UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM CIENCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

ESTER COSTA LIMA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL E A SUA RELAÇÃO COM INTERCORRÊNCIAS NO PARTO E PÓS-PARTO DE PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL DOM MALAN

Petrolina, PE

2018

ESTER COSTA LIMA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL E A SUA RELAÇÃO COM INTERCORRÊNCIAS NO PARTO E PÓS-PARTO DE PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL DOM MALAN

Trabalho apresentado a Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina-PE, centro, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. René G. Cordeiro Silva Junior.

Co-Orientador: Prof. Dr. Diego Moura Luz.

Petrolina, PE

2018

Lima, Ester Costa.

L732f Avaliação da qualidade do acompanhamento pré-natal e a sua relação com intercorrências no parto e pós-parto de puérperas atendidas no hospital Dom Malan / Ester Costa Lima. - - Petrolina, 2018.

xi, 111 f.: il.: 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) – Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina – PE, 2018.

Orientador: Prof. Dr. René Geraldo Cordeiro Silva Junior.

1.Pré-natal - Cuidado. 2. Gravidez. 3. Saúde da mulher. 4. Obstetrícia. I. Título. II. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 618.24

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da UNIVASF.
Bibliotecário: Fabio Oliveira Lima CRB-4/2097.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

ESTER COSTA LIMA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL E A SUA RELAÇÃO COM INTERCORRÊNCIAS NO PARTO E PÓS-PARTO DE PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL DOM MALAN

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e Biológicas, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 16 de Julho de 2018

Banca Examinadora

_____

Prof. Dr. René Geraldo Cordeiro Silva Junior

Universidade Federal do Vale do São Francisco

_____

Prof. Dr. João Alves do Nascimento Júnior

Universidade Federal do Vale do São Francisco

_____

Profª. Drª. Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Universidade Federal do Vale do São Francisco

DEDICATÓRIA

A Deus, por todas as bênçãos concedidas, mesmo sem eu merecer deu-me sabedoria e determinação para seguir na caminhada.

Aos meus amados pais, Euclides José Lima e Alice Maria Costa Lima por toda dedicação e cuidado, motivando-me sempre a lutar pelos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me presenteado com saúde, sabedoria e perseverança, sendo indispensáveis para a realização de mais uma conquista, que aos poucos tem se tornando real.

A minha família, pais, irmãos, em especial minha irmã Vastí pelo apoio e motivação constante e a minha cunhada Nágila por ter me ajudado quando precisei.

Ao meu orientador prof. Dr. René Cordeiro, pela confiança e disponibilidade em contribuir na realização dessa dissertação.

Ao meu co-orientador Diego Luz pelos direcionamentos e contribuições úteis na elaboração desta pesquisa, tornando possível alcançar o meu sonho.

Aos meus amigos, Jhonathan, Aranin, Juciara, Camila e Stefânia, por toda força e orientações que me deram no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológica da UNIVASF, na pessoa da professora e coordenadora Patrícia Nicola e todos os professores que foram de fundamental importância para o meu crescimento profissional e acadêmico.

Ao Hospital Dom Malan por ter me concedido a carta de anuência para realização dessa pesquisa.

As enfermeiras do setor de alojamento conjunto assim como os funcionários do SAME pelo apoio e disponibilização dos documentos e prontuários solicitados.

As puérperas que aceitaram participar da pesquisa, pela paciência em responder o questionário.

RESUMO

Introdução. A gestação é o que garante a perpetuação da vida humana, sendo imperativo à renovação das gerações. Cerca de 90% das gestações evoluem e terminam sem intercorrências. No entanto, como envolvem uma fase de modificações constantes, está sujeita a complicações que requerem atenção da equipe multidisciplinar de saúde. **Objetivo.** Avaliar a qualidade do pré-natal e a sua relação com intercorrências no parto e pós-parto de puérperas atendidas no Hospital Dom Malan. **Metodologia**. Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo, exploratório, de cunho epidemiológico e de abordagem quantitativa. A pesquisa envolveu 450 puérperas atendidas no hospital Dom Malan no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017. Após aplicação do instrumento de coleta de dados os prontuários maternos e dos recém-nascidos foram analisados para investigação das complicações que surgiram durante o período de internação. As participantes foram selecionadas aleatoriamente por meio de sorteios diários. Os resultados obtidos foram tabulados em uma planilha do Excel e as vaiáveis cruzadas no SPSS 20.0 através das medidas de tendência central e os testes R de Pearson, Qui-Quadrado e o teste U de Mann-Whitney, os quais foram analisados pela pesquisadora. **Resultados**. O perfil epidemiológico da amostra caracterizou-se pela prevalência de puérperas adultas-jovens, cor parda, estado marital casada ou em união estável, um filho, ocupação dona de casa, residentes da zona urbana, petrolinenses, com baixa condição de moradia, possuindo renda média de um salário mínimo. Os resultados apresentam efeito benéfico do pré-natal de qualidade na redução de complicações encontrando-se relação de significância entre: dias de internação do RN e o número de consultas; dias de internação do RN e o perímetro cefálico; idade materna e o número de partos; número de consultas e o perímetro cefálico, e a estatura do RN; IG e o perímetro cefálico; quantidade de abortos e o teste Apgar no 5º minuto; o quantitativo de dias de internação da mãe e a idade materna. A realização completa dos exames do pré-natal tem influência significativa sobre a IG, sobre o perímetro cefálico, sobre a estatura do bebê, o apgar 5º min e sobre a internação do RN. Notou-se diferença significativa entre os grupos acompanhamento completo e incompleto nos quesitos: Prematuridade; Rotura Prematura de Membranas; Oligoâmino; presença de complicações e internação materna em UTI. **Conclusões.** Com esse estudo fica nítido a importância da consulta pré-natal de qualidade para o desfecho favorável da gravidez atual tanto para a mãe como para o recém-nascido reduzindo, consequentemente, os índices de mortalidade materna e neonatal.

Palavras Chave: Cuidado Pré-natal, Gravidez, Obstetrícia, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction. Gestation is what guarantees the perpetuation of human life, being imperative to the renewal of generations. About 90% of pregnancies evolve and end without complications. However, because they involve a phase of constant changes, it is subject to complications that require attention from the multidisciplinary health team. **Goal.** To evaluate the quality of prenatal care and its relation with intercurrences in the delivery and postpartum of puerperal patients attended at Dom Malan Hospital. **Methodology**. This is a field study, descriptive, exploratory, epidemiological and quantitative approach. The study involved 450 puerperal women attending the Dom Malan hospital from November 2016 to February 2017. After the application of the data collection instrument, the maternal and newborn records were analyzed to investigate the complications that occurred during the hospitalization period. Participants were selected randomly by means of daily sweepstakes. The results were tabulated in an Excel spreadsheet and cross-correlated in SPSS 20.0 through the central tendency measures and the Pearson R tests, Chi-Square and the Mann-Whitney U test, which were analyzed by the researcher. **Results.** The epidemiological profile of the sample was characterized by the prevalence of young adult female, brown, married or stable marital status, a child, housewife occupation, urban residents, people of low income living with income average of one minimum wage. The results show a beneficial effect of quality prenatal care in the reduction of complications, with a relationship of significance between: days of hospitalization and the number of visits; days of hospitalization of the newborn and cephalic perimeter; maternal age and number of births; number of visits and cephalic perimeter, and RN height; GI and cephalic perimeter; number of abortions and the Apgar test in the 5th minute; the number of days of hospitalization of the mother and the maternal age. The complete accomplishment of prenatal examinations has a significant influence on GI, cephalic perimeter, baby's stature, apgar 5º min and on the hospitalization of the newborn. There was a significant difference between the complete and incomplete follow-up groups in the following categories: Prematurity; Premature Membrane Break; Oligoâmino; presence of complications and maternal hospitalization in ICU. **Conclusions.** This study makes clear the importance of quality prenatal consultation for the favorable outcome of the current pregnancy for both the mother and the newborn, thus reducing maternal and neonatal mortality rates.

Keywords: Prenatal Care, Pregnancy, Obstetrics, Women's Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Comparação entre o grupo puérperas adolescentes que fizeram o pré-natal completo e o grupo de adolescentes que fizeram o pré-natal incompleto, quanto ao quesito gestação desejada ou indesejada. 51

Tabela 2- Descrição socioeconômica da amostra dos grupos de acompanhamento completo e incompleto. 53

Tabela 3- Diferença comparativa entre os grupos de acompanhamento completo e incompleto em relação a boa qualidade de vida e o número de consultas. 58

Tabela 4- Relação entre a gravidez de alto risco e risco habitual com o número de cesarianas entre os grupos de pré-natal complete e incompleto. 60

Tabela 5- Caracterização dos grupos de acompanhamento completo e incompleto, quando a realização de exames, vacinação e idade gestacional de cada um. 62

Tabela 6- Comparação entre os grupos de acompanhamento completo e incompleto em relação à diabetes gestacional e hipertensão gestacional, levando em consideração apenas as gestantes que tiveram essas patologias, do total de cada grupo. 64

Tabela 7- Caracterização dos grupos quanto às complicações maternas durante o parto e pós-parto. 67

Tabela 8- Complicações neonatais que ocorreram em ambos os grupos, tanto no de acompanhamento completo quanto no incompleto. 71

Tabela 9- Diferenças significativas entre os grupos de acompanhamento completo e incompleto com as seguintes variáveis: Prematuridade, Rotura Prem, Oligoâmino, Complicações, UTI. 76

LISTA DE SIGLAS

BPN -	Baixo Peso ao Nascer
CIUR -	Crescimento Intrauterino Restrito
CMM-	Comitês de Mortalidade Materna
CNDM-	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNMM-	Comissão Nacional de Morte Materna
DATASUS-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHEG-	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DPP-	Descolamento Prematuro da Placenta
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
GM/MS-	Gabinete do Ministro/MS
HAS-	Hipertensão arterial sistêmica
HELLP-	Hemolytic anemia Elevated Liver enzymes Low Platelet count;
IG-	Idade Gestacional
IMC -	Índice de Massa Corpórea
NV-	Nascidos Vivos
ODM-	Oito Objetivos do Milênio
OMS-	Organização Mundial da Saúde
ONU-	Organização das Nações Unidas
PAISM-	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN-	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMAQ-AB-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISM-	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNC-	Pré-natal Completo
PNI-	Pré-natal Incompleto
RAS-	Rede de Atenção a Saúde
RMM-	Razão de Mortalidade Materna

RN- Recém-nascido

SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

USG- Ultrassonografia

VDRL- Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 OBJETIVOS 15
2.1 Objetivo geral 15
2.2 Objetivos específicos 15
3- REVISÃO DE LITERATURA 16
3.1 - Perfil epidemiológico das gestantes 16
3.1.1. Período gestacional 16
3.1.2. Aspectos socieconômicos das gestantes 18
3.1.3. Dados epidemiológicos 20
3.2. Politicas de atenção à saúde da mulher 22
3.3. Visão geral do pré-natal 28
3.3.1. Cobertura pré-natal 30
3.3.2. Qualidade do pré-natal 32
3.3.3. Importância do pré-natal 34
3.4. Intercorrências e complicações na gestação 38
4 MATERIAIS E MÉTODOS 45
4.1. Tipo de pesquisa 45
4.2. Local do estudo 45
4.3. População e amostra 46
4.4. Critérios de inclusão 47
4.5. Técnica e instrumento de coleta de dados 47
4.6. Período e etapas do desenvolvimento da pesquisa 48
4.7. Técnica de organização e análise dos dados 48
4.8. Aspectos éticos 49
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 50
5.1 Perfil sociodemográfico das participantes 50
5. 2 Dados do pré-natal e parto atual 60
5.3 Complicações maternas 66
5.4 Dados e complicações dos recém-nascidos 69
5.5 Análises com significância entre os grupos 72

6.CONCLUSÃO 80
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS 83
8. REFERÊNCIAS.....84
APÊNDICES 97
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....98
APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 103
APÊNDICE C– TERMO DE ASSENTIMENTO 106
ANEXOS 107
ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA 108
ANEXO 2 – PARECER APROVAÇÃO CEP.....109

1 INTRODUÇÃO

A gravidez corresponde o período da vida feminina caracterizado por complexas transformações fisiológicas interpessoais, sociais e emocionais. Na sua maioria ocorrem sem nenhuma complicação. No entanto, como envolvem uma fase de modificações constantes, está sujeita a intercorrências que requerem atenção da equipe multidisciplinar de saúde (WILHELM et al., 2015).

Mesmo que a maioria das gestações transcorra sem intercorrências, estudos assinalam que, mundialmente cerca de 1.500 mulheres morrem a cada dia em virtude de complicações obstétricas, sendo a maioria desses óbitos nos países em desenvolvimento. Estima-se que 26,7% das hospitalizações de mulheres em idade fértil no Brasil sejam derivadas de complicações no ciclo gravídico e puerperal, instituindo-se como severo problema de saúde pública, devido ao transtorno destes óbitos na sociedade como um todo (VERAS; MATHIAS, 2014).

O acompanhamento pré-natal é uma área prioritária da saúde da mulher e corresponde ao programa do Ministério da Saúde que visa suprir as necessidades das gestantes e do concepto. Engloba todo o período que precede o parto, tendo por objetivo prestar assistência integral, universal e com qualidade às gestantes, acolhendo-as desde o início de sua gravidez, momento vivenciado de forma distinta por cada mulher. O acompanhamento é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela equipe multidisciplinar composta, principalmente, por: enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Mesmo o pré-natal contribuindo positivamente para a saúde da mulher e da criança, ainda necessita melhorar a qualidade da assistência prestada. Atualmente, essa necessidade se refere a expansão do acesso das gestantes aos serviços de saúde, que implica na melhoria da qualidade das consultas, principalmente fortalecendo o acolhimento, com intuito de garantir a adesão ao pré-natal e reduzir o quantitativo de intercorrências no momento do parto (SHIMIZU; LIMA, 2009).

O perfil epidemiológico das gestantes e a caracterização dos nascidos vivos são influenciados pelas condições socioeconômicas e sanitárias da localidade onde ocorrem a gestação e o nascimento. O nível de acesso às medidas de prevenção e promoção à saúde está relacionado aos desfechos da gravidez. Pode-se considerar que na maioria das vezes a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão

socioeconômico, o que acaba por restringir o acesso a informações, orientações, cuidado e assistência. O menor grau de instrução predispõe a gestante a ter menos cuidado durante o período gravídico, levando ao início tardio ou mesmo a ausência das consultas de pré-natal, má alimentação, além de hábitos e vícios que não condizem com a gravidez (RAMOS; CUMAN, 2009).

O Ministério da Saúde tem avançado na redução dos óbitos por causas obstétricas diretas por meio de iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da assistência prestada à mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), embasadas em políticas públicas direcionadas a atenção materna e infantil, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. No entanto, as taxas de mortalidade por causas diretas ainda se mantêm elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde (BRASIL, 2012).

O óbito de mulheres em idade fértil por causas associadas à gravidez, parto e pós-parto é, na maioria das vezes, evitável e importante indicador de saúde. Dessa maneira, é de fundamental necessidade conhecer as informações disponíveis para melhor avaliar as causas das mortes, com vistas a reduzir as taxas de mortalidade por meio de políticas públicas (PASSOS et al, 2016).

Caracteriza-se como morte materna todo óbito que ocorre no período puerperal (até 42 dias), em decorrência, sobretudo, de causas obstétricas diretas, como as doenças hipertensivas, com ênfase para a eclâmpsia, e transtornos hemorrágicos, evidenciando a precisão de atenção integralizada e de qualidade para a gestante, desde o pré-natal até o puerpério (BOTELHO et al., 2014).

No Brasil, as complicações que possuem maior ênfase são aquelas relacionadas à hipertensão gestacional, hemorragias após o parto e infecções. Os problemas de saúde já existentes antes da gravidez podem aumentar a probabilidade de intercorrências materno-fetais, por isso a necessidade de acompanhamento destes problemas durante o período gravídico (CABRAL et al., 2011).

Dentre as principais intercorrências durante o trabalho de parto, parto e nascimento conforme estudo realizado por Leal et al. (2017), encontram-se: interatividade, oligoidrâmnio, desproporção cefalo-pélvica, distocia, amniorrexe prematura, pós-datismo, hemorragia pós-parto, óbito fetal, apresentação pélvica, eclampsia e parto prematuro.

Conforme Santos e Matão (2015), 23,6% dos óbitos maternos são por doença hipertensiva, ao passo que em segundo lugar, encontram-se as infecções com 8,1%; hemorragias no parto (8,0%); seguido das complicações de aborto (7,4%). A elevação do quantitativo de mortes maternas nos últimos anos demonstra a necessidade de se intensificar o acompanhamento das gestantes, o que pode ser realizado por meio de consultas de pré-natal. (SANTOS; MATÃO, 2015).

Sem um pré-natal adequado, as patologias pré-existentes podem direcionar a gestação para uma situação de alto risco para a mãe e o feto. Na gravidez, a atenção primária envolve a promoção da saúde, prevenção de doenças e o tratamento das intercorrências ocorridas durante o período gravídico até o pós-parto, garantindo um trabalho de parto mais seguro (REZENDE; SOUZA, 2012).

O interesse pelo tema surgiu devido aos altos números de complicações no parto presentes na região de Petrolina, Juazeiro e municípios vizinhos. Apesar de se ter uma maternidade referência em alto risco, percebe-se que ainda existe morte materno/fetal na região, o que é considerado como um problema de saúde pública. Conforme busca realizada no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referente ao ano de 2015, foram notificados 180 óbitos fetais por todas as causas e 5 óbitos maternos relacionados ao parto e puerpério no município de Petrolina/Pe.

Ressalta-se que, a despeito da dimensão do problema, há uma ausência de estudos com essa ênfase na região pretendida. E quando investigado a relação entre os fatores biológicos e socioeconômicos com o aumento do absenteísmo nas consultas de pré-natal não foi encontrado nenhum artigo significante. No entanto, foram encontrados artigos que relacionam tais fatores com as complicações na gestação e no parto. Esta proposta traz informações valiosas para o enriquecimento

Assim, para que haja uma gravidez com menos complicações, é preciso identificar os possíveis fatores de risco que podem ampliar a morbimortalidade materna e fetal, e intervir neles de forma precoce. Pensando nisso, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade do pré-natal e a sua relação com intercorrências no parto e pós-parto de puérperas atendidas no Hospital Dom Malan.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade do pré-natal e a sua relação com intercorrências no parto e pós-parto de puérperas atendidas no Hospital Dom Malan.

2.2 Objetivos específicos

1. Criar perfil epidemiológico das puérperas em estudo;
2. Descrever dados sobre o acompanhamento pré-natal;
3. Identificar intercorrências durante o trabalho de parto/pós-parto;
4. Associar intercorrências durante o trabalho de parto e pós-parto ao quantitativo de consultas de pré-natal;
5. Investigar os fatores socioeconômicos contribuintes para a não realização das consultas de pré-natal de maneira eficaz;
6. Verificar a garantia de acesso a exames durante o pré-natal;

3- REVISÃO DE LITERATURA

3.1 - Perfil epidemiológico das gestantes

3.1.1. Período gestacional

A gestação é o que garante a perpetuação da vida humana, sendo imperativo à renovação das gerações, e representa o período de formação de um novo ser. É composto por três momentos: concepção (fecundação do ovócito, normalmente nas tubas uterinas), período gravídico (geralmente dura em média 40 semanas) e o parto. O período gravídico é uma fase de preparação psicológica e física para o nascimento (COUTINHO et al., 2015). O processo gestacional é um estado fisiológico da mulher e sua evolução normalmente ocorre sem complicações (DOS SANTOS et al., 2017). Tais mudanças demandam um acompanhamento integral e contínuo por parte da equipe multiprofissional (REZENDE; SOUZA, 2012).

Por meio de observações clínicas e dados estatísticos, percebe-se que 90% das gestações evoluem e terminam sem intercorrências. Tais gestações são classificadas como sendo de baixo risco, risco habitual, ou fisiológico. Outras, no entanto, iniciam apresentando agravos à saúde ou estes surgem no decorrer da gravidez. Nesses casos, existe uma maior probabilidade de terem desfechos desfavoráveis para a mãe e/ou feto (RONDON; EVANGELISTA; DOS SANTOS, 2013).

Gestantes que apresentou alguma enfermidade, problema ou agravo à saúde compõem o grupo denominado de alto risco. Este se fundamenta no fato de os indivíduos possuírem probabilidades diferentes de adoecer e morrer (BRASIL, 2012). Toda mulher é passível de desenvolver uma gestação de alto risco, seja por causas fisiológicas e/ou psicológicas sérias, discrepâncias dos determinantes socioeconômicos e ausência de assistência à saúde (MARTINS et al., 2012).

Conforme Leal et al. (2017), a gravidez de alto risco pode ser detectada precocemente nas primeiras abordagens pré-natais, levando-se em consideração os vários fatores de risco categorizados em: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas, que requerem técnicas mais especializadas. Essa categorização é necessária para que se possa detectar a priori os riscos que

as gestantes estão expostas e direcionar assistência adequada capaz de se obter resultados satisfatórios para o binômio mãe e filho. Deve-se levar em consideração, ainda, que nem todos possuem a mesma probabilidade de morbimortalidade, não sendo todas as gestações que oferecem riscos (BRASIL, 2012).

A designação “gravidez de alto risco” é abrangente, pois se refere a qualquer circunstância que pode intervir na evolução normal de uma gestação. Muitos fatores podem interferir na estimativa de risco gestacional. Esses fatores podem ser identificados desde período pré-concepcional, sendo de muita valia, o investimento em programas assistenciais de atenção às futuras gestantes, a fim de preparar o organismo materno para uma gravidez com maior tranquilidade (REZENDE; SOUZA, 2012).

De acordo com estudo realizado por Laurenti et al. (2015), das patologias detectadas na gravidez, foram referidas 1,76 problemas por mulher. Alguns desses problemas foram: infecção urinária (29,7%) e a anemia (13,2%), que, na maioria dos casos, confirmou-se por meio de exames laboratoriais. Por isso a necessidade de repetição dos exames laboratoriais no segundo trimestre e suplementação com sulfato ferroso como profilaxia do agravamento dessas patologias. Por mais que as complicações sejam as mesmas, as consequências podem variar de acordo com o perfil socioeconômico no qual a gestante está inserida (PIMENTA et al., 2012).

Infelizmente, a atual realidade dos serviços de saúde nem sempre condiz com às necessidades de saúde e expectativas sentidas pelas gestantes por não dispor, muitas vezes, de profissionais capacitados para o atendimento e educação em saúde no período gestacional. Para que a assistência à saúde corresponda aos anseios das grávidas, faz-se necessário que se dê início a uma nova forma de planejamento e avaliação do que é oferecido e nesta a perspectiva, a percepção e a experiência vivida pelas gestantes dentro destes serviços devem ser valorizadas. Além disso, é claro, é preciso passar a entender o período gravídico como um fenômeno vivenciado de forma particular e individualizado, pois tanto mãe como filho representa a razão da existência dos serviços de saúde de atenção obstétrica (DE LIMA SANTOS; TRINDADE RADOVANOVIC; SILVA MARCON, 2010).

Diante disso, percebe-se o valor das consultas de pré-natal frente ao acolhimento da mulher no fornecimento de explicações e respostas as inquietações vivenciadas. Uma consulta de qualidade serve como suporte ao sanar os sentimentos de medo, angústias, fantasias ou, simplesmente, a curiosidade de saber

sobre as alterações fisiológicas no seu corpo durante a gravidez (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). A consulta de pré-natal deve ser qualificada e assumir um caráter de atenção integral e humanizada, a fim de suprir ao máximo as necessidades vividas pelas gestantes.

O período gravídico é considerado como determinante do estado de saúde da mulher. Em algumas situações, este momento corresponde a única oportunidade de contato com os serviços de saúde que a mulher em idade reprodutiva terá e para o qual se espera uma assistência direcionada à promoção da saúde da mulher, orientação e rastreamento de enfermidades (COSTA et al., 2010).

3.1.2. Aspectos socieconômicos das gestantes

A caracterização do perfil epidemiológico da gestante constitui uma medida relevante para a obtenção de dados que possam nortear o planejamento de ações de saúde, visando melhorar a qualidade da atenção prestada a essa parcela da população. Dentre as variáveis que influenciam no processo de adoecimento, conhecer os dados epidemiológicos da amostra em estudo, possibilita a prestação de cuidado integral, específico e eficaz no atendimento desse grupo (RENNER et al., 2015).

De acordo com pesquisa realizada por Fernandes et al. (2017) no banco de dados do DATASUS, usando como fonte das informações o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), obteve-se 2.904.027 nascidos vivos no Brasil em 2013, sendo que destes, 19,2% eram de mães com idade entre 10 a 19 anos de idade, evidenciando o problema nacional da gravidez na adolescência.

A adolescência corresponde ao período de transição da infância para a idade adulta, é marcada por alterações biológicas, psíquicas e sociais. O processo de mudança não é um fenômeno linear, mas gradativo, uma vez que a adolescente vai conseguindo maior autonomia e independência, exigindo-se novas competências e comportamentos. A gravidez precoce gera o estabelecimento da identidade e feminilidade, além disso, pode causar instabilidade emocional e o feto é considerado como prova para adquirir independência dos pais. Essas adolescentes podem apresentar pensamentos ambíguos como os de culpa e orgulho e fantasias de idealização do futuro em ser uma mãe exemplar e ter o amor do filho (DAVIM; DA COSTA DAVIM, 2016).

Os problemas relacionados à gravidez precoce abrangem diversos âmbitos da vida da adolescente, dentre estes estão: piores condições de vida (interações familiares fragilizadas), nível socioeconômico baixo, índice de escolaridade precário e falta de sucesso profissional. Apesar da baixa renda familiar não ser o único fator de risco para a gravidez na adolescência, percebe-se que essa problemática é mais frequente no contexto de vulnerabilidade social e a falta de oportunidades (RIBEIRO et al., 2016).

Existem muitos contribuintes para a ocorrência da gravidez na adolescência, como: dificuldade ou ausência de diálogo e informação no espaço familiar; inadequação na transmissão desse assunto nas escolas; insuficiência nos serviços de saúde que interligam o planejamento familiar com a sociedade e precariedade das políticas públicas que visem conscientizar as adolescentes da relevância da anticoncepção nessa fase da vida, uma vez que interfere em toda dinâmica familiar futura, quer seja ela social, emocional, biológica; ou que lhes permitam fazer o seu planejamento familiar (CORTEZ et al., 2013).

Os fatores socioeconômicos dos pais também são apontados por Fernandes e Da Costa (2016) como influenciadores da mortalidade infantil. Essa taxa ainda pode sofrer interferência do nível de educação, renda familiar, acesso aos serviços de saúde, entre outras. Em contrapartida, a redução das mortes infantis está associada ao aumento da cobertura vacinal e da assistência pré-natal, declínio da fecundidade, aumento da escolaridade das mães e o aleitamento materno (AM).

Macedo et al. (2017) também verificou que os fatores sociodemográficos funcionam como fatores de risco associados ao desenvolvimento da sífilis congênita. Dentre estes, destacou-se a pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal. Isso aponta que a Sífilis está relacionada com a pobreza, embora não se limite a ela. Igualmente importantes são os comportamentos que vulnerabilizam as mulheres associando-se a um maior risco de desenvolvimento da Sífilis como precocidade da primeira relação sexual e da gestação, elevado número de parceiros sexuais, não adesão às práticas de sexo seguro, uso de drogas ilícitas e psicoativas, entre outros. Algumas dessas situações são potencializadas quando associadas ao insuficiente acesso aos serviços de saúde.

Os fatores sóciodemográficos e a caracterização do perfil epidemiológico das grávidas são vitais para determinação dos resultados sobre a saúde materna e infantil, uma vez que os dados socioeconômicos se estabelecem como

influenciadores diretos ou indiretos no desfecho gestatório, podendo ser positivo ou negativo (BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009).

3.1.3. Dados epidemiológicos

Levando em consideração a heterogeneidade brasileira, quer pelo acesso às ações e serviços de saúde, quer pelas condições socioeconômicas e culturais, entende-se que a caracterização epidemiológica da população feminina apresente distintas características ao se comparar as regiões do Brasil, evidenciando a necessidade do olhar individualizado e integrativo para as necessidades gravídicas (BRASIL, 2011).

Das aproximadamente 120 milhões de mulheres que engravidam por ano no mundo, mais de meio milhão delas vêm à óbito por complicações durante a gravidez ou parto. Tais complicações tendem a diminuir quando há um completo acompanhamento pré-natal (TAVARES, 2014).

Os óbitos maternos podem ser classificados de acordo com as causas obstétricas, sendo diretas ou indiretas. As mortes por causas diretas são resultado de intercorrências iniciadas durante o período gravídico, parto ou puerpério, podendo ser causadas por procedimentos indevidos, omissões, tratamento incorreto ou de uma gama de eventos associados a qualquer um desses fatores. Já as mortes por causas indiretas decorrem de morbidades prévias ou que se desenvolveram durante a gravidez e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da mesma, como problemas circulatórios e respiratórios. A mortalidade por causas diretas declinou 56% no período de 1990 a 2007. Em contrapartida, os óbitos por causas indiretas ampliou 33%, de 1990 a 2000, e se estabilizou entre 2000 a 2007 (BRASIL, 2012).

Nos dias atuais, cerca de 70 a 150 mulheres morrem em cada 100 mil nascidos vivos por causa relacionada à gestação e ao parto. Vale ressaltar que 90% dessas mortes seriam evitáveis caso as gestantes recebessem cuidado especializado em tempo hábil. A morte materna é tida como uma das mais severas violações dos direitos humanos, por ser uma tragédia, na maioria das vezes, evitável, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (REZENDE; SOUZA, 2012).

De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), a cada minuto morre uma mulher de alguma intercorrência durante a gravidez ou no momento do

parto e puerpério, o que significa mais de 500 mil mortes ao ano, sendo 95% dessas mortes nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, entre os quais o Brasil está inserido (BRASIL, 2007).

O coeficiente de mortalidade materna no Brasil em 2005 foi de 74,7/100 mil nascidos vivos (NV) e reduziu para 68,7/100 mil em 2008. Na região Sul, em 2005, o coeficiente foi de 55,1/100 mil nascidos vivos e passou para 54,4/100 mil em 2008. Estes índices são significativamente altos quando comparados com as taxas de mortalidade materna de países desenvolvidos como os Estados Unidos e Canadá, nos quais os índices são inferiores a nove óbitos por 100 mil nascidos vivos. Outro dado significativo e que merece destaque é a taxa de mortalidade neonatal brasileira, que em 2007, foi de 8,27 mortes por mil nascimentos e teve uma discreta redução para 7,4/mil em 2010 (CERON et al., 2013).

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série.

A necessidade de melhorar a saúde materna tem sido discutida em todo o mundo e faz parte dos Oito Objetivos do Milênio (ODM), sendo uma de suas metas a redução da razão de mortalidade materna em três quartos, entre 1990 e 2015. No mundo, todos os anos, aproximadamente oito milhões de mulheres apresentam complicações relacionadas à gravidez e cerca de meio milhão de mulheres morrem por este motivo. De acordo com o Relatório dos Objetivos do Milênio de 2013, divulgado pela ONU a respeito do declínio da mortalidade materna ocorrido desde 1990, o mundo não alcançará, em geral, essa meta. O Brasil também enfrenta grandes desafios para atingir essa meta. Contudo, é necessário frisar que o desempenho do Brasil foi melhor que a média registrada nas nações em desenvolvimento e na América Latina (SILVA et al., 2016). O MS apresentou um relatório notificando o declínio de óbitos maternos no período de 1990 a 2007:

> Houve redução em todas as principais causas de morte materna. Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, 58,4%; por infecções puerperais, 46,8%; por aborto, 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto e pelo

> puerpério, 50,7%. Mas ainda é preocupante a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas. (BRASIL, 2012, pág. 20).

A maioria dos óbitos relacionados com a função reprodutora ocorre devido à hipertensão na gravidez, à hemorragia, à infecção puerperal, as complicações no trabalho de parto e aborto, sendo que tais complicações, geralmente, são evitáveis por meio de cuidado adequado à mulher no ciclo gravídico-puerperal. No entanto, a assistência pré-natal prestada no Brasil é considerada de baixa eficácia e as deficiências encontradas revelam um importante problema de saúde pública, estando diretamente associado aos altos índices de morbimortalidade materna no país (BRASIL, 2012).

Diante desta realidade, visando contribuir para a redução da problemática, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, dentre outras políticas de saúde. Com isso, visa-se qualificar e humanizar o atendimento a gestante, além de reduzir as taxas de cesarianas no país, que chegam a 40%. Assim, possibilitará que os serviços de saúde garantam uma gravidez mais segura e um parto com o mínimo de intercorrências possíveis para o binômio mãe e recém-nascido (CERON et al., 2013).

3.2. Politicas de atenção à saúde da mulher

O termo, políticas públicas, pode ser conceituado como a resposta do Estado a problemas relacionados à sociedade. De acordo com Diniz e Voese (2016) “São diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”. Em outras palavras, são políticas sistematizadas, direcionadas ou elaboradas em documentos próprios que orientam ações voltadas ao público alvo, e que geralmente utilizam recursos públicos.

No campo da ação social, as políticas públicas têm por função deliberar as normas que regem a assistência prestada aos usuários dos serviços públicos, objetivando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo. O caminho percorrido para elaboração e consolidação dessas políticas deve levar em consideração a dinamicidade das interações sociais, que geram novas necessidades de saúde, assim como a materialização das políticas

que apenas se dá por meio da ação concreta de diversos atores sociais e de atividades institucionais (FERRAZ; KRAICZYK, 2017).

No Brasil, a formulação de políticas públicas destinadas à saúde da mulher é consequência das intensas transformações vividas pela sociedade nas últimas décadas, por meio do ativismo feminino associados ao movimento sanitarista, ambos comprometidos com a filosofia de saúde (SANTOS et al., 2015).

Uma análise histórica sobre as políticas públicas de saúde da mulher no Brasil revela que, até a década de 1970, priorizou-se o período gravídico da mulher, ao invés de acompanha-la em todas as fases da vida e de maneira holística. Na década de 1920 as políticas de proteção da saúde de mãe e filho teve seu principal marco, mas a formulação do Ministério da Saúde apenas se deu em 1953, o que norteou assistência materno-infantil em todo território nacional (REZENDE; SOUZA, 2012).

Em 1960 vários países voltaram o olhar para o controle da taxa de natalidade. Assim, o Estado direcionou seus esforços para às mulheres em idade fértil, enfatizando os programas de “controle da natalidade” no final dos anos 70, em detrimento das demais necessidades femininas. As mulheres foram reduzidas a meras progenitoras, ficando relegadas a segundo plano. Contudo, a preocupação com os direitos reprodutivos da mulher e a visão holística das mesmas surgiram das reivindicações e do processo constitucional, garantindo o reconhecimento dos direitos humanos e reprodutivos da mulher (DE FREITAS, 2009).

Ainda nos anos 1970, por meio das diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil, foram estabelecidos programas de assistência à gravidez de alto risco, parto e puerpério, além do incentivo ao aleitamento materno e à nutrição da genitora. Em 1978, o Ministério da Saúde elabora o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, viabilizando o cuidado especializado a esse tipo de gravidez (REZENDE; SOUZA, 2012).

Só no decorrer da década de 1980 que as políticas de saúde da mulher ganharam outro cunho, deixando à parte o enfoque minimalista de atendimento à mulher apenas no período gravídico. Assim, passou-se a valorizar a saúde integral das mulheres por meio da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o escopo de inclusão da assistência à mulher desde a

adolescência até a velhice, passando a respeitar e comprometer-se com os seus direitos (FURTADO JORGE et al., 2015)

As bases filosóficas do PAISM introduziram outras considerações em relação à saúde da mulher, como a atenção integral e a autonomia corporal através do empoderamento feminino, ações que deveriam ser incentivadas e discutidas nas atividades educativas articuladas com o PAISM (ANVERSA et al., 2012).

Os Comitês de Mortalidade Materna (CMM) foram instituídos pelo Ministério da Saúde diante das constantes transformações vividas no cenário político e social. Os CMM são de natureza interinstitucional e multiprofissional e objetivam investigar todos os óbitos maternos com discrição, porém apontando medidas interventivas de profilaxia (SOARES; MARTINS, 2006).

Os CMM são considerados como as instâncias mais apropriadas para averiguar as conjunturas das mortes maternas. O estabelecimento dos comitês nas esferas municipais e estaduais no Brasil foi através do Ministério da Saúde em parceria com Organização Pan-Americana da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância no fim dos anos 80. Esses comitês agrupam instituições governamentais, sociedade civil organizada e universidades ligadas à área da saúde da mulher, possuindo como metas prioritárias a averiguação da dimensão da mortalidade materna e seus determinantes, afora o intuito de sugerir e acompanhar as medidas que previnam a ocorrência das mortes por causas evitáveis (VEGA et al., 2017).

No ano de 1985, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi fundado, vinculado ao Ministério da Justiça. Em 2003 transformou-se em um órgão colegiado de caráter consultivo da Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, possuindo como máxima a promoção de políticas para erradicar o preconceito contra a mulher e assegurar a participação feminina em diferentes campos da sociedade (BRASIL, 2004).

No governo do presidente Itamar Franco, em 1994, foi criada a Comissão Nacional de Morte Materna (CNMM), formada por representantes de sociedades científicas, organizações governamentais, movimentos de mulheres e técnicos da área, com o intuito de formular o diagnóstico da morte materna no país e sugerir orientações para o declínio dessa mortalidade (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Pontes et al. (2014) afirma que, no ano 2000, para minimizar os elevados índices de morbimortalidade materna e neonatal, o Ministério da Saúde criou o

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que visa garantir a qualidade da consulta pré-natal, engajado em melhorar a saúde global das gestantes e declinar a mortalidade infantil até 2015 para que, assim, os objetivos do milênio, propostos pela OMS, sejam alcançados. No ano de 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi apontado como uma das primazias do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito da saúde da mulher, pode-se destacar a desigualdade social como fator de risco para as mulheres brasileiras, uma vez que o desequilíbrio cultural tem se projetado nas leis elaboradas pelos legisladores e nos contextos sociais, o que evidencia outras desigualdades e também fragmenta e fragiliza a saúde das mulheres. Atualmente, o termo saúde da mulher é abrangente, englobando os direitos humanos e a cidadania como carentes de enfoque direcionados para reais necessidades. A atenção integral a mulher, caracteriza-se por possuir uma visão global das mesmas, acompanhando-as em todas as fases de sua vida e não apenas pela ocasião da doença. “Envolve estabelecer um processo de cuidado que articule, de modo a não alterar as ações de promoção à saúde, prevenção do agravo, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e reabilitação” (SANTOS et al., 2015).

Em 2004, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi criada pelo Ministério da Saúde, agregando a abordagem de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, esquadrinhando concretizar progressos no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, com enfoque no aperfeiçoamento da assistência materna, no planejamento familiar, na prestação de cuidado ao abortamento inseguro e na luta contra a violência doméstica e sexual (FURTADO JORGE et al., 2015).

O quarto objetivo do milênio proposto pela OMS, é referente à diminuição em dois terços da mortalidade infantil até 2015 (crianças com menos de cinco anos), tendo como parâmetro os dados de 1990. A partir da década de 90, houve um declínio considerável da mortalidade infantil, com decréscimo de 77% das mortes nesse público, ultrapassando, dessa maneira, o quarto objetivo do milênio antes do prazo estipulado (UNICEF, 2014).

Dentre as mais recentes tendências mundiais no campo da saúde da mulher, dá-se ênfase desde 1º de janeiro de 2016 para a proteção dos direitos humanos com promoção da igualdade de gênero e empoderamento feminino, associados à obtenção do acesso universal ao cuidado de qualidade, com

enfoque no declínio da mortalidade materna, neonatal e infantil, com o intuito de dirimir todas as mortes evitáveis antes de 2030 (BRASIL, 2016).

A instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, em 2005, esboça a importância da autonomia inerente à parturiente em todas as fases da atenção fornecida, adotando como princípios norteadores o protagonismo das pacientes, com responsabilização mútua das ações, solidariedade dos relacionamentos desenvolvidos, direito dos clientes e coparticipação na gestão (CARVALHO et al., 2012).

O Pacto pela Saúde, firmado por meio da Portaria GM/MS nº 399/ 2006, estabeleceu-se como um símbolo do empenho e investimento do Estado na melhoria da qualidade da assistência prestada nos serviços públicos (SUS), com a descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde. O Pacto pela Saúde engloba três esferas: Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS (GIOVANNI, 2013).

A Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, firma a Rede Cegonha como ampliadora do acesso das usuárias aos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como a assistência à criança até completar dois anos de vida. A Rede Cegonha surgiu como uma das cinco redes prioritárias nas políticas de saúde do Brasil, reforçando a necessidade de atenção integral a saúde da mulher, vista durante muito tempo, exclusivamente, como reprodutora. Com a Rede Cegonha, reforçou-se a valorização da mulher, e a compreensão de todas as suas necessidades, efetivando o cuidado em todo o ciclo vital. Esta estratégia tem como objetivo enfatizar a precisão de revisar os processos dos cuidados prestados nas maternidades brasileiras (RATTNER, 2014; GOMES, 2014).

A Rede Cegonha engloba todas as esferas desde o pré-natal ao puerpério, bem como a assistência integral ao RN. Esta política também propõe à gestão do cuidado, ao agregar os dispositivos da PNH (Política Nacional de Humanização), como o acolhimento com classificação de risco; o projeto terapêutico singular; equipe multiprofissional de saúde com discussões transdisciplinares e complementares; assistência humanizada e práticas com base em evidências científicas (OLIVEIRA, 2017).

As políticas públicas, por mais que ofereçam a possibilidade de lutar frente aos processos de exclusão e visem dirimir as desigualdades sociais, no tocante

> à proteção das mulheres negras, infelizmente, ainda não são satisfatórias no quesito serviços de saúde e preconceito racial. Inclusive, pode-se dizer que os governantes brasileiros se detêm às normativas, contudo, não necessariamente as adaptam a metas legais e aplicáveis. Como consequência disso, ocorre a perpetuação dos processos de exclusão. Sendo assim, é imprescindível que as políticas públicas, bem como a política de saúde se irmanem no pleiteio da implementação do direito à igualdade, e assim garantam assistência as gestantes de maneira universal e igualitária, conforme estabelecido nas diretrizes do SUS (MACHADO et al., 2016).

A melhoria da saúde humana é um objetivo mundial antigo. Em 1970, a OMS enfatizou o Programa "Saúde para todos no ano 2000", que ponderava a necessidade de minimizar, prioritariamente, os óbitos, muitas vezes preveníveis, de mães e neonatos. Mesmo após a redução da mortalidade materna e infantil, no ano 2000, as Nações Unidas convidaram a sociedade civil e governos a olhar com atenção alguns desafios que o planeta enfrentava e convidou todos a se engajarem em prol dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: metas a serem atingidas até o ano de 2015, dentre os quais a redução da mortalidade materna e infantil continuava a figurar como altamente desejável. No Brasil, infelizmente, o indicador de mortalidade materna ainda está aquém do desejado, embora a mortalidade infantil esteja em notável diminuição (LAURENTI et al., 2015).

Frente a isso, diversas políticas públicas e programas foram implantados visando diminuir ou mesmo erradicar todos os óbitos de mães e crianças por causas evitáveis. É perceptível que a mortalidade materna não atingiu a meta pactuada de reduzir em 75% até 2015, levando em consideração os indicadores de 1990. Já a mortalidade infantil atingiu admirável declínio, em especial devido ao acompanhamento pós-neonatal. A qualidade da assistência obstétrica prestada é uma importante aliada para o alcance de avanços na saúde de mãe e filho, principalmente aqueles cuidados fornecidos no momento do parto, uma vez que a maioria dos óbitos ocorre em ambiente hospitalar (BITTENCOURT et al., 2014).

Desse modo, acredita-se que a assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde as grávidas deve adotar perfil humanizado, com escuta qualificada e empoderamento feminino, no intuito de servir as usuárias com dignidade e respeito, considerando-as como protagonistas no cenário da atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Houve aumento expressivo da população feminina em idade fértil no Brasil nas últimas décadas, alcançando uma taxa de 58.404.409, o que significa que 65% de todas as mulheres podem engravidar a qualquer momento. Isso leva o SUS a adotar medidas de atenção as gestantes, inclusive com a criação de políticas públicas que englobem a atenção à saúde da mulher em todas as fases da vida, incluindo a atenção pré-natal e puerperal, com a finalidade de promover o acesso e o encaminhamento da gestante as Redes Integradas de Atenção a Saúde obstétrica e neonatal, e, além disso, cuidado humanizado, para promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o período do parto (FURTADO JORGE et al., 2015). Para redução das causas diretas de morte materna o MS adotou as seguintes medidas:

> Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos podem estar relacionados aos avanços observados na redução das mortes por causas obstétricas diretas. Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde. O alcance da meta proposta no âmbito deste Objetivo de Desenvolvimento do Milênio dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no Brasil (BRASIL, 2012).

Todas as políticas públicas citadas anteriormente têm como objetivo aumentar o acesso às redes de saúde, à cobertura e à qualidade da assistência perinatal. Vale ressaltar que a ênfase dessas políticas está na assistência integral à saúde materna, procurando facilitar o acesso das gestantes a um cuidado adequado (FREITAS et al., 2009).

3.3. Visão geral do pré-natal

O pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos de acompanhamento das gestantes. Conceituado como um conjunto de ações que antecedem ao parto, que tem por finalidade preservar a saúde da grávida e do concepto, assegurando a prevenção e a detecção precoce de intercorrências específicas do período gestatório e o tratamento apropriado dos problemas maternos preexistentes. Além disso, o pré-natal pode corresponder à única oportunidade para as mulheres de receberem assistência em saúde (ROCHA; ANDRADE, 2017; ASTURIANO DA SILVA et al., 2015).

O escopo do acompanhamento pré-natal é garantir o desfecho seguro da gravidez, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, sem choque para o bem-estar da mãe. Incluindo, até mesmo, os aspectos psicológicos, sociais e as atividades educativas de promoção a saúde (BRASIL, 2012). O pré-natal está organizado de maneira hierarquizada e engloba todos os níveis de atenção a saúde, e no decorrer da história tem adquirido papel importante na assistência materna e fetal. As atividades desenvolvidas objetivam investigar todos os fatores capazes de interferir negativamente no bem-estar da mãe e do feto (LEAL et al., 2017).

O pré-natal deve ser entendido como período de preparação biológica e psicológica para o momento do parto e futuramente para o exercício da maternidade. É um momento específico de aprendizagem, cabendo ao profissional dirimir as dúvidas da gestante, adota dessa forma, valor inestimável para o desenvolvimento saudável de mãe e filho. O acolhimento da gravidez, visa receber a mulher em um momento de transição e modificações físicas e emocionais de forma individualizada. O pré-natal vem melhorando a saúde pública através da diminuição das intercorrências tanto no período gravídico quanto no pós-parto, através de consultas periódicas com profissionais qualificados (ROCHA; ANDRADE, 2017).

Atualmente, a consulta de enfermagem na rede básica de saúde é realizada de acordo com roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde, garantida pela Lei do Exercício Profissional e o Decreto nº 94.406/874. Infelizmente, a realidade dos serviços de saúde, nem sempre responde às necessidades de saúde e expectativas sentidas pelas mulheres durante a gestação, pelo fato de, muitas vezes, não dispor de profissionais habilitados a realizar educação em saúde no período gestacional (ROCHA; ANDRADE, 2017).

Para que este tipo de problema seja solucionado, é preciso que se dê início a uma nova forma de planejamento e avaliação do que é oferecido, e nesta, a perspectiva, a percepção e a experiência vivida pelas gestantes dentro destes serviços têm de ser valorizadas, além, é claro, de passar a compreender o período de gestação enquanto um fenômeno experienciado pelo ser humano de forma particular e individualizada, pois elas constituem, junto com seus filhos, a razão da existência destes serviços (MORAIS; DO NASCIMENTO PAZ; DE MATOS, 2017).

O pré-natal é um formidável integrante da atenção prestada às mulheres no período gravídico e puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais. Segundo

recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (VIELLAS et al., 2014).

Diante disso, algumas políticas públicas tem sido implementadas com intuito de aperfeiçoar a atenção prestada pela equipe multiprofissional nas consultas de pré-natal e ampliar o acesso das gestantes à atenção ao parto e puerpério de qualidade (LEAL et al., 2017)

O pré-natal tem sido considerado como o método mais eficaz para que a gestante tenha uma gravidez segura e tranquila, assim, faz-se necessário que os profissionais da saúde, tenham conhecimento e habilidades necessárias para proporcionar uma assistência de qualidade, responsabilidade e eficiência (SILVA, 2015).

3.3.1. Cobertura pré-natal

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi fundado 1994. Desde então, tem apresentado aumento considerável na sua cobertura. Nos primeiros quatro anos de implantação, o PSF prestava assistência à 3,51% da população brasileira. No ano de 2008, esta cobertura ampliou para 56,8%. Isso significa que, em média, 107 milhões de brasileiros passaram a ser atendidos na atenção primária a saúde. Essa cobertura assistencial melhorou em todo o Brasil. Esses dados expressam a melhoria da oferta de serviços prestada pelo PSF, o que colaborou diretamente no aumento da utilização destes serviços pela população em geral, e consequentemente uma melhor cobertura na assistência gravídica (COSTA et al., 2010).

Nos últimos 15 anos, houve uma elevação dos índices de cobertura do pré-natal e do quantitativo de consultas por gestantes. Em 2009, a proporção de grávidas sem nenhum acesso a consulta de pré-natal foi menor que 2% (DOMINGUES et al., 2012). No entanto, um estudo realizado por Malta et al. (2007), com o intuito de avaliar os óbitos em menores de um ano no Brasil no período 1997-2006, usando a lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS, identificou-se o

declínio do coeficiente de todas as mortes evitáveis, exceto aquelas preveníveis por meio da realização do número de consultas de pré-natal, as quais ao invés de reduzir, aumentou 28,6% quando comparado com o ano de 1997, aludindo para baixa qualidade da assistência prestada nessas consultas e enfatizando a necessidade de melhoria.

Dados de abrangência nacional relativos à assistência pré-natal no Brasil são escassos. As informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) demonstram um aumento da cobertura pré-natal no país. Entretanto, esse sistema só permite a análise do número de consultas realizadas, além de se restringir às gestações que resultaram em um nascido vivo. Conforme estudo realizado no período de 2011 e 2012 por Viellas et al. (2014), a cobertura pré-natal nas regiões brasileiras foi de 98,7%. Coberturas menores foram observadas em puérperas residentes na Região Norte (97,5%), podendo ser justificado pela dificuldade de acesso e pelo quantitativo maior de população indígena. A região Nordeste apresentou cobertura pré-natal de 98,5 %, seguido da região Centro-oeste (98,7%), região Sudeste (98,8%). A melhor cobertura de pré-natal foi a da região Sul com média de 99,5%. Apesar do aumento considerável da cobertura pré-natal, ainda é necessário avaliar outros critérios para determinação da qualidade da assistência, como afirmam Nunes et al.:

> Pesquisa de âmbito nacional evidenciou boa cobertura da atenção pré-natal no Brasil, chegando a indicadores universais e quase equânimes entre as regiões. No entanto, cabe ressaltar que a qualidade do acesso, no que diz respeito ao início do pré-natal, ao número de consultas realizadas e à realização de procedimentos básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, deixa a desejar nas várias regiões do país e, principalmente, em determinados grupos populacionais menos favorecidos econômica e socialmente. Consideram-se, além da disponibilidade organizacional e da distribuição geográfica dos serviços de saúde, características individuais como local de moradia, escolaridade, renda e nível socioeconômico como fatores importantes para o acesso das gestantes à assistência pré-natal (NUNES et al, 2016).

Cavalcanti et. al. (2013) apontam alguns fatores como entraves da melhoria de indicadores associados com a saúde materno e infantil. Dentre eles estão: precariedade do financiamento; regulação deficiente nos campos de saúde; fragmentação da assistência; organização inadequada dos serviços; e cuidado curativo voltado para a medicalização no processo gestacional até o nascimento. Assim, no campo da assistência ao parto no Brasil, dois aspectos ganham

destaque: a deficiência de tecnologia adequada e o excesso de tecnologia inadequada, como por exemplo, a adoção indiscriminada de cesarianas sem a devida indicação.

As contribuições dos avanços técnico-científicos são notórias. Todavia a desvalorização do parto natural e a valorização crescente de intervenções cesarianas denotam o quanto a população carece de informações baseadas nas boas práticas e de educação em saúde, posto que uma parcela significativa de mulheres e recém-nascidos não dispõe de uma assistência suficiente e efetiva, assim como um percentual mínimo detém um aporte de cuidados além das necessidades em questão, as quais em demasia interferem igualmente na qualidade da atenção prestada ao binômio (LEÃO et al., 2013).

Infelizmente, por mais que tenha ocorrido um declínio nos índices de mortalidade infantil no Brasil nos últimos anos, a mortalidade materna ainda está longe de atingir as taxas desejadas. Um quantitativo considerável de óbitos ainda faz parte da realidade sanitária e social do país. O que agrava ainda mais a realidade brasileira é que a maior parte dessas mortes é por causas evitáveis, principalmente no tocante às ações de saúde e, em especial, a consulta pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

3.3.2. Qualidade do pré-natal

A eficiência do cuidado pré-natal não deve valorizar, somente, os aspectos numéricos, como a quantidade de consultas, ou a idade gestacional (IG) do começo do pré-natal, pois esses dados inviabilizam a percepção de impactos relevantes no seu conteúdo. Desse modo, é preciso incorporar estratégias que garantam atenção pré-natal com abordagem integral e resolutiva. No tocante as atividades educativas, alguns estudos têm revelado falhas na transmissão de informações para as gestantes, uma vez que mesmo as de baixo risco e que regularmente participavam das consultas de pré-natal, chegaram ao último mês demonstrando não conhecer as alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto (SILVA; LIMA; OSORIO, 2016).

A Organização Mundial de Saúde garantiu que possui meta para proteção à saúde materna, garantindo uma assistência adequada às mulheres durante a gestação, o puerpério e o aleitamento, além de orientar quanto aos cuidados destinados às crianças. O quantitativo de gestantes que começam o pré-natal é um

dos parâmetros adotados para medir a qualidade da atenção à saúde da mãe e criança (FEBRASGO, 2014).

Uma das principais metas do Ministério da Saúde é o aperfeiçoamento da qualidade da assistência no serviço de saúde prestada a mulher. O pré-natal adequado destaca-se como o primeiro escopo a ser alcançado quando se visa minimizar as taxas de mortalidade materna e perinatal. Com isso, o nível de acesso aos exames laboratoriais do serviço de saúde é imprescindível para a mudança do atual cenário de atendimento as gestantes, mas com os PHPN e PNAISM, esse objetivo se torna cada vez mais atingível (ASTURIANO DA SILVA et. al., 2015).

Em novembro de 2016, a OMS anunciou novas recomendações com o intuito de aprimorar a qualidade da assistência pré-natal, e assim, minimizar o número de óbitos neonatais e complicações na gestação, além de propiciar uma experiência positiva do período gestacional. O novo modelo preconizado pela Organização Mundial de Saúde aumenta o número mínimo de consultas que a gestante deve realizar para oito, uma vez que, quanto maior a frequência de contatos com o sistema de saúde na atenção pré-natal, menor a probabilidade de natimortos. Além do aumento da quantidade de consultas pré-natais, o novo modelo de atenção às gestantes deve incluir: aconselhamento sobre alimentação saudável e nutrição ideal; exercício físico; uso indevido de cigarro e outras drogas; profilaxia da malária e AIDS; medições fetais, até mesmo por USG; exames de sangue e vacinação antitetânica; e apoio em como lidar com sintomas fisiológicos corriqueiros, como náusea, dor nas costas e constipação.

Em 2011 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados de abrangência desse programa atendem todas as atividades priorizadas pela Atenção Básica, sendo possível identificar a estrutura e funcionalidade das unidades. Com isso, as equipes se sentem motivadas a melhorar a prestação dos serviços, assim como os munícipios investem na infraestrutura e suprimento dos insumos necessários para o desenvolvimento dos programas, inclusive o pré-natal (JANSSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016).

Em relação à realização dos exames laboratoriais, o Ministério da Saúde preconiza a acessibilidade aos exames: ABO-Rh; sumário de urina; hemoglobina/hematócrito; glicemia de jejum; VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), testagem anti-HIV; sorologia para hepatite B; sorologia para

toxoplasmose, colpocitologia oncótica. Por meio da Rede Cegonha o direito das gestantes de realizar esses exames se tornou cada vez mais atingível, uma vez que a qualidade da assistência prestada à mulher é prioritária (AUSTURIANO DA SILVA et al., 2015).

Para ser considerado como pré-natal de qualidade deve-se: cumprir as recomendações do número mínimo e efetividade das consultas, captar precocemente as gestantes, implantar o programa de imunização materna e prevenir, diagnosticar e tratar as patologias inerentes ao período gestatório. Um pré-natal adequado ocorre através da inclusão de condutas acolhedoras, sem intervenções inúteis, com acesso simplificado das usuárias e que envolve a promoção e assistência a saúde da gestante e do neonato (CERON et al., 2013).

3.3.3. Importância do pré-natal

Estudos recentes destacam assistência pré-natal adequada como um fator determinante na prevenção da morbimortalidade materna e infantil, uma vez que contribui para resultados mais favoráveis a partir da realização dos procedimentos básicos, tais como a realização de exames clínicos e laboratoriais e acompanhamento da gravidez através de visitas regulares que permitem a detecção e tratamento de fatores de risco que trazem complicações para a saúde materna e infantil (ASUNDEP et al., 2014).

A ausência ou inadequação da assistência pré-natal podem trazer sérias consequências para a saúde materna e fetal. Quando as gestantes realizam as consultas adequadamente tendem a apresentar menos complicações quando comparadas com aquelas que não realizaram o pré-natal. Em relação aos fetos das mães com pré-natal adequado, apresentaram bom desenvolvimento intrauterino, comprovando a intima relação entre assistência pré-natal e o bem-estar do recém-nascido (NEUMANN et al., 2003).

Nas últimas décadas, por mais que as evidências apontem para o aumento no quantitativo de consultas pré-natais por mulher, a qualidade da assistência ainda permanece prejudicada, de acordo com auditoria realizada nos cartões de pré-natal. Na prática, os registros nos cartões dos procedimentos desenvolvidos durante a consulta, possibilitam verificar se as necessidades das gestantes estão sendo supridas ou não. Isso reflete, indubitavelmente, a qualidade da assistência prestada e justificam os indicadores de morbimortalidade materna e infantil, tendo como

pressuposto que, se os dados não foram registrados, os procedimentos não foram executados (DOMINGUES et. al., 2012).

Pesquisas em território brasileiro demonstram deficiência na assistência pré-natal, tais como: barreiras no acesso, começo tardio, quantidade inadequada de consultas e realização inacabada dos procedimentos previstos, afetando sua qualidade e efetividade. Outro problema percebido é a ausência de interação entre os serviços que prestam assistência pré-natal e os que assistem ao parto. Consequentemente, as gestantes acabam se desgastando muito, física e emocionalmente, resultando na peregrinação destas quando em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, o que acarreta riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nascido (VIELLAS et. al., 2014).

A assistência pré-natal sobressai como medida indispensável na proteção e manutenção da vida materna e na prevenção de situações adversas sobre a saúde obstétrica, propiciando o diagnóstico e o tratamento clínico das intercorrências, bem como intervenções específicas no combate aos potenciais fatores de risco para complicações à saúde materna e neonatal. Assim, a não realização ou a realização inadequada do cuidado pré-natal é diretamente proporcional ao aumento do número de óbitos de gestantes e neonatos (CERON et al., 2013).

Autores como Silva, Lima e Osório (2016) também apontam para a relevância do pré-natal tanto para a mãe como para o bebê, favorecendo a detecção e o tratamento das doenças prevalentes na gestação, reduzindo o número de casos de baixo peso ao nascer e partos pré-termos, além de apoiar a prática do aleitamento materno. No contexto da assistência integral à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, é fundamental uma cobertura pré-natal e assistência local. A assistência, nesse período, apresentou mudanças significativas com a humanização do parto e os direitos reprodutivos das mulheres (LEAL et al., 2010).

É importante planejar o cuidado e as ações a serem desenvolvidas integralmente com as mulheres no período gestacional, pois estas vivenciam, nesse período de transformação, além de momentos de alegria e felicidade, momentos de medo, angústia, ansiedade e dúvidas. Uma atenção pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde e doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/ mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive. Dada à complexidade do

evento gestatório, a atenção pré-natal é essencial para o acompanhamento da saúde do binômio mãe-filho durante este período. Salienta-se que os cuidados pré-natais devem ultrapassar a dimensão biológica e tecnicista, de modo a ancorar-se nos preceitos da integralidade do cuidado (RODRIGUES et al., 2017).

O pré-natal é medida preventiva de intercorrências tanto para as gestantes quanto para seu bebê nas diferentes fases do período gestacional. Estas medidas são essenciais para garantir uma gestação saudável, um parto seguro e também esclarecer as dúvidas das futuras mães (DAS GRAÇAS; ANAISSE; DOS SANTOS LIMA, 2017).

A assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de riscos que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê. Revisões sistemáticas demonstram a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, tais como: diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, anemia, sífilis e infecção urinária; a suplementação de sulfato ferroso; a vacinação antitetânica. Estudos observacionais têm também demonstrado benefícios dessa assistência, geralmente correlacionando maior número de consultas a desfechos mais favoráveis (DOMINGUES et al., 2012).

Nesse contexto, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes, dispondo de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, de meios e recursos adequados e disponíveis. As ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materno-perinatal (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

O emprego de uma abordagem multidisciplinar o mais precocemente possível se faz necessária para amenizar ou prevenir os efeitos das complicações inerentes à gravidez, em especial, os bebês prematuros. O problema é que esses recém-nascidos estão mais propensos aos agravos futuros advindos da pouca maturidade dos órgãos internos e danos advindos do baixo peso ao nascer, ambos associados à própria condição da prematuridade (COELLI et al., 2011).

Evidentemente, os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel, sendo capazes de reconhecer momentos críticos

e intervir com seu conhecimento que pode ser decisivo no bem estar da mulher e do seu bebê. A equipe de saúde ao realizar a assistência precisa priorizar a humanização durante o atendimento aos distintos grupos populacionais e, em particular, a mulher gestante (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Reitera-se, nesse sentido, a necessidade de ações voltadas à qualificação multiprofissional da assistência obstétrica, através de capacitação periódica de profissionais para o diagnóstico precoce, tratamento das emergências obstétricas e no atendimento qualificado ao parto. A política de trabalho preconiza a visão do ser humano de forma contextualizada, no âmbito de suas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais. Assim, as ações de saúde são cada vez mais direcionadas e eficazes (BRASIL, 2014).

Quando o atendimento é qualificado proporciona, além do acompanhamento clínico com a prevenção de intercorrências, a atuação em face das necessidades sociais, culturais, psicológicas, econômicas e espirituais. A gestação representa um período da vida que na maioria das grávidas poderia decorrer sem intercorrências à saúde, porém engloba uma tensão de adaptação caracterizada por complexas mudanças fisiológicas, emocionais, interpessoais e sóciodemográficas, que produzem um notável potencial de risco, o qual necessita de um olhar interdisciplinar em saúde (DAS GRAÇAS; ANAISSE; DOS SANTOS LIMA, 2017).

A crescente complexidade dos fenômenos sociais se reflete de maneira significativa no campo da saúde, trazendo novos desafios aos pesquisadores e profissionais da área da saúde, tanto no campo epistemológico quanto no metodológico. Além disso, o setor da saúde é chamado a responder à pluralidade de necessidades e especificidades, relacionadas principalmente às mudanças demográficas e às questões epidemiológicas. Diante disso, a assistência de saúde as gestantes necessita ser compreendida como sistema dinâmico, singular e auto organizador, interligado aos diferentes sistemas sociais. Portanto, somente uma abordagem interdisciplinar é capaz de considerar outros conhecimentos, principalmente das Ciências Humanas e Sociais à saúde, com vistas à superação da fragmentação e linearidade do saber disciplinar (CARPES et. al., 2016).

3.4. Intercorrências e complicações na gestação

O período gestacional é um fenômeno natural que pode ser entendido pela equipe de saúde e pela gestante como uma vivência saudável, a qual dinamiza mudanças importantes. No entanto, uma parcela das gestantes em condições de vulnerabilidade social e financeira e com presença de co-morbidades possuem maior possibilidade de adquirir desfecho desfavorável, sugerindo risco para o binômio materno e infantil. Em meio às intercorrências que a gravidez pode provocar, encontram-se: diabetes gestacional (DMG) descontrolada, pré-eclâmpsia, eclampsia, síndrome de HELLP e prematuridade (BRASIL, 2012; COSTA E SILVA et al., 2013).

As principais complicações detectadas no decorrer da gestação e registradas em estudo desenvolvido por Leal et. al. (2017) foram: sobrepeso/obesidade (18,6%), seguida de ameaça abortífera e Vaginose Bacteriana, com 16,3% cada. Uma vez que essas enfermidades não são excludentes entre si, algumas grávidas apresentaram mais de uma complicação sendo, portanto, classificadas como gravidez de alto risco.

Quando se completa 41 semanas e o parto não acontece, a gestante precisa ser encaminhada para um centro de referência, uma vez que o bem-estar fetal pode estar comprometido. Cuidados como a avaliação do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal são importantes para monitoramento da vitalidade fetal. Estudos clínicos randomizados corroboram que é preferível induzir o parto ao completar 41 semanas de gravidez, pois se notou que o risco de morte neonatal e perinatal assim como a incidência de cesarianas são inferiores nesse grupo (BRASIL, 2012).

No ranking publicado em relatório da OMS, o Brasil encontra-se como décimo país com maior índice absoluto de prematuros, no período de 2000 a 2010, isso aponta para um tênue aumento da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, de 6,8% para 7,1% (OMS, 2011).

Cabe destacar alguns fatores de risco relacionados ao surgimento de prematuridade, como: características demográficas sociais e econômicas, hábitos inadequados de saúde, aspectos emocionais, patologias no período gestacional, gemelaridade, histórico obstétrico e, sobretudo, cuidados inadequados no pré-natal (VETTORE; DIAS; LEAL, 2013). Determinadas causas podem ser prevenidas

quando descobertas no inicio (infecções urinárias, vulvovaginites, pré-eclâmpsia). Assim, destaca-se a importância de um apurado acompanhamento gestacional, objetivando descobrir e tratar as intercorrências de forma a dirimir os fatores de risco capazes de ocasionar levar a uma interrupção antecipada da gestação (ANVERSA et. al., 2012).

No entanto, existem algumas condições maternas e fetais nas quais o trabalho de parto pré-termo não deve ser evitado, como as síndromes hemorrágicas, eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave e edema agudo de pulmão na gestação. Em relação condições relacionadas ao feto sobressaem o sofrimento fetal agudo e crônico, eritroblastose fetal, infecção intrauterina e polidramnia (BORBOLATO; CARDOSO, 2016).

Dos 2.905.789 nascidos vivos no ano de 2012, 560.147 foram referentes a gravidez na adolescência. No que se refere às implicações dessa problemática na saúde da adolescente, pode-se citar o aumento do número de casos da síndrome hipertensiva da gravidez (SHG), anemia, diabetes gestacional, complicações no parto, produzindo maiores índices de mortes maternas e infantis. É necessário perceber que determinadas pesquisas têm apontado para o aumento na incidência de complicações pré-natais, parto e puerpério entre gestantes adolescentes. Em relação aos problemas com o RN, a gravidez na adolescência está ligada a números elevados de baixo peso ao nascer (BPN), parto prematuro, doenças respiratórias e tocotraumatismo, afora o aumento da presença de intercorrências neonatais e óbitos infantis (AZEVEDO et al., 2015). Rolim et al fazem uma análise sobre o número de RN com BPN nas regiões brasileiras:

> De acordo com os dados do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) no ano de 2010, a prevalência de BPN no Brasil foi de 8,19%, existindo variações regionais importantes dentro do país, a exemplo da região Norte (6,79%), Nordeste (7,41%) e Centro Oeste (7,51%). Os percentuais mais elevados são encontrados nas regiões Sudeste (8,95%) e Sul (8,44%), não sendo compatíveis com o nível de desenvolvimento dessas regiões. Esses autores alertam para a cautela com que estas estatísticas devem ser analisadas em função da possibilidade de subenumeração, especialmente nos casos de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento (ROLIM et al., 2017, p. 593).

Existem inúmeras causas de mortalidade materna, dentre as quais, ressaltam-se as intercorrências no começo da gestação, as que pioram nesse período, os cuidados inadequados antes e durante o parto, assim como a

interrupção espontânea de uma gravidez não desejada, como nos casos de abortos clandestinos (SOARES et al., 2012).

Embora seja notória a importância da atenção pré-natal sobre a saúde materna e infantil, alguns estudos apontam para a falha na qualidade da assistência prestada. Como reflexo disso, encontra-se a incidência de sífilis congênita e hipertensão gestacional, que, se não forem devidamente diagnosticadas e tratadas, pode gerar complicações para a mãe e o bebê. Estas e outras causas podem acarretar o aumento dos índices de mortalidade, como: malformações fetais, infecções, Síndromes hipertensivas, aumento de peso fetal e prematuridade, esta última considerada mundialmente como um dos principais problemas de saúde pública do Brasil (BRASIL, 2011).

Um problema frequente relacionado à gravidez, principalmente quando de alto-risco, é a prematuridade, conceituada como o nascimento do bebê entre 22 e 37 semanas incompletas de gravidez. Esse tipo de complicação corresponde a mais de 75% da morbimortalidade entre os recém-nascidos. No Brasil, a média de partos pré-termos é de 12,3%. Os índices mais elevados foram na região Nordeste (14,7%) e os menores na região Sudeste (11,1%), indicando relação inversa com o nível socioeconômico. O parto prematuro pode ser ocasionado por diversas situações e, além de ser imprevisível, atinge todas as classes sociais, interfere na estrutura familiar e modifica as expectativas e anseios presentes nesse período (MENETRIER; DE ALMEIDA, 2017).

A permanência dos níveis elevados dos coeficientes de morbidade e mortalidade materna e neonatal no Brasil está intimamente associada às intercorrências maternas no período gravídico, parto e pós-parto. Contudo, com a ampliação do acesso a assistência à saúde de qualidade e humanizada impediria que várias gestantes perdessem suas vidas por causas obstétricas evitáveis (LEAL et al., 2017).

A Síndrome hipertensiva é uma patologia multissistêmica, percebida através de suas manifestações clínicas: hipertensão e proteinúria. Esta doença normalmente tende a se expressar a partir da vigésima semana de gravidez, denominando-se pré-eclâmpsia. Quando em situações mais graves, em consequência da irritação do sistema nervoso, desenvolvem-se convulsões, passando a ser conhecida como eclâmpsia. O edema, antigamente, considerado como característica desta

enfermidade entra, atualmente, como fator de risco para desencadeá-la (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

As doenças hipertensivas da gestação podem refletir em diversos sistemas vitais maternos, gerando alterações no fígado, cérebro, sangue, hidroeletrolíticas e uteroplacentárias, e o prognóstico está intimamente relacionado à apresentação de convulsões. A taxa de mortalidade materna associada à eclâmpsia revela-se elevada, já na pré-eclâmpsia essa fatalidade é rara, exceto quando a síndrome HELLP se estabelece. A Síndrome HELLP recebe esse nome devido aos seus sintomas que são: hemólise (H), aumento das enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP). Como consequências para o feto, encontram-se o crescimento intrauterino restrito (CIUR), infartos placentários, descolamento prematuro da placenta (DPP), partos pré-termo e oligodrâmnia (OLIVEIRA et al., 2017).

A macrossomia fetal também é uma das intercorrências da gravidez que pode acarretar sérios danos para a saúde materna e fetal. Essa designação é adotada para se referir ao RN com peso ao nascer maior que 4000 g, independente da IG em que se encontra na ocasião do parto. Determinados fatores de risco podem provocar o aparecimento da Macrossomia fetal, dentre eles estão: sexo masculino, pós-datismo, idade materna maior ou igual a 35 anos, multiparidade, estatura aumentada dos pais e maior nível escolaridade materna. Como consequências para mãe ou recém-nascido, destacam-se: Desproporção cefalo-pélvica, aumento dos índices de cesariana, traumatismo perineal, ampliação do tempo de internação após o parto e necessidade de transfusão sanguínea (RIBEIRO; COSTA; DIAS, 2017).

Outra complicação do período gravídico é a sífilis congênita, importante indicador da qualidade da assistência pré-natal e grave problema de saúde pública. Por mais fácil que seja a detecção e tratamento da sífilis na gestação, ainda é responsável por um grande número complicações perinatais, recebendo destaque entre as causas de óbito fetal potencialmente evitável. A sífilis congênita pode atingir qualquer população, independente da classe social, no entanto é mais comum nas regiões menos desenvolvidas do mundo (RODRIGUES; DE OLIVEIRA; AFONSO, 2017).

Mesmo o pré-natal sendo reconhecido como espaço necessário no controle da transmissão vertical da sífilis, interferindo nos indicadores de qualidade associados ao bem-estar da gestante e do feto e/ou recém-nascido. Estudos comprovam que, em média, 30% dos profissionais não conhecem a importância do

tratamento imediato da gestante assim como de todos os seus parceiros sexuais após VDRL positivo (ARAUJO et al., 2014; LAZARINI; BARBOSA, 2017).

Outra intercorrência do período gravídico é o DPP, definido como a separação antes do tempo de parte ou da totalidade da placenta da parede do útero, que necessitaria estar aderida até o momento do parto atermo. Comumente, essa complicação ocorre no terceiro trimestre da gravidez, mas pode acontecer a qualquer momento depois da 20ª semana (BRASIL, 2012).

O sangramento oriundo do DPP pode ser dividido em hemorragia interna ou externa. Em 80% dos casos, o sangramento se localiza entre as membranas e o útero, e assim é eliminado através da vagina (hemorragia externa). Os outros 20% se referem ao sangue quando não se exterioriza, ficando preso entre a placenta descolada e o útero (hemorragia oculta). A respeito das intercorrências fetais causadas pelo DPP, 10% são partos pré-termos, podendo ocorrer também óbito fetal quando mais de 50% da placenta se desprende, além de problemas importantes aos RNs que sobrevivem. Assim, está relacionado com consideráveis índices de morbimortalidade perinatal (DA ROCHA et al., 2017).

O coeficiente de mortalidade materna e neonatal são importantes indicadores para averiguação das condições de saúde de uma população, assim como são medidas usadas para o acompanhamento da qualidade da assistência a saúde. Por meio de apreciações das situações em que e como morrem as mulheres, pode-se inferir o nível de desenvolvimento de certa sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) altas são alusivas de precárias condições sociais e econômicas, baixo grau de informação e escolaridade, violência familiar e, principalmente, dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade (FONSECA; JANICAS, 2014).

O óbito materno por causas diretas são na sua grande maioria evitáveis. Dentre as principais causas diretas encontram-se: infecção generalizada, distúrbios hemorrágicos e hipertensivos, erros na atenção profissional e institucional. Como causas indiretas têm-se: óbitos por doenças do sistema circulatório e infecções respiratórias. De qualquer maneira, são situações que demonstram a limitação na profilaxia da mortalidade pelos serviços públicos de saúde (SOARES, V. N. et al., 2012).

No Brasil, as mortes de recém-nascidos é a parcela mais significativa da mortalidade infantil desde a década de 90 e permanece em níveis elevados, com

média de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos no ano de 2010. Já em 2011, a taxa de mortalidade foi 15,3 por mil nascidos vivos, atingindo um dos objetivos do milênio. Apesar disso, os níveis de mortalidade estão longe da potencialidade do país, e expressa a realidade adversa que a população enfrenta, assim como a dificuldade de acesso a assistência a saúde, afora as desigualdades regionais e socioeconômicas (MARANHÃO et al., 2012). Sobre a mortalidade infantil encontra-se:

> O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento. As principais causas de óbitos segundo a literatura são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde (LANSKY et al, 2014).

Diante das complicações apresentadas acima, a reanimação efetiva do recém-nascido em sala de parto é uma das práticas de assistência neonatal que mais contribuiu para diminuir as mortes causadas por asfixia do RN. Um conjunto de técnicas, algumas simples, como a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido, e outras mais complexas e que requerem instrumental adequado, como a intubação, formam parte do conjunto de medidas incluídas na reanimação do recém-nascido, processo que deve ser adotado, sempre que preciso, a fim de reduzir a mortalidade neonatal.

Desse modo, há necessidade urgente de uma equipe multiprofissional de saúde capacitada para suprir as necessidades das pacientes com desordens gravídicas. Nesse contexto, enfatiza-se o papel do enfermeiro como participante do acolhimento e escuta qualificada, além de apresentar condutas humanizadas e dignas, prestando também apoio emocional, uma vez que esse é um período de extrema ansiedade e medo (AGUIAR et. al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, se houvessem ações de saúde integradas e cobertura universal dos serviços, a maior parte dos óbitos por causas obstétricas seriam evitados, através de tecnologias simples, com procedimentos de nível primário da assistência a saúde, e economicamente viáveis para países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2012).

O pré-natal, que se firmou como de suma importância no cuidado prestado à mulher, é a porta de entrada da RAS (Rede de Atenção a Saúde) e compõe a atenção básica, tendo como característica básica a resolutividade e deve influenciar

positivamente na saúde das gestantes e fetos, por meio das atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF). A prestação de cuidados no pré-natal possibilita a detecção do risco gestacional e identifica possíveis intercorrências do período gravídico-puerperal, favorecendo, quando preciso, o encaminhamento para outros níveis de assistência, repercutindo no declínio dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal por causas preveníveis (LOPES, 2017).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de pesquisa

Para a consecução dos objetivos propostos, utilizou-se um estudo de campo, do tipo descritivo, exploratório, de cunho epidemiológico, com abordagem quantitativa. A escolha da pesquisa de campo justifica-se por ser a que melhor oferece subsídio para o alcance dos objetivos dessa pesquisa, oferecendo subsídios para determinação da magnitude da problemática.

O estudo foi exploratório, por possuir, segundo Lakatos e Marconi (2011), uma característica empírica que objetiva a formulação de problemas e permite aumentar a familiaridade com o fato ou fenômeno para a realização de novas investigações. Possui cunho epidemiológico por possibilitar visualizar aspectos quantitativos relacionados à qualidade do pré-natal, que se enquadram em situações ocorridas em determinado momento, com seus desfechos e fatores associados ou não (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). A escolha da abordagem quantitativa foi por esta quantificar opiniões, dados, na forma de coleta de informações facilitando a descoberta, classificação e relação entre as variáveis, assim como a investigação da relação de casualidade entre os fenômenos: causa e efeito (OLIVEIRA, 2002).

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017 no Hospital Dom Malan. A escolha deste local justifica-se por ser a unidade de referência em obstetrícia e saúde da criança para a região de Petrolina e Juazeiro, possuindo uma grande rotatividade de puérperas internadas, o que contribui para obtenção dos dados. No momento, a unidade tem sido gerida pelo IMIP (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira).

O Hospital Dom Malan foi inaugurado em 13 de setembro de 1931 e integra a rede estadual de saúde de Pernambuco. A unidade passou grande parte de sua existência servindo à população usuária do SUS no Submédio São Francisco como hospital geral e a partir do ano 2008 sob a gestão do IMIP, passou a cuidar exclusivamente da saúde da mulher e da criança.

Localizado em Petrolina, funciona com clínicas de internamento (Alto-risco, Maternidade, Ginecológica, Berçário, Alojamento canguru e Pediatria), além do Pronto Socorro Infantil- PSI, Triagem Obstétrica, UTI Pediátrica (a única do Vale do São Francisco) e UTI Materna (única do interior do nordeste). A unidade oferece ao todo 255 leitos, sendo 10 leitos de UTI pediátrica e outros 10 de UTI materna. O HDM se consolidou como referência no atendimento materno infantil no Sertão pernambucano.

4.3. População e amostra

A população foi composta por puérperas internadas no setor de alojamento conjunto do Hospital Dom Malan no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017. A amostra foi composta por 450 puérperas, cuja escolha se deu de forma aleatória através de sorteio diário com todas as puérperas internadas. Vale ressaltar que cada puérpera só poderia participar uma vez do sorteio, ou seja, se no dia seguinte a puérpera ainda continuasse na unidade, esta era excluída do sorteio. Essa descoberta era feita por meio da comparação dos censos.

Para o dimensionamento da amostra foi utilizado à fórmula de população finita, definida pela seguinte equação:

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{e^2.(N-1) + z^2.p.(1-p)}$$

onde: para N foi utilizado 600 (média de parto mensal), para o ponto de distribuição normal padrão (Z) foi utilizado 1,96 (95%), para p utilizou-se 0,1. O erro de estimação (e) foi de 0,05. Em média, foram coletados 112 questionários mensais.

4.4. Critérios de inclusão

As participantes obedeceram aos critérios de inclusão de ser puérpera internada no setor de alojamento conjunto do Hospital Dom Malan, Petrolina/PE no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017.

4.5. Técnica e instrumento de coleta de dados

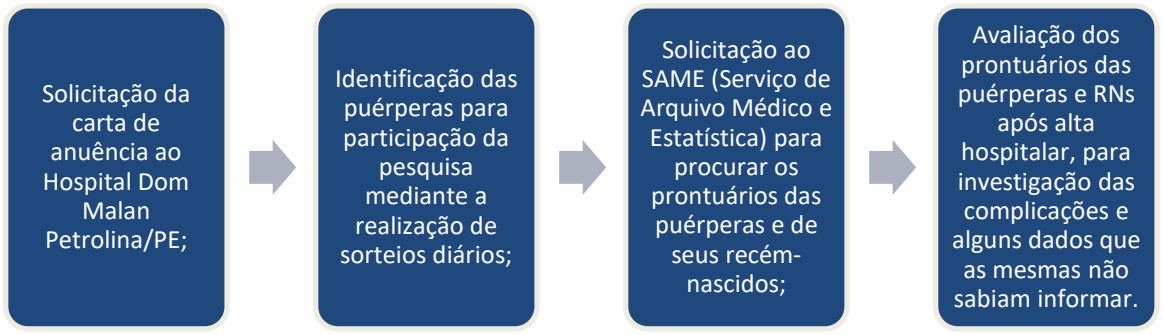
Os dados foram coletados durante duas etapas. A primeira foi a aplicação do instrumento de coleta de dados, baseado em um questionário validado pelo Ministério da Saúde intitulado Vigilância de fatores de Risco e proteção para doenças Crônicas por inquérito Telefônico (Vigitel), em consonância com questões do manual de pré-natal. Sendo aplicado com a amostra das puérperas internadas no alojamento conjunto do Hospital Dom Malan, Petrolina/PE que não se recusaram a respondê-lo. A segunda etapa foi composta pela busca ativa dos prontuários após alta hospitalar das mesmas e dos seus recém-nascidos. O intuito desta etapa foi a detecção das complicações surgidas durante o período de internação de ambos e a detecção dos dados dos recém-nascidos.

O questionário foi dividido em 07 partes: dados pessoais, antecedentes obstétricos, informações do pré-natal, doenças associadas à gestação atual, trabalho de parto e parto, complicações no trabalho de parto e pós-parto, informações do RN (APÊNDICE A).

O recrutamento das puérperas se deu por abordagem direta, sendo explicado a estas os objetivos do estudo, os riscos e os benefícios aos quais estavam expostas. Após aceitação e assinatura do Termo de consentimento Livre e esclarecido (TCLE), prosseguia-se com a aplicação do instrumento de coleta de dados. No caso de recusa, outro sorteio era realizado a fim de recrutar outra puérpera para compor a amostra.

4.6. Período e etapas do desenvolvimento da pesquisa

Figura 1- Etapas do desenvolvimento do estudo no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017, Petrolina (Pe).



Fonte: Elaborada pela autora.

Após a coleta de dados as puérperas foram divididas em dois grupos: pré-natal completo e pré-natal incompleto. Para a divisão dos grupos tomou-se como referência as recomendações da OMS (2016): número de consultas maior ou igual a 8, inicio do pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, realização dos exames laboratoriais, realização de USG e número de refeições maior ou igual a três.

4.7. Técnica de organização e análise dos dados

No que concerne à organização dos dados, todo o conjunto de dados obtidos mediante o uso de instrumento próprio foram organizados em uma planilha eletrônica do Excel. Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences).

Para a correlação entre as variáveis foi utilizado o R de Pearson. Para verificar a significância da diferença entre os grupos utilizou-se o teste Qui-Quadrado, por se tratarem de dados com uma distribuição anormal. E para se verificar a influência do acompanhamento completo ou incompleto sobre as variáveis, utilizou o teste U de Mann-Whitney, além de utilizar as medidas de tendência central (média, mediana e moda). A utilização desse programa justifica-se pela necessidade de organizar os dados obtidos com a pesquisa campo, cruzar as

variáveis encontradas e elaborar as tabelas, a fim de desenvolver um trabalho mais organizado e de maneira eficiente.

Os parâmetros adotados como referência para análise dos dados foram provenientes do Ministério da Saúde. Todos os testes estatísticos consideraram um nível de significância $p > 0,01$ e $p < 0,05$ para as variáveis em estudo.

4.8. Aspectos éticos

O presente estudo foi avaliado e APROVADO pela Comissão de Ética e Pesquisas - CEP do Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas – CEDEP da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), registrada no CEP sob o CAEE: 57457416.0.0000.5196 (ANEXO 2).

O projeto foi executado atendendo os princípios éticos contidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

A aplicação do instrumento de coleta de dados só iniciou após explicação detalhada do que se tratava o estudo para as participantes e também assinatura do TCLE (APÊNDICE B) por parte das mesmas. Após concordarem em participar da pesquisa, sendo dada ciência a todas as puérperas poderiam se recusar a qualquer momento de participar se assim desejassem. O TCLE foi impresso em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

Por possuir como parte da amostra puérperas menores de 18 anos, foi necessária a elaboração do termo de assentimento (APÊNDICE C), o qual foi assinado pela menor cabendo ao responsável à assinatura do TCLE. Caso algum dano ou risco fosse percebido pela pesquisadora durante a coleta de dados, seria automaticamente comunicado ao sistema CEP/CONEP para investigar a necessidade de adequar ou suspender o estudo, o que não foi necessário.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão agrupados nas categorias: perfil sociodemográfico das participantes, dados do pré-natal e parto atual, complicações maternas, dados e complicações dos recém-nascidos e Análises com significância entre os grupos.

5.1 Perfil sociodemográfico das participantes

Amostra constituída por 450 puérperas agrupadas em pré-natal completo (n=220) e pré-natal incompleto (n=230) tomando como base os parâmetros da OMS (2016): número de consultas maior ou igual a 8, inicio do pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, realização dos exames laboratoriais, realização de USG e número de refeições maior ou igual a três. Corroborando com essa informação, o estudo realizado por Albuquerque Gonzaga (2016) constatou que em relação ao Indicador Geral (número de consultas, exames, inicio da realização do pré-natal, presença de todos os registros no cartão) adequação da atenção pré-natal foi encontrada em apenas 20,2% entre os casos e 35,6% entre os controles. Esses dados apontam para a necessidade de se melhorar a qualidade da assistência pré-natal prestada.

Em relação à idade das puérperas, no grupo pré-natal completo a média foi de 25,2 anos, sendo que a maioria possuía idades entre 18 e 29 anos (64,5%, n=142), caracterizando-se como jovens e adulta-jovens. No grupo do pré-natal incompleto, assim como no grupo anterior, caracterizaram-se como jovens e adulta-jovens, onde a maioria delas também apresentou idades entre 18 e 29 anos (60,9%, n=140) e a média foi de 24,8 anos.

No Brasil, a atual Política Nacional de Juventude (PNJ) considera como jovem todo indivíduo na faixa etária entre 15 e 29 anos. Essa faixa etária ainda é subdividida em três grupos: jovens-adolescentes (15 a 17 anos); jovens-jovens (18 a 24 anos); e jovens-adultos (25 a 29 anos). Considerando essa divisão, pode-se afirmar que a maior parte da amostra estudada encontra-se na faixa etária de jovens-adultos (SILVA; SILVA, 2011).

Vale ressaltar a importância da verificação da idade da gestante durante o pré-natal, uma vez que pode ser um fator de risco para a mesma, principalmente nas faixas etárias extremas como de 15 a 19 anos e acima dos 35 anos. Os óbitos

maternos podem ocorrer em quase todas as faixas etárias, predominando nas dos 20 aos 39 anos. No entanto, a faixa etária de menor risco inclui mulheres de 20 a 29 anos, e a elevação do número de mortes neste grupo, deve ser associada a práticas limitadas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério; assim como falta de discernimento da importância dos cuidados no período gravídico, associados a baixa escolaridade, tipo de ocupação e provável moradia rural (LUCIO et al., 2016).

Apesar da maior parte da amostra encontrar-se no grupo de adultas-jovens, 21,8% (n=98) das voluntárias apresentaram idade inferior ou igual a 19 anos, enfatizando o problema ainda presente no Brasil que é a gravidez na adolescência, como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1- **Comparação entre o grupo puérperas adolescentes quanto ao quesito gestação planejada ou não planejada e percentual de prematuridade.**

Acompanhamento	Gestação planejada (%)	Frequência Gestação planejada	Gestação não planejada (%)	Frequência Gestação não planejada	Percentual de Prematuridade
Completo	56,5%	26	43,5%	20	4,34% (N=2)
Incompleto	30,8%	16	69,2%	36	28,84% (N=15)

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

De acordo com a World Health Organization (2015) a gravidez na adolescência ocorre em jovens entre 10 e 19 anos. Em países menos desenvolvidos, a gravidez na adolescência é tida como um problema de saúde pública, devido a sua magnitude e associação com a pobreza. Conforme dados do censo de 2010, 17,9% da população brasileira são formadas por adolescentes, sendo 17 milhões do sexo feminino, nas quais ocorrem, anualmente, cerca de um milhão de gravidezes. O Relatório de 2013 do Fundo de População das Nações Unidas, afirma que nos países em desenvolvimento, a gravidez na adolescência ocorre em 19% das jovens menores de 18 anos, sendo 3% destes em meninas com menos de 15 anos (ALVES et al, 2017).

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, uma vez que acarreta diversos problemas de ordem econômica e social, tais como: ônus dos

serviços de saúde, suspensões dos estudos, além de complicações biológicas na gravidez que podem acometer tanto a mãe como o filho (RIBEIRO et al, 2016).

Algumas intercorrências podem surgir ou serem agravadas no período gestacional. Algumas delas, comumente abordadas em trabalhos científicos e que estão geralmente associadas à imaturidade anátomo-fisiológica, são: baixo peso ao nascer e a prematuridade do bebê, eclampsia, convulsão, coma e alto risco de letalidade para a mãe e feto. Também podem acontecer complicações no momento do parto e pós-parto, o qual pode ser prematuridade, trabalho de parto prolongado, maior necessidade de Cesária e risco de ruptura do colo uterino, além das infecções urogenitais, sobretudo, decorrentes de parto com interrupção das técnicas assépticas (FRANCISCO, 2016). Em consonância com esta informação, o presente estudo também encontrou relação significativa ($p<0,05$) entre gravidez na adolescência e parto prematuro.

Entre as adolescentes, o grupo de pré-natal incompleto também apresentou maior percentual de gravidez indesejada quando comparado com o grupo de pré-natal completo, sendo respectivamente 69,2% (n= 36) e 43,5 % (n= 20), com diferença significativa entre os grupos ($p<0,05$).

A gravidez indesejada acontece e atua como um empecilho para o alcance de metas e perspectivas futuras. A diferença entre uma adolescente e uma mulher adulta que engravida é que, geralmente, a adulta tem um relacionamento fixo e/ou uma independência econômica além de possuir um maior preparo físico e emocional para ser mãe. Enquanto que, normalmente, a adolescente ainda depende financeiramente dos pais ou companheiro, somados ao fato de que nessa faixa etária os relacionamentos tendem a ser mais instáveis e com menos laços afetivos. (FERREIRA; RIBEIRO, 2010).

O perfil sociodemográfico e econômico das puérperas do grupo pré-natal completo e incompleto, estão contidos na tabela 2.

Tabela 2- Descrição socioeconômica da amostra dos grupos de acompanhamento completo e incompleto.

Dados sóciodemográficos (Moda)	Pré-natal completo	Frequência (%)	Pré-natal incompleto	Frequência (%)
Município	Petrolina	52,3	Petrolina	43
Ocupação	Dona de casa	35,5	Dona de casa	46,1
Escolaridade	Ensino médio completo	38,2	Fundamental incompleto	37,8
Cor	Parda	72,7	Parda	73,5
Estado civil	Casada/Mora com o companheiro	82,7	Casada/Mora com o companheiro	72,6
Número de filhos	Um filho	44,1	Um filho	40,4
Boas condições de moradia	Sim	32,7	Sim	21,3

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a ausência de assistência pré-natal em si, já implica em fator de risco à gestante e ao recém-nascido. Classifica, ainda, os fatores de risco em quatro grupos: características pessoais e condições sociodemográficas; história reprodutiva pregressa; patologias obstétricas na gestação atual; e as intercorrências clínicas. Nesse caso, é imprescindível que se trace o perfil das gestantes, a fim de conhecer as particularidades e identificar os fatores de risco, e assim garantir uma assistência pré-natal de qualidade (SILVA; PELLOSO, 2009).

O nível de escolaridade, a ocupação, o estado civil e a renda pessoal e familiar, que se enquadram no perfil socioeconômico das gestantes, são fatores que interferem na saúde materna e fetal (ANDRADE et al., 2015).

Em estudo desenvolvido por Santos et al. (2016) chegou-se a conclusão que condições associadas a características individuais e sóciodemográficas desfavoráveis como tipo e qualidade da moradia própria, idade e cor da pele da gestante; história reprodutiva anterior: número de gestações e abortos; condições clínicas pré-existentes e ausência de pré-natal adequado, contribuíram para ampliação do risco gestacional na população em estudo tanto de alto risco quanto de baixo risco.

Em um total de 51 municípios citados pelas puérperas como local de origem, o mais frequente em ambos os grupos foi Petrolina (Tabela 2), sendo 52,3% (n=115) do grupo pré-natal completo e 43% (n=99) do incompleto. Esses dados demonstram

a importância do Hospital Dom Malan na atenção à saúde materna e infantil, principalmente no tocante ao pré-natal e o parto de alto-risco, uma vez que esta unidade é a referência da região para essas situações.

A respeito do IMC (Índice de Massa Corpórea), quando comparada com a prematuridade das componentes do primeiro grupo (PNC), apenas 34,1% (n=71) das mães que não tiveram bebês prematuros estavam com o peso adequado; 42,8% (n=89) das mães que não tiveram bebês prematuros estavam com o baixo peso; 23,1% (n=48) das mães que não tiveram bebês prematuros estavam acima do peso adequado.

No segundo grupo, pré-natal incompleto, 36,4% (n=64) das mães que não tiveram bebês prematuros, estavam com o peso adequado; 38,6% (n=68) estavam com baixo peso e 25% (n=44) estavam acima do peso adequado.

Distúrbios como a desnutrição ou obesidade interferem no crescimento fetal. O número de partos também é fator de risco, principalmente quando integrada à idade avançada ou ao sobrepeso. Pesquisas demonstram que ocorre elevação do índice de massa corporal (IMC) diretamente proporcional a paridade. A avaliação do consumo alimentar e da suplementação durante o processo gravídico são fundamentais na detecção de carências nutricionais e hábitos inapropriados, com o intuito de ajustar a alimentação e evitar distúrbios nutricionais, permitindo um prognóstico favorável à saúde materna e fetal (ANDRADE et al., 2015)

Ainda sobre essa assertiva, diversos trabalhos revelam o valor do estado nutricional materno apropriado para o desenvolvimento favorável da gravidez. Desse modo, o peso materno pré-gestacional e o ganho ponderal na gestação são indicadores avaliados para determinação do risco de morbimortalidade neonatal (MELO et al., 2007).

O sobrepeso ou obesidade pré-gravídica eleva o risco de desenvolver hipertensão arterial, parto prematuro, cesariana, indução ao parto, macrossomia fetal e ou até mesmo a morte do concepto. Já o baixo peso ou ganho insuficiente deste durante a gravidez aumenta o risco de prematuridade e/ou com baixo peso ao nascer. Diante disso, ao prestar assistência nutricional às gestantes conforme as recomendações do Ministério da Saúde, é possível viabilizar desfecho favorável a saúde materna e infantil (SEABRA et al., 2016).

No quesito quantidade de refeições diárias, em ambos os grupos, a maioria respondeu que se alimentava 05 vezes ao dia ou mais, respectivamente 60,5%,

(n=133) e 48,7%, (n=112), corroborando com pesquisa desenvolvida por Silva et al (2017), na qual o número de refeições mais frequente correspondeu a quatro.

A alimentação da gestante deve ter acompanhamento nutricional, tendo em vista a quantidade de refeições feitas e permitidas, as restrições alimentares, as doenças de base, o ganho de peso permitido e, principalmente, a avaliação do IMC. O ganho de peso acentuado durante o período gestacional pode proporcionar o desenvolvimento de doenças metabólicas, como: diabetes gestacional e obesidade infantil. É aconselhável que a gestante alimente−se em menor quantidade, porém mais vezes ao dia (dieta fracionada). Uma alimentação balanceada com restrições de sal, gordura, massa ou açúcar promove uma gestação tranquila e fora dos riscos de pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. Os achados deste estudo revelam que a maior parte da amostra entrevistada alimentava−se quatro vezes ao dia durante o período gravídico (DA SILVA et al, 2017).

A respeito da ocupação da puérpera (tabela 2), a que mais se repetiu foi a dona de casa em ambos os grupos, sendo que no primeiro grupo foi 35,5% (n=78), e no segundo, 46,1% (n=106). Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado em Mamonas-MG por Dias et al. (2015), no qual 45,46% (15) das lactantes eram donas de casa.

Quanto à escolaridade das puérperas, a mais frequente dentre as que tiveram o pré-natal adequado foi ensino médio completo (38,2%, n=84), enquanto que entre as que não tiveram um pré-natal adequado a moda foi fundamental incompleto (37,8%, n=87). Isso corrobora com estudos anteriores, que afirmam que quanto maior a escolaridade materna, melhor a qualidade da atenção pré-natal, enfatizando a necessidade de melhoria da educação brasileira.

Os níveis mais baixos de escolaridade estão relacionados ao aumento dos índices de mortalidade materna e perinatal, já que a escolaridade materna é preponderante para o acesso ao pré-natal de qualidade, uma vez que influencia no comportamento das gestantes. As mulheres em período gravídico que apresentam baixo grau de escolaridade e enquadram-se em um baixo nível socioeconômico, habituam-se a iniciar o pré-natal tardiamente e apresentam maior índice de absenteísmo, além de adotar hábitos inapropriados para uma gestante (CARDOSO et al., 2016). Em trabalho desenvolvido por Rodrigues et al. (2012), em média, metade das participantes possuíam ensino médio completo.

O acesso a informações e a medidas de prevenção e promoção da saúde é imprescindível para uma gestação e um trabalho de parto com menores riscos tanto para a mãe como para o feto, de maneira que a baixa escolaridade prejudica a adequação da vida pessoal e reprodutiva. A falta de políticas e de mecanismos que certifiquem a manutenção do acesso a escola e que minimizem a taxa de evasão dos alunos, só tende a perpetuar os baixos níveis de escolaridade, infelizmente, ainda muito atrelado a precárias condições socioeconômicas (SOARES et al., 2015)

No tocante ao estado civil das voluntárias, o que mais se repetiu foi casado ou convive com companheiro em ambos os grupos, tendo moda de 82,7% (n=182) e 72,6%, (n=167) respectivamente entre os grupos, ponto positivo das puérperas desse estudo, uma vez que ser solteira pode se portar como fator de risco para a gravidez atual. Esses dados assemelham-se ao estudo de Dias et al (2015), no qual 54,55% das lactantes afirmaram ser casadas, 39,39% viviam em união estável e 6,06% eram solteiras. Outro trabalho que corrobora com estas informações é o de Machuca et al. (2011), no qual 45% das mães entrevistadas eram casadas, 36,7% viviam em união estável e 18,3% eram solteiras.

Sobre o status marital, destaca-se que a presença de um parceiro é de grande importância durante todo o processo gravídico, principalmente quando este acompanha sua mulher durante as consultas pré-natais, o que permite um maior preparo do casal para o parto, tendo em vista que a gestação é uma fase repleta de transformações. Além disso, mulheres solteiras e sem apoio social, apresentam maior risco para adoecimento, elevado estresse psicológico, ansiedade em relação à maternidade motivada tanto pela ausência de um companheiro como pela fragmentação familiar e até mesmo pelas alterações gravídicas, aumentando a chance de apresentarem partos prematuros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A literatura destaca a importância da família e do apoio social como principal mecanismo de suporte na gestação, especialmente quando essa se configura como não planejada ou precoce. Neste estudo, o percentual elevado (85,9%) de mulheres que vivenciaram gravidez planejada e referiram estar casadas com o companheiro por ocasião da ocorrência da gravidez ressalta a importância da situação conjugal nas escolhas reprodutivas (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Em relação ao número de moradores na casa das puérperas o que mais se repetiu no grupo pré-natal completo foram quatro pessoas (30%, n=68). No segundo grupo o mais acentuado foi três pessoas (27,8%, n=64).

Um fator que contribui para esse dado é a inserção da mulher no mercado de trabalho houve uma redução na taxa de fecundidade, prova disso é a diminuição sistemática do tamanho das famílias. Em 1980, as famílias brasileiras apresentavam uma média de 4,5 componentes. Em 1992, o número de integrantes passou para 3,7 pessoas e, em 2001, atingiu a média de 3,3 pessoas. Em relação às regiões brasileiras, a média mais elevada encontra-se no Norte e Nordeste (3,7 componentes por família), enquanto no Sul e no Sudeste a média é 3,2 pessoas (FURLANETTO et al., 2016).

No tocante a boa condição de moradia, para caracterização dessa categoria avaliou-se como satisfatório as casas de bloco, presença de energia elétrica, pavimentação, água encanada e tratada, recolhimento de lixo, saneamento básico e presença de banheiro em casa, 32,7% (n=72) do grupo PNC (pré-natal completo) disseram possuir todos os itens, enquanto que no grupo PNI (pré-natal incompleto), apenas 21,3% (n=65) obtiveram os mesmos resultados.

Existe uma falta de qualidade de moradia entre as gestantes de alto risco, que influencia na qualidade de vida das mulheres e pode interferir no risco gravídico e puerperal. O ato de gestar contribui para profundas alterações emocionais na mulher, seja por alterações hormonais ou por eventos associados à condição socioeconômica, e essa situação se agrava quando a mulher se encontra diante de uma gravidez de alto risco, fazendo-se necessário o apoio de familiares durante todo o processo gestacional (SPYRIDOU; SCHAUER; RUF-LEUSCHNER, 2016).

A renda familiar é uma variável muito importante para garantia de maior segurança durante o período gravídico, uma vez que possibilita adoção de uma alimentação saudável e em quantidade adequada, assim como realização de exames e pré-natal de qualidades. No entanto, ambos os grupos apresentaram maior frequência na renda mensal de um salário mínimo (49,5%, n=109) para a primeira classificação e (40,4%, n=93) para a segunda.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve que o nível socioeconômico é um fator determinante para o uso do ácido fólico na gestação, sendo que essa associação é diretamente proporcional. Com condição econômica inferior ao deste estudo, pesquisa desenvolvida na cidade de Cuiabá (MT), a renda familiar de 60,0% das gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi menor que um salário mínimo, e a ingestão de alimentos com ferro era deficiente (CAMARGO et al., 2012)

No quesito moradia em zona urbana, 64,5% (n=142) do grupo PNC e 61,3% (n=141) do grupo PNI responderam afirmativamente. Em estudo conduzido por Pinheiro, De Macedo Freita e Pereira (2017) apontou dados semelhantes, onde 72,22% (n=78) dos voluntários eram de zona urbana. Os fatores culturais e a falta de acesso à informação e aos serviços de saúde (muitas vezes comum em regiões rurais) podem ser um fator que predispõe à gravidez na adolescência. Morar na zona rural ou até mesmo na periferia da zona urbana as deixam expostas a riscos sociais como, por exemplo, a gravidez.

A tabela 3 relaciona a boa e a má qualidade de vida, tendo em vista as condições de moradia, renda familiar e meio de transporte, com o número de consultas. Contudo, não houve associação significativa entre estas variáveis.

Tabela 3- Diferença comparativa entre os grupos de acompanhamento completo e incompleto em relação a boa qualidade de vida e o número de consultas.

Acompanhamento	Boa qualidade de vida (%)	Frequência Boa qualidade de vida	Má qualidade de vida (%)	Frequência má qualidade de vida	Total de frequência	Número de consultas
Completo	32,7	72	67,3	148	220	8 |----|16
Incompleto	17,8	41	82,2	189	230	1 |----| 7

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

A assistência pré-natal prioriza o acolhimento e a atenção integral à saúde da mulher e com enfoque humanizado pretende-se garantir qualidade de vida para mãe e o feto. Mas, infelizmente, muitas gestantes vivenciam a exclusão social além das vulnerabilidades intrínsecas as suas condições particulares, e são excluídas do acesso aos seus direitos fundamentais, dentre estes o de saúde. A fim de garantir um pré-natal de qualidade deve-se disponibilizar o acesso aos exames de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde, tais como: sorologias, Sumário de Urina e Hemograma completos, no entanto, por diversos motivos, muitas gestantes dão entrada nas unidades de parto sem portar os resultados dos referido exames, comprovando a ineficiência de determinadas consultas de pré-natal (CARVALHO et al., 2017).

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde bem como o perfil socioeconômico das gestantes devem ser considerados no momento da classificação de uma gravidez de risco. Uma gestação precoce pode acarretar sérios problemas para saúde do binômio mãe e filho. Assim, para se evitar maiores

complicações na gravidez atual, faz-se necessário investigar os fatores de riscos relacionados as gestantes e intervir nestes (PINHEIRO; DE MACEDO FREITA; PEREIRA, 2017).

A literatura tem destacado as implicações de uma assistência pré-natal inadequada principalmente entre as adolescentes, uma vez que, muitas vezes, estas gestantes estão inseridas em um contexto social desfavorável, sem apoio da família ou mesmo do companheiro, sendo mais suscetíveis ao desenvolvimento de complicações. Além dos fatores socioeconômicos q podem limitar o acesso aos serviços de saúde, ainda existe a cultura feminina de considerar a gravidez como um processo fisiológico e por isso não ter necessidade de recorrer a atenção pré-natal. Por isso a necessidade de orientações sobre a importância do pré-natal como um determinante para o desfecho favorável da gestação (SANTOS et al., 2014).

5. 2 Dados do pré-natal e parto atual

Em relação ao pré-natal os dados foram agrupados em pré-natal de risco habitual e alto risco (Tabela 4). No grupo pré-natal de alto-risco foram incluídas puérperas com altura menor que 1,45 metros, aborto habitual (três ou mais abortos), co-morbidades (hipertensão e diabetes gestacional), 04 partos ou mais, idade inferior a 15 anos ou superior a 35 anos, IMC menor que 20 e maior que 30 e estado civil solteira. Relacionou-se, ainda, as puérperas de alto risco e risco habitual com a taxa de cesariana.

Tabela 4- Relação entre a gravidez de alto risco e risco habitual com o número de cesarianas entre os grupos de pré-natal complete e incompleto.

	Alto risco		**Risco habitual**		**Alto risco com cesariana**		**Risco habitual com cesariana**	
	%	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**
Acompanhamento Completo	61,89	136	38,11	84	76,9	30	23,1	9
Acompanhamento Incompleto	92,6	213	7,4	17	85,4	35	14,6	6

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

O grupo de pré-natal incompleto apresentou alto quantitativo de gestantes de alto risco (92,6%, n=213), comparado à porcentagem encontrada no grupo de acompanhamento completo (61,89%, n=136). O elevado índice de gravidez de alto risco entre os grupos pode ser justificado pelo Hospital Dom Malan ser uma unidade de referência para gravidez e parto de alto risco.

No entanto, um dado que destoa do esperado foi o índice de cesarianas no pré-natal de risco habitual do grupo de acompanhamento completo (23,1%). Esse dado aponta que outros fatores, além da qualidade do pré-natal, interferem no desfecho quanto ao tipo de parto.

De acordo com o Ministério da Saúde a gravidez de alto risco abrange uma pequena parcela de gestantes caracterizadas por serem portadoras de alguma patologia, sofrerem algum agravo ou desenvolverem complicações. As gestantes de alto risco presentam maiores probabilidades de evolução desfavorável. A classificação deste grupo segue as seguintes categorias do MS: características pessoais e condições sociodemográficas desfavoráveis, antecedentes obstétricos, condições clínicas preexistentes, exposição indevida ou acidental a fatores

teratogênicos, patologias na gravidez atual e intercorrências clínicas (ROBLES, 2015).

Com relação ao aborto, no primeiro grupo 75,9% das puérperas (n=167) afirmaram nunca ter tido aborto. Dos 24,1% restante, 1,4% (n=3) afirmaram ter tido três ou mais abortos, caracterizando-se como aborto habitual, o qual é considerado como fator de risco para a gravidez atual. Quanto ao segundo grupo, 76,5% (n=176) responderam que não tiveram abortos; dentre as que afirmaram que tiveram aborto apenas 1,3% (n=3) tiveram três ou mais abortos. Esta informação corrobora com estudos anteriores, nos quais o número de abortos inferiores a 03 correspondeu a 26,8%. Estudo similar realizado em Divinópolis/MG nos anos 2013 e 2014 com 218 gestantes de alto risco constatou que 26,9% delas também apresentaram de um a três abortos em gestações anteriores (DE MELO et al., 2016).

Quanto ao número de consultas no grupo de pré-natal incompleto, 2,2% (n=5) relataram terem feito oito ou mais consultas; 25,7% (n=59) 7 consultas e 25,2% (n=58) realizaram 6 consultas, o restante da amostra apresentou menos que seis consultas. Já no grupo de pré-natal completo 100% das participantes realizaram oito ou mais consultas.

Acredita-se que o maior número de consultas de pré-natal está fortemente associado a desfechos mais favoráveis. Entre as prováveis justificativas que explicariam o número inferior de consultas pré-natais por gestante, encontra-se a escolaridade. É importante salientar que essa variável é um fator diferencial no processo de acesso à assistência pré-natal. A educação, nesse caso, revela-se como fator importante na percepção da importância da assistência à saúde materno infantil (IBGE, 2009).

No que diz respeito à IG, 90,9% das voluntárias que fizeram pré-natal adequado tiveram IG ≥ 37 semanas, já no segundo grupo, apenas 70,9% (n=163) obtiveram resultado semelhante. Esse dado aponta para associação negativa existente entre número de consultas inferior ao preconizado com a elevação dos índices de prematuridade. A OMS define recém-nascido prematuro como RN vivo com 37 semanas incompletas de gestação calculadas a partir do primeiro dia da última menstruação; à termo é aquele nascido com IG entre 37 e 41 semanas e seis dias, e pós-termo quando a IG é maior ou igual a 42 semanas (BARIZON; SANTOS; REIS, 2015).

Em estudo realizado por Tabile et al. (2016) no Hospital Santa Cruz/RS, aconteceram 9.667 partos, sendo 1.133 (11,72%) partos prematuros. Apesar de se conhecer os benefícios advindos do acompanhamento pré-natal, constatou-se que a média de consultas de pré-natal neste estudo foi 6,68 consultas. Mesmo enquadrando-se dentro dos parâmetros de normalidade recomendados pelo MS, essa média ainda foi baixa, podendo ser relacionado como um fator de predisposição ao parto prematuro.

No que se refere aos exames laboratoriais (ABO/RH, Hemograma, Sumário de Urina, Parasitológico de Fezes, Glicemia em Jejum, Sorologias), de imagem (USG) e vacinação; 100% das puérperas que compunham o primeiro grupo (n=220) realizaram o que está preconizado no manual de pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde, enquanto no segundo grupo apenas 76,5% (n=176) seguiram as mesmas recomendações (tabela 5).

Tabela 5- Distribuição do acompanhamento pré-natal, quando a realização de exames e idade gestacional.

	Frequência absoluta acompanhamento completo	**Acompanhamento completo (%)**	**Frequência absoluta acompanhamento incompleto**	**Acompanhamento incompleto (%)**
IG igual ou acima de 37	200	90,9	163	70,9
Realizaram exame	220	100	212	92,2
Realizaram ABO/RH	220	100	208	90,4
Realizaram Hemograma	220	100	210	91,3
Realizaram exame de urina	220	100	207	90
Realizaram exames de fezes	218	99,1	201	87,4
Realizaram exames de glicemia	220	100	206	89,6
Realizaram sorologia	220	100	206	89,6
Fizeram USG	220	100	218	94,8

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

De acordo com estudo realizado por Coutinho et al. (2003), ocorreu muita variação no registro dos exames laboratoriais tidos como básicos pelo PHPN. Ao avaliar os registros dos exames que as gestantes portavam no momento da

internação, notou-se que: 7% das gestantes não portavam a tipagem sanguínea e fator RH. 21,6% dos cartões não apresentavam registros da dosagem de hemoglobina e hematócrito, 30% não possuíam resultados do exame de urina tipo 1, bem como 23% também não possuía VDRL e 31,1% não possuía glicemia em jejum. A testagem anti-HIV e o exame colpocitológico não foram registrados em 34,1% e 91,4% dos cartões analisados, respectivamente. 82,7% das gestantes realizaram pelo menos uma USG, sendo que 459 exames ultrassonográficos foram anotados em 306 cartões, porém em 6,7% desses registros não houveram relato da IG na época do exame ecográfico inicial. Dentre os demais houve predomínio da solicitação no segundo trimestre (64,7%) e percentual significativo no terceiro trimestre (15,7%).

Há muito tempo tem se discutido a importância dos exames laboratoriais na detecção e tratamento de patologias maternas. A partir da formação do Programa de Atenção ao Pré-natal e Puerpério, salientou-se que o acesso a esses exames apresenta-se como grande estrangulamento da assistência pré-natal. A realização e o registro apropriado dos exames favorecem o diagnóstico de patologias que podem apresentar repercussões de variadas magnitudes tanto para a mãe quanto para o bebê. Outra vantagem da realização dos exames é a possibilidade de monitorização do crescimento e bem-estar fetal, contribuindo na prevenção da prematuridade (DOMINGUES et al., 2012)

A OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde, preconizam a realização de apenas uma sorologia para sífilis e HIV em mais de 90% das gestantes, embora os protocolos nacionais recomendem a repetição de tais exames assim como a glicemia em jejum e o sumário de urina. Assim, o estudo desenvolvido por Domingues et al. (2015) considerou como adequada a realização de pelo menos um desses exames no decorrer da gravidez. Destaca-se que menos de 50% das gestantes que tiveram RN a termo conseguiram repetir os exames. Outro dado importante enfatizado na pesquisa desses autores foi que a realização da USG já está inserida à rotina de pré-natal, na qual foi solicitado a praticamente 100% das gestantes e aproximadamente 87% destas portavam o resultado da USG no momento da admissão na unidade hospitalar. A realização de pelo menos uma USG durante o pré-natal passou a ser um indicador de qualidade da assistência pela Rede Cegonha.

A USG do primeiro trimestre é tida como referência para determinação da IG, principalmente quando realizada entre a 9ª e a 13ª semana de gravidez, essencial para a averiguação do crescimento fetal e para decisões relacionadas à interrupção da gestação. A ultrassonografia, mesmo quando não é realizada no inicio da gravidez, teve melhor desempenho do que a data da última menstruação para a determinação da IG no parto das gestantes (PEREIRA et al., 2014).

No grupo 1, 35% das puérperas relataram que foi detectado algum tipo de problema após a realização dos exames (n=77). No grupo 2, 31,7% apresentaram alguma alteração, detectados após realização dos exames. Em ambos os grupos o problema mais frequente entre as puérperas foi a ITU (Infecção do Trato Urinário) as quais foram submetidas a tratamento com antibióticos ainda no período gestacional.

Corroborando com essa informação, o estudo de Baumgartena et al. (2013) afirmou que dentre os agravos pertinentes às gestantes, as ITU são as principais as maiores responsáveis pelas internações hospitalares no decorrer da gravidez. Dentre os fatores de riscos relacionados a essa infecção estão: multiparidade, baixo nível socioeconômico, história pregressa de ITU e idade avançada. As infecções urinárias podem causar na gestante pielonefrite e choque séptico; e no feto pode predispor o parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas amnióticas e óbitos perinatais.

Tabela 6- Comparação entre os grupos em relação à Diabetes e Hipertensão gestacional, levando em consideração apenas as gestantes que tiveram essas patologias.

Acompanhamento	Presença de Diabetes Gestacional (%)	Frequência Tiveram Diabetes gestacional	Presença de Hipertensão Gestacional (%)	Frequência tiveram hipertensão gestacional	Total de frequência
Completo	9,5	21	31,4	69	220
Incompleto	5,2	12	24,8	57	230

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

Quando questionadas sobre a presença de morbidades na gestação atual (Tabela 6), 9,5% afirmaram presença de Diabetes gestacional (n=21) e 31,4% afirmaram presença de hipertensão (n=69) no grupo de pré-natal completo. Enquanto que entre as puérperas que tiveram pré-natal incompleto apenas 5,2% referiram apresentar Diabetes gestacional (n=12) e 24,8% (n=57). Isso demonstra a preocupação de algumas gestantes quando já cientes de que apresenta uma co-morbidade associada a gestação de procurarem um pré-natal de qualidade.

Em estudo realizado por De Oliveira e De Freitas Mathias (2015), verificou-se que 71% das pacientes que compunham a amostra possuía pelo menos uma patologia, e mesmo as que não apresentavam nenhuma enfermidade foram encaminhadas ao hospital por residirem na área de abrangência do deste complexo. As principais causas de internação foram as síndromes hipertensivas (26%), seguidas por anemia (10%), diabetes (8%) e infecção pelo HPV (8%).

As Síndromes Hipertensivas tanto a hipertensão arterial crônica quanto a hipertensão gestacional, podem ocasionar sérias repercussões para o feto, aumentando a probabilidade de intercorrências como bebê, pequeno para a idade gestacional, baixos índices de Apgar, infecção neonatal, síndrome de aspiração do mecônio, prematuridade e síndrome angústia respiratória. Destaca-se ainda que a hipertensão crônica apresenta risco relativo significativamente maior de prematuridade é notória a interferência exercida por doenças como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, cardiopatias e anemia sobre a saúde materna e fetal. No entanto, existem outros fatores que também estão associados a desfechos desfavoráveis para o desenvolvimento fetal, como por exemplo o tabagismo e o consumo de bebidas alcóolicas durante a gravidez. Em estudo desenvolvido por Andrade et al. (2015), 150 puérperas apresentaram influência dessas substâncias sobre o peso, comprimento e perímetro cefálico dos RN.

O principal motivo pelo qual as gestantes participaram do pré-natal de alto risco na pesquisa de Dalla Costa et al. (2016) foi a HAS, diagnosticado em 24,6% das gestantes, seguido por obesidade com 18% e ITU com 14,8%. Vale ressaltar que uma gestante pode desenvolver mais do que uma patologia relacionada. A HAS gestacional é vista como uma das mais relevantes complicações da gravidez e puerpério, devido ao alto risco de morbimortalidade materna e perinatal. 12 a 22% das gestações são afetadas pelos distúrbios hipertensivos, sendo as patologias mais frequentes durante o pré-natal, acometendo, nas quais a eclampsia destaca-se como uma das principais causas de morte materna tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

Devido o difícil controle da doença hipertensiva durante a gravidez, muitas vezes é necessário a interrupção precoce da gestação, aumentando os índices de cesarianas e RN pré-termo. Conforme dados estatísticos da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, nos anos de 1994 a 2002, 14% dos óbitos maternas estavam ligados à DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação), estabelecendo tal

patologia como a segunda principal causa de mortalidade materna (CAMPANA; PELLOSO, 2007).

No período referente à coleta de dados ocorreu um total de 2.116 partos no Hospital Dom Malam, sendo 1.216 normais e 900 cesarianas (42,5% da população total), estando acima do recomendado pela OMS. No entanto, pode-se, possivelmente, justificar esse dado pelo fato da unidade em questão ser considerada como de alto risco, tornando a cesariana como única opção para solucionar as intercorrências detectadas.

O parto cirúrgico tem sido considerado, nos últimos 20 anos, como uma epidemia pela OMS, devido à adoção indiscriminada desta técnica, sendo que mais da metade dos partos realizados no Brasil, são por meio da cesariana. No topo da lista dos países que mais fazem tal procedimento está o Brasil (RODRIGUES et al., 2016). Sendo, inclusive, apontado como exemplo de provável uso descomedido deste procedimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A OMS estabelece que índices maiores que 15% seriam complicados de explicar do ponto de vista médico, devido à carência de elementos concretos e clínicos que justifiquem em um dado período a adoção da cesariana e não do parto normal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Comparando-se os grupos quanto ao tipo de parto, no grupo do pré-natal adequado, 17,7% (n=39) foram cesarianas, enquanto no grupo 2, 17,8% (n=41) corresponderam a cesarianas, não havendo diferença significativa entre ambos.

Estudos nacionais e internacionais têm estudado a taxa de cesariana, que variam de acordo a metodologia adotada. A adolescência tem sido apontada como fator protetor do parto cesáreo ao se levar em consideração a alta proporção de baixo peso ao nascer. A análise multivariada verificou correlação entre estado civil, menos de seis consultas pré-natais, baixo peso materno e peso insuficiente ao nascer com a cesariana. Esta informação difere dos resultados obtidos por Pádua et al., que notaram maior interação da cesariana com o aumento do quantitativo de consultas de pré-natal (SANTOS et al., 2014).

5.3 Complicações maternas

A tabela 7 traz as complicações maternas durante o parto e pós-parto em ambos os grupos. Das puérperas que realizaram pré-natal adequado, 46,8% (n=103)

apresentaram algum tipo de intercorrência materna no parto, pós-parto ou em ambos. Chama atenção para a maior prevalência da doenças hipertensivas, dentre estas a Pré-eclâmpsia (19,5%, n=43) e a DHEG (5%, n=11). A média do número de dias de internação materna nesse grupo foi de 04 dias e a porcentagem de internação na UTI foi de 8,2% (n=18).

Tabela 7- Caracterização dos grupos quanto às complicações maternas durante o parto e pós-parto.

	Acompanhamento completo (%)	**Frequência absoluta acompanhamento completo**	**Acompanhamento incompleto (%)**	**Frequência absoluta acompanhamento incompleto**
Presença de complicações	46,8	103	60,9	140
Pré-eclâmpsia	19,5	43	23,5	54
Eclâmpsia	0,9	2	0,9	2
Síndrome Hellpe	0,4	1	0,9	2
DHEG	5	11	4,3	10
CIUR	1,4	3	4,3	10
Oligoâmnio	2,7	6	8,3	19
Polidrâmnio	2,3	5	1,7	4
Líquido Amniótico Meconial	3,2	7	3	7
Transfusão Sanguínea	2,3	5	1,7	4
Endometrite	1,4	3	1,3	3
Rotura Prematura de Membranas	1,8	4	7	16
Internação em UTI obstétrica	8,2	18	16,1	37

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

O tempo de permanência média de uma paciente na Maternidade do hospital está intrinsicamente associado ao tipo de parto e a classificação de risco da gravidez atual, uma vez que a recuperação da parturiente de parto normal é mais rápida quando comparada a cesariana, bem como a média de dias de internação para ambos os tipos de parto em gestação de baixo risco é inferior a de gestações de alto risco. Contudo, quando a gravidez vem acompanhada de complicações obstétricas especiais, demandam maior permanência na unidade hospitalar. A diminuição dos dias de internação na unidade de saúde reduz o risco de infecção hospitalar, permite

o regresso materno e do RN ao convívio familiar de maneira precoce, além de evitar oneração do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em contraposição ao presente estudo, que obteve uma media de quatro dias de internação para as gestantes do grupo de pré-natal completo, o SUS observou no período de 2008 a 2012, uma média de dois dias para partos normais e 2,6 para as cesarianas. Já para as gravidezes de alto risco a taxa de permanência foi maior, variando entre 3,2 dias (partos normais) e 4,2 dias (cesarianas). O tempo médio de internação levando-se em conta os dois tipos de parto e a gravidez de alto e baixo risco foi de 2,3 dias nesse período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Uma justificativa para essa taxa elevada de permanência materna no hospital se dá pela caracterização do cenário de coleta de dados. Uma vez que os casos mais complicados são encaminhados para esse hospital, a permanência tende a extrapolar a média nacional.

No grupo de pré-natal inadequado, as intercorrências se repetiram. No entanto, o percentual foi maior assim como a gravidade, refletindo no aumento dos dias de internação. Das 230 puérperas que faziam parte do grupo 2, 140 (60,9%) apresentaram alguma complicação. As principais intercorrências neste grupo também foram as doenças hipertensivas: Pré-eclampsia (23,5%, n=54); e DHEG (4,3%, n=10), bem como o Oligoâmnio (8,3%, n=19); Rotura prematura de membranas (7%, n=16) e o CIUR (4,3%, n=10). A média de dias de internação materna foi de 5 dias e 16,1% (n=37) das puérperas desse grupo foram internadas na UTI obstétrica.

Dos Santos Moraes et al. (2016), desenvolveu um estudo relacionando as complicações associadas às gestantes que realizaram parto normal com as que fizeram a cesariana. Em relação às complicações durante o período gestacional daquelas que realizaram parto vaginal, notou-se dois tipos de complicações: infecção (principalmente no trato urinário), e DHEG. Durante o parto, as únicas intercorrências foram sangramento transvaginal moderado e laceração vaginal; e no pós-parto foi relatado apenas um caso de hemorragia vaginal com necessidade de hemotransfusão.

Já as gestantes que se submeteram à cesariana, obtiveram um quantitativo de complicações muito maiores quando comparada ao grupo anterior, sendo as mais prevalentes na gravidez: infecção, principalmente urinária, DHEG e sangramento vaginal. Já as intercorrências identificadas no trabalho de parto foram:

dificuldade de expulsão fetal e sangramento vaginal intenso; e após o parto a queixa mais frequente foi dor em incisão operatória. É importante ressaltar que a mesma gestante pode ter apresentado mais de uma intercorrência (DOS SANTOS MORAES et al, 2016).

Em estudo desenvolvido por Leal et al. (2017) na cidade de Caxias (MA), para avaliação das complicações maternas e perinatais na gravidez de alto risco, observou-se maior predomínio de interatividade (14%); oligoidrâmnio (14%); DCP (Desproporção Céfalo-Pélvica)(7%); distocia (7%); amniorrexe prematura (4,7%); pós-datismo (4,7%); hemorragia pós-parto (2,3%); óbito fetal (2,3%); apresentação pélvica (2,3%); eclampsia (2,3%) e prematuridade (2,3%). Dentre essas, uma puérpera foi internada na UTI em decorrência da eclâmpsia.

Mesmo que vários estudos apontem a importância do pré-natal na prevenção de complicações no parto e pós-parto, vale ressaltar que essa não é a única medida para o declínio da mortalidade materna, mas principalmente a melhoraria da qualidade da assistência prestada nas consultas é essencial para prevenção de mortes maternas por causas diretas e indiretas. Dentre as causas diretas estão: doenças hipertensivas, hemorrágicas, sepsis, intercorrências de cesarianas sem indicação e aborto. Além disso, deve-se levar em consideração que cada gravidez é única, e por mais que a gestantes faça todas as consultas preconizadas pode ocorrer complicação no momento do parto associado a fatores externos (CARVALHO et al., 2015).

5.4 Dados e complicações dos recém-nascidos

Quanto aos recém-nascidos de mães do grupo pré-natal completo em relação aos dados antropométricos, 6,4% (n=14) nasceram com peso inferior a 2500 g, considerado como peso mínimo ideal para nascimento a termo; quanto ao Perímetro cefálico, 86,4% (n=190) nasceram com perímetro entre 33 e 38,6cm, medidas consideradas normais. A respeito da estatura, 69,6% (n=153) apresentaram estatura dentro da normalidade (46 a 54cm)(MINISTERIO DA SAÚDE, 2012).

O teste de Apgar realizado no 1º minuto apontou que 89,6% (n=197) dos recém-nascidos apresentaram valores iguais ou maiores que sete (valor considerado como normal). No 5º minuto, a porcentagem dos que possuíram pontuações iguais ou superiores a sete aumentou para 98,6% (n=217).

Em relação aos dados antropométricos dos recém-nascidos de mães com pré-natal inadequado, 23,5% (n=61) nasceram com peso inferior a 2500 g. Quanto ao Perímetro cefálico, 73,5% (n=169) nasceram com valores dentro da normalidade. Em relação a Estatura, 57,4% (n=132) apresentaram valores normais. Isso pode estar relacionado à prematuridade ou ao CIUR, uma vez que tais intercorrências tendem a apresentar dados antropométricos menores referentes a idade gestacional de interrupção da gravidez (RN pré-termo) ou a gravidade do CIUR.

O teste de Apgar é o primeiro exame realizado no recém-nascido para avaliar o seu nível de adaptação à vida fora do útero no primeiro e no quinto minuto de vida, normalmente é executado pelo pediatra ainda na sala de parto. O Apgar no 1º minuto de vida dos recém-nascidos das mães do grupo 2, apontou 17,4% deles (n=40) apresentaram pontuações menores que 7. Quando realizado o mesmo teste no 5º minuto, apenas 3% (n=7) dos recém-nascidos apresentaram escore inferior a 7. Pode-se inferir a partir disso que os cuidados prestados pela equipe multidisciplinar de saúde foram eficazes em sua grande maioria para estabilização do quadro de saúde dos bebês.

Ao se comparar tanto os dados antropométricos como o índice de Apgar de ambos os grupos, não houve diferença significativa, apesar de existir diferenças numéricas entre estes.

Em estudo desenvolvido por Santos (2016) constatou-se no maracador vitalidade do RN ao nascer, que houve prevalência do peso adequado variando entre 2500 e 3999 g. O peso é um indicador adotado para acompanhamento do crescimento intrauterino, além de ser preditor para crescimento linear no primeiro ano de vida e um marcador de risco para morbidade e mortalidade infantil. Em pesquisa desenvolvida por Novo et al (2012) no quesito dados antropométricos e características neonatais de gestantes com baixo peso, observou-se que a média de pesos dos RN foi maior que 2500 gramas. Em relação às complicações no parto no estudo de Silva, De Deus Vieira e Monteiro (2014) destacou-se: circular de cordão, prematuridade, dilatação cervical impérvia, entre outras. Devido a imensa finalidade do índice de Apgar, este é utilizado em diversos estudos para avaliação da vitalidade do recém-nato, sendo evidenciado que o Apgar menor que 7 no 5º minuto está associado ao óbito da criança.

Da Fonseca et al. (2016), também avaliando a vitalidade neonatal, demonstrou em sua pesquisa que o Apgar do 1º minuto variou de 0 a 8 pontos,

sendo um RN classificado como normal, quatro com presença de depressão neonatal leve, três com depressão neonatal moderada e três com depressão neonatal grave. Já no 5º minuto houve uma melhoria no quadro dos neonatos, variando entre 4 a 9 pontos, sendo sete normais, dois com depressão neonatal leve e dois com depressão neonatal moderada.

Tabela 8- Complicações neonatais que ocorreram em ambos os grupos, tanto no de acompanhamento completo quanto no incompleto.

Complicações	Acompanhamento completo (%)	Frequência absoluta acompanhamento completo	Acompanhamento incompleto (%)	Frequência absoluta acompanhamento incompleto
Sofrimento Fetal Agudo	3,2	7	1,7	4
Prematuridade	5,4	12	23,5	54
Sífilis Congênita	2,7	6	1,7	4
Incompatibilidade Materno-fetal	1,8	4	1,3	3
Mais de cinco dias de internação	24,1	53	30,9	71
Óbito Neonatal	0,9	2	0,4	1

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

A tabela 8 traz as complicações apresentadas pelos recém-nascidos de ambos os grupos. Quanto aos RN das mães que compuseram o grupo PNC, 24,5% (n=54) destes apresentaram algum tipo de complicação, destacando-se: Prematuridade (5,4%, n=12); Sofrimento Fetal Agudo (3,2%, n=7) e a Sífilis Congênita 2,7%, n=6); dias de internação do RN com média de 4 dias.

Dos recém-nascidos de mães que faziam parte do PNI, 38,7% (n=89) apresentaram agravos a saúde, destacando-se: Prematuridade (23,5%, n=54); Sofrimento Fetal Agudo (1,7%, n=4); Sífilis Congênita (1,7%, n=4); dias de internação do RN com média de 6 dias.

Diante disso, comparando-se os grupos nota-se que o quantitativo de complicações nos RN de mães que não tiveram o pré-natal adequado foi mais expressivo, principalmente no quesito prematuridade. No entanto, a Sífilis Congênita e a Incompatibilidade Materno Fetal e o óbito neonatal foi maior no grupo de pré-

natal completo, apresentando discordância com a literatura. Este fato aponta para melhoria da abordagem nas consultas de pré-natal.

As principais intercorrências nos RN abordadas no estudo de Leal et al foram: macrossomia fetal (18,6%); CIUR (9,3%); pós-maturidade fetal (4,7%), e óbito fetal (2,3%). No que diz respeito as intercorrências perinatais percebe-se que 4,7% dos RN foram internados na UTI neonatal, devido a insuficiência respiratória e infecção neonatal (LEAL et al., 2017).

Costa et al (2015) em estudo comparando os RN prematuros tardios com os a termo também abordou as principais complicações detectadas nesses grupos, nos quais os primeiros apresentaram maiores taxas de hipoglicemia, icterícia, distúrbios respiratórios, corroborando com a ideia de que a prematuridade gera imaturidade metabólica e aumenta a vulnerabilidade a intercorrências no período neonatal.

5.5 Análises com significância entre os grupos

Após aplicação do teste R de Pearson para avaliar as variáveis numéricas entre os dois grupos notou-se que existe uma relação inversa e fraca, porém significativa entre, os dias de internação do RN e o número de consultas ($R=-0,241$, $p <0,01$).

Domingues e Leal (2016) apontam que a elevada proporção de internação dos RN onera o sistema de saúde. Dentre as causas de internação desses bebês encontram-se a Sífilis Congênita, associada, conforme este estudo, ao início tardio da assistência pré-natal, número inadequado de consultas, não realização de sorologias para sífilis e menor registro de sorologias reagentes no cartão de pré-natal. É sabido que quanto mais complicação o RN apresentar, maior será o quantitativo de dias de internação.

A quantidade de dias de internação do RN e o perímetro cefálico também apresentaram significância inversa e fraca, porém significativa ($R= -0,443$, $p<0,05$). O perímetro Cefálico é uma medida antropométrica que pode fornecer dados sobre o desenvolvimento fetal e a nutrição ocorrida nos dois primeiros anos de vida, sendo que os valores abaixo da normalidade podem estar associados à prematuridade ou microcefalia. A prematuridade é uma condição que exige internação desses RN até adquirir o peso adequado, no entanto quanto maior tempo de internação do pré-

termo de muito baixo Peso (PTMBP), aumenta-se em 1,027 vez a chance de o peso na alta hospitalar estar abaixo de 2 desvio padrão (ROVER et al., 2016)

Houve, também, relação inversa e fraca, porém significativa entre internação do RN e estatura do RN (R= -0,372, p<0,01). Quanto ao tempo de internação, um estudo avaliou a percepção das mães a respeito do cuidado prestado ao RN pré-termo e de baixo peso, é comum que estes apresentem valores à baixo do normal para a estatura, e uma permanência hospitalar relativamente prolongada. O tempo médio de internação do presente trabalho foi de 52,5 dias, compatível a outras pesquisas. Este tempo aumentado de internação pode estar relacionado a dificuldade de adaptação ao meio extrauterino e está intimamente ligado as comorbidades existentes (MARCUARTÚ; MALVEIRA, 2016).

Existe uma relação moderada e significativa entre idade materna e o número de partos (R=0,533, p<0,01). Acredita-se que quanto mais idade a mulher apresentar mais filhos ela deve ter. No entanto, de acordo com a atual conjuntura do Brasil e os avanços na atenção a saúde tem feito muitas mulheres postergarem a gestação, sendo cada vez mais frequente o primeiro parto acontecer em idade avançada, o que pode gerar sérios problemas para essa gestante e para o país. O aumento na incidência de gravidez nos extremos da vida reprodutiva, antes dos 20 e após os 35 anos de idade, é uma realidade, sendo que as adolescentes têm 75% mais chances de ter bebê prematuro que as mulheres adultas. Contudo, este estudo revelou maior prevalência de mães (81,8%) na faixa etária entre 26 e 37 anos (REIS et al., 2017).

Presença de relação fraca, positiva e significativa entre o número de consultas e o perímetro cefálico (R=0,220, p<0,01), e a estatura do RN (R=0,196, p<0,01). Assim, o numero adequado de consultas de pré-natal pode possibilitar que a gestação ocorra de maneira tranquila, proporcionando o parto a termo, critério de suma importância para os valores normais dos dados antropométricos, dentre eles estatura e perímetro cefálico.

De acordo com Da Silva Pastich et al. (2015) mulheres grávidas expostas a situações de vulnerabilidade social como: menor idade, hábito de fumar e assistência pré-natal inadequada, apresentam condições desfavoráveis ao desenvolvimento fetal. Mulheres mais novas tendem a terem filhos com menor peso ao nascer, assim como o tabagismo durante a gravidez e ausência ou menor número de consultas pré-natal levam ao maior risco da criança nascer PIG. A razão

de proporcionalidade peso/perímetro cefálico também foi inferior entre os filhos de mulheres expostas a essas condições durante a gestação.

Relação fraca, positiva e significativa entre o IG e o perímetro cefálico (R=0,146, p<0,01). Da Silva Pastich et al. (2015) afirmou em seu estudo que a IG, o sexo do RN e o peso ao nascer também refletem nas medidas antropométricas no momento do nascimento. Assim, a correlação entre a razão de proporcionalidade peso/ perímetro cefálico e as medidas antropométricas levaram em consideração os três fatores citados. Após categorizar os grupos por IG, os autores notaram que as crianças desproporcionais continuaram com menores médias antropométricas ao nascer, corroborando com a associação existente entre a desproporcionalidade corporal e o menor crescimento fetal.

Associação fraca, positiva e significativa entre a quantidade de abortos e o número Apgar no 5º minuto (R=0,108, p<0.05), e o quantitativo de dias de internação da mãe (R=0,155, p<0,01). De acordo com Leveno et al. (2014), para ser considerado como aborto recorrente é necessário três ou mais eventos espontâneos consecutivos. Geralmente, o aborto espontâneo tende a ser ocasional. A fertilidade não é alterada com o abortamento, exceto em casos de infecção pélvica. A aspiração a vácuo também não aumenta as chances de abortamentos futuros ou mesmo prematuridade, no entanto, apresenta associação com placenta prévia. Nos estudos analisados não se encontrou relação entre o número de abortos com o teste de Apgar no 5º minuto ou com o número de dias de internação materna.

Presença de relação fraca, positiva e significativa entre quantidade de abortos e idade (R=0,208, p<0,01). No Brasil, uma investigação nacional realizado no ano de 2010 revelou que 22% das mulheres na faixa etária de 35 a 39 anos já tinham realizado algum tipo de aborto. No mundo, em 2008, uma em cada cinco gestações terminaram em aborto, destes, 49% foram inseguros. Acredita-se que mundialmente a cada ano cinco milhões de mulheres sejam internadas em virtude de complicações inerentes ao aborto inseguro. Em relação a mortalidade materna, estima-se que 13% esteja associada ao aborto, geralmente por hemorragia ou infecção (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Com o teste U de Mann-Whitney, foi possível verificar presença de diferença significativa entre as variáveis numéricas de cada grupo. Este mostrou que a realização completa dos exames do pré-natal tem influencia significativa (p<0,01)

sobre o idade gestacional, sobre o perímetro cefálico (p<0,05), sobre a estatura do bebê (p<0.05) e o Apgar no 5º minuto (p<0,05).

Quanto à ocorrência de parto prematuro relacionado a realização de exames de rotina do pré-natal, nos três trimestres da gestação, estudo realizado por Borbolato e Cardoso (2016), apresentou relevância muito significativa (p = 0,00), onde neste trabalho 100% das mulheres que realizaram os exames de rotina nos três trimestres da gestação tiveram parto a termo. Esse dado com tanta significância só reafirma a importância da realização da vacinação completa e do pré-natal de qualidade, este último é apontado como a medida mais importante na prevenção do parto prematuro. As gestantes que fazem os exames preconizados pelo MS têm maior probabilidade de detecção e tratamento precoce de alguma co-morbidade ou intercorrência que podem predispor a prematuridade, melhorando dessa maneira a vitalidade do RN, os dados antropométricos e os perímetros desses bebês.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são apontados como fatores de risco para a mortalidade infantil, especialmente o óbito neonatal precoce. A gestação com menos de 32 semanas e o peso abaixo de 1500 g apresentaram relação direta com o aumento da taxa de óbito infantil, indicando influência mútua entre essas duas variáveis, na medida em que gestação progride o peso fetal também aumenta. Essas características estão pautadas nas condições maternas e na assistência pré-natal, as quais interferem em vários determinantes e condicionantes da mortalidade infantil, quando a assistência prestada é de qualidade pode reduzir o quantitativo de óbitos infantis (KROPIWIEC; FRANCO; AMARAL, 2017).

O número de consultas do pré-natal interfere no Apgar do quinto minuto de nascimento, sendo que 69,9% dos RN das gestantes que participaram de sete ou mais consultas obtiveram valores para o Apgar entre sete e dez. Entre as que não realizaram nenhuma consulta ou não atingiram a quantidade minima preconizada, apenas 29,2% alcançaram os valores normais do teste de Apgar. Já em relação ao índice insatisfatório do Apgar, apenas 0,5% das gestantes que realizaram sete consultas ou mais se enquadraram nesse grupo (FERREIRA et al., 2015).

A tabela 9 apresenta os resultados obtidos através da análise do Qui-Quadrado, encontrando-se relevância significativa entre os grupos no tocante a Prematuridade, Rotura Prematura de Membranas, Oligoâminio, complicações maternas em geral e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Tabela 9- Diferenças significativas entre os grupos de acompanhamento completo e incompleto com as seguintes variáveis: Prematuridade, Rotura Prem, Oligoâmino, Complicações, UTI.

	Frequência relativa do grupo acompanhamento completo (%)	Frequência absoluta do grupo acompanhamento completo	Frequência relativa do grupo acompanhamento incompleto(%)	Frequência absoluta do grupo acompanhamento incompleto	Total de Frequência absoluta
Complicações maternas	42,4	103	57,6	140	243
Prematuridade	20	12	80	54	66
Rotura prematura	20	4	80	16	20
Oligoâmino	24	6	76	19	25
Internação em UTI obstétrica	37,7	18	67,3	37	55

Fonte: Dados coletados na pesquisa, novembro de 2016 à fevereiro de 2017.

A análise realizada utilizando o teste Qui-Quadrado apontou diferença significativa ($p<0,01$) entre os grupos de acompanhamento completo e incompleto no quesito prematuridade. Do total de 66 nascimentos prematuros, apenas 5,4% eram do grupo de acompanhamento completo, enquanto que 23,5% eram do grupo de acompanhamento incompleto.

Na pesquisa desenvolvida por Melo, De Oliveira e Freitas Mathias (2015) entre as 576 puérperas residentes em Maringá que realizaram pré-natal e parto pelo SUS, a prevalência de nascimentos prematuros foi de 17%. A avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada a ambos os grupos explicitou as distinções existentes nas proporções de parto prematuro, apresentando maior prevalência no pré-natal inadequado. A qualidade da atenção pré-natal fornecida as puérperas com filho prematuro foi sempre menor do que a oferecida as gestantes com bebê a termo.

No que diz respeito à Rotura Prematura de Membranas, também existiu diferença significativa ($p<0,01$). Em um total de 20 Roturas Prematuras, 1,8% (n=4) faziam parte do grupo de acompanhamento completo e 7% (n=16) correspondiam ao grupo de acompanhamento incompleto.

A ruptura prematura das membranas ovulares pré-termo (RPMO-PT) é conceituada como a rotura da bolsa amniótica no mínimo 24 horas antes do início do trabalho de parto em gestantes com idade gestacional inferior a 37 semanas (HACKENHAAR; ALBERNAZ; DA FONSECA, 2014).

A RPMO é uma intercorrência obstétrica identificada com frequência nas maternidades brasileiras, acarretando, muitas vezes, aumento do tempo de internação e despesas hospitalares. Atinge aproximadamente 8 a 10% de todas as gravidezes, e um terço dos casos de prematuridade também apresentaram RPMO, o que favorece ao mau prognóstico neonatal. Nesse estudo, dos 165 prontuários analisados referentes à mãe e ao RN internados após o diagnóstico materno de amniorrexe, 47,9% fizeram pelo menos seis consultas de pré-natal. Assim, esse estudo não apresentou diferença significativa de acordo com o número de consultas (SILVEIRA et al., 2014).

O Oligoâmnio é uma condição materna que pode ser diagnosticada por meio de USG ou exame clínico. O diagnóstico clínico se dá por meio da anamnese, exame físico e palpação uterina. Sinais clínicos sugestivos dessa intercorrência são: incompatibilidade da altura uterina com a IG, palpação sem resistência das estruturas fetais, redução da circunferência abdominal e diminuição dos movimentos fetais (HIME; PEDROSA, 2014).

No quesito Oligoâmnio também houve diferença significativa entre os grupo ($p=0,01$), de um total de 25 casos, 2,7% (n=6) são do grupo que fizeram acompanhamento completo e 8,3% (n=19) fazem parte do grupo que fizeram acompanhamento incompleto. Em trabalho realizado por De Bulhões et al. (2018), dentre as complicações do período pré-natal apresentadas pelas gestantes que compuseram a amostra destacou-se o oligoidrâmnio em 47% dos casos.

É sabido que o líquido amniótico é de fundamental importância para o desenvolvimento fetal, e que a alteração deste predispõe a várias intercorrências que podem ocasionar a morte fetal. Por essa razão é imprescindível a realização de consultas pré-natais com boa qualidade, para que haja acompanhamento da evolução gravídica e identificação precoce das prováveis causas de oligoidrâmnio, por meio da observação da presença de sinais e sintomas, análise dos resultados dos exames solicitados e queixas das gestantes. Com isso é possível identificar e intervir adiantadamente para minimizar as possíveis complicações que essa patologia poderá gerar (SANTOS et al, 2017).

No quesito presença de complicações também ocorreu diferença significativa entre os grupos ($p<0,01$). Do total de 243 puérperas que apresentaram complicações no parto 42,4% (n=103) eram do grupo que fizeram acompanhamento completo e 57,6% (n=140) eram do grupo que não fizeram o pré-natal completo.

Na literatura já é evidenciado que o quantitativo de consultas pré-natal interfere na elevação ou não das taxas de mortalidade materna na gravidez, parto e puerpério uma vez que quando investigado a distribuição das mortes maternas conforme o número de consultas pré-natal feitas pelas gestantes que foram a óbito prevaleceu o numero de consultas inferior a quatro. No entanto, deve-se destacar que o fator preponderante não o aumento do número de consultas, mas a melhoria da qualidade destas. Consultas pré-natais de qualidade estão associadas a menores taxas de mortalidade maternas associadas a: doenças hipertensivas, hemorragias, sepsis, complicações de cesarianas não indicadas e aborto (CARVALHO et al., 2015).

O momento da consulta pré-natal é um espaço apropriado para identificação, tratamento e controle das intercorrências advindas com a gravidez e parto ou doenças pregressas que interferem na gravidez. O pré-natal proporciona a manutenção da saúde materna e o bom desenvolvimento do feto, reduzindo dessa forma a taxa de morbimortalidade de mãe e filho. As vantagens da assistência pré-natal são largamente discutidas no meio científico com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e fetal (DA SILVA et al, 2017).

No quesito UTI houve diferença significativa entre os grupos (p=0,01), de um total de 55 pacientes que passaram pela UTI 8,2% (n=18) eram do grupo que fez acompanhamento completo e 16,1% (n=37) eram do grupo de acompanhamento incompleto, sendo o principal diagnóstico para internação na UTI as Síndromes Hipertensivas, uma vez que é rotina da unidade tal medida para controle efetivo da Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia grave.

Estudos assinalam que as gestantes alocadas na UTI, possuem como diagnóstico associados, predominantemente, as doenças hipertensivas e inadequação das consultas pré-natais. De acordo com boletim da OMS, a porcentagem de casos de gestantes brasileiras que precisaram passar pela UTI foi de 2,1%. Dentre as principais causas para, cita-se: doenças hipertensivas, hemorrágicas e a sepse de origem obstétrica. Só o diagnóstico de eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave correspondeu a 34,7% das causas de internação. Destaca-se ainda que nos hospitais de referência para gravidez de alto risco, prevaleceu, dentre as causas obstétricas diretas, o número de mortes maternas relacionadas a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecções urinárias e puerperal, reforçando a necessidade de uma assistência de qualidade (SAINTRAIN et al., 2016).

Em trabalho desenvolvido por Amorim et al. (2006) constatou-se que 16% do total de ocorrências na unidade eram referentes a internações na UTI obstétrica. É notório que nos países desenvolvidos, por possuírem maior tecnologia e assistência pré-natal de qualidade, os índices de internação de puérperas no setor de UTI e o coeficiente de mortalidade materna são muito reduzidos quando comparado com os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. No Brasil, a mortalidade materna é maior, pesquisas relatam que até 10% das entradas na UTI geral são referentes a mulheres no ciclo grávido-puerperal. (AMORIM et al., 2006).

6. CONCLUSÃO

A gravidez e o parto correspondem a eventos fisiológicos e, por isso, sua evolução se dá, na maioria das vezes, sem intercorrências. No entanto, em alguns casos, podem ocorrer complicações na gravidez, trabalho de parto e pós-parto colocando em risco a vida do binômio mãe e feto. As complicações que ganham destaque são aquelas decorrentes da hipertensão gestacional, hemorragias no pós-parto e infecções. Diante disso encontra-se a necessidade da assistência pré-natal de qualidade, na qual objetiva-se a detecção precoce de intercorrências e intervenção imediata frente ao diagnóstico.

O pré-natal envolve todo o momento que antecede ao parto e não deve ser somente um momento técnico centrado em um fenômeno biológico, e nem apenas para se cumprir um cronograma pré-estabelecido. É relevante que se cumpra os requisitos estabelecidos pela OMS e pelo Ministério da Saúde para se caracterizar como pré-natal de qualidade.

Sabe-se que apesar da notória relevância do pré-natal para a saúde da gestante e do bebê, existem outros fatores que podem prejudicar o desenvolvimento tranquilo da gravidez assim como elevar os níveis de morbimortalidade de puérperas e recém-natos, tais como: escolaridade insuficiente, extremos da idade materna, renda, relações familiares conflituosas, dificuldade de acesso, escassez de serviços de saúde dentre outros.

Entende-se que para a gravidez transcorrer de modo satisfatório são necessários, além da consulta rotineira com os profissionais de saúde, cuidados da própria gestante, do companheiro (quando houver) e de sua família.

O perfil epidemiológico da amostra do presente estudo caracterizou-se pela prevalência de puérperas adultas-jovens (idades entre 18 e 29 anos), cor parda, estado marital casada ou em união estável, um filho, ocupação dona de casa, residentes da zona urbana, petrolinenses, com baixa condição de moradia (água encanada e tratada, rua pavimentada, coleta de lixo...), possuindo renda média de um salário mínimo. No quesito escolaridade houve uma divergência entre os grupos de pré-natal completo e incompleto, onde no primeiro grupo predominou o ensino médio completo, enquanto no segundo foi o fundamental incompleto. A partir desta informação conclui-se a importância da educação para realização de boas práticas de saúde e adesão ao pré-natal de qualidade.

Durante o período da pesquisa, a incidência de cesarianas no Hospital Dom Malan foi elevada (42,5), enfatizando um importante problema de saúde pública brasileiro, uma vez que a OMS não recomenda ultrapassar os 15%. No entanto, devido ao campo de estudo ser referência em gravidez de alto risco, pode-se justificar tal prática como medida imprescindível para manutenção da vida, visto o elevado índice de intercorrências no parto.

Outro problema de saúde pública do Brasil evidenciado no presente estudo foi a gravidez na adolescência (21,8% da amostra). Entre as adolescentes, o grupo de pré-natal incompleto também apresentou maior percentual de gravidez não planejada quando comparado com o grupo de pré-natal completo, sendo respectivamente 69,2% (n=36) e 43,5% (n=20), com diferença significativa entre os grupos ($p<0,05$). Este é um dado importante visto a ligação entre a segurança neonato e a manutenção de um período gestacional mais prazeroso.

Das 450 puérperas que compuseram a amostra, mais da 51,1% (n=230) foram classificas como pertencentes ao PNI, informação que destoa da cobertura pré-natal, uma vez que os índices chegam a quase 100% de adesão. Essa estatística enfatiza a necessidade de melhoria da qualidade da assistência pré-natal prestada pelas equipes de saúde da região, por meio da realização dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como a vacinação, escuta ativa, intervenção precoce ante as intercorrências detectadas dentre outras medidas. Para uma assistência efetiva é de suma importância a atuação da equipe multiprofissional com ênfase na interdisciplinaridade o que possibilitará dirimir as deficiências advindas do olhar unicamente disciplinar.

Ao relacionar os dados socioeconômicos favoráveis com o aumento da realização do pré-natal adequado não houve diferença significativa entre os grupos. No entanto, uma boa qualidade de vida favorece o bem-estar materno e fetal, assegurando maior conforto para o binômio.

Quanto a gravidez de alto risco e risco habitual, notou-se um elevado índice da primeira classificação entre os grupos, devido as particularidades da unidade em estudo. Quando questionadas sobre a presença de morbidades (HAS e DMG) na gestação atual, notou-se que o grupo pré-natal completo apresentou resultados mais elevados. Isso demonstra a preocupação de algumas gestantes quando já cientes de que apresenta uma patologia associada a gravidez de buscarem um pré-natal adequado.

As principais complicações maternas e neonatais detectadas no PNC foram: pré-eclâmpsia, DHEG, oligoâmnio, polidrâmnio, líquido amniótico meconial, tansfusão sanguínea, prematuridade, sofrimento fetal agudo e a sífilis congênita. No grupo PNI as complicações foram semelhantes, mas com resultados percentuais mais alarmantes. Dentre estas estão: pré-eclâmpsia, oligoâmnio, DHEG, CIUR, rotura prematura de membranas obstétricas, líquido amniótico meconial, prematuridade, sofrimento fetal agudo e sífilis congênita. Em ambos os grupos destacou-se a pré-eclâmpsia e a prematuridade.

Com este estudo fica nítida a relevância ímpar que o pré-natal de qualidade desenvolve na vida materna e neonatal, no qual o grupo PNI apresentou, em média, dois dias de internação do RN a mais que o grupo PNC, e um dia a mais na internação materna. Além disso, houve diferença discrepante no que diz respeito ao peso ao nascer, no qual o PNI apresentou 17,1% a mais de crianças com peso inferior a 2500 gramas que o PNC, bem como no teste de Apgar com 7% a mais de RN com escores inferiores a 7.

Além desses dados, houve diferença significativa entre os grupos nas variáveis: complicações maternas, prematuridade, rotura prematura de membranas obstétricas, oligoâmnio e internação em UTI obstétrica. Em todos esses quesitos o grupo de pré-natal incompleto apresentou piores resultados, aumentando respectivamente: 15,2%, 60%, 60%, 52%, 29,6%, quando comparado com o pré-natal completo.

A partir dessas informações, conclui-se que, apesar de necessitarem de mais pesquisas na região envolvendo o público alvo, é de fundamental importância não apenas melhorar a cobertura de atenção pré-natal, uma vez que os índices já estão próximos a 100% mas, principalmente, ampliar a quantidade de contatos entre gestante e equipe de saúde assim como a qualidade destes para com isso reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados obtidos com esta pesquisa pode-se ampliar o horizonte acadêmico, uma vez que, dada a dimensão do problema, ainda existem poucos estudos referentes à temática. Este estudo traz informações valiosas para o enriquecimento de diversos profissionais da saúde, em especial os obstetras e demais profissionais da Atenção Básica.

Diante da incidência cada vez maior de intercorrências obstétricas, uma alternativa é volver-se à um dos pilares do problema: a qualidade do pré-natal. Um profissional que não conhece os riscos aos quais as gestantes estão expostas quando não realizam adequadamente o pré-natal ou ainda, como as intercorrências podem ser minimizadas ou até eliminadas, caso esse programa seja desenvolvido satisfatoriamente, está vulnerável a cometer equívocos importantes.

As informações trazidas nesta pesquisa podem subsidiar o planejamento de intervenções tais como a elaboração de cartilhas, folders e palestras educativas com o intuito de auxiliar os profissionais à conscientizar a população da necessidade de adesão a atenção pré-natal eficiente, bem como a tomada de decisões ligadas à melhoria da qualidade da atenção pré-natal na rede de serviços municipais, o que, por sua vez, também poderá contribuir para a redução dos coeficientes de mortalidade materna e neonatal. Deve-se estabelecer uma discussão abrangente que envolva gestores, profissionais e comunidade para que se implantem as ações corretivas necessárias e de avaliação periódica do pré-natal em Petrolina e cidades adjacentes.

Nesse sentido, pesquisas a respeito da relação entre a realização do pré-natal de qualidade e a redução de intercorrências no parto e pós-parto devem ser incentivadas a fim de contribuir na elaboração de políticas públicas na área materno e infantil e solidificar a importância das diretrizes preconizadas para um pré-natal adequado.

8. REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. R. S. et al. **Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva**. Revista Interdisciplinar, v. 7, n. 1, p. 204- 2015, 2014

ALBUQUERQUE GONZAGA, I. C. et al. **Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 6, 2016.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALVES, H. et al. **Gravidez na adolescência e coplaneamento local:** uma abordagem diagnostica a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. Referência-Revista de Enfermagem, v. 4, n. 12, p. 35-44, 2017.

AMORIM, M. M. R. et al. **Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 6, supl. 1, p. s55-s62, Mai. 2006. DOI: 10.1590/S1519-38292006000500008.

ANDRADE, B. D. et al. **Fatores nutricionais e sociais de importância para o resultado da gestação, em mulheres em acompanhamento na rede de atenção primária de Juiz de Fora.** Rev Med Minas Gerais; 25(3): 344-352. 2015. DOI: 10.5935/2238-3182.20150069.

ANVERSA, E. T. R. et al. **Qualidade do processo da assistência pré-natal:** unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.

ARAUJO, M. A. L. et al. **Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará:** uma avaliação de estrutura e processo. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 2014.

ASTURIANO DA SILVA, L. et al. **A qualidade de uma rede integrada:** acessibilidade e cobertura no pré-natal. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 2, 2015.

ASUNDEP, N. N. et al. **Antenatal care attendance, a surrogate for pregnancy outcome?** The case of Kumasi, Ghana. Matern Child Health J, v. 18, n. 5, p. 1085-94, 2014.

AZEVEDO, W. F. et al. **Complications in adolescent pregnancy:** systematic review of the literature. Einstein (São Paulo**)**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-626, Dez. 2015. DOI: 10.1590/S1679-45082015RW3127.

BARIZON, T.O.; SANTOS, J.R.; REIS, C.B. **Fatores relacionados à prematuridade dos recém-nascidos de Dourados nos anos de 2011 e 2012**. Anais do encontro de iniciação científica-enic 6, 2015.

BASSANI, D. G; SURKAN, P. J; OLINTO, M. T. A. **Inadequate use of prenatal services among Brazilian women:** the role of maternal characteristics. Int Perspect Sex Reprod Healt, v. 35, n.1, p.15-20, 2009. DOI: 10.1363/3501509.

BAUMGARTENA, M. C. S. et al. **Infecção Urinária na Gestação: uma Revisão da Literatura**. Cient Ciênc Biol Saúde, v. 13, p. 333-342, 2013.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. **Estrutura das maternidades:** aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Cadernos de Saúde Pública. v 30, Sup: S208-S219. Rio de Janeiro, 2014.

BORBOLATO, B. M.; CARDOSO, M. P. **O impacto do pré-natal na prevenção do parto prematuro**. Revista Thêma et Scientia, v. 5, n. 1, p. 147-159, 2016.

BOTELHO, N. M. et al. **Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet, v. 36, n. 7, p. 290-295, 2014.

BRASIL. Brasil Sustentável. **Transformando nosso mundo:** a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 41 p. Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Universidade Estadual do Ceará. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica:** Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.

_____. _____. Grupo Hospitalar Conceição. **Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília, 2007.

_____. _____. _____. _____. **Gestação de alto risco:** manual técnico. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2012.

_____. _____. **Seminário de Avaliação Final:** Mortalidade Materna e Morbimortalidade Neonatal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_mortalidade_materna.pdf>. Acessado em: 28 dez 2017.

CABRAL, R. W. L. et al. **Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento.** Obstetrícia

e Neonatologia. ABENFO-MG. Anais do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 2011. p. 708-27.

CAMARGO, R. M. S. et al. **Consumo alimentar de gestantes atendidas em ambulatório de pré-natal da rede pública**. Ciênc Cuid Saúde [periódico da Internet] , v. 11, n. 3, 2012.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. **Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 9, n. 1, 2007.

CARDOSO, M. D. et al. **Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 4, p. 5017-5024, 2016.

CARPES, A. D. et al. **A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde**. Disciplinarum Scientia| Saúde, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2016.

CARVALHO, E. et al. **O acesso aos exames básicos no atendimento pré-natal:** Revisão Integrativa. CIAIQ 2017, v. 2, 2017.

CARVALHO, M. L. et al. **Prevenção da mortalidade materna no pré-natal:** uma revisão integrativa. Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 2, p. 174-180, 2015.

CARVALHO, V. F. et al. **Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. V. 46, n 1, p 30-37. São Paulo, 2012.

CERON, M. I. et al. **Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde**. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 653-662, Jun. 2013. DOI: 10.1590/S1516-18462012005000081.

COELLI, A.P. et al. **Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças:** uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública, v. 27, n. 2, p. 207-218, 2011.

CORTEZ, D. N. et al. **Aspectos que influenciam a gravidez na adolescência**. RECOM [Internet]. 3(2):645-53. 2013.

COSTA, B. C. et al. **Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo**. Boletim Científico de Pediatria-Vol, v. 4, n. 2, 2015.

COSTA, G. R. C. et al. **Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 63, n. 6, p.1005-1009, Dez. 2010. DOI: 10.1590/S0034-71672010000600021.

COSTA E SILVA, et al. **A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo hospitalização**. Rev Enfer UERJ, v. 2, p. 792-7, 2013.

COUTINHO, E. C. et al. **Mudanças no Estilo de Vida Provocadas pela Gravidez e Parto**. Atas CIAIQ2014, v. 2, p. 382-87, 2015.

COUTINHO, T. et al. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG**. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 25, n. 10, 2003.

DA FONSECA, M. S. M. et al. **Avaliação do crescimento em longo prazo no recém-nascido pré-termo egresso de unidade de terapia intensiva neonatal**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 18, n. 3, p. 150-154, 2016.

DA ROCHA, B. D. et al. **Produção científica acerca do descolamento prematuro da placenta**. Journal of Nursing and Health, v. 7, n. 2, p. 188-98, 2017.

DA SILVA PASTICH, F. C. L. et al. **Razão peso/perímetro cefálico ao nascer na avaliação do crescimento fetal**. Cad. Saúde Pública, v. 31, n. 9, p. 1995-2004, 2015.

DALLA COSTA, L. et al. **Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco**. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 2, 2016.

DAS GRAÇAS, M. S.; ANAISSE, S. L. S. T.; DOS SANTOS LIMA, S. N. **Avaliação do Número de Gestantes Cadastradas na Unidades Básicas de Saúde da Zona Norte de Teresina-PI**. Revista Interdisciplinar, v. 10, n. 3, p. 1-8, 2017.

DA SILVA, P. L. N. et al. **Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de Minas Gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia:** aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos. Journal of Health & Biological Sciences, v. 5, n. 4, p. 346-351, 2017.

DAVIM, R. M. B.; DA COSTA DAVIM, M. V. **Estudo reflexivo sobre aspectos biológicos, psicossociais e atendimento pré-natal durante a gravidez na adolescência**. Revista de enfermagem UFPE on line - ISSN: 1981-8963, v. 10, n. 8, p. 3108-3118, 2016.

DE BULHÕES, T. R. B. et al. **Prevalência de recém nascidos pré-termo de mães adolescentes**. Id on Line Revista de Psicologia, v. 12, n. 39, p. 84-96, 2018.

DE FREITAS, G. L. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, n. 2, 2009.

DE LIMA SANTOS, A.; TRINDADE RADOVANOVIC, C. A.; SILVA MARCON, S. **Assistência pré-natal:** satisfação e expectativas. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 11, 2010.

DE MELO, W. A. et al. **Gestação de alto risco:** fatores associados em município do noroeste paranaense. Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 17, n. 1, p. 83-92, 2016.

DIAS, E. G. et al. **Prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no município de mamonas-mg em 2013**. Revista Contexto & Saúde, v. 15, n. 29, p. 81-90, 2015.

DINIZ, L. M.; VOESE, S. B. **Avaliação de Programas Sociais:** uma análise da relação do programa bolsa família e o desenvolvimento municipal. Revista ESPACIOS, v. 37, n 30. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000300003.

_____. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 37, p. 140-147, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. **Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission:** data from the Birth in Brazil study. Cadernos de saude publica, v. 32, n. 6, 2016.

DOS SANTOS, M. B. et al. **Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar**. ScientiaTec, v. 3, n. 2, p. 25-38, 2017.

DOS SANTOS MORAES, A. V. et al. **Via de parto em secundigestas com gestação única e a termo, após uma cesárea prévia**. Revista Educação em Saúde, v. 4, n. 2, 2016.

FERNANDES, M. M. S. M. et al. **Fatores de riscos associados à gravidez na adolescência**. Rev Enferm UFPI, Jul-Set, v. 6, n. 3, p. 53-58, 2017.

FERNANDES, R. A. Q.; DA COSTA, É. F. **Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres participantes de grupos de incentivo ao aleitamento materno de comunidade carente**. Revista Saúde-UNG, v. 9, n. 1-2, p. 32-42, 2016.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. **Gênero e Políticas Públicas de Saúde:** construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de Psicologia da UNESP, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2017.

FERREIRA, C.R.C; RIBEIRO, G.T.F. **Aspectos socioeconomicos da gravidez na adolescencia e as ações de saúde, o caso de Anápolis-GO**. Vita et Sanitas, Trindade-Go, n.04, jan./dez.2010.

FERREIRA, O. C. et al. **A importância do pré-natal para o nascimento saudável em uma maternidade de Campo Grande-MS**. Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 17, n. 3, 2015.

FONSECA, A. S.; JANICAS, R. C. S. **Saúde Materna e Neonatal**. 252 p. Editora Martinari. São Paulo. 2014.

FRANCISCO, M. M. L. **Abordagem do tema gravidez na adolescência:** Relato de experiência didática em uma turma de Ensino Médio. 2016. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Biológicas). UEP, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

FURLANETTO, C. A. et al. **Perfil socioeconômico de gestantes cadastradas em uma unidade de saúde do município de criciúma**. Revista de Extensão, v. 1, n. 1, p. 55-63, 2016.

FURTADO JORGE, H. M. et al. **Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher:** revisão integrativa. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 28, n. 1, 2015.

GIOVANNI, M. D. **Rede Cegonha:** da concepção à implantação. Monografia (Especialização). 99 p. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Brasília, 2013.

GOMES, P. C. et al. **Ações Educativas na Assistência ao Pré-Natal:** Vivência em Grupo de Gestantes na Atenção Básica. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 18, p. 55-58, 2014.

HACKENHAAR, A. A.; ALBERNAZ, E. P.; DA FONSECA, T. **Ruptura prematura das membranas fetais pré-termo:** Associação com fatores sociodemográficos e infecções geniturinárias maternas. Jornal de Pediatria, v. 90, n. 2, 2014.

HIME, L. F. C. C.; PEDROSA, M. A. **GPS-Guia Prático de Saúde** – Obstetrícia, p. 96-97. 2014.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

JANSSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, G. C. **Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família:** potencialidades do PMAQ-AB. Saúde em Debate, v. 40, n. 111, p. 140-152, 2016.

KROPIWIEC, M. V.; FRANCO, S. C.; AMARAL, A. R. **Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado**. Rev. paul. pediatr, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 391-398, Dez. 2017. DOI: 10.1590/1984-0462/;2017;35;4;00006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LANSKY, S. et al. **Pesquisa Nascer no Brasil:** perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública [Internet], v. 30, p. 192-207, 2014.

LAURENTI, R. et al. **O estudo do binômio mãe-filho:** descrição e resultados gerais.Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 398-412, Jun. 2015. DOI: 10.1590/1980-5497201500020009.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. I**ntervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita**. Rev. LatinoAm. Enfermagem, 2017.

LEAL, M. C. et al. **Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010**. Rev Bras Saude Mater Infant, v. 15, n. 1, p. 91-104, 2015. DOI: 10.1590/S151938292015000100008

LEAL, R. C. et al. **Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco.** Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963, v. 11, n. 4, p. 1641-1649, 2017.

LEÃO, M. R. C.; RIESCO, M. L.G.; SCHNECK, C. A.; ANGELO, M. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres**. Ciência e Saúde Coletiva. v. 18, n. 8, p. 2395-2400. Rio de Janeiro, 2013.

LEVENO, K. J. et al. **Manual de Obstetrícia de Williams:** Complicações na Gestação. Artmed Editora, 2014.

LOPES, F. B. **Mortes maternas por causas sensíveis a atenção primária**. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS, v. 3, n. 3, p. 201, 2017.

LUCIO, L. C. et al. **Mortalidade materna e perfil socioeconômico e causal dos óbitos da 8ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2008 a 2014**. Biosaúde, v. 18, n. 1, p. 9-20, 2016.

MACEDO, V. C. et al. **Risk factors for syphilis in women:** case-control study.Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 51, 78, 2017. DOI: 10.11606/s1518-8787.2017051007066.

MACHADO, R. Z. et al. **O Acesso e a Acessibilidade das Mulheres Negras na Atenção Básica:** reflexões acerca da equidade na atenção à saúde das gestantes com sífilis. Anais..., 2016. Brasil, 2016.

MACHUCA, M. S. et al. **Dificuldades encontradas pelas puérperas em relação ao aleitamento materno no pós-parto**. Pediatria Moderna, v. 47, n. 4, jul./ ago. 2011.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. **Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado:** a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017.

MALTA, et al. **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Epidemiol Serv Saúde, v. 16, p. 233-4, 2007.

MARCUARTÚ, A. C.; MALVEIRA, S. S. **Perfil de Recém-Nascidos Prematuros de Muito Baixo Peso Internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 21, n. 1, p. 5-10, 2016.

MARTINS, M. et al. **A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 4, 2012.

MELO, A. S. O. et al. **Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 10, p. 249-257, 2007.

MELO, E. C.; DE OLIVEIRA, R. R.; DE FREITAS MATHIAS, T. A. **Fatores associados à qualidade do pré-natal:** uma abordagem ao nascimento prematuro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015.

MENETRIER, J. V.; DE ALMEIDA, G. **Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência**. Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 3, p. 433-441, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

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

_____. Datasus. **Informações de Saúde:** Proporção de partos cesáreos. Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

MORAIS, J. M. O.; DO NASCIMENTO PAZ, B. S.; DE MATOS BEZERRA, S. M. **Humanized work under the optics of puerperae served in a public maternity.** Journal of Nursing UFPE on-line - ISSN: 1981-8963, v. 11, n. 11, p. 4625-4630, 2017.

NEUMANN, N. A. et al. Qualidade e eqüidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, p. 307-318, 2003.

NUNES, J. T. et al. **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil:** revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, 2016.

OLIVEIRA, C. A. N. **Qualidade do cuidado materno e neonatal em região de saúde do Ceará:** visão da puérpera. 2017. Tese (Mestrado em Enfermagem - Enfermagem na Promoção da Saúde). UFC, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

OLIVEIRA, G. S. et al. **Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico**. Revista Cuidarte, v. 8, n. 2, p. 1561-1572, 2017.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica:** projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças:** a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Geneva, 2011.

_____. _____. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Geneva, 2016.

PASSOS, E. C. S. et al. **Profile of maternal death in the city of Caxias – MA.** Portuguese ReonFacema. Jan-Mar; 2(1):161-165. 2016.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2a. ed. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo, 2014.

PEREIRA, A. P. E. et al. **Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil**. Cad Saude Publica, v. 30, Supl. 1, p. 59-70, 2014.

PEREIRA, J. C. S.; GODOI, C. K.; COELHO, A.L. A. L. **Qualidade de vida dos catadores de materiais recicláveis:** um estudo etnográfico. Gestão e Sociedade, v. 6, n. 14, p. 159-177, 2012.

PIMENTA, A. M. et al. **Programa "Casa das Gestantes":** perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. Texto Contexto Enferm, v. 21, n. 4, p. 912-920, 2012.

PINHEIRO, Y. T.; DE MACEDO FREITA, G. D.; PEREIRA, N. H. **Perfil epidemiológico de puérperas adolescentes assistidas em uma maternidade no Município de João Pessoa-Paraíba**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 16, n. 2, p. 174-179, 2017.

PONTES, M. G. A. et al. **Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência.** Rev Ciên Saúde Nova Esperança, v. 12, n. 1, p. 69-78, 2014.

RAMOS, H. Â. C.; CUMAN, R. K. N. **Fatores de risco para prematuridade:** pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RATTNER, D. **Da Saúde Materno Infantil ao PAISM**. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva. Brasília, 2014.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. **Maternidade segura no Brasil:** o longo percurso para a efetivação de um direito. Physis: revista de saúde coletiva, v. 21, p. 1139-1160, 2011.

REIS, R. P. et al. **Influência entre o número de gestações e idade materna com o desenvolvimento motor de prematuros e com baixo peso de 0 a 6 meses**. In: Anais do Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG (CEPE)(ISSN 2447-8687). 2017.

RENNER, F. W. G. et al. **Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014**. Boletim Científico de Pediatria-Vol, v. 4, n. 2, 2015.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher**. Psicol inf., São Paulo , v. 16, n. 16, p. 45-69, dez. 2012.

RIBEIRO, S. P.; COSTA, R. B.; DIAS, C. P. **Macrossomia Neonatal:** Fatores de Risco e Complicações Pós-parto. Nascer e Crescer, v. 26, n. 1, p. 21-30, 2017.

RIBEIRO, V. C. S. et al. **Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência**. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min, v. 6, n. 1, p. 1957-1975, 2016.

ROBLES, A. F. **Da gravidez de "risco" às "maternidades de risco":** Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. Physis, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 139-169, Mar. 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000100009.

ROCHA, A. C.; ANDRADE, G. S. **Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal:** percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga–GO em diferentes contextos sociais. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 6, n. 1, 2017.

RODRIGUES, L. S. et al. **Caracterização dos recém-nascidos pré-termos nascidos em São Luís – MA no período de 2006 a 2010:** análise do SINASC. Cad Pesq, v. 3 n. 19, p. 97-106, 2012.

RODRIGUES, I. R. et al. **Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes**. Northeast Network Nursing Journal, v. 17, n. 6, 2017.

RODRIGUES, J. et al. **Cesariana no Brasil:** uma análise epidemiológica. Revista Multitexto, v. 4, n. 01, 2016.

RODRIGUES, V. L. R.; DE OLIVEIRA, F. M.; AFONSO, T. M. S**ífilis Congênita na Perspectiva de um Desafio para a Saúde Pública**. Anais do Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.

ROLIM, V. E. et al. **Fatores relacionados ao baixo peso ao nascer no Estado da Paraíba no período de 2003 a 2012**. Revista de Pesquisa Interdisciplinar, v. 2, n. 2, 2017.

RONDON, E. C.; EVANGELISTA, L. A. C.; DOS SANTOS, W. L. **Ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família para manutenção da adesão das gestantes vinculadas ao programa de proteção as gestantes**. Gestão e Saúde, v. 4, n. 2, p. 1882-1903, 2013.

ROVER, M. M. S. et al. **Risk factors associated with growth failure in the follow-up of very low birth weight newborns**. Jornal de Pediatria (Versão em Português), v. 92, n. 3, p. 307-313, 2016.

SAINTRAIN, S. V. et al. **Factors associated with maternal death in an intensive care unit**. Revista Brasileira de terapia intensiva, v. 28, n. 4, p. 397-404, 2016.

SANTOS, L. F. N. **Condições de Nascimento de Crianças em Comunidade Quilombola**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem). UFBA, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SANTOS, M. A. M. et al. **Políticas públicas e a saúde da mulher no Brasil e no estado de Goiás**. 2015. Tese (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). PUC Goiás, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

SANTOS, N. L. A. C. et al. **Teenage pregnancy:** analysis of risk factors for low birth weight, prematurity and cesarean delivery. Ciencia & saude coletiva, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SANTOS, W. C. L. B.; MATÃO, M. E. L. **A Assistência de Enfermagem Obstétrica na Prevenção da Mortalidade Materna.** Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 18, n. 2, 2015.

SANTOS, Y. S. et al. **Alteração do Volume do Líquido Amniótico:** Oligoidrâmnio. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. **Apoio social a gestantes adolescentes:** desvelando percepções. Ciênc Saúde Coletiva, v. 16, n. 5, p. 2575-85, 2011.

SEABRA, G. et al. **Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais:** prevalência e desfechos associados à gestação. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 33, n. 11, p. 348-353, 2011.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem**. Revista brasileira de enfermagem, v. 62, n. 3, 2009.

SILVA, B. G. C. et al. **Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012:** tendência temporal e diferenças regionais. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, p. 484-493, 2016.

SILVA, G. F; PELLOSO, S.M. **Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do noroeste do estado do Paraná**. Rev Esc Enferm USP, v. 43, n. 1, p. 95-102, 2009.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; OSORIO, M. M. **Impact of educational strategies in low-risk prenatal care:** systematic review of randomized clinical trials. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, set. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.01602015.

SILVA, J. T. et al. **Educação permanente em saúde como estratégia para redução da mortalidade materna**. 2017. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde). UFG, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

SILVA, R. S.; SILVA, V. R. **Política Nacional de Juventude:** trajetória e desafios. Cad. CRH, Salvador, v. 24, n. 63, p. 663-678, Dez. 2011. DOI: 10.1590/S0103-49792011000300013.

SILVEIRA, M.L. et al. **Desfecho neonatal em gestações que evoluíram com amniorrexe prematura**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Ceará, vol. 15, n. 3, p, 491-498, maio-junho 2014.

SOARES, J. O. et al. **O Acesso e a Acessibilidade das Mulheres Negras na Atenção Básica:** reflexões acerca da equidade na atenção à saúde das gestantes com sífilis. Anais..., 2016, Brasil., 2016.

SOARES, R. A. L. et al. **Caracterização de partos normais no turno da noite e fatores associados**. Revista Ciência & Saberes-Facema, v. 1, n. 2, p. 105-111, 2015.

SOARES, V. M. N. et al. **Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar**. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 34, n. 12, p. 536-543, 2012. DOI: 10.1590/S0100-72032012001200002.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. **Ações educativas durante a assistência pré-natal:** percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 13, n.2, p. 199-210, 2011. DOI: 10.5216/ree.v13i2.10162.

SPYRIDOU, A.; SCHAUER, M.; RUF-LEUSCHNER, M. **Prenatal screening for psychosocial risks in a high riskpopulation in Peru using the KINDEX interview**. BMC Pregnancy Childbirth, v. 16, n. 13, p. 1-18, 2016.

TABILE, P. M. et al. **Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil:** análise de 6 anos. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2016.

TAVARES, E. R.. **Intervenções determinantes do EEESMO para o sucesso do aleitamento materno**. 2014. Tese (Mestrado em Enfermagem - Saúde Materna e Obstetrícia). ESEP, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

UNICEF. **Committing to child survival:** a promise renewed. Progress report 2014. Nova York, 2014.

VEGA, C. E. P. et al. **Mortalidade materna tardia:** comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 3, 2017.

VERAS, T. C. S.; MATHIAS, T. A. F. **Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos**. Rev Esc Enferm USP. n. 48, v. 3, p. 401-408. 2014.

VETTORE, M.V.; DIAS, M.; LEAL, M.D.C. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100, 2013.

VIELLAS, E. F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

WILHELM, L. et al. **Mulheres em gestação de alto risco:** sentimentos, práticas de cuidado e superação das dificuldades enfrentadas. 2014. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSM, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – FICHA DE AVALIAÇÃO

Data: _____/_____/_____Nº. Prontuário: _____

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Município de origem:_____

Dias de internação Materna:_____ ***Dias de internação RN:***_____

Qual a sua idade? _____

Peso :_____

Altura:_____

IMC:_____

Ocupação: _____

Escolaridade: ( ) Não sabe ler ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto ( ) Médio Completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo

Como você se considera:

(A) Branca. (B) Parda. (C) Preto. (D) Amarela. (E) Indígena.

Qual seu estado civil?

(A) Solteira. (B) Casada / mora com um companheiro. (C) Separada / divorciada / desquitada. (D) Viúva.

Quantas pessoas moram em sua casa? (Contando com seus pais, irmãos ou outras pessoas que moram em uma mesma casa).

(A) Duas pessoas. (B) Três. (C) Quatro. (D) Cinco. (E) Mais de seis. (F) Moro sozinha.

Quantos(as) filhos(as) você tem?

(A) Um(a). (B) Dois(duas). (C) Três. (D) Quatro ou mais. (E) Não tenho filhos(as).

Escolaridade do pai: ( ) Não sabe ler ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto ( ) Médio Completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo ( ) Não sei.

Escolaridade da mãe: ( ) Não sabe ler ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto ( ) Médio Completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo ( ) Não sei.

Tipo de moradia

( ) Taipa ( ) Madeira

( ) Tijolo ( ) Outro _____

Á***gua encanada?*** ( ) Sim ( ) Não

Á***gua tratada?*** ( ) Sim ( ) Não

Recolhimento de lixo? ( ) Sim ( ) Não

Saneamento básico? ( ) Sim ( ) Não

Sua casa tem banheiro com vaso sanitário? ( ) Sim ( ) Não

Renda familiar (salário mínimo):

( ) Não tem rendimento ( ) Menos de um ( ) Um

Outro (especifique) _____

Número de refeições ao dia

( ) Nenhuma ( ) Três

( ) Uma ( ) Quatro

( ) Duas ( ) Outras _____

Sua rua é pavimentada? ( ) Sim ( ) Não

Sua casa tem eletricidade? ( ) Sim ( ) Não

Sua casa é: ( ) Própria e quitada ( ) Própria em pagamento ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Outra

Sua residência está localizada em: ( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana

Transporte que utiliza para deslocamento? ( ) Próprio/carro/moto ( ) Ônibus ( ) Fluvial ( ) Tração animal ( ) Nenhum.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Quantidade de gestações anteriores (contando com a atual):_____

Quantidade de partos anteriores:_____

Teve aborto? ( ) Sim, quantos?_____ ( ) Não

Algum filho nasceu com baixo peso <2,5 Kg? ( ) Sim ( ) Não

Tipo de partos anteriores: ( ) Vaginal ( ) Cesariana ( ) Ambos

DADOS DO PRÉ-NATAL:

A gestação foi desejada? ( ) Sim ( ) Não

Acompanhamento pré-natal? ( ) Sim ( ) Não

Iniciou no primeiro trimestre? ( ) Sim ( ) Não

Nº. Consultas: _____

As consultas foram realizadas por: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Ambos

Antecedentes familiares:

Gêmeos: ( ) Sim ( ) Não

Diabetes: ( ) Sim ( ) Não

Pressão alta: ( ) Sim ( ) Não

Má formação fetal: ( ) Sim ( ) Não

Outra:_____

Antecedentes pessoais:

Cirurgia no útero: ( ) Sim ( ) Não

Diabetes: ( ) Sim ( ) Não

Pressão alta: ( ) Sim ( ) Não

Doenças do coração: ( ) Sim ( ) Não

Má formação: ( ) Sim ( ) Não

Outra:_____

Idade Gestacional no pato:_____

Exames realizados: ( ) ABO/Rh ( ) Hemograma completo ( ) Sumário de urina ( ) Parasitológico de fezes ( ) Glicemia em jejum ( ) VDRL ( ) HIV ( ) Anti-HCV ( ) Anti-HBV ( ) Toxoplasmose ( ) Citomegalovírus

Fez Ultrassonografia: ( ) Sim ( ) Não, Por quê?

_____

Foi detectado algum problema? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, o que foi feito para solucioná-lo?_____

_____

Tomou todas as vacinas? ( ) Sim ( ) Não

PATOLOGIAS ASSOCIADAS A GESTAÇÃO ATUAL

Presença de diabetes gestacional: ( ) Sim ( ) Não

Presença de Hipertensão: ( ) Sim ( ) Não

Outras:_____

TRABALHO DE PARTO E PARTO

O parto foi conduzido por: ( ) Equipe médica ( ) Equipe de enfermagem ( ) Ambas

Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesariana

Laceração: ( ) Sim ( ) Não Grau:_____

Usou fórceps: ( ) Sim ( ) Não

Alterações do BCF: ( ) Sim ( ) Não

COMPLICAÇÕES NO TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO:

Doença Hipertensivas:

Eclampsia: ( ) Sim ( ) Não

Pré-eclampsia: ( ) Sim ( ) Não

Síndrome Hellpe: ( ) Sim ( ) Não

DHEG: ( ) Sim ( ) Não

Crescimento intra uterino restrito: ( ) Sim ( ) Não

Líquido Amniótico:

Oligoâmnio: ( ) Sim ( ) Não

Polidrâmnio: ( ) Sim ( ) Não

Líquido amniótico meconial: ( ) Sim ( ) Não

Traumas mecânicos:

Laceração de trajeto: ( ) Sim ( ) Não

prolongamento da histerotomia: ( ) Sim ( ) Não

Rotura uterina: ( ) Sim ( ) Não

Problemas relacionados a placenta:

Rotura prematura das membranas: ( ) Sim ( ) Não

Retenção de fragmentos placentários: ( ) Sim ( ) Não

Descolamento prematuro da placenta: ( ) Sim ( ) Não

Acretismo placentária: ( ) Sim ( ) Não

Retenção placentária uterina: ( ) Sim ( ) Não

Complicações Hemorrágicas:

Atonia e hipotonia uterina: ( ) Sim ( ) Não

Transfusão sanguínea puerperal: ( ) Sim ( ) Não

Infecções

Endometrite: ( ) Sim ( ) Não

Histerectomia por infecção: ( ) Sim ( ) Não

Prematuridade: ( ) Sim ( ) Não

Sífilis Congênita: ( ) Sim ( ) Não

UTI Materna: ( ) Sim ( ) Não

Óbito fetal: ( ) Sim ( ) Não

Óbito materno: ( ) Sim ( ) Não

Outras: ( ) Sim ( ) Não

INFORMAÇÕES REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Perímetro cefálico:_____

Peso_____ Estatura: _____

Apgar: 1º minuto:_____5º minuto: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Realização do pré-natal de qualidade e a redução de intercorrências no parto/pós-parto na maternidade do Hospital Dom Malan/PE”
Nome da Pesquisadora: Ester Costa Lima
Nome do Orientador: René Geraldo Cordeiro Silva Junior

1. **Natureza da pesquisa**: A Sra. está sendo convidada a participar desta pesquisa que pretende verificar a qualidade do pré-natal e a redução de problemas no parto e pós-parto no Hospital Dom Malan de Petrolina/PE.

2. **Participantes da pesquisa**: A amostra será composta por 460 puérperas internadas no alojamento conjunto e no alojamento patológico do Hospital Dom Malan, no período de Novembro de 2016 a Fevereiro de 2017, que não se recusarem a participar da pesquisa.

3. **Envolvimento na pesquisa**: ao aceitar participar desta pesquisa, a Sra. autoriza que a pesquisadora Ester Costa Lima, utilize suas respostas para o desenvolvimento da pesquisa. A Sra. tem liberdade de desistir de participar do estudo em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano.

4. **Sobre o questionário:** Será aplicado um questionário, que foi dividido em 07 partes: dados pessoais, antecedentes obstétricos, informações do pré-natal, doenças associadas à gestação atual, trabalho de parto e parto, complicações no trabalho de parto e pós-parto, informações do recém-nascido. O seu nome não será coletado e suas opiniões serão respeitadas.

5. **Riscos e desconfortos**: A sua participação nesta pesquisa não fere as normas legais e éticas. As perguntas são simples e de fácil compreensão. Você pode se sentir constrangida ao responder o questionário, pois possui perguntas pessoais. No entanto, isso será minimizado, pois você pode se recusar a responder as perguntas que não se sentir confortável. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

6. **Confidencialidade**: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e seu orientador (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento dos seus dados e nos comprometemos a mantê-los em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

7. **Benefícios**: Ao participar deste estudo, você contribuirá para o fornecimento de dados que poderão ser utilizados na elaboração de políticas públicas que beneficiarão as gestantes no melhor atendimento nas consultas de pré-natal, a fim de reduzir complicações no parto e pós-parto. Informamos que a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

8. **Pagamento**: a Sra. não terá nenhum tipo de despesa ao participar da pesquisa, bem como nada será pago pela sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para a sua participação nesta pesquisa, por meio de sua assinatura.

Confirmo que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

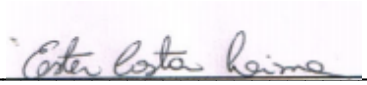
Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meuconsentimento em permitir a participação do menor sob minha responsabilidade nesta pesquisa.

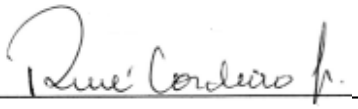
Petrolina/PE, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura da participante da Pesquisa



Assinatura do Pesquisador



Assinatura do Orientador

Pesquisadora: Ester Costa Lima 74.988633429

Orientador: René Geraldo Cordeiro Silva Junior. 87.988499501

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Professor Alvaro Rego Millen Neto

Vice-Coordenadora: Deuzilane Muniz Nunes

Telefone do Comitê: 87.2101-6896

E-mail:cedep@univasf.edu.br

APÊNDICE C- TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **“Realização do pré-natal de qualidade e a redução de intercorrências no parto/pós-parto na maternidade do Hospital Dom Malan/PE”.** Seus pais ou responsáveis permitiram que você participe. Queremos saber se a realização do pré-natal de qualidade reduz as complicações no parto e pós-parto. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita na maternidade do Hospital Dom Malan, onde você preencherá um questionário contendo 43 perguntas, as demais perguntas serão coletadas em seu prontuário. O questionário será manuseado por mim e comprometo-me a não falar para ninguém suas respostas. Caso aconteça algo errado, você pode me procurar pelo telefone (74) 988633429 (Pesquisadora: Ester Costa Lima). Mas há coisas boas que podem acontecer. Ao participar deste estudo, você contribuirá para o fornecimento de dados que poderão ser utilizados na elaboração de políticas públicas que beneficiarão as gestantes no melhor atendimento nas consultas de pré-natal. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as participantes da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa será feito um relatório final e nós divulgaremos no Hospital Dom Malan, sem identificar nenhuma participante. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi o telefone na parte de cima desse texto. Eu _____ aceito participar da pesquisa **“Realização do pré-natal de qualidade e a redução de intercorrências no parto/pós-parto na maternidade do Hospital Dom Malan/PE”,** que tem como objetivo de Investigar a realização do pré-natal de qualidade e a redução de intercorrências no parto e pós-parto na maternidade do Hospital Dom Malan de Petrolina/PE. Entendi benefícios e os riscos da pesquisa. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para mim. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Petrolina/PE , ____de _____de _____.

ANEXOS

ANEXO 1- CARTA DE ANUÊNCIA

SECRETARIA DE SAÚDE Pernambuco

HOSPITAL DOM MALAN | GESTÃO IMIP

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceitamos receber a aluna Ester Costa Lima sob orientação da Prof. René Geraldo Cordeiro Silva Junior e coorientação da Prof. Diego Luz para desenvolver o Trabalho intitulado **Realização do pré-natal de qualidade e a redução de intercorrências no parto/pós-parto na maternidade do Hospital Dom Malan/PE,** após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que nos fiquem assegurados os seguintes requisitos abaixo:

.o cumprimento das determinações éticas da Resolução Nº 466, 12/12/2012 CNS/MS;

.A garantia de esclarecimentos que julgamos necessários antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;

.Não haverá nenhuma despesa para essa Instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;

.No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirarmos a anuência a qualquer momento da pesquisa, sem penalização nenhuma para essa Instituição;

.O compromisso do envio do relatório final e das publicações resultantes do estudo, para essa Instituição.

Petrolina, 09/06/ 2016

Dra. Angélica Cordeiro Guimarães
Diretora de Ensino e Pesquisa

ANEXO 2- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE QUALIDADE E A REDUÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS NO PARTO/PÓS-PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DOM MALAN/PE

Pesquisador: Ester Costa Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57457416.0.0000.5196

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.709.098

Apresentação do Projeto:

1. O projeto de está ligado ao Programa de Pós-graduacao em Ciências da saúde de Biológicas - PPGCSB/UNIVASF e a sua equipe executora é composta pela pesquisadora responsável Ester Costa Lima, René Geraldo Cordeiro Silva Junior (orientador) e Diego Luz Moura (co-orientador).

Objetivo da Pesquisa:

2. Os objetivos estão bem delineados, em acordo com a metodologia proposta, são exequíveis, e são possíveis de serem atingidos de acordo com o cronograma apresentado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

3. Foi realizada uma análise dos riscos pertinente, com previsão de estratégias para minimizá-los, assim como foram apresentados os potenciais benefícios que a pesquisa pode propiciar aos seus participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

4. O projeto foi corrigido e atende aos aspectos éticos de proteção aos participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

5. Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente.

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cedep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Recomendações:

6. Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

7. O projeto foi corrigido e atende aos aspectos éticos de proteção aos participantes da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

É com satisfação que informamos formalmente a Vª. Srª. que o projeto "REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE QUALIDADE E A REDUÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS NO PARTO/PÓS-PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DOM MALAN/PE" foi aprovado pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas (CEDEP) da UNIVASF. A partir de agora, portanto, o vosso projeto pode dar início à fase prática ou experimental. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este comitê um relatório sucinto sobre o andamento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Cartaresposta.pdf	19/08/2016 10:32:58	Clean Sá	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_749209.pdf	18/08/2016 16:23:52		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/08/2016 00:31:18	Ester Costa Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradocorrigido.docx	17/08/2016 00:31:06	Ester Costa Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/08/2016 00:30:47	Ester Costa Lima	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1640270.pdf	16/08/2016 08:57:28	Ester Costa Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodecompromissoRne.jpg	16/08/2016 08:21:46	Ester Costa Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	confidencialidadeRene.jpg	16/08/2016 08:21:15	Ester Costa Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ConfidencialidadeDiego.jpg	16/08/2016 08:20:45	Ester Costa Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	confidencialidade.pdf	30/06/2016 14:21:09	Ester Costa Lima	Aceito

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Continuação do Parecer: 1.709.098

Outros	INSTRUMENTODECOLETADEDADOS.pdf	30/06/2016 14:18:53	Ester Costa Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.pdf	30/06/2016 14:17:29	Ester Costa Lima	Aceito
Orçamento	orcamento2parte.pdf	30/06/2016 14:11:12	Ester Costa Lima	Aceito
Orçamento	orcamento1parte.pdf	30/06/2016 14:10:58	Ester Costa Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	30/06/2016 14:08:43	Ester Costa Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/06/2016 12:57:14	Ester Costa Lima	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PETROLINA, 01 de Setembro de 2016

Assinado por:
DEUZILANE MUNIZ NUNES
(Coordenador)

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cedep@univasf.edu.br