



Regulação de gestantes de alto risco: desafios e eficiência

Regulation of high-risk pregnant women: challenges and efficiency

Regulación de gestantes de alto riesgo: desafíos y eficiencia

DOI: 10.55905/oelv24n1-147

Receipt of originals: 12/26/2025

Acceptance for publication: 1/19/2026

Maria Eduarda da Silva Araújo

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Universidade de Gurupi

Endereço: Gurupi, Tocantins, Brasil

E-mail: mariaesaraujo@unirg.edu.br

Claudia Christina Ribeiro Guimarães Neri de Magalhães

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal do Tocantins

Endereço: Palmas, Tocantins, Brasil

E-mail: claudianeri@unirg.edu.br

Julliana Dias Pinheiro

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal do Tocantins

Endereço: Palmas, Tocantins, Brasil

E-mail: jullianapinheiro@unirg.edu.br

Bárbara Taise Barbosa Cunha

Graduada em Enfermagem

Instituição: Universidade de Gurupi

Endereço: Gurupi, Tocantins, Brasil

E-mail: barbara-taise@hotmail.com

Denise Soares de Alcântara

Mestre em Enfermagem

Instituição: Universidade de Gurupi

Endereço: Gurupi, Tocantins, Brasil

E-mail: denise@unirg.edu.br



Mirelly da Silva Ribeiro

Mestre em Ciências Ambientais e Saúde
Instituição: Pontificia Universidade Católica de Goiás
Endereço: Goiânia, Goiás, Brasil
E-mail: mirellyribeiro@unirg.edu.br

Andressa Carvalho Tranqueira Fernandes

Graduanda em Enfermagem
Instituição: Universidade de Gurupi
Endereço: Gurupi, Tocantins, Brasil
E-mail: andressctf@gmail.com

Nicolly Aguiar

Mestre em Ciências Ambientais e Saúde
Instituição: Pontificia Universidade Católica de Goiás
Endereço: Goiânia, Goiás, Brasil
E-mail: nicolyaguiar@unirg.edu.br

RESUMO

Introdução: A mortalidade materna e neonatal é uma questão de grande relevância para a saúde pública, sendo essencial garantir o acesso eficiente a serviços especializados para que gestantes com condições de alto risco recebam o atendimento adequado. A regulação desempenha um papel crucial nesse contexto, assegurando a continuidade do cuidado e o atendimento tempestivo. **Objetivo:** Analisar o processo de regulação e encaminhamento de gestantes de alto risco do Hospital Referência de Gurupi (HRG) para o Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos (HMDR), em Palmas, no estado do Tocantins, a fim de identificar os principais fatores clínicos e patologias obstétricas que motivam essas transferências. **Método:** A pesquisa apresentou um estudo documental, retrospectivo e transversal, que analisou 85 fichas de regulação e encaminhamento de gestante de alto risco realizadas no HRG no período de janeiro de 2024 a janeiro de 2025. **Resultados:** O estudo demonstrou 100% de efetividade na transferência, sendo ameaça de Parto Prematuro (35,3%) e Rotura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO-32,9%). A carência de avaliação especializada (acima de 80%) foi a maior limitação estrutural, resultando em um tempo médio de espera de 4,58 horas (DP:4,07). **Conclusão:** Os achados indicam que o principal fator clínico que motiva a regulação e transferência de gestantes de alto risco são a Ameaça de Parto Prematuro (35,3%) e a Rotura Prematura de Membranas Ovulares (32,9%). Contudo, a carência de avaliação especializada (acima de 80%) é a maior limitação estrutural identificada, impactando o tempo médio de espera (4,58 horas). Para otimizar a continuidade assistencial e a segurança perinatal, é fundamental implementar um sistema formal de retroalimentação (feedback) no processo regulatório e promover a melhoria da qualidade e completude dos registros.

Palavras-chave: Regulação, Gestantes, Alto Risco, Saúde Materna.

ABSTRACT

Introduction: Maternal and neonatal mortality is an issue of great relevance for public health, and it is essential to ensure efficient access to specialized services so that pregnant women with high-risk conditions receive adequate care. Regulation plays a crucial role in this context, ensuring continuity of care and timely service. **Objective:** To analyze the process of regulation and referral of high-risk pregnant women from the Reference Hospital of Gurupi (HRG) to the Hospital and Maternity Dona Regina Siqueira Campos (HMDR), in Palmas, in the state of Tocantins, in order to identify the main clinical factors and obstetric pathologies that motivate these transfers. **Method:** The research presented a documentary, retrospective and cross-sectional study, which analyzed 85 regulation and referral sheets of high-risk pregnant women carried out at HRG in the period from January 2024 to January 2025. **Results:** The study demonstrated 100% effectiveness in the transfer, being a threat of Premature Birth (35.3%) and Premature Rupture of Ovular Membranes (RPMO-32.9%). The lack of specialized evaluation (above 80%) was the greatest structural limitation, resulting in an average waiting time of 4.58 hours (SD:4.07). **Conclusion:** The findings indicate that the main clinical factor that motivates the regulation and transfer of high-risk pregnant women are the Threat of Premature Birth (35.3%) and Premature Rupture of Ovular Membranes (32.9%). However, the lack of specialized evaluation (above 80%) is the largest structural limitation identified, impacting the average waiting time (4.58 hours). To optimize care continuity and perinatal security, it is essential to implement a formal feedback system in the regulatory process and promote the improvement of the quality and completeness of records.

Keywords: Regulation, Pregnant Women, High Risk, Maternal Health.

RESUMEN

Introducción: La mortalidad materna y neonatal es una cuestión de gran relevancia para la salud pública, siendo esencial garantizar el acceso eficiente a servicios especializados para que las mujeres embarazadas con condiciones de alto riesgo reciban la atención adecuada. La regulación desempeña un papel crucial en este contexto, garantizando la continuidad de la atención y la atención oportuna. **Objetivo:** Analizar el proceso de regulación y derivación de mujeres embarazadas de alto riesgo del Hospital Referencia de Gurupi (HRG) al Hospital y Maternidad Dona Regina Siqueira Campos (HMDR), en Palmas, en el estado de Tocantins, con el fin de identificar los principales factores clínicos y patologías obstétricas que motivan estas transferencias. **Método:** La investigación presentó un estudio documental, retrospectivo y transversal, que analizó 85 fichas de regulación y derivación de mujeres embarazadas de alto riesgo realizadas en el HRG en el período de enero de 2024 a enero de 2025. **Resultados:** El estudio demostró un 100% de efectividad en la transferencia, siendo una amenaza de Parto Prematuro (35,3%) y Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO-32,9%). La falta de evaluación especializada (por más del 80%) fue la mayor limitación estructural, resultando en un tiempo medio de espera de 4,58 horas (DP:4,07). **Conclusión:** Los hallazgos indican que el principal factor clínico que motiva la regulación y transferencia de mujeres embarazadas de alto riesgo es la Amenaza de Parto Prematuro (35,3%) y la Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (32,9%). Sin embargo, la falta de evaluación

especializada (por más del 80%) es la mayor limitación estructural identificada, que afecta el tiempo medio de espera (4,58 horas). Para optimizar la continuidad asistencial y la seguridad perinatal, es fundamental implementar un sistema formal de retroalimentación (feedback) en el proceso regulatorio y promover la mejora de la calidad e integridad de los registros.

Palabras clave: Regulación, Mujeres Embarazadas, Alto Riesgo, Salud Materna.

1 INTRODUÇÃO

A gestação de alto risco é definida por qualquer condição que possa comprometer ou impactar negativamente o bem-estar da mãe ou do feto, englobando cerca de 15% das gestações. Essa classificação está associada a fatores pessoais, condições socioeconômicas desfavoráveis, doenças maternas pré-existentes, histórico reprodutivo anterior ou particularidades da gravidez atual. Problemas como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus (gestacional ou prévio), parto prematuro, ISO imunização pelo fator Rh, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis, estão entre as condições mais comuns relacionadas ao alto risco (Brasil, 2023).

Nesse contexto, o acompanhamento pré-natal eficaz torna-se indispensável, permitindo a identificação precoce de fatores adversos, a avaliação contínua dos riscos e a implementação de intervenções necessárias para assegurar a saúde materno-infantil (Brasil, 2023). A complexidade dessas gestações de alto risco exige uma abordagem multiprofissional e centrada na mulher, que leve em consideração não apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos psicológicos e sociais. Diversos estudos demonstram a importância do apoio psicológico durante a gestação de alto risco, uma vez que o estresse e a ansiedade podem agravar as condições clínicas e comprometer a adesão ao tratamento, tornando o acolhimento um fator crucial (Oliveira et al., 2019).

A mortalidade materna e neonatal é um importante indicador de saúde pública, refletindo diretamente o acesso e a qualidade da assistência prestada. Apesar da redução global de 34% na Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 2000 e 2020 foi de 339 para 223 mortes por 100 mil nascidos vivos, esse progresso ainda é insuficiente para

atingir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa reduzir a RMM para menos de 70 até 2030 (Unicef, 2022). No Brasil, embora a RMM tenha apresentado declínio, persistem desigualdades regionais, o que ressalta a importância do encaminhamento oportuno de gestantes de alto risco para unidades de referência e o cuidado especializado (Santos et al., 2019).

Apesar da necessidade de atendimento qualificado, a mortalidade materna e neonatal persiste como um desafio. No município de Gurupi, Tocantins, o Hospital de Referência atua como unidade obstétrica principal, mas casos complexos demandam transferência para o Hospital e Maternidade Dona Regina, em Palmas, que oferece a estrutura especializada necessária. Este fluxo assistencial complexo levanta questões sobre a qualidade e a agilidade do atendimento materno-infantil e a eficácia da regulação.

Diante desse cenário, a questão central de pesquisa que norteia este estudo é: Quais são os principais fatores clínicos e patologias obstétricas que motivam a transferência de gestantes de alto risco do Hospital de Referência de Gurupi para o Hospital e Maternidade Dona Regina, e como o processo de regulação e encaminhamento influencia a agilidade e a qualidade desse atendimento?

Este estudo se justifica pela urgência em analisar os desafios e gargalos existentes no processo de regulação e encaminhamento de gestantes de alto risco, identificando os fatores que influenciam o processo, como os critérios de classificação de risco e os fluxos de comunicação interunidades. A gestação de alto risco representa um risco significativo para a saúde da mãe e do bebê, e a falta de protocolos claros e eficientes pode resultar em atrasos graves. Dessa forma, o objetivo principal do presente estudo é analisar o processo de regulação e transferências de gestantes de alto risco do Hospital de Referência de Gurupi para o Hospital de Referência estadual em Palmas-To, a fim de identificar os principais fatores clínicos e patologias obstétricas que motivam essas transferências e avaliar a influência do processo de regulação na agilidade e qualidade do atendimento, preenchendo a lacuna importante no conhecimento sobre a gestão de serviços e saúde da região.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento documental, retrospectivo e transversal de registros referentes ao processo de regulação e transferência de gestantes de alto risco atendidas no Hospital de Referência de Gurupi (HRG), localizado no município de Gurupi, Tocantins. O HRG desempenha papel estratégico na assistência obstétrica regional, atuando como referência para a Região de Saúde da Ilha do Bananal, composta por 18 municípios. A unidade é responsável pelo atendimento e encaminhamento das gestantes de alto risco ao Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos (HMDR), referência estadual em assistência materno-infantil de alta complexidade.

A população do estudo compreendeu todos os documentos provenientes do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HRG, incluindo relatórios de encaminhamento, registros de regulação e prontuários, referentes ao período de janeiro de 2024 a janeiro de 2025. A amostra foi selecionada por conveniência e composta por 85 registros que atenderam aos critérios de inclusão. Foram incluídos documentos referentes a gestantes classificadas como de alto risco e efetivamente encaminhadas ao HMDR no período estipulado. Excluíram-se registros de gestantes não classificadas como alto risco, encaminhamentos destinados a outras unidades, além de documentos ilegíveis, incompletos ou sem informações essenciais às variáveis do estudo.

A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2025, realizada presencialmente nas dependências do NIR/HRG, em sala privativa autorizada pelo Núcleo de Educação Permanente, garantindo a confidencialidade e a segurança das informações. A pesquisa foi conduzida pela pesquisadora principal e duas pesquisadoras colaboradoras, utilizando um formulário estruturado elaborado especificamente para o estudo, contendo variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e relacionadas ao processo de regulação (motivo do encaminhamento, condições clínicas, fatores estruturais e tempo de espera para transferência). Os dados foram registrados em planilhas eletrônicas armazenadas em nuvem, com acesso restrito às pesquisadoras, sem coleta de qualquer informação que possibilitasse a identificação das gestantes. A análise dos dados

foi realizada por meio de estatística descritiva, sendo as variáveis categóricas apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%), e as variáveis numéricas descritas por média e desvio padrão (DP). Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor compreensão do perfil das gestantes encaminhadas, das condições clínicas mais prevalentes e dos fatores estruturais que motivaram as transferências. O estudo atendeu aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012, pela Resolução nº 510/2016, específica para pesquisas que utilizam dados secundários, e pela Resolução nº 738/2023, garantindo sigilo, privacidade e anonimato das informações. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com apresentação de todos os documentos obrigatórios. Por se tratar de estudo retrospectivo exclusivamente documental, foi solicitada e concedida dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 85 registros de gestantes de alto risco transferidas do Hospital de Referência de Gurupi (HRG) para o Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos (HMDR) no período de janeiro de 2024 a janeiro de 2025. Os achados foram organizados em quatro eixos principais: perfil sociodemográfico, histórico clínico e obstétrico, dados da gestação atual e encaminhamento e desfechos.

O perfil sociodemográfico da amostra, incluindo a distribuição da idade categorizada, a condição civil e a escolaridade, está detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização das participantes

Idade	n	%
<18 anos	6	7,10%
18-25 anos	31	36,50%
26-35 anos	36	42,30%
>35 anos	12	14,10%
Total	85	100%

Estado Civil	n	%
Solteira	55	64,70%
Casada	9	10,60%
União Estável	8	9,40%
Outros/Não informado	13	15,30%
Total	85	100%

Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental	5	5,90%
Ensino Médio	8	9,40%
Superior	0	0,00%
Não Informado	72	84,70%
Total	85	100%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico das gestantes, demonstrando que a maior concentração de casos se deu na faixa etária entre 26 e 35 anos, correspondendo a 36 registros (42,3% da amostra). Em seguida, está o grupo de 18 a 25 anos, com 31 registros (36,5%). Os extremos etários somam 21,2% da amostra: 6 gestantes (7,1%) tinham menos de 18 anos e 12 gestantes (14,1%) tinham mais de 35 anos.

A mesma tabela apresenta distribuição das gestantes segundo o estado civil, indicando que a maior parte da amostra era composta por mulheres solteiras, totalizando 55 gestantes, o que corresponde a 64,7% dos casos. As categorias casadas e união estável somaram, aproximadamente, 9 e 8 registros, respectivamente (cerca de 10,6% e 9,4%), enquanto 8 gestantes foram classificadas em Outros (9,4%) e 5 não tiveram informações preenchidas (5,9%).

Em relação à escolaridade, a análise dos registros demonstrou que a informação estava ausente ou não foi preenchida para a maioria das gestantes (cerca de 72 registros, ou 84,7%). Entre os casos em que a informação estava presente ($n=13$), a maioria possuía Ensino Médio completo (aproximadamente 8 registros), seguido por Ensino Fundamental (cerca de 5 registros). Nenhuma gestante foi registrada com Ensino Superior completo.

A Tabela 2 demonstra a distribuição de frequência das gestantes de alto risco transferidas de acordo com o seu município de residência. Observou-se uma forte concentração de casos no próprio município de Gurupi, que foi a origem de 71,80% ($n=61$) dos registros analisados. O restante dos casos (28,20%, $n=24$) distribuiu-se entre os outros 12 municípios da região. Os municípios de Cariri, Alvorada, Peixe e São Salvador apresentaram a maior frequência entre as cidades vizinhas, cada um com 3,50% ($n=3$) dos encaminhamentos. Os demais municípios, como Jaú, Aliança, São Valério, Formoso, Sandolândia, Figueirópolis, Palmeirópolis, Paranã e Lagoa da Confusão, registraram frequências menores ou iguais a 2,40% ($n=2$).

Tabela 2 – Distribuição de Gestantes por Município de Residência

Município	n	%
Gurupi	61	71,80%
Cariri	3	3,50%
Jaú	2	2,40%
Formoso	1	1,20%
Aliança	2	2,40%
Sandolândia	1	1,20%
Figueirópolis	1	1,20%
Alvorada	3	3,50%
Peixe	3	3,50%
São Salvador	3	3,50%
Palmeirópolis	1	1,20%
São Valério	2	2,40%
Paraná	1	1,20%
Lagoa da Confusão	1	1,20%
Total=	85	100%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

A Tabela 3 detalha o histórico anterior de gestação de alto risco das pacientes, evidenciando uma alta taxa de não preenchimento nos registros. A informação sobre

gestação de alto risco prévia estava ausente em 47,1% (n=40) dos prontuários analisados. Entre os registros informados, a maioria das gestantes (38,8%, n=33) não possuía histórico anterior de gestação de alto risco. No entanto, 14,1% (n=12) já haviam passado por uma gestação de alto risco anteriormente, indicando um subgrupo de pacientes com risco recorrente.

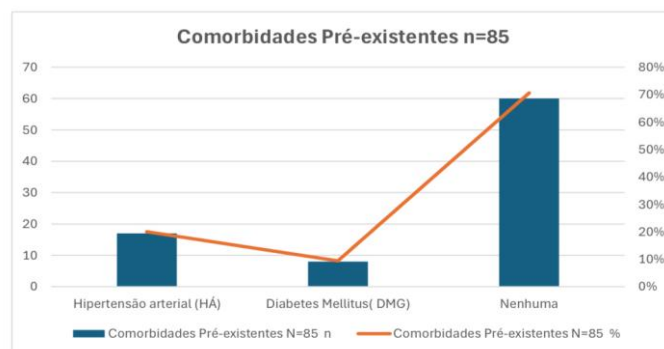
Tabela 3 – Histórico Anterior de Gestão de Alto Risco

	n	%
Sim	12	14,10%
Não	33	38,80%
Não informado	40	47,10%
Total=	85	100,00%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

O Gráfico 1 ilustra a distribuição das comorbidades pré-existentes entre as gestantes. A maioria das pacientes (70,6%, n=60) não possuía nenhuma comorbidade pré-existente conhecida ou registrada no momento do encaminhamento. As comorbidades mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), presente em 18,8% (n=16) dos casos, e o Diabetes Mellitus (DMG - assumindo Diabetes Pré-gestacional ou Tipo II), com 10,6% (n=9) dos casos. Juntas, as comorbidades pré-existentes atingiram 29,4% da amostra, sendo a HAS a principal delas.

Gráfico 1: Comorbidades Pré-existentes n=85



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

A Tabela 4 apresenta estatísticas descritivas das variáveis quantitativas analisadas no estudo. Estão dispostas a média (\bar{x}) e o desvio-padrão (s) referentes à número de gestações (G), número de partos (P), número de abortos (A), idade gestacional no momento do encaminhamento e tempo de espera para a transferência. As unidades de cada variável também estão especificadas na tabela.

Tabela 4 – Estatísticas Descritivas das Variáveis Quantitativas

Variável	Média (\bar{x})	Desvio-Padrão (s)
Número de Gestações (G)	2,49	2,86
Número de Partos (P)	0,93	1,1
Número de Abortos (A)	0,38	0,72
Idade Gestacional no encaminhamento	32,24	5,09
Tempo de espera para Transferência	4,58	4,07

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

O perfil quantitativo das 85 gestantes de alto risco transferidas revelou em relação ao histórico obstétrico, o número médio de gestações (G) registrado foi de 2,49 (DP: 2,86), enquanto o número de partos (P) foi de 0,93 (DP: 1,1). A média de abortos (A) encontrada foi de 0,38 (DP: 0,72). Quanto ao momento do encaminhamento, a idade gestacional média observada nos registros foi de 32,24 semanas (DP: 5,09). Por fim, o tempo médio de espera para a efetiva transferência entre as unidades foi de 4,58 horas (DP: 4,07), indicando uma alta variabilidade no tempo que as gestantes aguardaram pelo transporte regulado.

A Tabela 5 ilustra frequência das condições clínicas que motivaram o encaminhamento das gestantes para o serviço de referência. As duas condições mais frequentes foram a Ameaça de Parto Prematuro (TPP) e a Rotura Prematura de Membranas Oculares (RPMO), que somaram, respectivamente, 35,3% (n=30) e 32,9% (n=28) dos casos, indicando que a prematuridade e suas complicações foram o principal fator clínico de risco. As Síndromes Hipertensivas foram a terceira causa mais comum, correspondendo a 28,2% (n=24) dos casos. O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e o Sofrimento Fetal Agudo registraram 16,5% (n=14) e 11,8% (n=10) dos casos, respectivamente. O Retardo de Crescimento Intrauterino (RCIU) e as Cardiopatias

tiveram frequências de 9,4% (n=8) e 2,4% (n=2). A Placenta Prévia, embora rara, registrou 1,2% (n=1) dos casos, e as causas classificadas como "Outros" totalizaram 14,1% (n=12).

Tabela 5 – Frequência das condições clínicas

Condição Clínica	n	%
Síndromes Hipertensivas	24	28,20%
DMG	14	16,50%
TPP	31	36,50%
RPMO	28	32,90%
Placenta Prévia	1	3,50%
DPP	3	9,40%
RCIU	8	9,40%
Sufrimento Fetal Agudo	10	11,80%
Cardiopatia	1	1,20%
Outros	12	14,10%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

O Gráfico 2 apresenta os fatores estruturais e organizacionais que influenciaram a necessidade de transferência. A principal razão para o encaminhamento foi a falta de disponibilidade de Avaliação Especializada, correspondendo a uma taxa superior a 80% (cerca de 70 casos). Outros fatores relevantes foram a falta de Vaga em UTI Materna e Vaga em UTI Neonatal, ambas com uma frequência superior a 60% (cerca de 53 e 51 casos, respectivamente). A indisponibilidade de Exames/Equipamentos específicos, Falta de Insumos e outros fatores tiveram baixa representatividade, somando menos de 5% dos casos.

Gráfico 2: Fatores estruturais/organizacional



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

As porcentagens apresentadas na Tabela 5 e no Gráfico 2 ultrapassam 100% em razão de algumas gestantes terem sido enquadradas em mais de uma condição clínica simultaneamente, o que gerou múltiplos registros nas categorias analisadas.

Em relação ao desfecho imediato do processo de regulação e transferência, foi constatado que 100% (n=85) das solicitações resultaram em transferências efetivadas para o Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos (HMDR). O desfecho materno na unidade de origem (HRG) foi exclusivamente a transferência para o serviço de referência, não havendo registro de nenhum parto ocorrido no HRG após a classificação como alto risco.

No que tange aos desfechos finais (materno e neonatal) após a transferência, o estudo encontrou uma limitação significativa devido à natureza documental e retrospectiva da coleta de dados. Variáveis essenciais como peso do recém-nascido (RN), índice de Apgar e o desfecho neonatal final não estavam disponíveis nos registros do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HRG e, portanto, não puderam ser analisadas. De forma semelhante, o desfecho materno após a alta do HMDR também não foi informado nos documentos de origem.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo, ao analisar o processo de regulação e transferência de 85 gestantes de alto risco no Hospital de Referência de Gurupi (HRG), permite delinear o perfil materno e os principais desafios assistenciais da macrorregião sul do Tocantins. Embora o sistema de regulação tenha demonstrado uma efetividade de 100% na concretização das transferências, os resultados evidenciam que os principais obstáculos estão relacionados às fragilidades estruturais do serviço de origem e ao tempo de espera para efetivação do encaminhamento.

Um dos achados mais relevantes é a alta frequência de intercorrências associadas à prematuridade, notadamente o Trabalho de Parto Prematuro (TPP) e a Rotura Prematura das Membranas Oculares (RPMO), que, em conjunto, representam mais de 68% dos casos analisados. A prevalência dessas condições está amplamente associada à necessidade de atenção especializada e à disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), recurso indispensável para a assistência ao recém-nascido prematuro, conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2012). A predominância destas complicações indica que o HRG frequentemente opera no limite de sua capacidade para o manejo de situações de alta complexidade, o que reforça a necessidade de transferência imediata para o Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos (HMDR), referência estadual em atenção materno-infantil.

Adicionalmente, as Síndromes Hipertensivas (27%) e o Diabetes Mellitus Gestacional (16,4%) destacaram-se como causas relevantes de encaminhamento, corroborando pesquisas brasileiras que identificam essas condições como fatores de risco significativos para morbimortalidade materna e perinatal (Brasil, 2010; Brasil, 2022). O percentual de gestantes com histórico prévio de alto risco (14,1%) e a presença de comorbidades como Hipertensão Arterial Crônica (20%) reforçam a importância de fortalecer o acompanhamento na atenção primária, com foco especial nas linhas de cuidado do pré-natal de alto risco.

Os fatores estruturais e organizacionais revelados no estudo representam um desafio significativo para a assistência obstétrica local. A necessidade de avaliação

especializada, presente em mais de 80% dos registros, foi o principal motivo para a transferência, sinalizando insuficiência de equipes médicas especializadas e de serviços de diagnóstico no HRG. A indisponibilidade de vagas em UTI Materna (64,7%) e UTI Neonatal (61,2%) também se configurou como um fator determinante, indicando limitações da capacidade instalada para o manejo de condições graves, o que está em consonância com estudos nacionais que evidenciam desigualdade na distribuição de leitos de terapia intensiva neonatal no país (Oliveira & Costa, 2013).

O tempo médio de espera para efetivação da transferência foi de 4,58 horas, que constitui um risco adicional para gestantes com condições clínicas tempo-dependentes. Quase um quarto das gestantes (23,5%) aguardou mais de seis horas, o que contraria as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto e ao Nascimento (Brasil, 2017), que enfatizam a necessidade de resposta rápida em casos de prematuridade, RPMO e sofrimento fetal. A demora no transporte pode aumentar o risco de infecção, hipóxia fetal e agravamentos maternos, tal como apontado em estudos brasileiros sobre complicações obstétricas (Silva et al., 2020).

A maior parte das gestantes era residente do próprio município de Gurupi (71,8%), o que pode refletir tanto uma maior demanda local, em função da centralidade da unidade, quanto dificuldades de acesso da população dos municípios circunvizinhos à rede de referência. O perfil sociodemográfico das gestantes predominantemente solteiras (64,7%) e com ensino Médio ou menos, e consistente com o perfil de vulnerabilidade social encontrado em outros estudos sobre gestação de alto risco em regiões brasileiras (Leal et al., 2017; Domingues et al., 2015).

Outro achado relevante refere-se à baixa completude dos registros analisados, especialmente no que tange à escolaridade (84,7% “não informado”), histórico obstétrico prévio e ausência total de dados de desfecho neonatal (Apgar, peso e vitalidade). Essas falhas de registro comprometem a avaliação integrada do cuidado, dificultam o planejamento da rede e representam uma fragilidade significativa do sistema de informação em saúde.

Os resultados indicam que, apesar da eficiência evidenciada no processo de transferência, o HRG enfrenta limitações importantes no manejo local do alto risco,

principalmente pela ausência de suporte especializado e de leitos de terapia intensiva materna e neonatal. O tempo de espera prolongado e as lacunas no registro de informações essenciais reforçam a necessidade de ampliar a cobertura de especialistas, implementar protocolos regulatórios mais eficientes, fortalecer a comunicação entre unidades, qualificar continuamente as equipes e aprimorar os sistemas de registro e monitoramento dos desfechos maternos e neonatais.

5 CONCLUSÃO

O estudo confirmou a plena efetividade do Hospital de Referência de Gurupi (HRG) no processo de regulação e transferência de 100% das gestantes de alto risco para a referência estadual. Contudo, os resultados apontam para um panorama de vulnerabilidade assistencial, onde a prematuridade (TPP e RPMO) figura como o principal fator clínico de risco, e a carência de Avaliação Especializada é o maior fator estrutural de sobrecarga. A média de tempo de espera para a transferência, de 4,58 horas, aliada à sua alta variabilidade, representa um risco iminente para a segurança materno-infantil.

Atualmente, as demandas de regulação são encaminhadas para o e-mail do Núcleo Interno de Regulação da unidade hospitalar. Entretanto, é evidente a necessidade de um sistema que não apenas receba essas solicitações, mas que também retorne informações à unidade que iniciou o processo. Esse mecanismo de retroalimentação (feedback) é fundamental para assegurar que o serviço de origem tenha conhecimento sobre o andamento e o desfecho da regulação.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esse retorno é essencial para garantir continuidade assistencial, promover a tomada de decisão em tempo oportuno e permitir o acompanhamento adequado do paciente. A ausência de informações claras sobre o resultado final do processo regulatório gera lacunas importantes, dificultando a avaliação da efetividade das solicitações e da qualidade do cuidado prestado.

Da mesma forma, a melhoria da qualidade dos registros é indispensável. A falta de variáveis relacionadas ao desfecho limita a análise, inviabiliza comparações e impede



a correlação entre a qualidade do processo regulatório e os resultados perinatais. Registros mais completos, objetivos e padronizados fortalecem a comunicação e permitem monitoramento mais preciso.

Além disso, recomenda-se o fortalecimento da cobertura de especialistas no HRG e a constante otimização dos protocolos destinados ao atendimento de gestantes de alto risco, garantindo maior resolutividade, segurança e eficiência no processo assistencial.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. S.; CARVALHO, T. J. Capacitação profissional e adesão a protocolos clínicos em obstetrícia de alto risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, n. 5, p. 310-318, 2022.

ALMEIDA, R. S.; SOUZA, P. R. Telemedicina no suporte à saúde materna em áreas remotas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 45, n. 8, p. 450-458, 2023. Disponível em: <https://www.rbgo.org.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Alto Risco. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto e ao Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

DIAS, M. A. B.; SILVA, P. R.; OLIVEIRA, M. A. Desafios na assistência à saúde materna em regiões remotas: o caso do Tocantins. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 7, p. 1–12, 2022. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Assistência pré-natal no Brasil: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, supl. 2, p. 168–188, 2015.

FERREIRA, L. M.; COSTA, P. R.; LIMA, A. F. Impacto da regulação no encaminhamento de gestantes de alto risco no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, n. 2, p. 101–110, 2020.

GADELHA, Í. P.; PEREIRA, A. L.; MARTINS, J. S.; OLIVEIRA, M. C. Fatores de risco e complicações da gestação de alto risco: uma revisão de literatura. *Recima21*, v. 5, p. 4079–4091, 2020. Disponível em: <https://recima21.com.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, supl. 1, p. e00078816, 2017.

LIMA, E. R. F.; COSTA, J. P. S.; SANTOS, A. L. C.; VIEIRA, H. M. B. Fatores que reduzem para a classificação da gestação de alto risco: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Implantologia e Ciências da Saúde*, v. 5, n. 5, p. 4079–4091, 2023. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com>. Acesso em: 10 nov. 2025.

OLIVEIRA, L. L.; COSTA, A. A. P. Perfil clínico e fatores associados à prematuridade em maternidades do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 13, n. 2, p. 109–117, 2013.

SANTOS, I. S.; COSTA, M. L. Abordagem humanizada no atendimento a gestantes de alto risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2019.

SILVA, A. A. M. et al. Complicações obstétricas e fatores associados em gestantes de alto risco: umarevisão integrativa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 12, p. 859–866, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Nascidos Muito Pequenos, Muito Cedro: Relatório Global sobre Prematuridade*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2012. (Tradução Ministério da Saúde –Brasil)