	Preço unitário R\$	Preço total
Material de consumo			
Papel A4 – resma	6	R\$ 12,00	R\$ 72,00
Cartucho para impressão	2	R\$ 18,00	R\$ 36,00
CD – RW	5	R\$ 0,50	R\$ 2,50
Canetas	25	R\$ 1,50	R\$ 37,50
Lápis grafite	25	R\$ 0,70	R\$ 17,50
Pranchetas de acrílico	8	R\$ 10,00	R\$ 80,00
Clips 2/0 – caixa com 100 unidades	10	R\$ 3,00	R\$ 30,00
Pen drive	01	R\$ 25,00	R\$ 25,00
Fotocópias	2000	R\$ 0,10	R\$ 200,00
SUBTOTAL			R\$ 500,50
Serviços a terceiros e em cargos			
Combustível/L	250	R\$ 2,95	R\$ 737,50
Telefone / créditos	-	-	R\$ 100,00
SUBTOTAL			R\$ 837,50
TOTAL			R\$ 1.338,00

O Orçamento foi assumido integralmente pela pesquisadora.

12 RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos utilizados no projeto foram a própria pesquisadora e a orientadora.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA PESQUISA

Foram avaliadas 200 Fichas de Atendimento em Obstetrícia, a maioria das usuárias estava na faixa etária (52,5%) entre 21 a 30 anos. Na avaliação da paridade como fonte de conhecimento prévio sobre o momento de ir para a maternidade observou-se que 42% eram multíparas, 35% primíparas e 23% não houve registro na ficha de atendimento ambulatorial da paridade.

Quanto às semanas de gestação 34%, a maioria, estava com 36 a 42 semanas de gestação. Em 47% das fichas de atendimento ambulatorial não foi registrada a idade gestacional das pacientes.

Quanto ao motivo da procura centrado na queixa da usuária identificou-se que 41% apresentavam dor pélvica ou em baixo ventre; 13,5% queixaram-se de sangramento vaginal e 10,5% relataram a perda do tampão mucoso.

Conforme a avaliação médica encontramos os seguintes achados obstétricos: 63% apresentavam bolsa amniótica íntegra, colo uterino grosso, fechado e posterior; 10,5% apresentaram pródomos, ou seja, falso trabalho de parto; 10% das pacientes foram diagnosticadas com Abortamento Incompleto; 5% foram identificadas com Ameaça de Aborto; 3% encontravam-se com DST's; 2% foram registradas com problemas do pós-parto (mastite, dor pélvica do pós-parto); 1,5% revisões do pós-parto, retirada de pontos e curetagem uterina; 4,5% não se adequou aos achados obstétricos propostos, pois tratavam-se de pacientes que apresentavam patologias ginecológicas, não se adequando ao proposto da pesquisa.

Não houve gestantes encaminhadas pelo SAMU e serviços afins.

Apesar da maioria das gestantes estarem nas últimas semanas de gestação, estas desconheciam os reais sinais de trabalho de parto. (Tabela 1).

Tabela 1 – Gestantes aracajuanas avaliadas e não admitidas na maternidade Dr. Carlos Firpo (número e percentual) segundo variáveis selecionadas. Aracaju (SE), Agosto_setembro 2015

Variáveis (n=200)	N	%
Faixa etária (em anos)		
13 – 20	52	26
21 – 30	105	52,5
31 – 40	40	20
40 – 50	3	1,5
Paridade		
Múltipara	84	42
Primípara	70	35
Não houve registro da paridade	46	23
Semanas de Gestação		
5 a 29 semanas	23	11,5
30 a 35 semanas	15	7,5
36 a 42 semanas	68	34
Não houve registro da Idade Gestacional	94	47
Motivo da procura		
Dor pélvica ou BV	82	41
Sangramento vaginal	27	13,5
Perda do tampão mucoso	21	10,5
Deiscência de questões puerperais	18	9
Encaminhadas pela UBS	18	9
Perda de líquido	15	7,5
Amenorreia/Irregularidade menstrual	10	5
Sem queixas	9	4,5
Encaminhadas pelo SAMU ou serviços afins	-	-
Achados obstétricos		
Colo grosso, fechado, posterior, bolsa amniótica íntegra	126	63
Pródromos (falso trabalho de parto)	21	10,5
Abortamento incompleto	20	10
Ameaça de aborto	10	5
DST's	6	3
Problemas do pós-parto (mastite, dor pélvica do pós-parto)	5	2,5
Revisões do pós-parto, retirada de pontos e curetagem uterina.	3	1,5
Não se adequou aos achados obstétricos propostos	9	4,5

Fonte: autor (2015)

Quanto aos bairros de residência observou-se que os maiores quantitativos são dos dois bairros mais populosos do município, (Santos Dumont e Santa Maria), seguidos pelos bairros Cidade Nova e 18 do Forte, acreditamos que pela proximidade territorial da maternidade. O bairro Mosqueiro também teve importante representatividade na amostra, apesar de se situar nos limites geográficos da zona de expansão do município, distante da MSI (Tabela 2).

Tabela 2 – Bairros de residência das gestantes aracajuanas avaliadas e não admitidas na maternidade Dr Carlos Firpo (número e percentual). Aracaju (SE), Agosto_setembro 2015.

Bairro de residência	N	%
Santos Dumont	29	14,5
Santa Maria	19	9,5
Cidade Nova	12	6
18 do Forte	12	6
Industrial	11	5,5
Mosqueiro	10	5
Olaria	10	5
Santo Antônio	10	5
São Conrado	9	4,5
Demais bairros	78	39

Fonte: autor (2015)

As informações obtidas por este estudo são relevantes e evidenciam a necessidade de desenvolvimento de atividades de educação em saúde com as gestantes, empoderando-as quanto aos sinais de risco na gravidez, durante o pré-natal, evitando-se que estas busquem atendimentos desnecessários em emergências obstétricas.

A organização dos serviços denota falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde. Desvela-se, por exemplo, falta de acolhimento das gestantes com queixas obstétricas nas UBS, e quando ocorrem estas são encaminhadas sem formalização dos motivos da referência.

Após a contra referência impressa o usuário retorna a rede, com orientações sobre o seu atendimento. No instrumento deverá conter a conduta médica adotada e medicações utilizadas ou prescritas e ainda a assinatura e o contato da instituição para que o profissional da unidade básica que receber a usuária tenha acesso para elidir dúvidas que possam vir a surgir. Espera-se que ao receberem a contra referência os profissionais das UIBS deem continuidade ao acompanhamento das usuárias, atendendo às recomendações de seguimento do pré-natal.

A partir dos resultados proporcionadas pela pesquisa, é possível concluir que muito há que se evoluir no que tange a organização dos serviços de saúde. Os achados evidenciam lacunas no que tange à comunicação entre os profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção, uma vez que cada um desenvolve seu trabalho separadamente, deixando os usuários a mercê de um fluxo ineficiente.

Recomendamos a efetivação da prática do AcCR, com o pressuposto de que a gestante tenha no atendimento a análise de suas demandas obstétricas, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada, sendo contrarreferenciada adequadamente.

A identificação das causas do problema é um passo fundamental para que a proposição de intervenção tenha uma probabilidade maior de sucesso, com ações com o objetivo de minimizar o seu impacto ou até mesmo superá-las. Com os resultados deste estudo espera-se sensibilizar os gestores de saúde e profissionais quanto à importância da efetivação de um fluxo de referência e contra referência que promova a integração e a comunicação entre as partes (usuárias, famílias, profissionais da rede hospitalar e Equipe de Saúde da Família) , e principalmente que garanta a continuidade do cuidado às gestantes arcajuanas vinculadas à MSI.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, H. C. – A rede Viva Vida no município de Janaúba. Janaúba, Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES C. K. de A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Nota técnica: Rede Cegonha. Brasília: 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília: MS, 2001.

_____. 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. Seção 1, p. 4.

_____. 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, 2011b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. 2011c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816. Acesso em: nov 2014.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha: contribuir para a Atenção Integral da Saúde da Mulher e Criança. Brasília: 2011d. 85 slides: coloridos.

_____. 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, 2011e. Seção 1.

_____. 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, 2011f.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011g.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29_11_10_saude_brasil_web.pdf>. Acesso em: Nov 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS, 1996

CARVALHO, Antônio. Sistema Único de Saúde como política pública: inovação social, institucional e técnica. IN. PESSOA, Luisa Regina (org.) [et al.]. Caderno do Curso de Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde: Unidades de Aprendizagem Contextualizando e Planejando. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, RJ. 2009, p. 63 – 90. Disponível em : <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/acsus/v18n3/12.pdf>> Acesso: maio 2015.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: 2010.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Rede Cegonha. Brasília: CONASS, 2011.

COSEMS. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. Rede Cegonha. Apresentação realizada pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <http://cosemsrj.org.br/images/rede_cegonha_jul11.pdf>. Acesso: nov 2014.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-37, 2005. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>>. Acesso: nov 2015

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano [online], v. 19, n. 2, p. 313-326. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>>. Acesso: nov 2014.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. Como elaborar Modelo Lógico de programa: um roteiro básico. Brasília: 2007. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf>. Acesso em: nov 2014.

FRATINI, Juciane; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 202-284: 2008. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n2/12.pdf>>. Acesso: abr 2015

HARTZ, Z. M.A., SILVA, L.M.V. da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. 275 p.

HARTZ, Z. M. de A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

JULIANI, Carmen; CIAMPONE, Maria. Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *ESc. Enf. USP*, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v28n1/14.pdf>>. Acesso: abr 2015.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia do trabalho científico. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA, As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2ª edição, 2011.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA, As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MORAES, J. F; GODOI, C. V. C; FONSECA, M. R. C. C. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 8, n. 19, p13- 19, 2006.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. A. institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.651-657, 2005.

OLIVEIRA NETO, A. V. O Modelo Tecnoassistencial em Saúde na Cidade do Recife no período de 2001-2008: em busca de seus marcos teóricos. 2009. 61p. Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Recife, 2009. <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v29n2/14.pdf>>. Acesso: nov 2014.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu) online*, v.13, p. 759-768. Botucatu, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>>. Acesso em: nov 2014.

RIOS, I. C. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SERGIPE, GOVERNO DO ESTADO, Protocolo Estadual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, 2013. <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: maio 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE B - FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

À UNIDADE DE SAÚDE _____

No dia e horário informados abaixo, a gestante
_____ foi

recepcionada, acolhida e classificada na MATERNIDADE “DR. CARLOS FIRPO”.

No momento do atendimento, não foi observada nenhuma queixa clínica ou alteração de dados vitais que demande atendimento de urgência obstétrica, motivo pelo qual encaminhamos a mesma para atendimento na Unidade Básica de sua referência. Salientamos que os dados classificatórios são relativos ao dia e horário informados, devendo a gestante dirigir-se ao local de referenciamento no tempo mais breve possível.

Observações / Informações de contra referência: _____

Data e hora do atendimento: _____

Assinatura / carimbo do responsável pelo atendimento

ANEXOS

