



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA

FERNANDA AMÂNCIO SOARES DA SILVA

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS EM MATERNIDADE PÚBLICA DO
HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA E APLICAÇÃO DE PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO OBSTÉTRICO.**

FLORIANÓPOLIS- SC

FERNANDA AMÂNCIO SOARES DA SILVA

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS EM MATERNIDADE
PÚBLICA DO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA E APLICAÇÃO DE
PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
OBSTÉTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Medicina, da
Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito parcial ao grau de Médico.

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2019

FERNANDA AMÂNCIO SOARES DA SILVA

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS EM MATERNIDADE PÚBLICA DO HOSPITAL
ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA E APLICAÇÃO
DE PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Medicina, da
Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito parcial ao grau de Médico.

Orientadora: Profa. Dra Roxana Knobel

Coorientadora: Dra. Luciana Pimentel

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2019

Silva, Fernanda Soares

Análise dos Atendimentos em Maternidade Pública de Hospital Escola da Universidade Federal de Santa Catarina e Aplicação de Protocolo de Classificação de Risco Obstétrico./ Fernanda Amâncio Soares da Silva. – Florianópolis, 2019.

54p.

Orientadora: Roxana Knobel.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1.Obstetrícia 2. Triagem 3.Classificação 4. Risco.

Aos meus pais Oscar e Kátia que foram sempre fonte de apoio, amor, e uma lembrança constante do quão longe é possível chegar com determinação e vontade.

A todas as pacientes atendidas na maternidade do Hospital Universitário, à diversidade, à individualidade e a força que trazem carregando no ventre e na história de uma vida nem sempre fácil e nem sempre justa.

“A árvore não prova a doçura dos próprios frutos; o rio não bebe suas próprias águas; as nuvens não chovem sobre si mesmas.. A força dos bons deve ser usada para benefício de todos.”

Provérbio

AGRADECIMENTOS

A Dra Roxana Knobel e a Dra Luciana Pimentel, faltam palavras que contemplem toda a gratidão e admiração que tenho por ambas.

A Luciana que trouxe a idéia e a vontade de melhorar a qualidade do serviço ao qual se doa e por trazer sempre uma tranqüilidade e uma confiança que a transbordam. Obrigada por ter me enxergado e acreditado em mim.

A Professora Roxana por ter acreditado neste trabalho, por ter esse dom incrível de organizar, simplificar e facilitar tudo o que faz, por trazer sempre uma visão mais humana e mais real e por orientar com amor.

Vocês são mulheres que inspiram, são mulheres íntegras, competentes e acima de tudo são mulheres sábias, que mantêm a simplicidade a humildade e a gentileza no trato com todos e especialmente com as pacientes. Muito Obrigada por me mostrarem o valor e a beleza na maneira simples e descomplicada de lidar com os desafios na medicina, na obstetrícia e na vida, obrigada por me guiarem nesse caminho.

A equipe do SPP do HU que gentilmente me cedeu espaço e acesso aos dados que compõe este trabalho.

Ao meu pai, Oscar Soares, que mesmo de longe esteve presente me ajudando na elaboração dos gráficos. Sua participação neste trabalho me recordou as inúmeras vezes que recorri a você para solucionar os mais diversos problemas que enfrentei durante toda minha jornada de formação, obrigada por retirar as pedras do meu caminho.

A todos os amigos e familiares, que entenderam as ausências, que revitalizaram minha autoconfiança, que demonstraram apoio e me lembraram que eu conseguiria.

RESUMO

Objetivos: Analisar os atendimentos das gestantes e puérperas admitidas no Serviço de Triagem Obstétrica (STO) da Maternidade Escola da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) a partir dos dados registrados na ficha de atendimento, determinando o padrão de perfil epidemiológico e demográfico dos atendimentos e aplicar o Protocolo de Classificação de Risco Obstétrico (PCRO) categorizando os atendimentos por prioridade. Secundariamente, avaliar a qualidade dos registros dos atendimentos nas fichas de emergência.

Métodos: Estudo observacional descritivo e prospectivo de caráter não concorrente. A coleta de dados primários foi realizada a partir de análise das fichas de admissão dos atendimentos do STO. Os atendimentos foram categorizados em 5 classes de prioridade conforme PCRO, Vermelho- Grave, Laranja- Emergência, Amarelo- Urgência, Verde-pouco urgente, Azul- atendimento não prioritário. Os dados obtidos foram analisados quanto ao perfil sócio-demográfico e epidemiológico, percentual dos atendimentos por classificação de risco, percentual de queixas por classificação de risco e qualidade do registro do atendimento na ficha de emergência.

Resultados: 605 fichas de atendimentos foram analisadas. A maior demanda foi de pacientes gestantes (93,7%) no terceiro trimestre (67,5%), com uma média de 28 anos de idade e com queixa de dor (33%). Os atendimentos de baixa prioridade, classificados como verde e azul, resultaram na maior parte da demanda (72,2%). A qualidade dos registros dos atendimentos demonstrou falha e ausência de dados principalmente nos parâmetros de avaliação do tempo de espera ao atendimento médico (impossível de avaliar em 67,3%) e quanto registro do diagnóstico ou hipótese diagnóstica (ausente em 39,3%).

Conclusão: As gestantes de terceiro trimestre são a maior parte de demanda, os atendimentos de baixa prioridade são os mais prevalentes e as fichas de atendimentos de emergência falham nos registros de horário e diagnóstico ou hipótese diagnóstica.

Palavras-Chave: Obstetrícia, Triagem, Classificação, Risco

ABSTRACT

Objective: To analyze the care of pregnant and postpartum women admitted to the Obstetric Triage Service (STO) of the Maternity School of the Federal University of Santa Catarina (UFSC) from the data in the emergency medical records, determining the pattern of epidemiological and demographic profile of the demand, and apply the Obstetric Risk Classification Protocol (PCRO) categorizing patients by priority. Second, evaluate the quality of emergency medical records.

Methods: Descriptive and prospective non-concurrent observational study. Primary data collection was performed after analysis of the of emergency medical records of the STO. The assessments were categorized into 5-category acuity according to PCRO, Red-Critical, Orange-Emergency, Yellow- Urgent, Green-Less Urgent, Blue- Non-Priority. The data were analyzed for socio-demographic and epidemiological profile, distribution of acuity based on color category, percentage of complaints by acuity and quality of emergency medical records.

Results: 605 assessments were analyzed. The highest demand was from pregnant patients (93.7%) in the third trimester (67.5%), with an average of 28 years old and complaining of pain (33%). Low priority assessments, classified as green and blue, resulted in most of the demand (72.2%). The quality of the records of the assessments showed failure and lack of data mainly in the parameters of evaluation of waiting time to medical care (impossible to evaluate in 67.3%) and diagnosis record or diagnostic diagnosis (absent in 39.3%).

Conclusion: Third trimester pregnant are the main users, low priority assessments are the most prevalent and emergency medical records failed in time and diagnostic register.

Keywords: Obstetrics, Triage, Classification, Risk

LISTA DE SIGLAS

A&CR	Acolhimento e Classificação de Risco
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CR	Classificação de Risco
HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCRO	Protocolo de Classificação de Risco Obstétrico
RC	Rede Cegonha
STO	Serviço de Emergência Ginecológica e Triagem Obstétrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Gráfico com número absoluto e percentual da distribuição dos atendimentos analisador por classificação de risco atribuída conforme PCRO. 24
- Figura 2-** Gráfico com percentual de queixas relatadas pelas pacientes atendidas na Triagem Obstétrica do HU-UFSC 24
- Figura 3-** Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados e classificados como Verde- Pouco Urgente 25
- Figura 4-** Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados classificados como Azul- Atendimento Não Prioritário 25
- Figura 5-** Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados e classificados como Amarelo-Urgente 26
- Figura 6-** Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados e classificados como Laranja-Emergência 26
- Figura 7-** Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados e classificados como Vermelho -Grave 26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	MÉTODOS	15
3.1	TIPO DE PESQUISA	15
3.2	VARIÁVEIS	15
3.3	COLETA DE DADOS	17
3.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA	18
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	18
3.6	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS E APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO	19
4	RESULTADOS	20
5	DISCUSSÃO	27
5.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	31
5.2	IMPLICAÇÕES	31
6	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	37
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA E REGISTRO DE DADOS	40
	ANEXO A - PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO	43

1 INTRODUÇÃO

“Cada morte materna evitável deve nos causar indignação ao ponto de buscarmos melhorias para a assistência à saúde da mulher e do recém-nascido e essa mudança deve ser iniciada nas portas de entrada das maternidades do Brasil. *(Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira)*”(1)

Estima-se que todos os dias aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto em todo mundo. Em 2015, cerca de 300 mil mulheres gestantes e puérperas morreram de causas atribuíveis a gestação. Quase todas essas mortes ocorreram em ambientes com poucos recursos e a maioria delas poderia ter sido evitada. (2)

Diante de taxas de mortalidade materna e neonatal, ambas inaceitavelmente altas, a melhoria da saúde das gestantes e crianças recém-nascidas foi estabelecida como uma das prioridades na agenda dos países em desenvolvimento pela Organização das Nações Unidas (ONU). A Cúpula do Milênio das Nações Unidas firmou compromisso assumido por líderes mundiais, incluindo o Brasil e mais 188 países, no ano de 2000. Foi elaborado o documento intitulado “A Declaração do Milênio”, que traz uma lista de oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para alcançar um mundo melhor e combater a pobreza. Dentre esses objetivos, dois deles contemplam especificamente a saúde da gestante e do recém nascido: ODM número cinco melhorar a saúde materna e ODM número quatro reduzir a mortalidade infantil. (3)

Mais especificamente nos últimos 20 anos, atingiu-se um consenso de que as intervenções devem priorizar redução da mortalidade materna. Segundo guia de avaliação de serviços de emergência obstétrica da Organização Mundial de Saúde (OMS) o serviço de emergência obstétrica de boa qualidade deve ser acessível e universal, todas as mulheres devem dar a luz assistidas por um profissional qualificado, e os serviços de saúde que proporcionam esses cuidados devem trabalhar de forma integrada (4).

Em consonância com os ODM's e recomendações da OMS, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. A meta do Pacto é a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal para atingir os índices aceitáveis pela OMS, a médio e longo prazo. (5)

Atualmente o cenário nacional de mortalidade materna reflete uma taxa de 64,8 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos no ano de 2011. No estado de Santa Catarina essa taxa é de 25,2 para o mesmo ano, sendo o menor da Região Sul. (6)

Alinhado com o objetivo de redução da mortalidade materna e neonatal, ampliação do acesso e qualificação do cuidado à saúde, o MS lançou a iniciativa Rede Cegonha (RC). A RC preconiza a boa qualidade da assistência pré-natal, assistência ao parto e puerpério, bem como nas ações de cuidado ao recém nascido. Sua implementação envolve um conjunto de recursos e estratégias de parcerias para um trabalho transversal, multidisciplinar e interfederativo, respeitando direitos de cidadania e trabalhando dentro dos princípios previstos nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto a RC traz o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia última edição publicada em 2018 Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores. (7)

O Manual elaborado também inclui o Protocolo de Classificação de Risco Obstétrico (PCRO) com objetivo de padronizar o atendimento para pronta identificação da paciente crítica e possibilitar atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco.

Uma unidade de triagem obstétrica é caracterizada por ser um espaço físico onde as pacientes gestantes dão entrada no hospital e são inicialmente avaliadas e assistidas e recebem cuidados obstétricos e clínicos de emergência. O processo de triagem deve consistir em classificar as pacientes com base na gravidade da condição clínica a fim de proporcionar o tratamento e estabilização necessária de forma que o atendimento seja o mais eficiente e no menor tempo possível. Caracteriza-se também por ser uma unidade mais especializada do que as demais unidades de triagem emergencial, pois fornece assistência ao trabalho de parto em fases iniciais, avaliação de vitalidade fetal e possui a capacidade para realizar exames e intervenções iniciais para Intercorrências obstétricas.(8)

Os problemas enfrentados no STO se assemelham aos problemas que assolam portas de entrada de demais serviços de emergências gerais, superlotação, tempo de espera prolongado e insatisfação dos pacientes. (9)(10)

Um tempo de espera prolongado resulta em evasão de pacientes que saem sem ser examinadas, gerando o fenômeno da paciente peregrina em serviços de atenção obstétrica. A “peregrinação no anteparto” é um dos principais fatores responsáveis por desfechos desfavoráveis e morbimortalidade materna. É consenso que garantir acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto é essencial para redução das mortes consideradas preveníveis. (11)

Sendo assim, a melhoria do STO, com classificação de risco adequada, redução do tempo de espera e atendimento de qualidade com eficiência é um ponto básico e fundamental para melhora global na qualidade do cuidado prestado à gestante e ao recém nascido.

Estudos realizados em diferentes países mostram que a implantação de protocolos de triagem nos serviços de emergência permitiu que os casos considerados de maior gravidade fossem priorizados, com impacto nas taxas de mortalidade. (12) Além disso, pesquisas mostram que redução do tempo de espera reduz o tempo total de internação, diminui o custo do tratamento e economiza recursos do hospital. (9)

Assim, acredita-se que o desenvolvimento dessa pesquisa com o foco na avaliação do funcionamento e demanda do serviço de triagem obstétrica torna-se imprescindível para subsidiar propostas de reestruturação organizacional e melhora de qualidade e eficiência do atendimento, possibilitando redução no tempo de espera e melhora no nível de satisfação das pacientes. Melhorias nesses aspectos além de proporcionar um atendimento mais humanizado e experiência positiva, podem também contribuir para redução de taxas de mortalidade materna.

Com o propósito de analisar e avaliar o funcionamento do serviço de triagem obstétrica, este trabalho busca evidenciar a necessidade e os benefícios da implantação do PCRO no HU-UFSC.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem o propósito de analisar o perfil do atendimentos realizados no STO do HU-UFSC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Mapear o perfil sócio-demográfico e epidemiológico das pacientes atendidas no STO;
- II. Avaliar a qualidade dos registros das fichas de atendimento;
- III. Realizar CR: Em cada ficha analisada (de atendimentos encerrados) foi aplicado o PCRO proposto pelo MS no Manual de A&CR e classificando nas cinco categorias de prioridade preconizadas: i) Grave-Vermelho, ii) Emergência-Laranja, iii) Urgência- Amarelo; iv) Pouco Urgente-Verde ; v) Não Urgente- Azul.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo observacional descritivo e prospectivo de caráter não concorrente. Realizado através da consulta dos registros de atendimentos realizados no STO. A única intervenção foi a análise da ficha de atendimento após o mesmo já estar concluído, sem interferência sobre o atendimento e tratamento. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) sob o número 16106819.2.0000.0121

3.2 VARIÁVEIS

Foram analisadas as seguintes variáveis:

I) Variáveis para avaliar o preenchimento das fichas de emergência (todas quantitativas discretas):

- Dados legíveis (sim/ não/ em parte)
- Possibilidade de avaliar o diagnóstico pela ficha (sim/ não/ em parte),
- Possibilidade de avaliar a procedência da paciente (procura direta/ SAMU/Unidade Básica de Saúde/ UPA/ Ambulatório/ Retorno programado/ Impossível identificar)
- Possibilidade de avaliar o destino da paciente pela ficha (alta/ internação/ encaminhamento para outro serviço/ impossível avaliar).

II) Variáveis de caracterização demográfica:

- Data de admissão (registro no cabeçalho da ficha) quantitativa
- Dia da semana (registro no cabeçalho da ficha) quantitativa
- Hora do atendimento médico (horário registrado/ horário não registrado - conforme anotado na ficha) quantitativa contínua
- Tempo de espera ao atendimento médico (em minutos estimado conforme anotações na ficha, esse dado foi estimado por anotações de procedimentos

realizados como checagem de medicação ou cardiotocografia. calculando-se a diferença entre hora de admissão e hora do procedimento) quantitativa contínua

- Tipo de atendimento (obstétrico/ puerpério- registro em ficha) qualitativa
- Idade (em anos completos, segundo informação do CNS) – quantitativa contínua
- Cidade de residência (Segundo informação registro na ficha) - qualitativa- posteriormente analisada e agrupada pelo distrito de saúde.

III) Variáveis para classificação de risco.

- Idade gestacional – para gestantes (em semanas segundo ecografia e segundo data da última menstruação) conforme anotado na ficha – quantitativa contínua
- Tempo pós- parto – para puérperas (em dias) conforme anotado na ficha – quantitativa contínua.
- Queixa principal (presente/ ausente/ignorado) segundo anotação da ficha, selecionadas conforme PCRO, foi registrado mais de uma queixa por paciente quando era esse o caso) qualitativas
 - o Desmaio / mal estar geral;
 - o Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
 - o Dor de cabeça, tontura, vertigem;
 - o Falta de ar;
 - o Febre / sinais de infecção;
 - o Náuseas e vômitos;
 - o Perda de líquido vaginal / secreção;
 - o Perda de sangue via vaginal;
 - o Queixas urinárias;
 - o Parada / redução de movimentos fetais;
 - o Relato de convulsão;
 - o Outras queixas / situações
- Alteração do nível de consciência e estado mental (rebaixamento nível de consciência/ alteração estado mental - conforme anotado na ficha) qualitativa
- Avaliação da respiração e ventilação (apneia, gasping / padrão respiratório ineficaz/ sinais de esforço respiratório/ dessaturação- conforme anotado na ficha) qualitativa

- Avaliação da circulação (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão; alteração do estado de consciência - conforme anotado na ficha) qualitativa
- Avaliação da dor (leve/ moderada ou grave) mensurada por Escala Visual Analógica (EVA) ou escala numérica de 0 a 10 - conforme anotado na ficha) qualitativa
- Sinais vitais:
 - o Pressão Arterial(PA) (aferido por monitor de sinais vitais portátil automático e anotado no cabeçalho da ficha) –quantitativa contínua
 - o Pulso (aferido por monitor de sinais vitais portátil automático e anotado no cabeçalho da ficha) – quantitativa contínua
 - o Temperatura axilar (aferida por termômetro digital e anotada no cabeçalho da ficha) – quantitativa contínua
- Fatores de risco (segundo anotação na ficha de emergência) qualitativa
- Sinais e sintomas clínicos
 - o Caracterização (segundo anotação na ficha de emergência) - qualitativa
 - o Categorizados por prioridade de atendimento (Sim/ não/ ignorado) -(segundo anotação na ficha de emergência) qualitativa – sinais e sintomas clínicos que caracterizam prioridade de atendimento estão no anexo 4.

3.3 COLETA DE DADOS

Os dados primários de interesse foram obtidos pela análise das fichas de atendimento no STO e registrados em um formulário de coleta de dados (APÊNDICE 2) elaborado pelas pesquisadoras. Foram analisadas somente as fichas das pacientes que concordarem em participar do estudo e assinarem o TCLE (APÊNDICE 1).

O formulário para coleta de dados foi pré testado em amostra semelhante antes do início do estudo, e foram realizados ajustes nas variáveis, foram excluídas do estudo variáveis referentes à nacionalidade, etnia, estado civil e escolaridade pois em nenhuma das fichas constava esse registro.

O acesso às fichas arquivadas no setor responsável pela ordem, guarda dos prontuários médicos e preservação de sigilo e privacidade dos pacientes foi autorizado mediante apresentação do parecer de aprovação pelo CEPESH.

Optou-se por uma coleta prospectiva para evitar fatores de confundimento, minimizar a perda de dados e facilitar o preenchimento e assinatura do TCLE.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A unidade triagem obstétrica estudada situa-se no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago em Florianópolis (SC), município sede da 18ª regional de saúde do estado que abrange 22 municípios e uma população de 1.027.271 habitantes sendo 50,98 % do sexo feminino (13). O HU é um hospital escola da UFSC, público, terciário e de grande porte configurando um centro de referência regional para o SUS.

A maternidade escola do HU-UFSC possui uma unidade de triagem obstétrica que é a porta de entrada de gestantes e mulheres com queixas ginecológicas. No ano de 2016 foram realizados 14.616 atendimentos na triagem obstétrica, uma média de aproximadamente 1.200 atendimentos mensais. (14)

O Estudo foi construído pela amostra de pacientes obstétricas e puérperas que procuraram atendimento diretamente ou por referência à instituição e que forem admitidas no STO no período estudado. O tamanho da amostra foi calculado considerando o número de atendimentos no STO no último ano (14.616) com a adoção de uma proporção esperada de 50% para um evento, por ser aquela que gera o maior tamanho de amostra, nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,05.

Assumindo esses parâmetros, o estudo precisaria incluir 375 atendimentos para ser capaz de detectar frequências de 5%. No entanto, por tratar-se de atendimentos obstétricos e de urgência, com possíveis variações importantes por períodos do dia e perda de dados devido a não preenchimento adequado da ficha de emergência, e para que o n permita calcular melhor variáveis associadas, coletaram-se dados de 605 atendimentos.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo os atendimentos obstétricos e puerperais das pacientes maiores de 18 anos e que consentiram acesso a sua respectiva ficha de atendimento a partir de assinatura de TCLE (ANEXO 1), que foi oferecido e explicado para paciente no momento de sua admissão. Foram excluídos do estudo os atendimentos de pacientes

menores de idade, não obstétricos ou puerperais e pacientes que se recusaram participar e assinar o TCLE.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS E APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

As fichas de atendimentos no STO são emitidas na recepção no momento da admissão das pacientes, preenchidas pela equipe de enfermagem em avaliação inicial e após atendimento médico e resolução do caso são armazenadas no Serviço de Prontuário do Pacientes (SPP), setor responsável pela ordem e guarda dos prontuários médicos. As pesquisadoras foram uma vez por semana ao SPP coletar os dados das ficha de atendimento anexadas ao TCLE devidamente assinado pela paciente.

Para avaliação e registro dos dados coletados, foi elaborado um formulário de coleta de dados e registro dos atendimentos com o auxílio do software Google Forms (APÊNDICE 2). O formulário é baseado nos critérios e chaves de decisão do fluxograma do PCRO presente no Manual de A&CR.

O PCRO configura um dispositivo de organização de fluxo sistemático que permite identificar situações ameaçadoras à vida (ANEXO 2). Utiliza uma forma de linguagem universal para urgências obstétricas, estabelecendo doze queixas principais e seis chaves de decisão que avaliam: Alteração do nível de consciência e estado mental; Avaliação da respiração e ventilação; Avaliação da circulação; Avaliação da dor; Sinais e sintomas gerais e fatores de risco. (7)

A partir de dessa avaliação primária o PCRO classifica os atendimentos conforme prioridade e atribui uma cor para cada categoria:

- a.i) Classificação Vermelha: Pacientes em estado grave com risco de morte necessitando atendimento médico imediato
- a.ii) Classificação Laranja: pacientes que necessitam de atendimento emergencial, risco potencial, tempo de espera preconizado de 15 minutos.
- a.iii) Classificação Amarela: casos de urgência, atendimento em até 30 minutos;
- a.iv) Classificação Verde: Pacientes sem risco de agravo, atendidas em até 120 minutos por ordem de chegada.
- a.v) Classificação Azul: Atendimento não prioritário ou encaminhamento para centro de saúde.

Os dados coletados foram posteriormente analisados com auxílio do programa estatístico SPSS®.

4 RESULTADOS

Um total de 605 fichas de atendimentos foram analisadas e classificadas. Apresenta-se na Tabela 1 o resumo do perfil epidemiológico e demográfico das mulheres atendidas. Observou-se uma média de idade de 28 anos sendo a idade mínima 18 anos e a máxima de 46. A faixa etária mais prevalente foi de 26-33 anos (40%).

Acerca do perfil dos atendimentos, evidenciou-se que maior parte da demanda foi obstétrica (93,7%). Notou-se que dentre os 38 atendimentos puerperais analisados a queixa mais prevalente foi ingurgitamento mamário com 28,9% (dado não tabelado) Detalha-se quanto à idade gestacional, aproximadamente dois terços das gestantes atendidas encontravam-se no 3º trimestre (67,5%), 18,3% no 1º trimestre e 10,9% no 2º trimestre.(Tabela 1)

A cidade de residência de aproximadamente 95% do total das pacientes foi de Florianópolis e Grande Florianópolis. Notou-se um percentual de 14,9% de pacientes referenciadas, sendo 7,1 % encaminhamentos de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 7,8% de unidades ambulatoriais incluindo Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) (Tabela 1)

No que concerne aos fatores de risco, o mais prevalente foi a Diabetes (não foi discriminado entre diabetes gestacional e diabetes mellitus na gestação) com 9,1% seguida de Hipertensão Arterial e/ou Pré-Eclâmpsia com 3,3%. A combinação desses fatores, diabetes associada à hipertensão esteve presente em 1% das pacientes.(Tabela 1)

No que diz respeito à classificação de risco, a maior parte dos atendimentos realizados (62%) foram classificadas com a cor Verde- Pouco Urgente. Juntamente com os Atendimentos Não Prioritários, classificados com a cor Azul, obteve-se um total de 72,2% (n= 437) de atendimentos de baixa prioridade. (Figura 1)

Os atendimentos classificados como Vermelho, Laranja e Amarelo, totalizaram um percentual de 27,2 %. Destes, apenas 0,3% foram classificados como graves com a cor vermelha necessitando de atendimento imediato. (Figura 1)

Quanto as queixas observou-se que a queixa de dor (incluindo dor abdominal, dor lombar, dor em baixo ventre e contrações) foi a mais freqüente (33%), seguida de sangramento vaginal (13%) e perda de líquido vaginal/secreções (12%)(Figura 2).

Detalhando-se as queixas mais prevalentes distribuídas nas classificações de risco, observa-se que na CR Verde os encaminhamentos sem urgências foi o principal motivo de procura ao STO nos atendimentos de baixa prioridade (Figura 3)

Nos atendimentos não prioritários observa-se a dor (não incluído queixa de contrações) como maior demanda (36%)(Figura4).

Entre os atendimentos prioritários, encontra-se a contração com intervalo 3-5 min na CR Amarela (27%) (Figura 5) e a hipertensão grave na CR Laranja (52%)(Figura 6). Nos 2 casos classificados como Vermelho as pacientes foram admitidas em período expulsivo sendo uma dela com exteriorização de partes fetais.(Figura7).

Referente à avaliação da qualidade do atendimento e preenchimento das fichas, observou-se que quase a totalidade das fichas analisadas (99%) tinha registros de identificação e atendimento legíveis ou parcialmente legíveis e apenas 0,3% (n=2) ilegíveis. Destaca-se que 39,3% destas fichas não tinham nenhum registro do diagnóstico ou hipótese diagnóstica ou este não estava claramente descrito. (Tabela 2)

Quanto ao registro do destino das pacientes averiguou-se que apenas 13,7% não possuíam esta informação na ficha. Observa-se que a maioria dos atendimentos resultou em alta (54,7%) e em cerca de um quarto dos atendimentos foi registrada internação (24%). Verificou-se também uma pequena taxa de evasão (2,1%). (Tabela 2) Em relação ao tempo de espera ao atendimento, destaca-se que foi impossível avaliar esse parâmetro em 67,3 % das fichas. Entre as 198 fichas nas quais foi possível estimar o tempo de espera, 139 pacientes aguardaram pelo menos 50 minutos para o atendimento. (Tabela 2)

Tabela 1 - Dados epidemiológicos e demográficos dos atendimentos analisados na Triagem Obstétrica do HU- UFSC.

Variável		n	%
Faixa etária	18-25 anos	236	39,0%
	26-33 anos	245	40,5%
	34-46 anos	124	20,5%
	Total	605	100,00%
Tipo de atendimento	Obstétrico	567	93,70%
	Puerpério	38	6,30%
	Total	605	100,00%
Cidade Residência	Florianópolis	463	76,5%
	São José	49	8,1%
	Biguaçu	9	1,5%
	Palhoça	42	6,9%
	Santo Amaro de Imperatriz	11	1,8%
	Outras Cidades	29	4,8%
	Não Consta	2	0,3%
	Total	605	100,00%
Procedência	Indeterminada	88	14,5%
	Procura Direta	392	64,8%
	UBS	43	7,1%
	Ambulatório/PNAR	47	7,8%
	SAMU	1	0,2%
	UPA	6	1,0%
	Retorno programado	20	3,3%
	Outra origem/ hospital	8	1,3%
Total	605	100,00%	
Trimestre de Gestação	1º trimestre	104	18,30%
	2º trimestre	62	10,90%
	3º trimestre	383	67,50%
	IG indefinida	18	3,20%
	Total	567	100,00%
Fatores de Risco	Sem fatores de risco/ Não consta	445	73,6%
	Diabetes	55	9,1%
	HIV/Imunossupressão	6	1,0%
	Gemelaridade	4	0,7%
	ITU/ Pielonefrite	15	2,5%
	Pré/eclâmpsia/HAS	20	3,3%
	DM+ HAS	6	1,0%
	Outros	54	8,90%
	Total	605	100,00%

Tabela 2 - Qualidade dos registros dos atendimentos analisados na ficha de emergência da Triagem Obstétrica do HU- UFSC

Variável		n	%
Legibilidade	Sim	566	93,6%
	Não	2	0,3%
	Parcialmente Legíveis	37	6,1%
	Total	605	100,0%
Diagnóstico	Sim	367	60,7%
	Não	55	9,1%
	Em partes	183	30,2%
	Total	605	100,0%
Destino	Alta	331	54,7%
	Internação	145	24,0%
	Impossível Avaliar o Destino	83	13,7%
	Evasão	13	2,1%
	Outros	28	4,6%
	Encaminhada ao Pré-Natal de Alto Risco ou Unidade Básica de Saúde	5	0,8%
	Total	605	100,0%
	Tempo estimado de espera ao atendimento	Impossível avaliar	407
Imediato		2	0,3%
5-10 min		5	0,8%
10-20 min		9	1,50%
30-50 min		43	7,1%
>50 min		139	23,0%
Total		605	100,0%

Figura 1- Gráfico com número absoluto e percentual da distribuição dos atendimentos analisador por classificação de risco atribuída conforme PCRO.

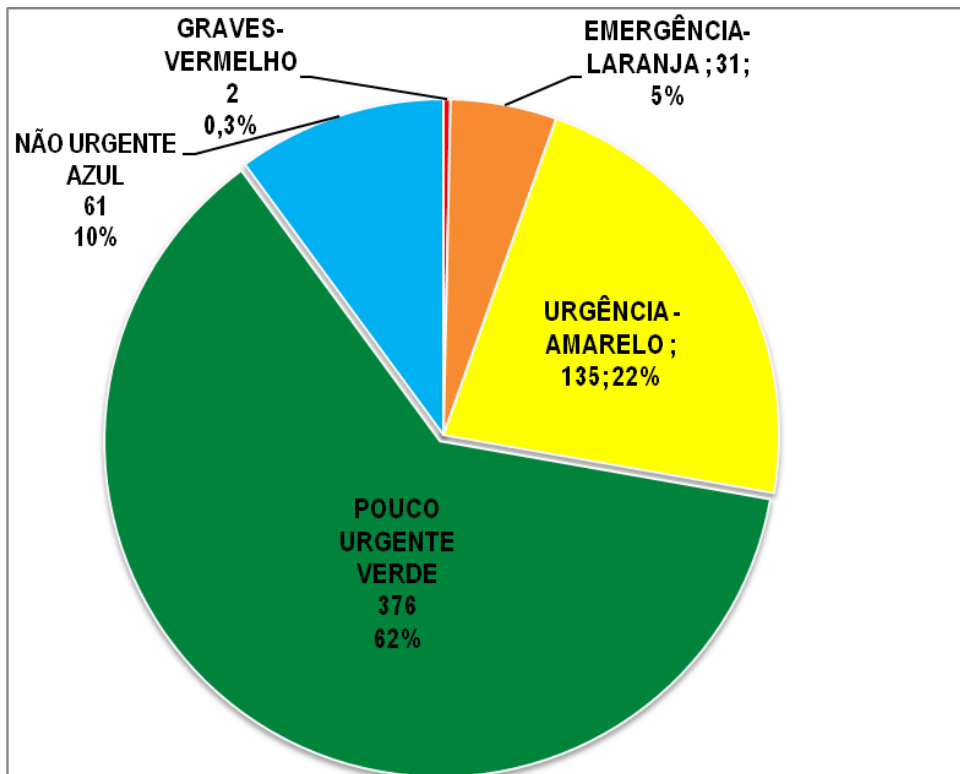


Figura 2- Gráfico com percentual de queixas relatadas pelas pacientes atendidas na Triagem Obstétrica do HU-UFSC

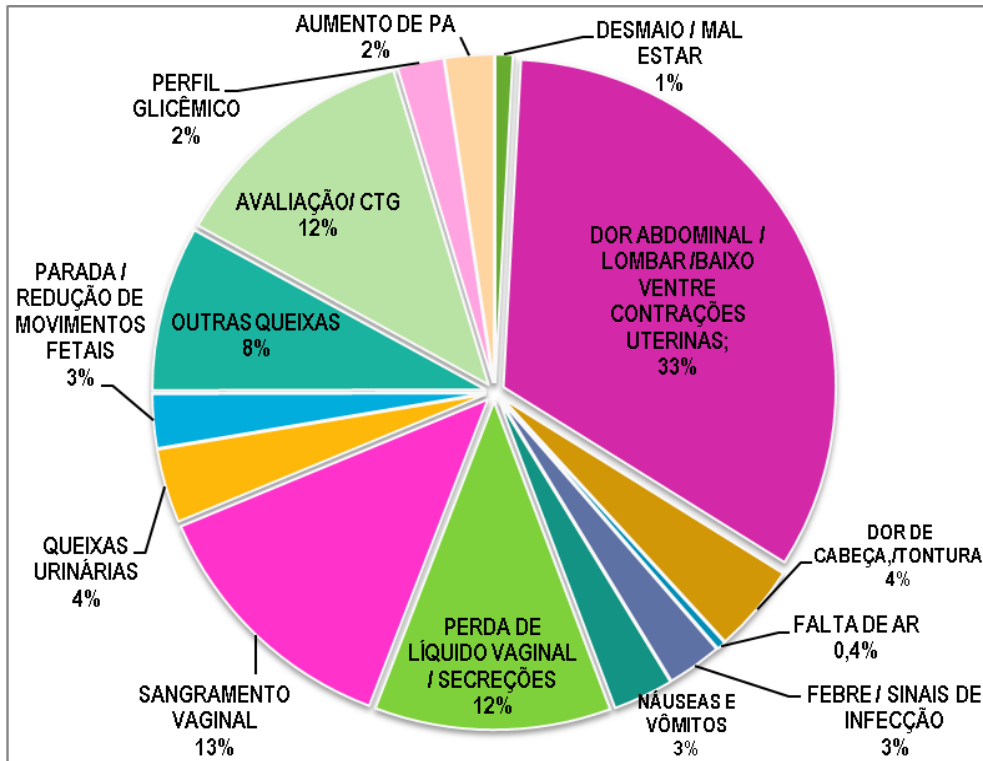


Figura 3- Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados e classificados como Verde- Pouco Urgente

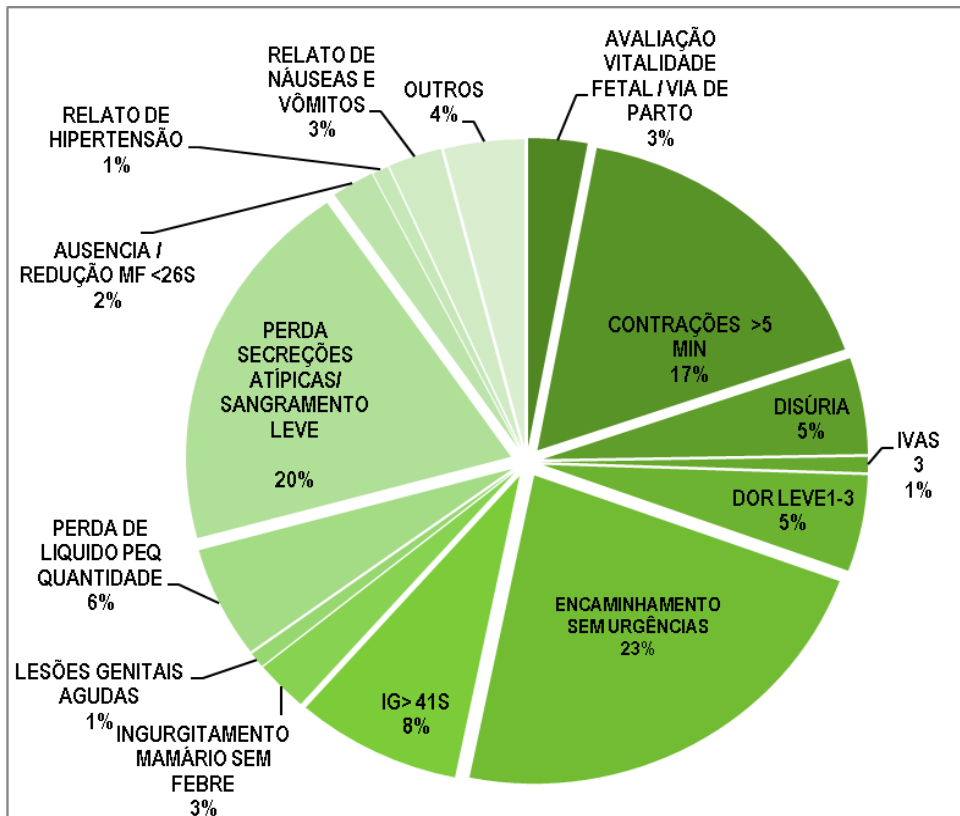


Figura 4- Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados classificados como Azul- Atendimento Não Prioritário

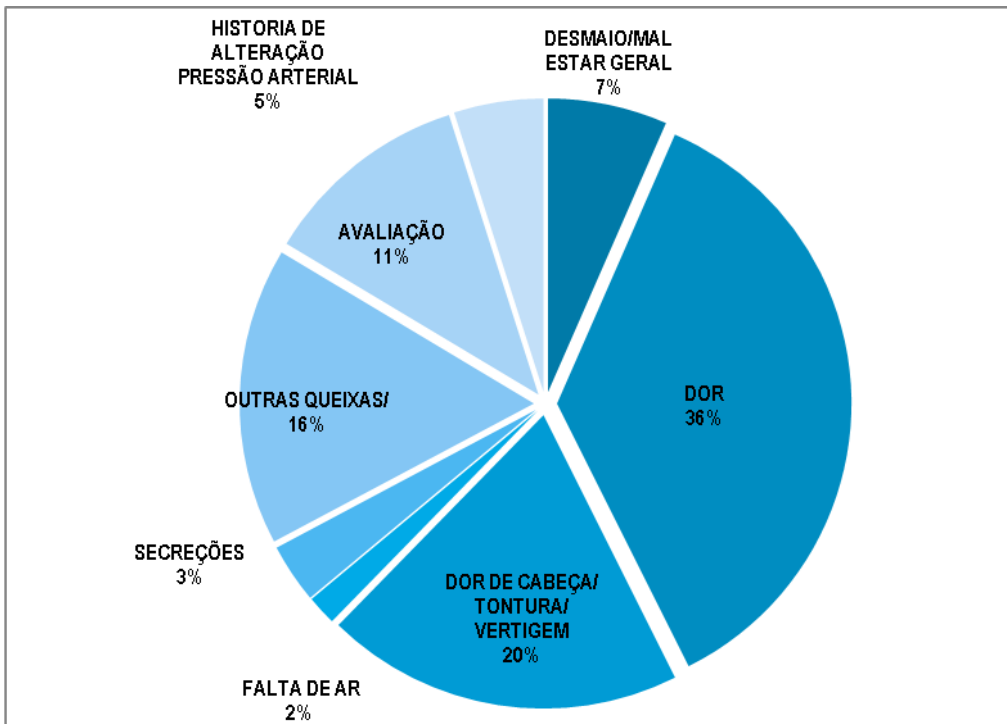


Figura 5- Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados e classificados como Amarelo-Urgente

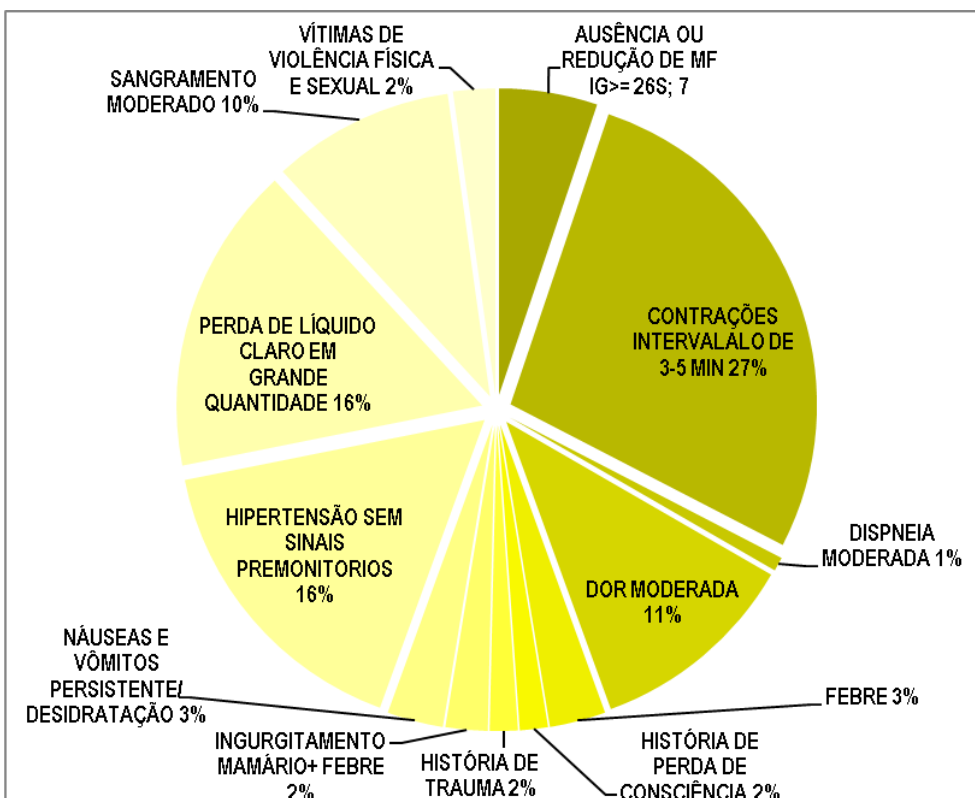


Figura 6- Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados e classificados como Laranja-Emergência

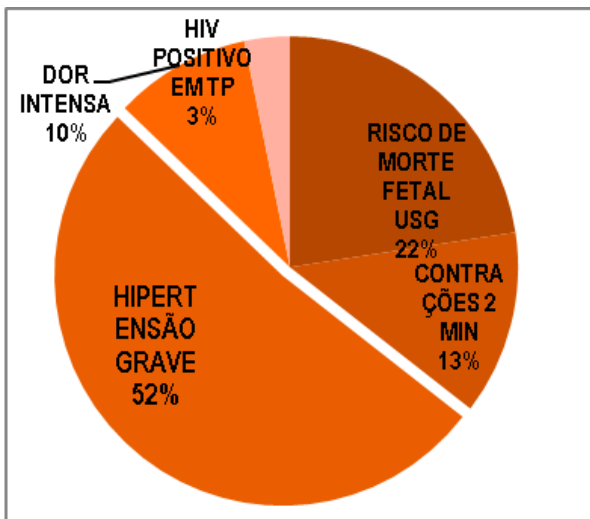


Figura 7- Gráfico com percentual de queixas entre os atendimentos do STO analisados e classificados como Vermelho -Grave



*os percentuais foram omitidos por serem apenas 2 casos totais com essa classificação.

5 DISCUSSÃO

Demonstrou-se o retrato da maior parte das pacientes atendidas na Triagem Obstétrica do HU-UFSC: uma mulher jovem na faixa etária de 26-33 anos, residente da capital, gestante de terceiro trimestre, sem comorbidades e que se apresenta ao STO com queixa de dor. Ao comparar estes dados obtidos com o perfil epidemiológico de estudo realizado em outra maternidade pública brasileira observamos semelhanças com uma maior demanda de mulheres na faixa etária 15-30 anos, gestantes de terceiro trimestre, procedentes da capital do estado e, também neste estudo, a queixa com maior percentual foi de dor (15). Um estudo americano com gestantes que procuram atendimentos emergenciais também demonstrou um perfil de mulheres jovens, com média de 20,7 anos, sadias e de procedência predominantemente urbana (16).

Ressalta-se que a queixa de dor neste trabalho foi agrupada com as queixas do abdominal, dor lombar e contrações uterinas como presente no Manual de AC&CR (7) e adicionamos a esse grupo também a queixa de dor em baixo ventre. A literatura descreve essas localizações como sítios mais freqüentes de irradiação das contrações (18). Evidencia-se o protagonismo do profissional de saúde e, tratando-se de uma maternidade escola, também o profissional de saúde em formação que diante de uma gestante com queixa de dor deve saber diferenciar a queixa de uma dor aguda da dor fisiológica referente as contrações. Estudos demonstraram que muitas mulheres não sabem identificar os sinais e sintomas do trabalho de parto (19 e 20).

Quanto ao alto percentual de pacientes provenientes da capital do estado, observamos que esse dado é reflexo do Hospital Universitário ser um centro de referência local, sendo responsável pelo atendimento de 19,4% dos nascimentos ocorridos na cidade de Florianópolis entre os anos de 2006 e 2017 (21).

Entre os fatores de risco analisados, destaca-se a diabetes com uma prevalência de 10% de (percentual inclui Diabetes Mellitus Gestacional, Diabetes Mellitus na gestação somado a diabetes associada à hipertensão), de acordo com a literatura esse resultado situa-se dentro da

faixa de prevalência global de 1 a 37,7% (22). No Brasil, estima-se prevalência de 7,6% de DMG no SUS, dependendo do critério utilizado para o diagnóstico) (23,24).

Atribui-se o resultado de maior prevalência de diabetes encontrada nos atendimentos do STO às características da população estudada. Enquanto no presente estudo nota-se uma demanda de 7,8% de pacientes procedentes do ambulatório do PNAR, outras pesquisas excluíram essas pacientes já acompanhadas em pré-natal especializado(8). Também deve-se considerar variabilidade entre métodos de rastreio e diagnóstico da doença, e as recentes modificações dos protocolos de rastreamento e diagnóstico (22), aspectos não abordados neste estudo.

Em relação ao percentual de atendimentos por classificação de risco, verificou-se que a classificação atribuída a maior parte dos atendimentos foram de baixa prioridade, classificações verde (62%) e azul (10%) somando um percentual próximo a três quartos da demanda. Esse resultado de maior percentual de atendimentos de baixa prioridade coincide com o que foi observado em estudo realizado em um serviço de triagem obstétrica no Canadá, onde dois terços dos atendimentos foram classificados como baixa prioridade: pouco urgentes 37,6% e não urgentes 22,8% (9)

Quando comparamos os resultados dos percentuais de atendimentos classificados como Vermelho (0,3%) Laranja (5%) e Amarelo (22,3%) , observamos resultados semelhantes aos do estudo canadense com Casos Graves (0,8%); Casos de Emergência (9,3%) e Casos de Urgência (14%). Esses resultados coincidentes sugerem que a procura por atendimentos de emergência no período gravídico-puerperal extrapolam a questão de cobertura de assistência pré-natal e capacidade de absorção da demanda pela atenção primária. Enquanto na cidade de Florianópolis em 2011 taxa de nascidos vivos com pelo menos 7 consultas pré Natal foi de 72,08% (DATASUS). Na região canadense em que o estudo foi realizado a cobertura de assistência pré-natal considerada adequada chega a até 80% (26).

Esses dados podem sugerir que, apesar de uma adequada cobertura assistencial de pré-natal, a visita de gestantes as portas de serviços de emergência por causas não urgentes é comum. Um estudo americano demonstrou um percentual 35,6% de gestantes possuíam pelo menos uma visita a um departamento de emergência classificada como não urgente, entre estas um percentual de 76% possuíam uma assistência pré-natal considerada suficientemente adequada

ou mais que suficientemente adequada (20). Outro estudo conseguiu demonstrar que entre as gestantes com um cuidado pré-natal considerado mais que suficientemente adequado a procura aos departamentos de emergência eram maiores quando comparadas com as gestantes que possuíam um pré-natal considerado suficientemente adequado. Indicando que existem questões mais complexas que envolvem à visita a emergência da mulher gestante incluindo características psicológicas como ansiedade. (16). Esses resultados também podem indicar uma fragilidade na qualidade da assistência pré-natal principalmente no quesito de aconselhamento e educação que é preconizado na literatura como um dos objetivos básicos desse acompanhamento (27).

Quando analisamos as queixas mais frequentes dentro das classificações de risco, observamos entre os 376 atendimentos classificados como verde, a queixa mais prevalente foi encaminhamento de UBS, ambulatório ou UPA sem urgências e /ou encaminhamento por alteração de USG. Esses encaminhamentos poderiam, em sua maioria, ser resolvidos com adaptações do serviço, por exemplo, a possibilidade de cardiotocografia ou avaliação de vitalidade fetal sem a necessidade de uma nova consulta completa na emergência. Um estudo com grande volume de atendimentos de baixa prioridade mostrou uma significativa redução do tempo de espera ao atendimento após mudanças no layout do setor de triagem obstétrica, separando uma área de “*fast-track*” para os atendimentos sem urgências (9).

Entre os 61 atendimentos não prioritários classificados como azul as principais queixas foram dor em baixo ventre ou dor lombar ou contrações (36%) e dor de cabeça, tontura ou vertigem(20%) coincidem com dados da literatura que preconizam essas queixas como sendo comuns na gestação (27).

Quando analisamos os 135 atendimentos classificados como Amarelo-Urgência observamos que a principal queixa foram as contrações com intervalo de 3 a 5 minutos (27%), seguida de perda de líquido claro em grande quantidade (16%), sinais que indicam diagnóstico de trabalho de parto ativo (14)(28) Destaca-se que entre os atendimentos classificados como Amarelos a maioria resultou em internações (59,6%)

Entre as fichas classificadas como Laranja-Emergência a principal demanda foi a hipertensão grave (52%) (pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica

≥ 110 mmHg ou pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg com sinais premonitórios -epigastralgia, cefaleia, alterações visuais.) (7).

A literatura aponta que cerca de 10% a 15% das mortes maternas por causa direta em todo o mundo estão associadas à pré-eclâmpsia e eclâmpsia (29). No Brasil, pré-eclâmpsia e eclâmpsia são agrupadas sob a classificação de doenças hipertensivas na maioria dos estudos e boletins epidemiológicos, e configura a principal causa de morte materna obstétrica direta e evitável. Em 2010 a hipertensão foi responsável por 52% das mortes maternas (30). Em Santa Catarina um estudo aponta doenças hipertensivas como causa de aproximadamente 20% do total de mortes maternas, sendo a eclâmpsia a principal morbidade neste grupo (29).

Destaca-se a importância da classificação de risco e priorização desses atendimentos como uma medida fundamental na qualificação da assistência e que pode ter impacto positivo na redução da mortalidade materna. Possibilitando, dessa forma, que as pacientes que se apresentem a admissão com sinais e sintomas de hipertensão grave sejam atendidas no tempo máximo de 15 minutos, como preconizado pelo Manual de AC&CR, para avaliação médica e intervenção em tempo oportuno. Uma pesquisa mostra significativa redução no tempo de atendimento após implementação de protocolo de classificação de risco obstétrico associado ao treinamento e qualificação da equipe (31).

Nos atendimentos classificados como vermelho-graves que requerem atendimento imediato observou-se apenas 2 atendimentos (0,3%), sendo um em período expulsivo e um com exteriorização de partes fetais. Nesses atendimentos não foi possível avaliar fatores de risco nem estimar o tempo de espera ao atendimento devido a ausência desses registros na ficha.

No que concerne a avaliação da qualidade do registro do atendimento, detectou-se falhas e ausência de dados principalmente em relação ao registro do horário de atendimento e registro de diagnóstico ou hipótese diagnóstica. A literatura descreve que existem limitações na qualidade dos prontuários e muitas vezes informações consideradas indispensáveis ao cuidado do paciente assim como intercorrências ocorridas durante a assistência não são descritas (32). Em relação a hospitais de ensino, pesquisas apontam precariedade dos registros e a necessidade de medidas de que envolvam treinamento e qualificação pessoal alertando para os impactos

negativos da má qualidade dos prontuários sobre o ensino, pesquisa e assistência a saúde de forma geral (33).

Devido à impossibilidade de avaliar o tempo de espera na maior parte das fichas não foi possível analisar o tempo média de espera ao atendimento médico de acordo com a classificação de risco. Destaca-se que nas 198 fichas em que foi possível estimar o tempo de espera de maneira subjetiva pelas anotações de procedimentos em 70% dos casos o tempo foi maior que 50 minutos, porém esse dado é impreciso, pois não contabiliza o tempo de duração de consulta.

Apesar de não ter sido possível avaliar estes dados relativos ao tempo, pode-se supor que, pelo volume da demanda, os atendimentos de pacientes com classificação de risco azul e ou verde que ocupam o serviço (locais de atendimento, solicitação de exames, atenção da equipe de saúde), dificultam e atrasam a priorização dos casos graves. Dados de literatura mostram que o volume de atendimentos na triagem obstétrica pode exceder o total de nascimentos em até 50%, evidenciando que a classificação de risco é considerada uma ferramenta vital em hospitais e maternidades que assistem à grande número de nascimentos. O mesmo estudo ressalta os impactos positivos no desfecho materno-fetal e na segurança do paciente com o uso de um protocolo de triagem obstétrica e afirmam que deveria ser um estabelecido como padrão para melhoria da qualidade de assistência obstétrica.(31)

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação do estudo corresponde à fonte de coleta de dados. As fichas analisadas são documentos de composição mista e preenchido por mais de um profissional, onde as informações de dados pessoais e demográficos são informatizadas e registro do atendimento médico e de enfermagem é manuscrito. O sub-registro de informações relevantes resultou em lacunas na pesquisa. A ausência de registro de horário de atendimento médico também foi uma importante limitação do estudo, pois não foi possível estimar o tempo médio de espera ao atendimento médico de acordo com a classificação de risco. O estudo também não se propôs a avaliar desfechos, apenas o atendimento de urgência e emergência.

5.2 IMPLICAÇÕES

Como principal contribuição deste trabalho enfatiza-se a o mapeamento do perfil e da demanda de queixas à porta do STO. Dado pouco estudado na literatura e nunca publicado na realidade do município em questão. A partir dos dados obtidos foi possível caracterizar que o padrão dos atendimentos é de baixa prioridade e que as razões para essa demanda podem estar para além das falhas de cobertura e qualidade da assistência prestada na atenção primária. Questiona-se se os diversos fatores psicossociais que envolvem a mulher no período gravídico puerperal podem contribuir para a visita ao serviço de emergência sem um motivo urgente.

Evidencia-se também a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde e profissionais de saúde em formação que prestam atendimentos à porta do STO. Essa qualificação deve ter por finalidade implementar o uso do PCRO, viabilizando uma classificação de risco adequada e também melhorar os registros dos atendimentos de emergência, que demonstraram precariedade nos aspectos avaliados

Como proposta ao levantamento da hipótese sobre os atendimentos de baixa prioridade, relacionando a existência de demanda não urgente mesmo com uma boa cobertura de assistência primária. Sugere-se avaliar a viabilização de grupo de acolhimento as gestantes no HU, estudos relacionam a participação de grupos de gestantes a redução do uso excessivo de serviços de saúde (34).

Acredita-se que esse estudo contribuiu para esclarecimento de pontos de fragilidade e de possível atuação na assistência de forma a garantir à mulher no ciclo gravídico puerperal um acesso de melhor qualidade. . Em um contexto de grande volume de atendimentos de baixa prioridade, reforça-se que a triagem obstétrica não é apenas um espaço físico de admissão de pacientes, é um processo de julgamento clínico e decisão de qual paciente deve ter o seu cuidado priorizado. (31)

6 CONCLUSÃO

O perfil das pacientes atendidas na triagem obstétrica é de uma gestante de terceiro trimestre em média com 28 anos de idade, residente na Grande Florianópolis. A maior parte da demanda é de atendimentos de baixa prioridade. Encontrou-se 62% de Classificação Verde; e 10% de Classificação Azul. Entre os atendimentos prioritários os percentuais foram 22% Classificação Amarela; 31% Classificação Laranja e 0,3%. Classificação Vermelha. Quanto à avaliação da qualidade, as fichas de atendimentos de emergência demonstraram falhas nos registros do horário de atendimento médico e registro do diagnóstico ou hipótese diagnóstica.

REFERÊNCIAS

1. Oswaldo Cruz F. Acolhimento e classificação de risco em serviços de obstetrícia. portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br. 2018.
2. Organização Panamericana de Saúde [Internet]. folha informativa mortalidade materna . 2018 [cited 2018 May 23]. Available from: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820
3. Unidas ES. Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015. 2015;
4. WHO (World Health Organization). Monitoring emergency obstetric care a handbook. 2009.
5. Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional Pela Redução Da Mortalidade Materna e Neonatal. 2007.
6. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Razão de Mortalidade Materna. 2005.
7. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. 2017.
8. Fakari FR, Simbar M, Modares SZ, Majd HA. Obstetric Triage Scales; a Narrative Review. 2019;7(1):1–6.
9. Smithson DS, Twohey R, Watts N, Pnc C, Gratton RJ. The Impact of Standardized Acuity Assessment and a Fast-Track on Length of A Quality Improvement Study. 2016;34(4):310–8.
10. Angelini D, Howard E. Obstetric TRIAGE: A Systematic Review of the Past Fifteen Years: 1998-2013 284. 2014;39(5).
11. Veríssimo R, Ferreira F. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil. 2015.
12. Junior LC, Kazue R, Souza T De, Dias O. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco Analysis of the demand in urgency with risk classification. 2015;627–36.
13. Estado SDE, Saúde DA. Plano Operativo Estadual Grande Florianópolis. 2015.

14. Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar. 2016.

15. Correia RA, Rodrigues AR, França; AP, Monte AS. Análise do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Maternidade Pública Terceária de Fortaleza. *Enferm Foco*. 2019;10(1):105–10.
16. Correia RA, Rodrigues AR, França; AP, Monte AS. Análise do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Maternidade Pública Terceária de Fortaleza. *Enferm Foco*. 2019;10(1):105–10.
17. Magriples U, Kershaw TS, Rising SS, Massey Z, Ickovics JR. Prenatal health care beyond the obstetrics service: Utilization and predictors of unscheduled care. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(1):75.e1-75.e7.
18. Mazoni SR, de Carvalho EC, dos Santos CB. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(SPL):88–96.
19. Cipriano Rodrigues Félix H, Camargos Corrêa C, Gabriela da Cruz Matias T, Dias Miranda Parreira B, Carvalho Paschoini M, Torreglosa Ruiz M. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2019;19(2):343–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200005>
20. Kilfoyle KA, Vrees R, Raker CA, Matteson KA. Nonurgent and urgent emergency department use during pregnancy: an observational study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017;216(2):181.e1-181.e7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.10.013>
21. Mortalidade Materna, Boletim epidemiológico. 2018.
22. Organização Pan-Americana da saúde, Ministério DS. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil [Internet]. Vol. 1, Sociedade Brasileira de Diabetes. 2017. 1-36 p. Available from: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>
23. Northeast B. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. 2012;2–6.
24. Zimmermann JB. Diabetes gestacional: como tratar?
25. Bolognani C, Souza S, Calderon I. Diabetes mellitus gestacional: enfoque nos novos critérios diagnósticos. 2011;31–42.

26. Massucatti LA, Pereira RA, Maioli TU. Prevalência de Diabetes Gestacional em Unidade de Saúde Básica. *Rev Enferm e Atenção à Saúde*. 2012;10.
27. Hayeems RZ, Campitelli M, Ma X, Huang T, Walker M, Guttman A. Rates of prenatal screening across health care regions in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *C Open*. 2015;3(2):E236–43.
28. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Vol. Série A. N. 2012.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência T e IE. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Comissão Nac Inc Tecnol no SUS [Internet]. 2016;único:381. Available from: <http://conitec.gov.br>
30. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: O que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saude Publica*. 2011;27(4):623–38.
31. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico. Vol. 43. 2012.
32. Quaille H. Implementing an Obstetrics-Specific Triage Acuity Tool to Increase Nurses' Knowledge and Improve Timeliness of Care. *Nurs Womens Health* [Internet]. Elsevier Inc; 2018;22(4):293–301. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.05.002>
33. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, rio de janeiro, Brasil: Avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(4):651–61.
34. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):113–26.
35. Novick G, Reid AE, Lewis J, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. Group prenatal care: Model fidelity and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc; 2013;209(2):112.e1-112.e6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.03.026>.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora para participar, de forma voluntária, na pesquisa intitulada “ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE TRIAGEM OBSTÉTRICA DO HU-UFSC E PROPOSTA DE APLICAÇÃO DE PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO”

Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Curso do programa de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Pós-graduação em Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC) das alunas Fernanda Amâncio e Luciana Pimentel, e coordenação da Dra Roxana Knobel.

O objetivo desta pesquisa é avaliar os atendimentos realizados na Triagem Obstétrica do HU-UFSC, após eles terem acontecido. Vamos fazer uma classificação de risco a avaliar o tempo que cada mulher esperou para ser atendida. O objetivo é entender como está funcionando o atendimento.

Quando a senhora for atendida na emergência, todo o atendimento (médico e de enfermagem) será registrado em uma ficha específica. Para esta pesquisa acessaremos os dados constantes nesta ficha de atendimento, sem mudar em nada sua consulta e condutas necessárias para seu caso. Não serão coletadas informações que possam revelar sua identidade a senhora não será identificada e o seu nome não será utilizado no estudo. Os dados que utilizaremos serão: hora e data do atendimento, tempo de espera, idade, motivo da consulta e avaliação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e saturação de oxigênio), avaliaremos também que condutas foram tomadas (medicamentos, internação, exames). Com o conjunto dos dados faremos uma análise sobre a porcentagem das pacientes nas diferentes classificações de risco e o tempo de espera para o atendimento e tomada de condutas.

Não há benefício direto ou individual em participar desta pesquisa, mas a senhora estará contribuindo com seus dados para propormos mudanças na assistência na Triagem Obstétrica que podem levar a uma melhoria de atendimento e menos tempo de espera no futuro. Como utilizaremos apenas dados das fichas de atendimento nesta pesquisa, não haverá nenhuma interferência desta pesquisa em seu atendimento e não haverá prejuízos à rotina do serviço.

Quanto aos riscos, entendemos que é possível que haja desconfortos e incômodos gerados pela leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Caso a senhora apresente algum desconforto ou ansiedade ou distúrbios emocionais a encaminharemos para atendimento nos setores de psicologia do HU-UFSC para melhor atendê-la. Durante o período da pesquisa, a senhora poderá

receber esclarecimentos a suas dúvidas, a qualquer tempo, bastando para isso entrar em contato com as pesquisadoras no Serviço de Toco-ginecologia do HU/UFSC ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH).

As informações que podem revelar sua identidade (como o seu nome ou informações de identificação pessoal) não serão utilizadas na pesquisa, você será identificada por um número e seu nome será mantido em segredo. As pesquisadoras envolvidas são as únicas que terão acesso aos dados e, mesmo entre elas, sua identidade será preservada. Há um risco pequeno de exposição e quebra de sigilo, que pode levar a constrangimento e exposição pessoal, mesmo que não intencional, e todas as medidas serão tomadas para minimizá-lo, por exemplo, o convite para participar será feito de forma individual e em ambiente privativo e os dados serão coletados sem identificação pessoal (nome e endereço).

As informações dessa pesquisa serão confidenciais, sendo divulgadas apenas em eventos ou em publicações científicas, não havendo identificação das participantes e sendo assegurado o sigilo sobre sua participação e sua identidade. Devido ao risco, ainda que pequeno, de identificação pessoal nesta pesquisa nos comprometemos a manter todos os dados pessoais em sigilo. Garantimos que seus dados serão coletados sob forma de números, a fim de reduzir a possibilidade de quebra de sigilo.

A sua participação é voluntária e a senhora tem toda a liberdade para desistir, retirar a permissão ou não aceitar participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo ao seu atendimento ou risco de qualquer penalização. Caso haja alguma despesa comprovada por causa da pesquisa, garantimos ressarcimento do valor gasto. Participantes que sofrerem danos causados pela pesquisa terão direito a buscar indenização. Não há colaboração financeira de qualquer espécie para esta pesquisa, assim como não há fins lucrativos. A legislação brasileira não permite que a senhora tenha nenhuma compensação financeira pela participação.

As pesquisadoras que compõe este estudo se comprometem a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa, Se tiver alguma dúvida quanto ao estudo ou quiser desistir de sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa, sinta-se a vontade e contate os telefones (48) 3271 9104 ou (48) 98831 2288 ou pelos emails fernanda.amancio.soares@gmail.com e lusantos.pimentel@gmail.com

É possível também encontrar pessoalmente as pesquisadoras no endereço profissional: Divisão de Tocoginecologia. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2º andar, Bloco Didático. Campus Universitário, s/nº, Trindade. Florianópolis – SC – Caixa Postal 6199. CEP 88040-970. Telefone: (48) 37219104. Ou endereço residencial da pesquisadora Fernanda Amâncio na rua: Delminda Silveira, nº729, Agrônômica, Florianópolis/SC Você poderá também poderá entrar em

contato diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (CEPSH) no endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº222, Prédio da Reitoria II, 4ª andar, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040400. Tel: +55 (48) 37216094, no endereço eletrônico: cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão vinculado à UFSC mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos

Agradecemos a sua participação e colaboração.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
_____, declaro que li este documento e fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao estudo e que todos os meus dados coletados serão sigilosos. Tive tempo para tomar a decisão, bem como chance em fazer questionamentos sobre o estudo. Minhas dúvidas foram esclarecidas. Opto por livre e espontânea vontade a participar da pesquisa e estou ciente que posso interromper a participação no estudo a qualquer momento.

Nome do participante por extenso:

Assinatura da participante

Assinatura da Pesquisadora

1. O presente termo é feito em duas vias, uma ficará sob guarda do pesquisador e a outra via será entregue ao participante da pesquisa. Todas as três páginas deste documento são numeradas e devem ser rubricadas pelas partes interessadas.

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA E REGISTRO DE DADOS

DATA ADMISSÃO: _____ **HORA ADMISSÃO:** _____ **HORA DO ATENDIMENTO:** _____

TIPO DE ATENDIMENTO: () OBSTÉTRICO () PUERPÉRIO () GINECOLÓGICO

IDADE PACIENTE: _____ **IDADE GESTACIONAL:** _____

QUEIXA: () DESMAIO /MAL ESTAR () CONTRAÇÕES/ DOR ABDOMINAL/ LOMBAR () DOR DE CABEÇA/ TONTURA/ VERTIGEM () FALTA DE AR () FEBRE/ SINAIS DE INFECÇÃO () NÁUSEAS/ VÔMITOS () PERDA DE LÍQUIDO VAGINAL/ SECREÇÕES () PERDA DE SANGUE VAGINAL () QUEIXAS URINÁRIAS () PARADA/ REDUÇÃO MOVIMENTOS FETAIS () RELATO DE CONVULSÃO () OUTRAS QUEIXAS SITUAÇÕES (especificar) _____

SINAIS VITAIS ESTÁVEIS?

() SIM () NÃO () SATO2 \leq 89 () SAT O2 \leq 94 aa () PAS \geq 160 () PAD \geq 110

() PA \geq 140/90 + SINAIS PREMONITÓRIOS () PAS 140- 159; PAD 90- 109 SEM SINTOMAS

() TAX \geq 40 () TAX 38 -39,9°C () Outro: _____

FATORES DE RISCO:

() DIABETES () DOENÇA FALCIFORME () HIV/ IMUNOSSUPRESSÃO () SEM FATORES DE RISCO

() Outro: _____

GRAVES- VERMELHO

() PERÍODO EXPULSIVO () PROLAPSO DE CORDÃO () EXTERIORIZAÇÃO DE PARTES FETAIS

() SATO2 $<$ 89 () SINAIS DE CHOQUE () APNÉIA/ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() ESTRIDOR LARÍNGEO () NÃO RESPONSIVA/ INCONSCIENTE () CONVULSÃO EM ATIVIDADE

() HEMORRAGIA EXSANGUINANTE () DESIDRATAÇÃO COM SINAIS DE CHOQUE

EMERGÊNCIA- LARANJA

- DOR INTENSA 7-10 CONTRAÇÕES A CADA 2 MIN HIPERTONIA UTERINA E/OU SANGRAMENTO INTENSO PÓS PARTO IMEDIATO HIV POSITIVO EM TP
- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ INÍCIO AGUDO DE FALTA DE AR SINAIS DE DESIDRATAÇÃO COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA SEM CHOQUE
- ALTERAÇÃO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA; CONFUSÃO/ LETARGIA HISTÓRIA DE DM; HGT<50
- ENCAMINHAMENTO COM USG INDICANDO RISCO DE MORTE FETAL

URGÊNCIA - AMARELO

- PAS 140- 159 E/OU PAD 90-109 SEM SINAIS PREMONITÓRIOS FEBRE 38-39,9 DOR MODERADA 4-6
- SANGRAMENTO MODERADO AUSÊNCIA DE MF IG>= 22S VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL
- NÁUSEAS E VÔMITOS DE INÍCIO AGUDO OU PERSISTENTE DISPNEIA MODERADA
- EDEMA UNILATERAL DE MMII/ DOR EM PANTURRILHA DOR DE GARGANTA COM PLACAS
- DOR TORÁCICA MODERADA DOR ABDOMINAL MODERADA EM PUÉRPERA OU NÃO
- SINAIS DE INFECÇÃO FO + FEBRE INGURGITAMENTO MAMÁRIO + SINAIS FLOGÍSTICOS + FEBRE
- VÔMITOS COM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO SEM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA PERDA DE LÍQUIDO CLARO EM GRANDE QUANTIDADE
- RETENÇÃO URINÁRIA AUSÊNCIA OU REDUÇÃO DE MF POR MAIS DE 12H IG>= 26S
- HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA HISTÓRIA DE TRAUMA
- DOR PERSISTENTE NA PERNA + EDEMA+RIGIDEZ PANTURRILHA

POUCO URGENTE - VERDE

- ENCAMINHAMENTO CS, SEM URGÊNCIAS DOR DE LEVE INTENSIDADE 1-3
- FEBRIL 37,5 - 37,9 PERDA DE LÍQUIDO EM PEQUENA QUANTIDADE

RELATO DE NÁUSEAS E VÔMITOS OBSTRUÇÃO NASAL COM SECREÇÃO AMARELADA

DOR DE GARGANTA SEM PLACA TOSSE PRODUTIVA PERSISTENTE

LESÕES GENITAIS AGUDAS INGURGITAMENTO MAMÁRIO COM OU SEM SINAIS FLOGÍSTICOS SEM FEBRE

VÔMITOS FREQUENTES SEM DESIDRATAÇÃO QUEIXA ATÍPICA DE PERDA DE LÍQUIDOS / SECREÇÕES

CONTRAÇÕES INTERVALO >5 MIN SANGRAMENTO LEVE

DISÚRIA, POLIÚRIA RELATO DE AUSÊNCIA OU REDUÇÃO DE MF >12H IG 22-26S

IG > 41S ENCAMINHAMENTO COM USG ALTERADO (FETAL/ LÍQUIDO)

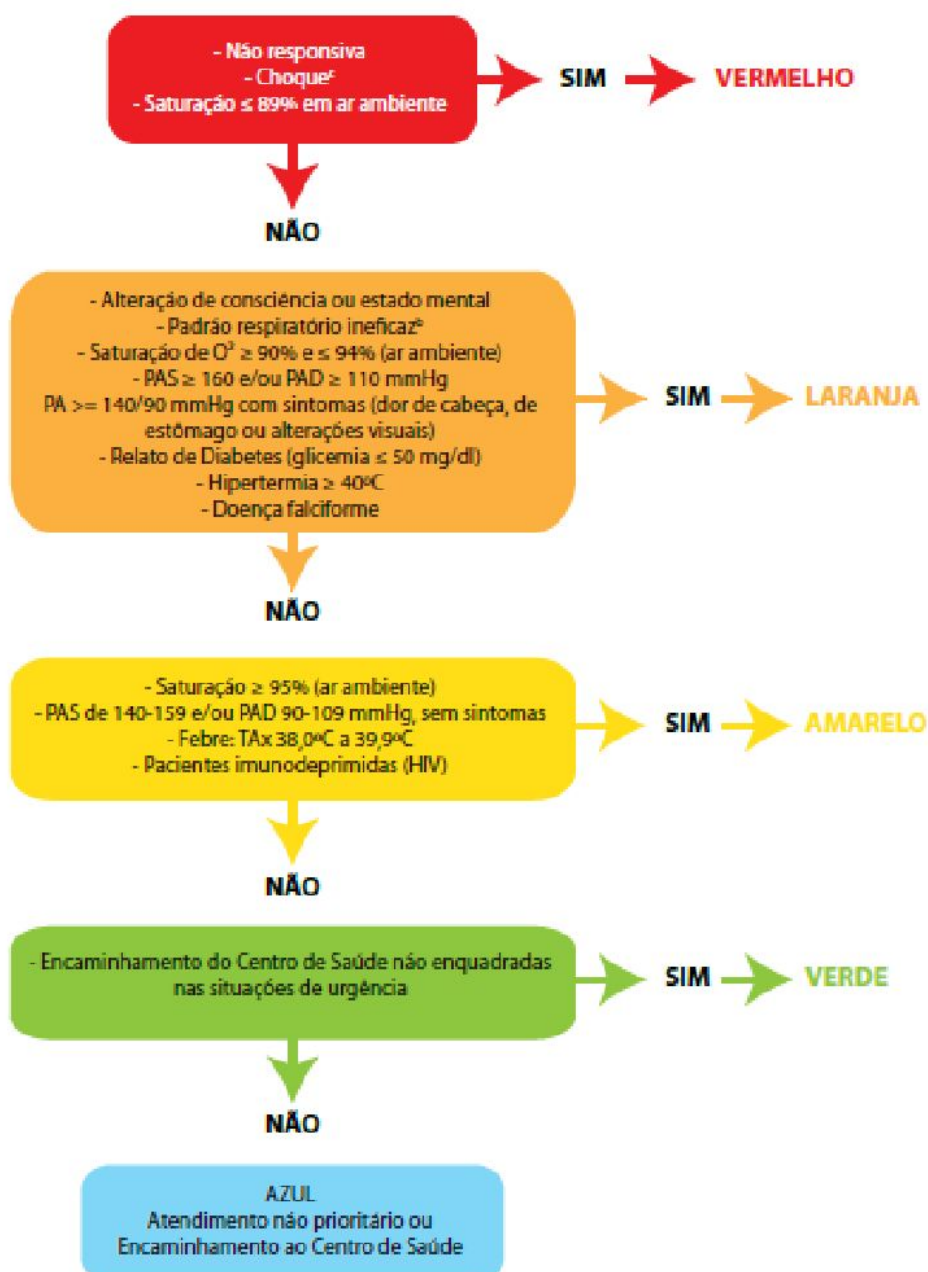
NÃO URGENTE- AZUL

PACIENTE ENCAMINHA AO CS ATENDIMENTO NÃO PRIORITÁRIO

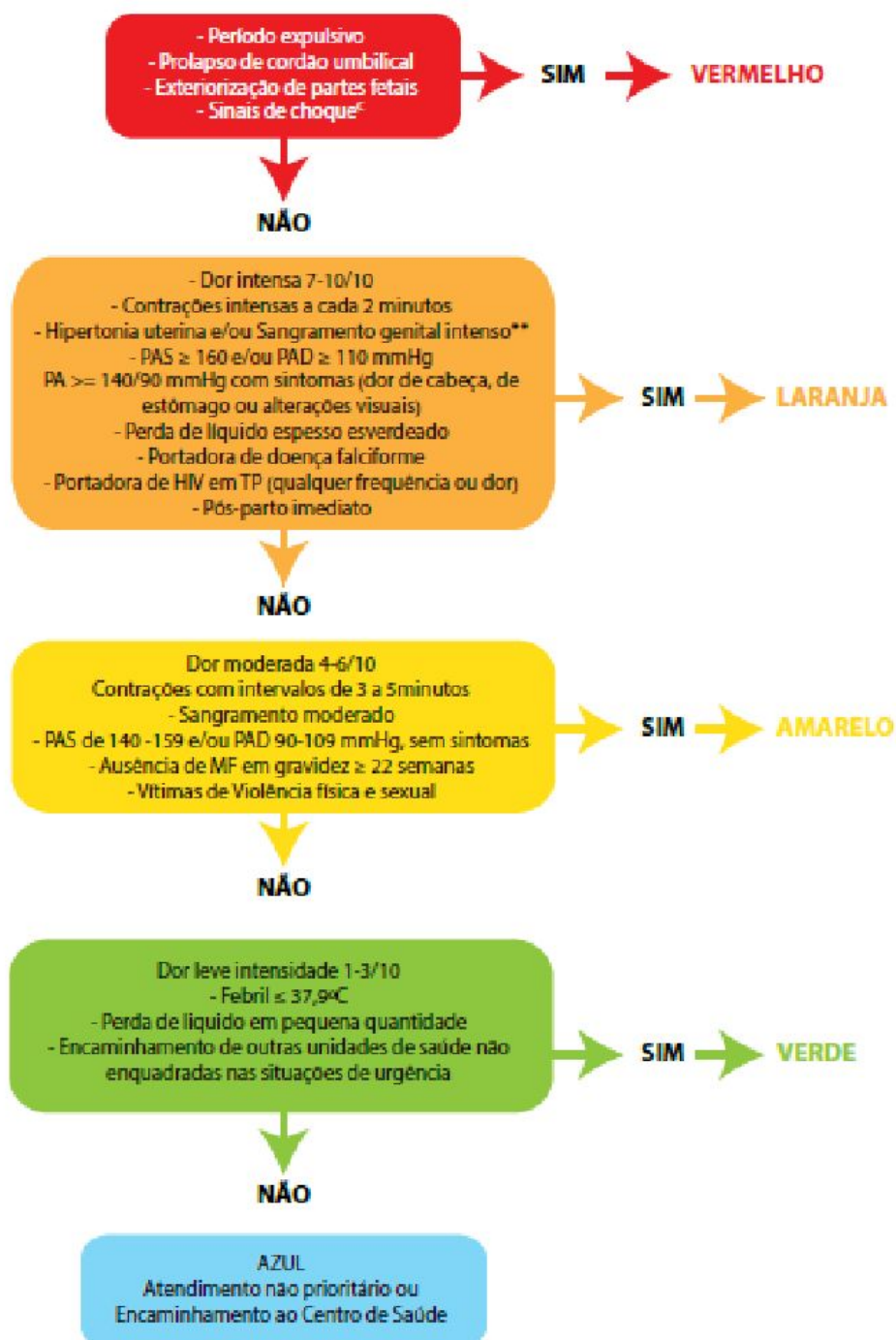
OUTRO:

ANEXO A - PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

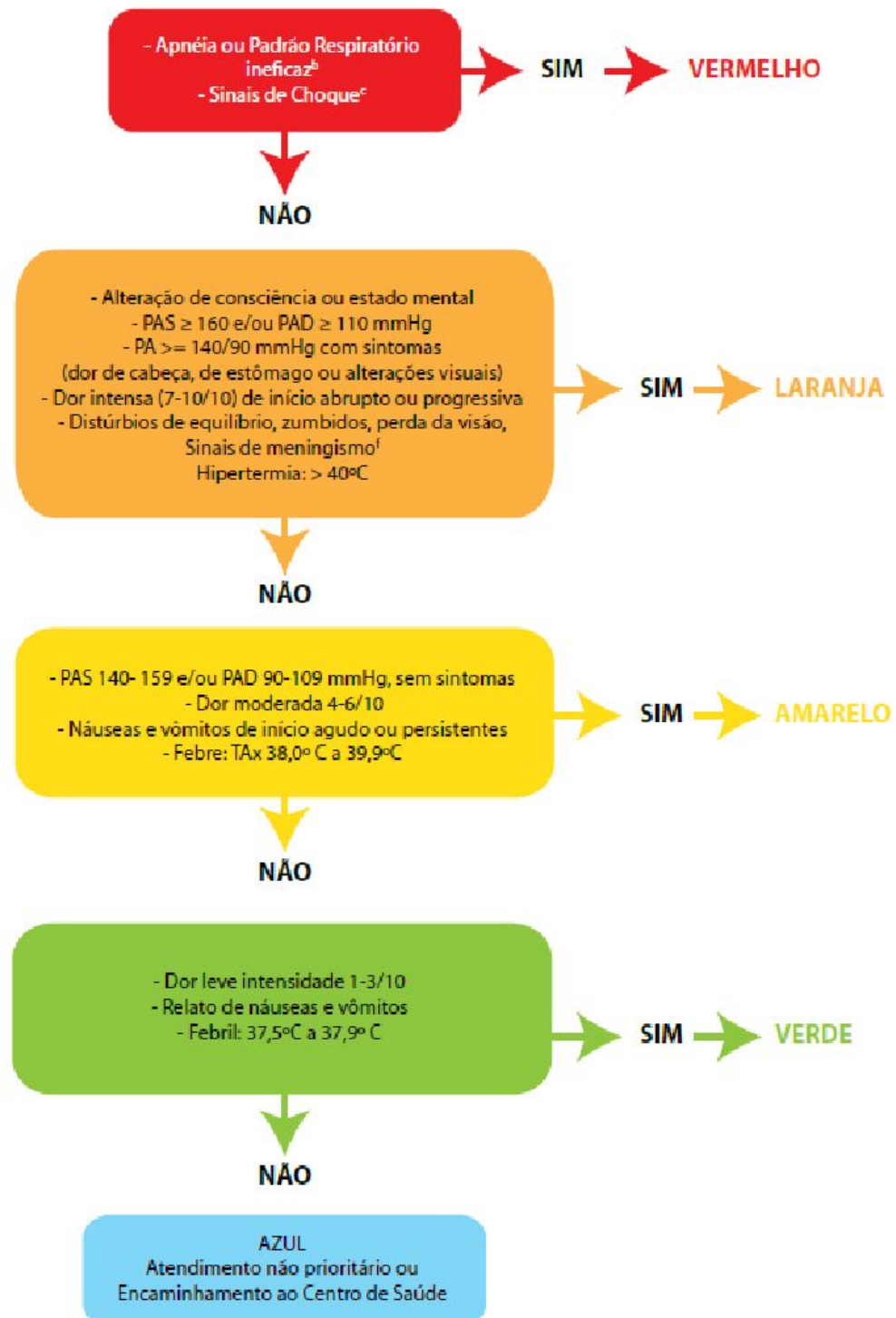
1 DESMAIO/MAL ESTAR GERAL



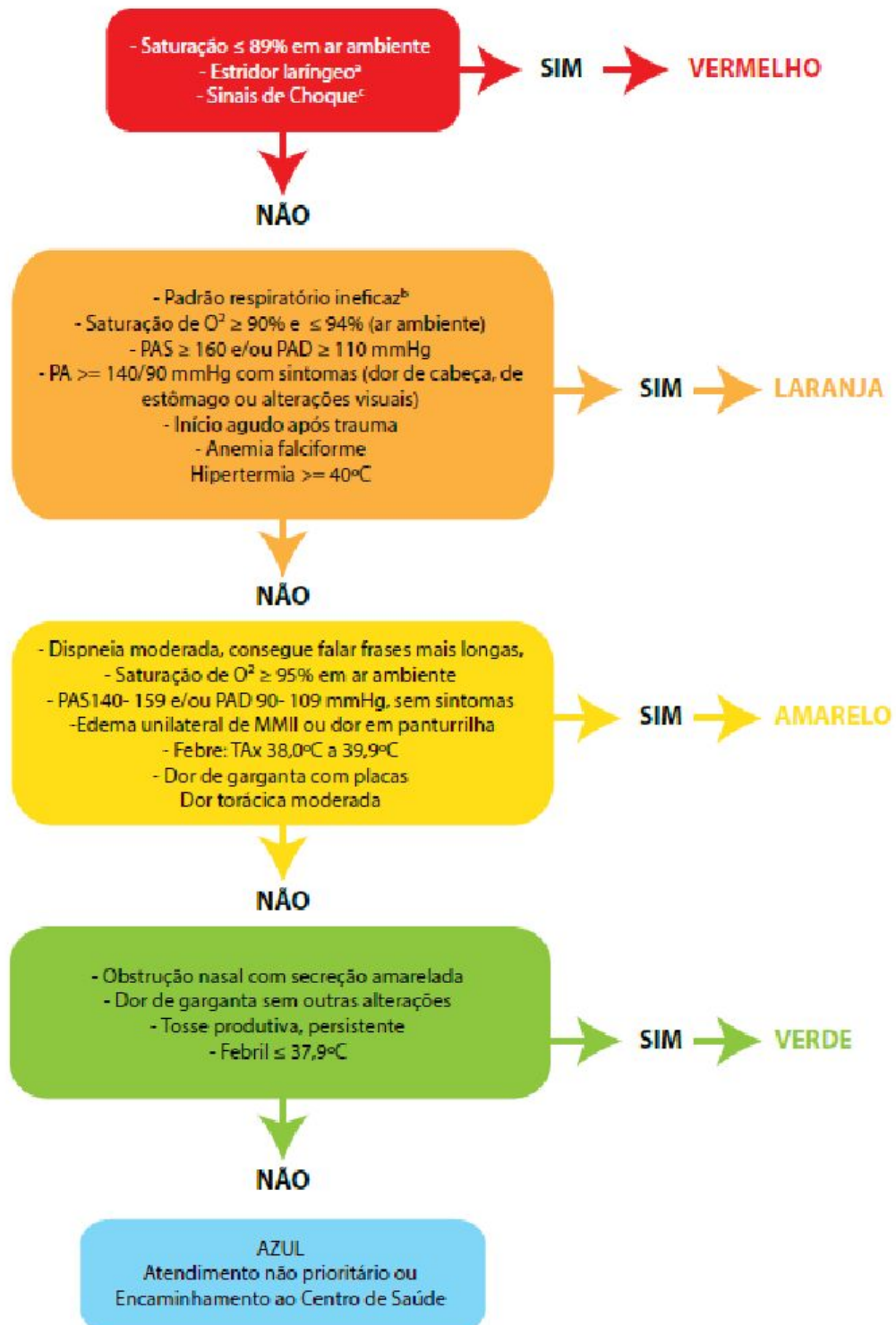
2 DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS



3 DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM

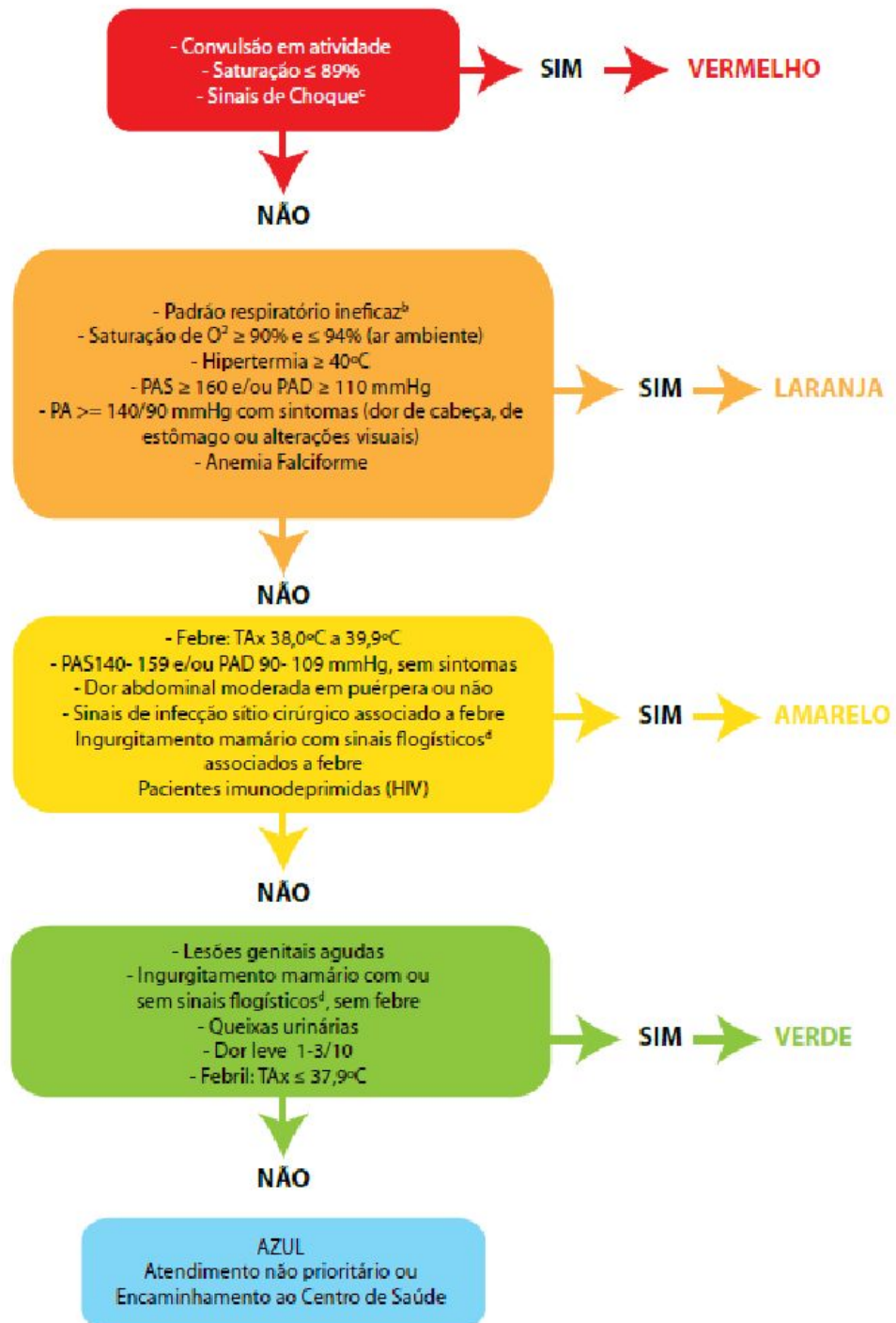


4 FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

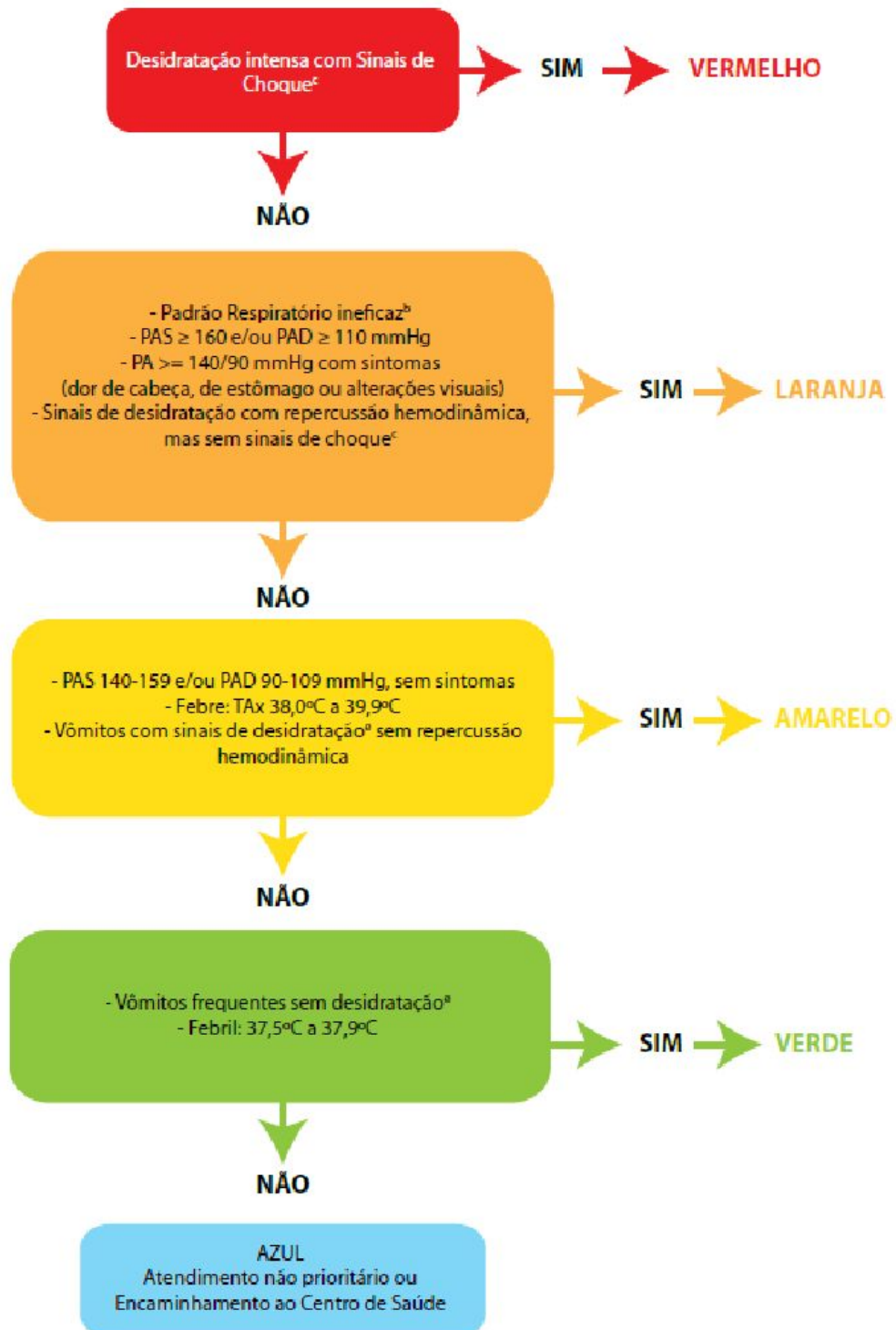


Protocolo de Classificação de Risco Obstétrico - Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em
Obstetrícia - Ministério da Saúde - 2017

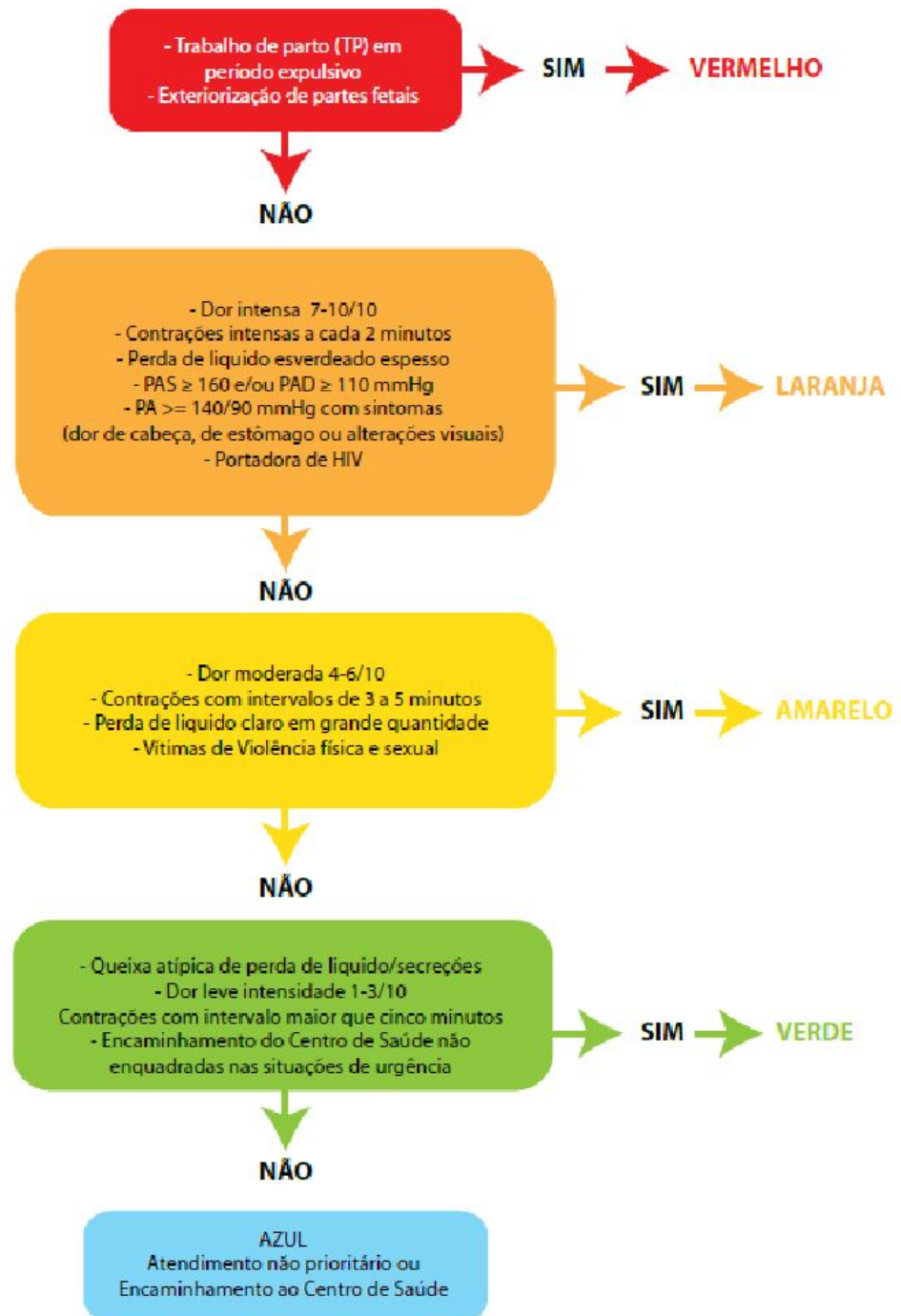
5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO



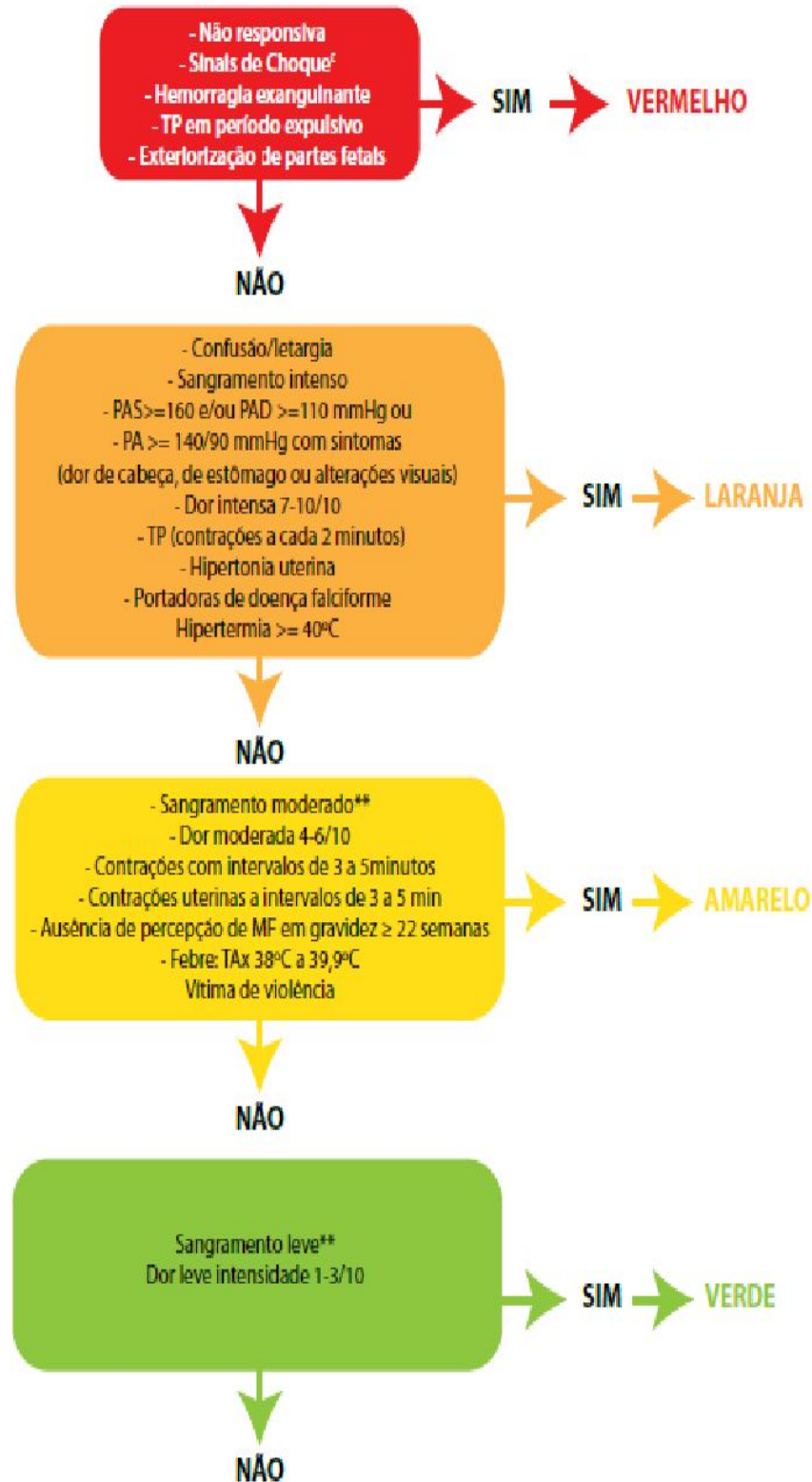
6 NÁUSEAS E VÔMITOS



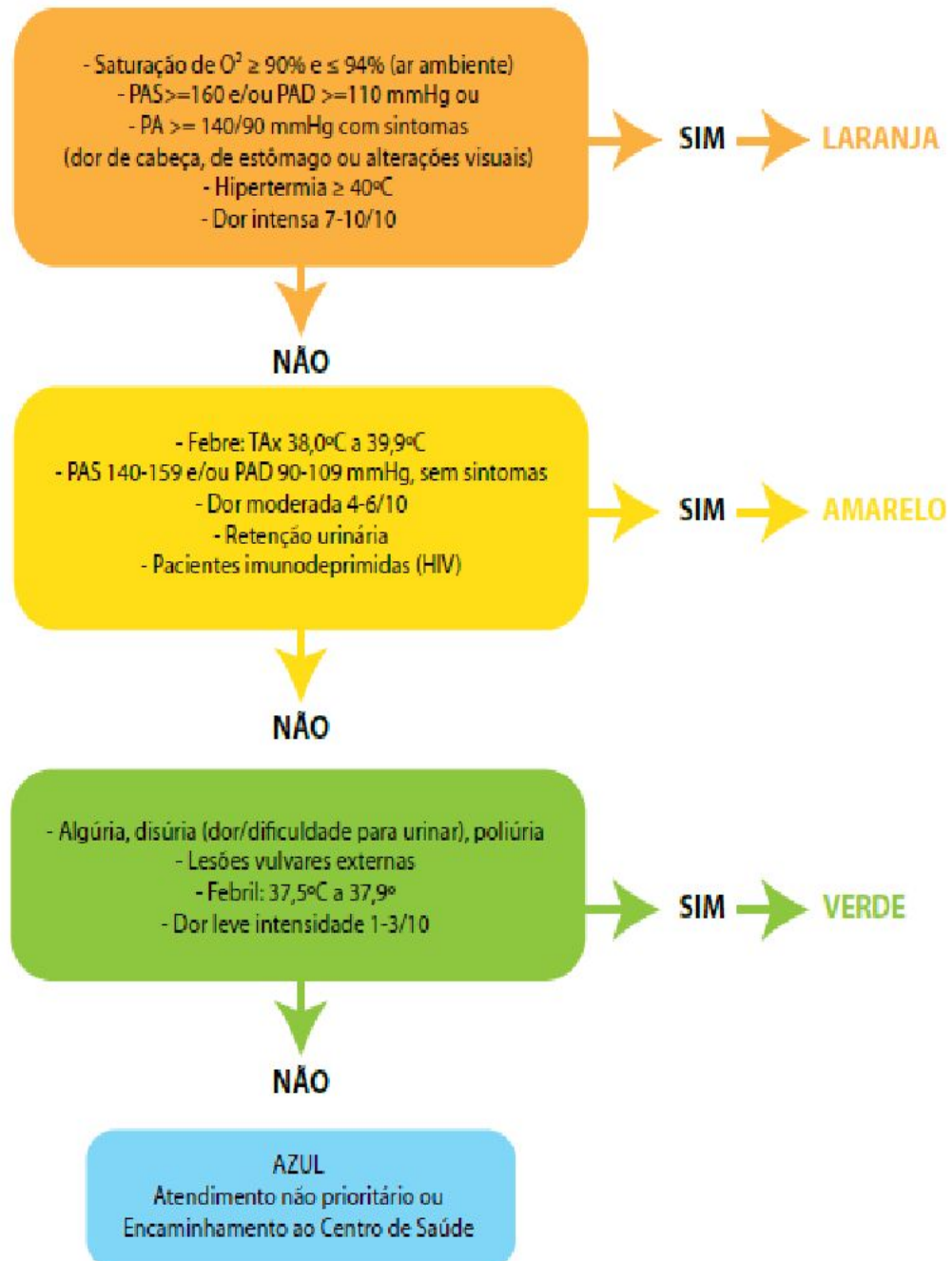
7 PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES



8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

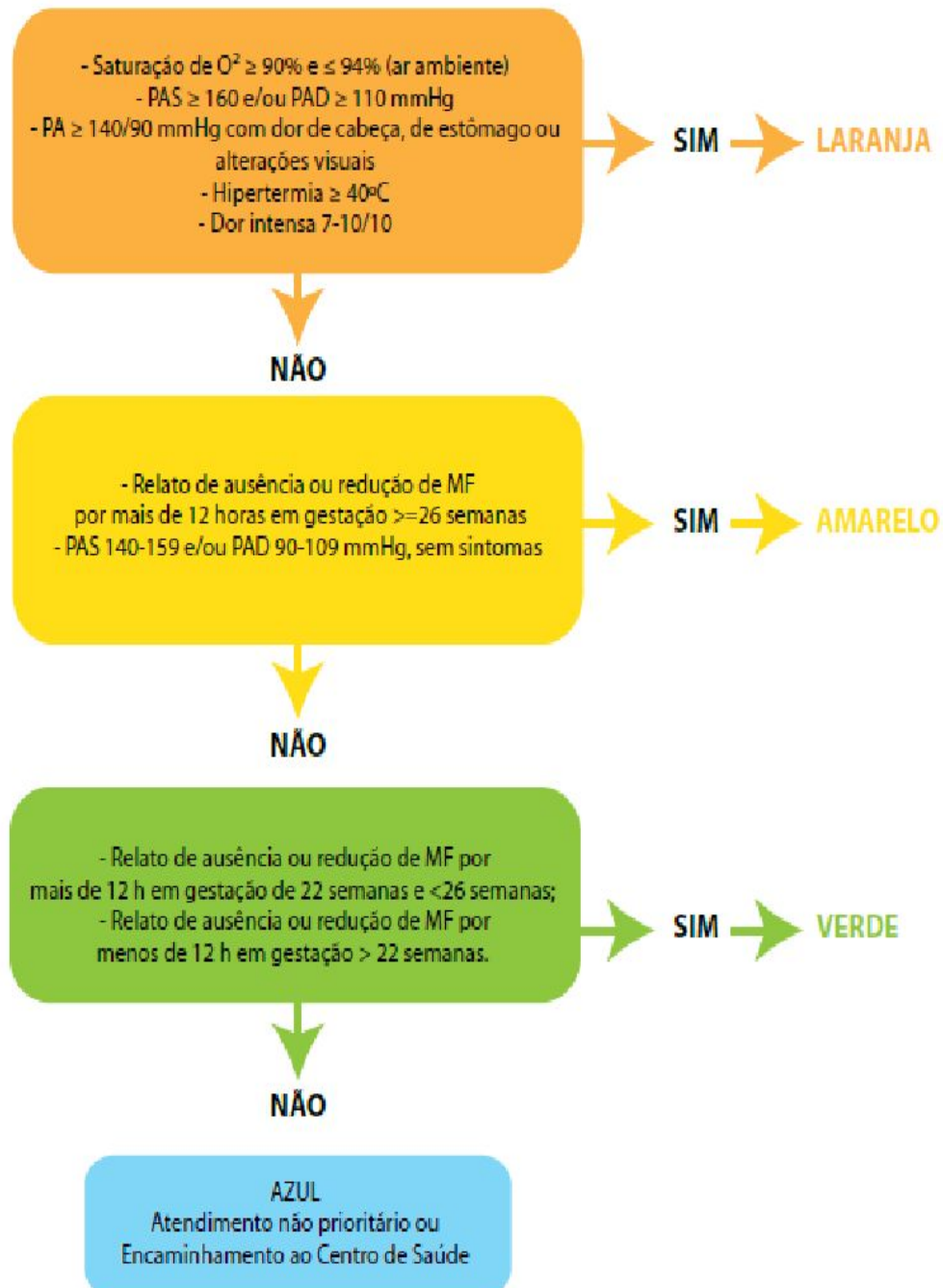


9 QUEIXAS URINÁRIAS

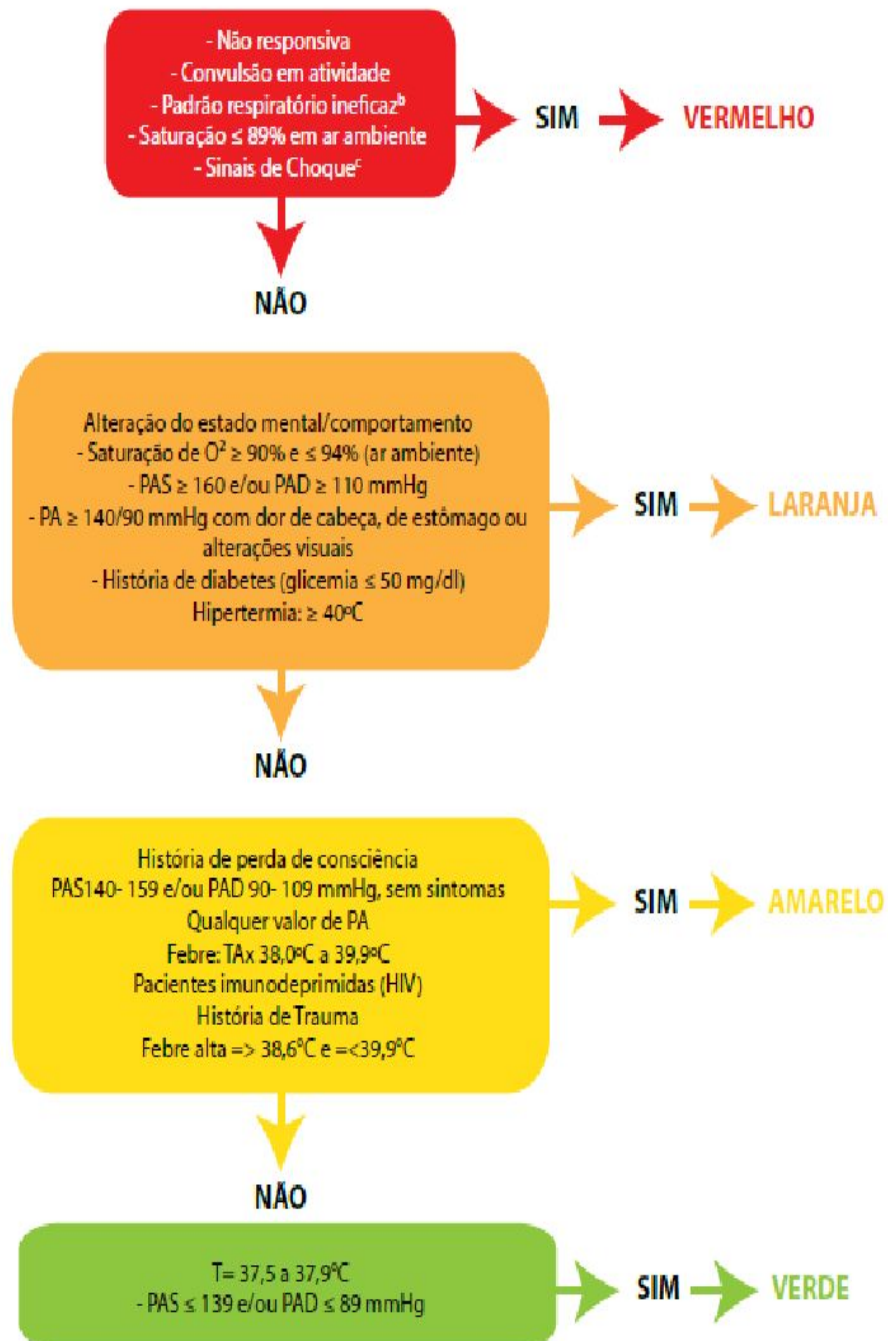


Protocolo de Classificação de Risco Obstétrico - Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em
Obstetrícia - Ministério da Saúde - 2017

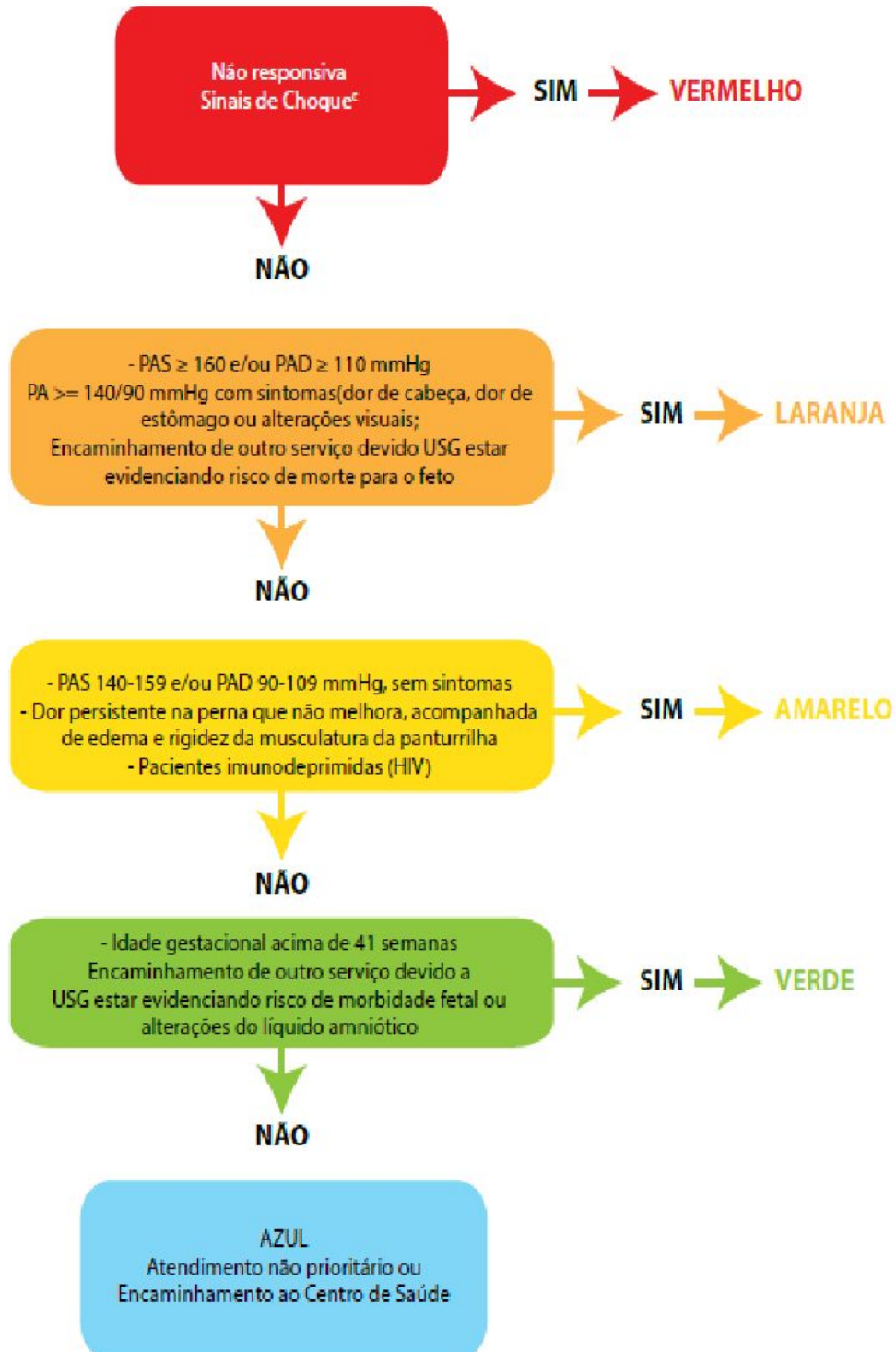
10 PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



11 RELATO DE CONVULSÃO



12 OUTRAS QUEIXAS/SITUAÇÕES



Protocolo de Classificação de Risco Obstétrico - Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em
Obstetrícia - Ministério da Saúde - 2017