



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JULIANA VICENTE DE OLIVEIRA FRANCHI

SEGURANÇA DO PACIENTE:
análise espacial, ocorrência e gravidade de
eventos adversos no ciclo gravídico-puerperal

Londrina
2023

JULIANA VICENTE DE OLIVEIRA FRANCHI

SEGURANÇA DO PACIENTE:
análise espacial, ocorrência e gravidade de eventos adversos
no ciclo gravídico-puerperal

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Londrina-Paraná
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

F816s Franchi, Juliana Vicente de Oliveira .
SEGURANÇA DO PACIENTE: análise espacial, ocorrência e gravidade de eventos adversos no ciclo gravídico-puerperal / Juliana Vicente de Oliveira Franchi. - Londrina, 2023.
135 f.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.
Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2023.
Inclui bibliografia.

1. Segurança do Paciete - Tese. 2. Qualidade da Assistência a Saúde - Tese. 3. Saúde Materno-infantil - Tese. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU 616-083

JULIANA VICENTE DE OLIVEIRA FRANCHI

SEGURANÇA DO PACIENTE:
análise espacial, ocorrência e gravidade de eventos adversos
no ciclo gravídico-puerperal

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Dr^a Alexandrina Ap^a
Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina-PR

Prof^a. Dr^a Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá - PR

Prof^a. Dr^a Sandra Mara Maciel
Universidade Estadual de Maringá - PR

Prof^a. Dr^a Rosangela Ap^a Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina-PR

Prof^a. Dr^a Flávia Meneguetti Pieri
Universidade Estadual de Londrina-PR

Londrina, 23 de Abril de 2023.

Dedicatória

*Dedico esta tese aos meus filhos Pedro e João,
que chegaram no decorrer da minha trajetória do
Doutorado, para que saibam que nunca é demais
estudar, que o conhecimento nos transforma e nos
leva a lugares inimagináveis.
Amo-os incondicionalmente.*

Agradecimentos

A **Deus**

por ter renovado as minhas forças
durante todo o percurso deste estudo.
Toda honra e glória a Ti.

Aos **meus pais José dos Passos e Aldivina**,
que sempre apoiaram minhas decisões
e me incentivaram a seguir
em busca dos meus sonhos.

À **minha mãe**, que se dedicou com carinho
não apenas a mim, mas também aos meus
filhos, dos quais cuidou durante este período,
sanando as minhas ausências.
Seria impossível este trabalho se não fosse você.
Você é a manifestação real do
amor de Deus sobre a minha vida.

Ao meu **esposo Eduardo**,
por permanecer ao meu lado nos momentos
mais difíceis, por assumir todas as funções nos
momentos que estive ausente,
e, sobretudo, pelo amor que dedica a mim e
aos nossos filhos constantemente.
Certamente, você é a nossa fonte inesgotável
de amor e o maior presente que Deus nos deu.
Obrigada por tanto, amor.
Amo você!

Aos **meus irmãos Renata e José Elias**,
que sempre estiveram comigo,
acreditando em mim e nos meus sonhos.
Estamos unidos pelo amor fraternal.

Aos meus **sobrinhos Júlia, Mateus, Maria e Luísa**
pela alegria indescritível de tê-los
em minha vida, meu coração transborda
de amor por cada um de vocês.

Aos **Familiares e Amigos** especiais,
que se fazem presentes
vibram com as minhas conquistas
e me fortalecem diariamente.
Agradeço pelo apoio e todo o carinho.
À minha orientadora,

Profª. Drª. **Alexandrina Apª. Maciel Cardelli**
pelo exemplo de amor ao ensino e
comprometimento com a pesquisa.
Por, mais uma vez, acreditar em mim
e na relevância da minha pesquisa.
Agradeço pelo estímulo, confiança e respeito.
Ter você como orientadora é o meu maior orgulho.
Levarei comigo todo o conhecimento compartilhado
que transcendeu a minha formação acadêmica.

À **Universidade Estadual de Londrina**
pelo compromisso com o ensino e a pesquisa.
Em especial, a Seção de Pós-Graduação
pela qualificação no processo de formação.

Ao **CNPq**
que auxiliou no financiamento deste estudo,
pelo incentivo e estímulo a pesquisa qualificada.

Aos **colegas da turma do Doutorado**
pela troca de conhecimentos e experiências
que foram essenciais para o meu
crescimento e aprendizado acadêmico.

À Profª. Drª. **Flávia Meneguetti Pier**,
Profª. Drª. **Sandra Mara Maciel**
Profª. Drª. **Sandra Marisa Pelloso** e
Profª. Drª. **Rosângela Apª. Pimenta Ferrari**,
por aceitarem o convite de participar da banca
e pelas indicações e considerações atribuídas
ao aprimoramento deste estudo.

A todas as **Mulheres**
que participaram desta pesquisa,
por terem compartilhado questões tão pessoais,
que trouxeram novos conhecimentos
sobre a segurança do paciente durante o
ciclo gravídico-puerperal.

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, me apoiaram e
contribuíram para a concretização deste sonho.

“Primum non nocere”
“Primeiro não causar dano”
(no contexto do cuidado ao paciente)

Hipócrates

FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira. **Segurança do paciente**: análise espacial, ocorrência e gravidade de eventos adversos no ciclo gravídico-puerperal. 2023. 135p. Exame de Qualificação de Doutorado/ Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

RESUMO

Introdução: a segurança à saúde materna no ciclo gravídico-puerperal necessita de cuidado qualificado para evitar desfechos maternos desfavoráveis. **Objetivo:** analisar a segurança à saúde materna no seguimento da gestação, parto e puerpério por meio da distribuição socioespacial, ocorrência e gravidade de eventos adversos maternos (EAM). **Método:** coorte prospectiva, realizada em três regionais de saúde do Paraná, com 690 mulheres, entre 2017 e 2018. Como técnica de coleta utilizou-se os dados da carteira da gestante, prontuário materno, entrevista com a mulher durante internação e visita domiciliar 06 meses após o parto. Realizou-se para espacialidade dos casos de EAM a razão do vizinho mais próximo (NNI) e densidade de Kernel. Para avaliação da segurança da assistência no pré-natal utilizou-se o índice de Kessner modificado por Takeda e no puerpério utilizou-se o escore de Vilarinho, Nogueira e Naganhama, adaptados aos pressupostos da política materno-infantil do Paraná. Para análise estatística aplicou-se o teste qui-quadrado entre variáveis independentes (socioespaciais, clínico-obstétricos e assistenciais) e dependente (EAM), posteriormente, análise multivariada com regressão logística. **Resultados:** o indicador socioeconômico de renda familiar ($p=0,050$) apresentou associação com o EAM. A espacialidade indicou aglomeração acima do esperado e alta densidade de EAM em duas regiões de Londrina. A segurança no Pré-natal obteve classificação adequada para 58,8% das gestantes, sofrendo interferência estatística com o tempo de início do Pré-natal ($p=0,040$); encaminhamento para serviço especializado ($p<0,001$); continuidade do atendimento na atenção primária ($p<0,001$); exames laboratoriais de alto risco ($p<0,001$); coleta de citologia oncótica ($p<0,001$); consulta odontológica ($p<0,001$) e informação sobre o risco gestacional ($p<0,001$). No puerpério mais da metade das mulheres (53,8%) recebeu classificação de segurança inadequada, sendo influenciada pela consulta puerperal até 10 dias ($p<0,00$); avaliação das mamas ($p<0,00$), palpação uterina ($p=0,02$), incisão cirúrgica ($p=0,01$), loquiação ($p<0,00$); orientação sobre contraceptivo ($p<0,00$), atividade física ($p<0,00$), aleitamento materno ($p<0,00$) e prescrição de método anticonceptivo ($p<0,00$). O EAM ocorreu em 39,4% das mulheres, classificado conforme gravidade do dano em categoria F – temporário com prolongamento da hospitalização (38,6%), G – permanente (35,7%), H – necessidade de intervenção para manutenção da vida (7,0%) e E – temporário com necessidade de intervenção (18,8%). A análise de regressão logística ajustada apresentou associação significativa entre EAM e os pressupostos do parto: técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,033$, OR=1,53), parto conduzido por ocitocina ($p=0,006$, OR=1,75), dispositivo de acesso venoso ($p=0,002$, OR=2,29), uso de antimicrobianos ($p<0,001$, OR=3,19), parto normal ($p=0,005$, OR=1,61), realizado pelo enfermeiro ($p<0,001$, OR= 12,28); do puerpério: consulta puerperal até 10 dias ($p=0,011$, OR=1,52), na unidade básica de saúde ($p=0,002$, OR=1,79), avaliação do acesso ($p=0,003$, OR=1,65) e pesquisa de satisfação ($p=0,001$, OR=2,00). **Conclusão:** a análise espacial mostrou áreas de maior risco para ocorrência de EAM. A segurança no seguimento Pré-natal foi

insatisfatória, apontando necessidade de acesso oportuno aos cuidados de alto risco. No seguimento do parto evidenciaram-se medidas intervencionistas e parto normal com lesões de períneo significativas. A segurança no cuidado puerperal mostrou-se fragilizada, sinalizando uma descontinuidade assistencial. Desenvolver intervenções que minimizem o impacto dos indicadores socioespaciais, clínico-obstétricos e assistenciais são importantes contributos na prevenção dos riscos de eventos adversos maternos.

Descritores: Saúde Materno-Infantil. Eventos Adversos. Segurança do Paciente. Análise Espacial. Enfermagem Obstétrica.

FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira. Patient safety: spatial analysis, occurrence and severity of adverse events in the pregnancy-puerperal cycle. 2023. 135p. Qualification Examination for Doctorate/Thesis (Doctorate in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2023.

ABSTRACT

Introduction: maternal health safety in the pregnancy-puerperal cycle requires qualified care to avoid unfavorable maternal outcomes. **Objective:** to analyze maternal health safety during pregnancy, childbirth and the puerperium through the socio-spatial distribution, occurrence and severity of maternal adverse events (ADE). **Method:** prospective cohort, carried out in three health regions of Paraná, with 690 women, between 2017 and 2018. As a collection technique, data from the pregnant woman's card, maternal medical record, interview with the woman during hospitalization and home visit were used 06 months after giving birth. The nearest neighbor ratio (NNI) and Kernel density were used for the spatiality of ADE cases. To assess the safety of prenatal care, the Kessner index modified by Takeda was used, and in the postpartum period, the score by Vilarinho, Nogueira and Naganhama was used, adapted to the assumptions of maternal and child policy in Paraná. For statistical analysis, the chi-square test was applied between independent variables (socio-spatial, clinical-obstetric and care) and dependent (EAM), subsequently, multivariate analysis with logistic regression. **Results:** the socioeconomic indicator of family income ($p=0.050$) was associated with ADE. Spatiality indicated agglomeration above expectations and high EAM density in two regions of Londrina. Safety in prenatal care obtained adequate classification for 58.8% of pregnant women, suffering statistical interference with the time of beginning prenatal care ($p=0.040$); referral to a specialized service ($p<0.001$); continuity of care in primary care ($p<0.001$); high-risk laboratory tests ($p<0.001$); oncotic cytology collection ($p<0.001$); dental consultation ($p<0.001$) and information about gestational risk ($p<0.001$). In the puerperium, more than half of the women (53.8%) received an inadequate safety classification, being influenced by the puerperal consultation up to 10 days ($p<0.00$); breast evaluation ($p<0.00$), uterine palpation ($p=0.02$), surgical incision ($p=0.01$), lochiation ($p<0.00$); guidance on contraception ($p<0.00$), physical activity ($p<0.00$), breastfeeding ($p<0.00$) and contraceptive method prescription ($p<0.00$). ADE occurred in 39.4% of the women, classified according to the severity of the damage in category F - temporary with prolonged hospitalization (38.6%), G - permanent (35.7%), H - need for intervention to maintain the life (7.0%) and E – temporary requiring intervention (18.8%). Adjusted logistic regression analysis showed a significant association between ADE and delivery assumptions: non-pharmacological techniques for pain relief ($p=0.033$, $OR=1.53$), delivery conducted with oxytocin ($p=0.006$, $OR=1.75$), venous access device ($p=0.002$, $OR=2.29$), use of antimicrobials ($p<0.001$, $OR=3.19$), normal delivery ($p=0.005$, $OR=1.61$), performed by the nurse ($p<0.001$, $OR=12.28$); of the puerperium: puerperal consultation within 10 days ($p=0.011$, $OR=1.52$), at the basic health unit ($p=0.002$, $OR=1.79$), evaluation of access ($p=0.003$, $OR=1.65$) and satisfaction survey ($p=0.001$, $OR=2.00$). **Conclusion:** the spatial analysis showed areas of greater risk for the occurrence of ADE. Safety in prenatal follow-up was unsatisfactory, pointing to the need for timely access to high-risk care. During the

delivery follow-up, interventional measures and normal delivery with significant perineal injuries were evident. Safety in puerperal care proved to be fragile, signaling a discontinuity of care. Developing interventions that minimize the impact of socio-spatial, clinical-obstetric and care indicators are important contributions in preventing the risk of maternal adverse events.

Descriptors: Maternal and Child Health. Adverse Events. Patient Safety. Spatial Analysis. Obstetric Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura1 Fatores que interferem na evolução ao longo do <i>continnum</i> da saúde materna	24
Figura2 Modelo de análise de dados, segundo os indicadores sócio demográficos, clínico-obstétricos e assistencias, Paraná, Brasil, 2023	31
Figura3 Distribuição dos casos de eventos adversos maternos segundo o estimador de Kernel, Londrina, PR, 2023	41

LISTA DE TABELAS

Estudo 1

- Tabela 1** Tipos de eventos adversos maternos desenvolvidos durante a internação para o parto em maternidades localizadas na região norte do Estado do Paraná, Londrina, PR, 202339
- Tabela 2** Distribuição das mulheres que evoluíram ou não com eventos adversos maternos durante a internação para o parto, segundo indicadores socioeconômicos e demográficos, em maternidades localizadas na região norte do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023.....40

Estudo 2

- Tabela 1** Distribuição das mulheres, segundo características socioeconômicas e demográficas, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 202354
- Tabela 2** Distribuição das mulheres, segundo classificação de Alto Risco Gestacional e a segurança do seguimento Pré-natal, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023.....56
- Tabela 3** Distribuição das mulheres, segundo a ocorrência de eventos adversos maternos durante gestação de alto risco, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023.....58

Estudo 3

- Tabela 1** Distribuição das mulheres, segundo o motivo da estratificação de Alto Risco gestacional, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR 202375
- Tabela 2** Distribuição das mulheres classificadas como Alto Risco Gestacional que desenvolveram eventos adversos no parto e puerpério imediato, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023.....76
- Tabela 3** Distribuição das mulheres classificadas como Alto Risco Gestacional e a segurança do Puerpério, segundo Política de atenção materno infantil, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 202378

Estudo 4

Tabela 1	Classificação da gravidade do dano de acordo com ocorrência do EAM, segundo as categorias dos danos propostas pelo <i>National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention</i> , Londrina, PR, 2023.....	95
Tabela 2	Distribuição das mulheres segundo a assistência Pré-natal e o desfecho de evento adverso materno durante a internação para o parto, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023.....	96
Tabela 3	Distribuição das mulheres segundo a assistência prestada durante pré-parto, trabalho de parto e parto e o desfecho de evento adverso materno, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023	97
Tabela 4	Distribuição das mulheres segundo a assistência prestada no Puerpério imediato e o desfecho de evento adverso materno durante a internação para o parto, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023	99
Tabela 5	Modelo de regressão logística bruta e ajustado segundo a assistência prestada durante Pré-natal, Parto e Puerpério e o desfecho de evento adverso materno, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AM	Aleitamento Materno
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BR	Brasil
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CNPq	Conselho Nacional Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EAM	Evento Adverso Materno
GM	Gabinete do Ministro
IHI	Institute of Healthcare Improvement
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MNF	Método Não Farmacológico
MS	Ministério da Saúde
NMM	Near Miss Materno
ODS	Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OM	Óbito Materno
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Paraná
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRMP	Programa Rede Mãe Paranaense
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Regional de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
UFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO	19
1 ESTUDO 1	34
1.1 INTRODUÇÃO	35
1.2 MATERIAL E MÉTODOS	36
1.3 RESULTADOS	39
1.4 DISCUSSÃO	42
1.5 CONCLUSÃO	46
1.6 REFERÊNCIAS	46
2 ESTUDO 2	50
2.1 INTRODUÇÃO	51
2.2 MATERIAL E MÉTODOS	52
2.3 RESULTADOS	54
2.4 DISCUSSÃO	58
2.5 CONCLUSÃO	65
2.6 REFERÊNCIAS	65
3 ESTUDO 3	71
3.1 INTRODUÇÃO	72
3.2 MATERIAL E MÉTODOS	73
3.3 RESULTADOS	75
3.4 DISCUSSÃO	80
3.5 CONCLUSÃO	85
3.6 REFERÊNCIAS	86
4 ESTUDO 4	90
4.1 INTRODUÇÃO.....	91
4.2 MATERIAL E MÉTODOS.....	92
4.3 RESULTADOS.....	95

4.4 DISCUSSÃO.....	101
4.5 CONCLUSÃO.....	108
4.6 REFERÊNCIAS.....	109
5 CONCLUSÕES.....	114
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICES.....	121
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	122
APÊNCIDE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130
ANEXOS.....	131
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	132
ANEXO B – Autorização da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná	135

CONTEXTUALIZAÇÃO

Foram muitos os avanços na área da saúde materno-infantil, por meio da implantação e implementação de várias políticas, programas e diretrizes internacionais e nacionais que visam a melhoria na qualidade das organizações prestadoras de serviço e, sobretudo, do processo de assistência à saúde dessa população (MARCOLIN, 2015).

Neste contexto, no ano 1996, foram publicadas as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando o que é recomendado ou não no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas realizadas pelo mundo todo (WHO, 1996).

Em 2000, a redução da mortalidade materna entrou como o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. com intuito de melhorar a saúde materna. Foram estabelecidas duas metas globais a serem atingidas até 2015: 1) reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990; e 2) universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (WHO, 2000).

No Brasil, ainda no ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).

Nesse sentido, a busca pela promoção da qualidade em saúde, em especial a nível internacional, já discutem sobre a dimensão da segurança, o qual surge pela primeira vez como constituinte do conceito de qualidade da assistência à saúde no relatório do *Institute of Medicine* (IOM) “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”. Tema esse que ganha visibilidade mundial, com destaque pelos números alarmantes de mortes associadas aos Eventos Adversos (EA) decorrentes do cuidado em saúde nos Estados Unidos da América (EUA) (IOM,2000).

Segundo a OMS, Segurança do Paciente significa a redução dos riscos de danos desnecessários relacionados ao cuidado à saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” representa o que é coerente ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto assistencial em que está exposto aos riscos (WHO, 2009).

Neste cenário, a segurança do paciente é uma dimensão essencial da qualidade em saúde e visa reduzir danos associados à assistência e melhorar os indicadores de saúde. A qualidade é alcançada, quando se obtém os melhores resultados e experiências possíveis, enquanto a segurança minimiza ao máximo os erros e danos nos cuidados à saúde (RODRIGUES *et al.*, 2021).

O Brasil é um dos países que compõe a Aliança Mundial estabelecida pela OMS, cujo principal propósito foi instituir medidas que aumentassem a qualidade dos serviços de saúde e, por conseguinte, a segurança do paciente (WHO, 2005).

O MS, no ano de 2010, publicou as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (MENDES, 2011). Na área materno-infantil, essa proposta foi incorporada para a criação da Rede Cegonha (RC), em 2011, como estratégia central para qualificação e humanização do cuidado à mulher e à criança (BRASIL, 2011).

A partir do lançamento da RC, cada Estado assumiu a responsabilidade de implementá-la, o que culminou na criação do Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), em 2012, cuja missão era garantir acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2012).

Sequencialmente, no ano de 2013, o MS, por meio da Portaria Gabinete do Ministro (GM)/MS nº 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) buscando a qualificação e segurança do cuidado em todas as organizações de saúde do território brasileiro (BRASIL, 2013a).

Por conseguinte, o MS, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 36/2013, embasou o processo assistencial nos serviços públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, de ensino e pesquisa, integrando-os às demais políticas de saúde das RAS (BRASIL, 2013b).

A temática segurança do paciente na área materno-infantil ganhou representatividade no ano 2014, por meio da publicação do manual de “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade”, pela ANVISA, com o intuito de promover uma atenção obstétrica e neonatal segura em todos os serviços, visando a redução de erros e danos no processo assistencial materno-infantil (BRASIL, 2014).

Mundialmente, no ano 2015, o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabeleceu nova meta para reduzir a taxa de mortalidade materna e garantir acesso à saúde de qualidade e bem-estar para todos. Propôs-se até 2030, uma redução na taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (PNUD, 2015).

Paralelamente no Brasil, foi lançado o Projeto Brasileiro denominado Parto Adequado, uma iniciativa conjunta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Hospital Israelita Albert Einstein e do *Institute of Healthcare Improvement (IHI)*, apoiado pelo MS, para a implantação em hospitais privados e públicos para a melhoria do cuidado no parto e nascimento no País (BRASIL, 2015).

Em 2017, o MS atualizou a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, amparado nas melhores evidências científicas, a fim de promover, proteger e incentivar o parto normal e, conseqüentemente, reduzir práticas intervencionistas. (BRASIL, 2017).

Em 2018, em nível global, a OMS publicou o Guia de Implementação da Lista de Verificação para Partos Seguros com a finalidade de qualificar a assistência ao parto nos estabelecimentos de saúde voltados para as mães e os recém-nascidos (WHO, 2018a).

Ainda no ano de 2018, novas recomendações foram divulgadas pela OMS, buscando a valorização do nascimento natural, por meio da redução das intervenções médicas desnecessárias e garantia de uma experiência positiva na hora do parto, fundamentadas em consenso científico e direcionadas aos serviços de saúde (WHO, 2018b).

Considerando o aumento da taxa de mortalidade materna mundialmente, no enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus SARS COV2, a segurança materno-infantil ganhou visibilidade na comemoração do Dia Mundial de Segurança do Paciente, em 2021, com o tema ‘Cuidado Materno e Neonatal Seguro’, cuja

missão foi impulsionar políticas, estratégias e ações, com base na ciência, experiência do paciente, design de sistemas e parcerias, para eliminar todas as fontes de riscos e danos evitáveis para pacientes e profissionais de saúde, e assim, atingir a redução máxima possível em danos evitáveis devido aos cuidados de saúde inseguros em todo o mundo (BRASIL, 2021).

Ademais, a OMS e o *United Nations Population Fund* (UNFPA) lançaram cinco metas críticas para ajudar os países a voltarem aos trilhos na redução de mortes maternas evitáveis e a acompanharem o progresso em relação aos ODS. Essas metas globais referem-se à cobertura e marcos que precisam ser alcançados até 2025, para que os ODS sejam alcançados até 2030, sendo elas: alcançar 90% das mulheres grávidas para quatro ou mais consultas pré-natais (aumentando para oito consultas até 2030); 90% dos partos assistidos por pessoal de saúde qualificado; 80% das mulheres que acabaram de dar à luz com acesso a cuidados pós-natais até dois dias após o parto; 60% da população com acesso a cuidados obstétricos de emergência até duas horas; 65% das mulheres com capacidade para tomar decisões informadas sobre relações sexuais, uso de anticoncepcionais e sua saúde reprodutiva (WHO, 2021).

No cenário global atual, cerca de 830 mulheres morrem todos os dias de causas evitáveis ou tratáveis, como doenças infecciosas e complicações durante ou após a gravidez e o parto. Hemorragias, infecções, abortos inseguros, eclampsia e parto distócio são as complicações responsáveis por mais de 70% das mortes maternas, sendo que 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. A mortalidade materna é maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades economicamente desfavorecidas. E, em comparação com outras mulheres, as jovens adolescentes enfrentam um maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez (OMS, 2021).

No Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no ano de 2018 foi de 56,3 a cada 100 mil nascidos vivos, apresentando aumento exponencial durante a pandemia de COVID que alcançou 107,53 no ano de 2021. Especificamente no Estado do Paraná, a RMM chegou a 38,4 no ano de 2018 atingindo a marca de 118,9 em 2021, de acordo com série histórica apresentada em gráfico abaixo.

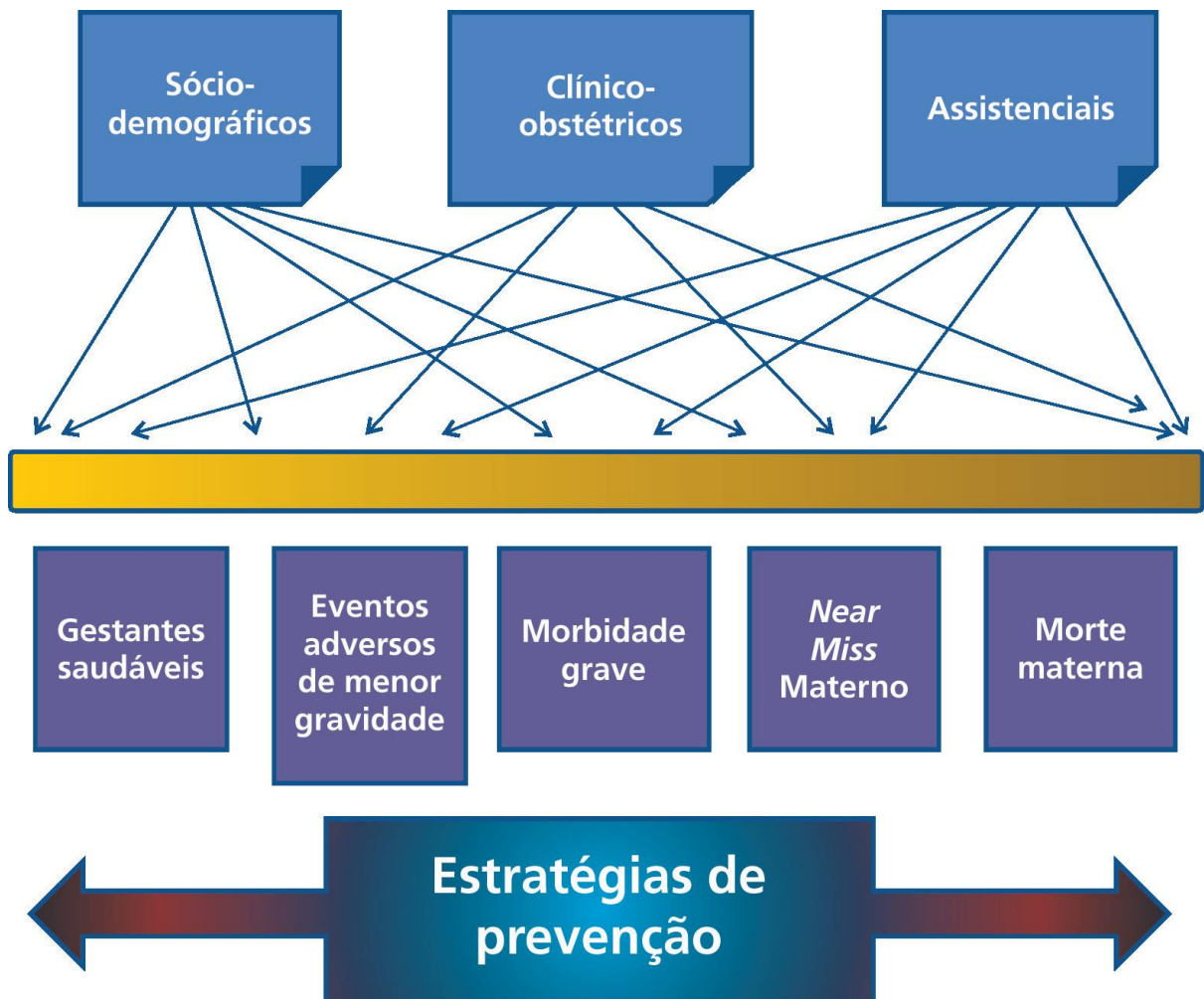
Gráfico 1 – Série histórica de RMM/100.000 NV e frequência de óbito materno segundo Sistema de Informação em Mortalidade, Paraná – 2018 a 2022¹.



Fonte: SIM/SINASC DBF 10/02/2022; Nota¹: dados preliminares.

Destaca-se ainda, que para cada mulher que morre de causas relacionadas à gravidez, muitas outras sofrem de morbidez, deficiências e problemas de saúde que podem durar a vida toda. Neste contexto, existe um *continuum* da saúde materna, no qual os fatores de risco estão relacionados às condições socioeconômica demográfica, clínico-obstétricos e assistências, podendo as mulheres percorrerem desde gestações saudáveis, EA de menor gravidade, morbidades graves, *near miss* materno até a morte materna, conforme mostra a figura 1.

Figura 1 – Fatores que interferem na evolução ao longo do *continuum* da saúde materna.



Fonte: Reis, 2012.

Considerando que as características sociodemográficas representam um fator de risco ao *continuum* da saúde materna, esta tese realizou a geocodificação para análise da distribuição espacial dos casos de EA maternos, bem como a intensidade de ocorrência e padrão de distribuição, uma vez que as condições socioeconômicas e demográficas representam um determinante essencial para prestação de uma assistência qualificada (FLORES *et al.*, 2021).

Reitera-se que a análise espacial, relacionada à assistência a saúde, permite investigar os aspectos geográficos no sistema de saúde, levantando novas informações para a discussão da equidade, ao analisar o acesso geográfico e as diferenças socioeconômicas. Os métodos de análise espacial em saúde vêm sendo utilizados para identificação de aglomerados espaciais ou espaço-temporais,

controle ambiental, planejamento e avaliação dos serviços de saúde (CARVALHO, SOUZA-SANTOS, 2005).

A respeito dos fatores de riscos clínicos obstétricos, investigou-se a condição de alto risco gestacional, considerando que as condições clínicas prévias podem relacionar-se a complicações na gestação, assim como aos piores desfechos perinatais, interferindo diretamente na saúde materna (ANTUNES *et al.*, 2017).

No concerne assistencial, a qualidade do cuidado materno infantil ainda se depara com fragilidades na prática. A maioria das mortes maternas é evitável, pois as recomendações de cuidados de saúde para prevenção e redução de complicações são acessíveis. É preciso garantir às mulheres o direito de acesso aos cuidados pré-natais durante a gestação, aos cuidados qualificados durante o parto e aos cuidados continuados nas semanas após o parto (OPAS, 2021).

Neste contexto, todos os serviços de saúde devem conhecer as características dos seus EA maternos, além de identificar as causas e os fatores contribuintes para sua ocorrência. Em um olhar sistêmico, é possível diagnosticar, analisar e classificar os eventos, facilitando o direcionamento das ações de intervenções para a redução e prevenção desses eventos (REIS, 2019).

Desse modo, uma assistência de qualidade no pré-natal favorece o reconhecimento de fatores negativos, tanto para a mãe quanto para o feto, assim como a identificação de aspectos clínicos e patológicos, que possibilitam a avaliação do risco gestacional, as intervenções necessárias e os tratamentos oportunos que contribuem para o alcance de resultados favoráveis à saúde materna (GADELHA *et al.*, 2020).

Ressalta-se também que a busca ativa constante de gestantes, o acesso precoce ao pré-natal e demais programas dentro da RAS, as orientações de educação em saúde, bem como a estratificação de risco gestacional são consideradas ações prioritárias no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019).

Na atenção ao parto, a necessidade de mudança no cenário cultural tem sido um tema muito debatido em virtude da cultura assistencial intervencionista e desnecessária. Esta cultura obstétrica está ancorada em ações tradicionais de rotinas, hábitos e práticas ultrapassadas, do que em informações comprovadas

cientificamente, em que a mulher ocupa a centralidade do cuidado (NICÁCIO *et al.*, 2020).

Neste sentido, ainda é notória a alta incidência de intervenções danosas ao cuidado obstétrico. Mesmo em situações que as complicações são conhecidas, uma assistência inadequada é capaz de potencializar os agravos delas resultantes, podendo levar ao desfecho de mortes maternas e/ou em lesões e sequelas temporárias ou permanentes (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No tocante do puerpério, observa-se uma descontinuidade do cuidado em razão do baixo percentual de mulheres que acessam a consulta puerperal e deficiência nas visitas domiciliares pela APS, o que desqualificam o conceito de integralidade da atenção materno infantil, fragilizam as ações assistenciais, fragmentam e desarticulam os serviços da RAS (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Deste modo, constata-se que a priorização e evolução do cuidado pós-parto estão atrasadas, em comparação às outras fases do ciclo gravídico-puerperal, mesmo sendo uma necessidade crítica na atenção à saúde materna. Para alcançar uma atenção integral à saúde materna, é preciso estabelecer a assistência durante o puerpério como uma continuação do cuidado, otimização da interconcepção e a saúde ao longo da vida (ACOG, 2018).

Diante das fragilidades apontadas em nível Mundial e Nacional, o Estado do PR, implementou sua Política de Saúde Materno Infantil, o que culminou no lançamento da atualização da Linha de Cuidado Materno Infantil com a proposta de uma nova estratificação de risco, com critérios mais claros e definidos, cujo objetivo é identificar previamente os fatores de risco que podem ser determinantes para o agravamento da gestante e do recém-nascido (PARANÁ, 2022).

Vale destacar, que no PR, o número de nascidos vivos é de aproximadamente 153 mil ao ano, que correspondem a mais de 300 mil pacientes, entre parturiente e recém-nascido (SINASC, 2021). Em 2019, 85,5% das gestantes realizaram sete consultas de pré-natal ou mais e 11,20% realizaram de quatro a seis consultas durante a gestação. A cobertura da assistência pré-natal é universal no Estado, atendendo a 99% das gestantes (SINASC, 2021).

A atenção ao parto é realizada por hospitais que compõem a rede de referências hospitalares para Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco. A

população assistida possui amplo acesso a serviços de atendimento ao parto, sendo que 99% dos nascimentos ocorrem em ambientes hospitalares (SINASC, 2021).

Destaca-se que a discussão da segurança no cuidado no âmbito materno-infantil é precedente à perspectiva atual de segurança do paciente, já que foram implementados, no decorrer das décadas anteriores, programas que objetivavam o atendimento qualificado e a minimização de desfechos adversos maternos (LUGÃO; BRANDÃO; SILVA, 2020).

Enfatiza-se que além de incidentes comuns a todos os serviços de saúde, como quedas, eventos relacionados a medicamentos e hemocomponentes, há uma gama de danos característicos da assistência perinatal: Morte materna, eclâmpsia, rotura uterina, lacerações perineais e fístulas vaginais, dentre outros, que trazem elevado impacto social, econômico, ambiental, desconforto significativo na vida sexual e reprodutiva das mulheres. Estes incidentes são relacionados a danos diretos da assistência ou omissão de condutas recomendadas na gestação e parto (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Ressalta-se ainda, que alguns EA não signifiquem risco de morte para as mães, não devem ser desconsiderados, já que trazem desconforto à vida social, sexual e reprodutiva, além de apresentarem a possibilidade de permanecer por longo tempo (REIS, 2012).

É importante destacar que a maioria dos EA nos serviços obstétricos pode ser evitada, assim a avaliação da qualidade da assistência, por meio do levantamento de indicadores do perfil de danos, análise de causas, fatores de risco e resultados assistenciais, mostra-se como uma boa iniciativa para promover a qualidade do cuidado e a segurança do paciente nas instituições obstétricas, podendo contribuir consideravelmente para a redução desses eventos (REIS, 2019).

Diante dessa diversidade de estratégias, que orientam a prestação de cuidados nos serviços de saúde voltados à qualidade do cuidado na gestação, parto, puerpério, e pelo desafio de retomar o conceito de segurança do paciente em obstetrícia, torna-se obrigatória a efetivação de programas e de ações em saúde que façam cumprir seus objetivos e metas propostas, a fim de proporcionar melhores condições de saúde a população-alvo. A avaliação desses programas e políticas de saúde deve ser considerada como uma importante ferramenta de gestão, que, além de descrever os resultados, pode ser utilizada para adequar o seu funcionamento e melhorar o processo de implementação.

Desta forma, estudos que mensuram, avaliam ou analisam a assistência à saúde são essenciais para o diagnóstico de como os prestadores de serviços estão articulados para oferecer assistência de qualidade e segura, assim como para acompanhar se as ações ofertadas seguem ao preconizado pelos programas e políticas de segurança à saúde materna.

Vale ressaltar que o conceito de qualidade do cuidado à saúde vem se modificando ao longo do tempo e incluindo novas dimensões, a exemplo da dimensão Segurança, que se tornou relevante quando a magnitude de erros evitáveis foi reconhecida publicamente. Desde então, essa dimensão é considerada um importante atributo constituinte do conceito de qualidade do cuidado, de modo que, na presente tese, analisa-se a Segurança do conceito da qualidade do cuidado, com enfoque nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal.

Diante do exposto, ressalta-se que este estudo é um recorte de um projeto multicêntrico, intitulado “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”, financiado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – chamada universal MCTI/CNPq 01/2016.

A pesquisa foi desenvolvida em três RS do Estado do Paraná, nomeadas de 9^a. RS, pertencente à região de Foz do Iguaçu; 10^a. RS, na região de Cascavel; e 17^a. RS, em Londrina, totalizando 55 municípios.

A 9^a. RS possui nove municípios (Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu, Matelândia, Medianeira, Ramilândia, Itaipulândia e Missal). Contempla ainda, hospital de nível terciário, localizado em Foz do Iguaçu, que é referência para atendimentos de gestações de alto risco e risco intermediário, nos casos de risco habitual, o pré-natal e o puerpério são direcionados à rede de atenção primária de cada município (PARANÁ, 2021a).

A 10^a. RS possui 25 municípios (Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste). Nesta RS, na cidade de Cascavel, existe o Hospital

Universitário do Oeste do Paraná (HUOPR), referência para gestantes de alto risco e risco intermediário de todos os municípios, além de outros quatro hospitais particulares com atendimento ao parto (PARANÁ, 2021b).

A 17^a. RS abrange 21 municípios (Londrina, Alvorada do Sul, Assaí, Boa Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana). O sistema de saúde materno-infantil de referência para o alto risco, situado na cidade de Londrina, conta com dois hospitais de nível terciário, sendo um Hospital Universitário pertencente a Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL), sendo o segundo, filantrópico. Além disso, cada município possui á APS para promover atendimentos às gestantes e às puérperas de risco habitual e intermediário e outros serviços de maternidade geral para referências ao parto de risco habitual e intermediário (PARANÁ, 2021c).

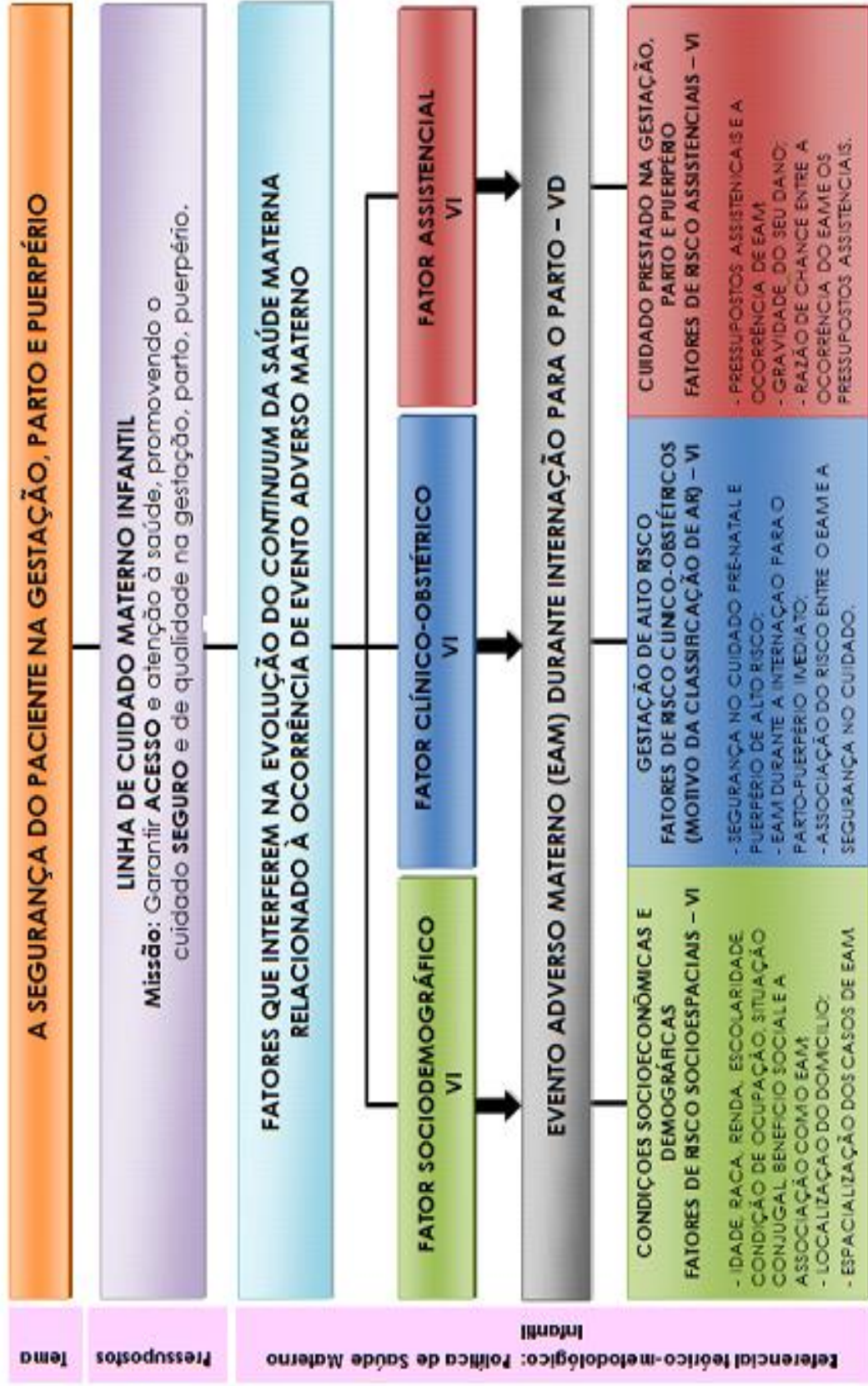
A população do estudo foi composta por mulheres atendidas nestas maternidades de referências para o parto na RMP das três RS que atendem gestação de risco habitual, intermediário e alto risco. As mulheres foram acompanhadas no seguimento assistencial da internação para o parto até o primeiro ano após o parto. Como técnica de coleta, foi utilizada, na primeira fase, a transcrição de informações do prontuário materno em formulário estruturado, cartão de saúde das gestantes e entrevista com a mulher na maternidade, pelo menos 24 horas após o parto. Na segunda fase, foi realizada uma visita domiciliar com 180 dias após o parto e utilizado um formulário estruturado para coleta dos dados.

O referencial teórico metodológico utilizado foi a Política de Cuidado Materno Infantil vigente no Estado do PR durante o período de coleta de dados da pesquisa, nominado Programa Rede Mae Paranaense, cujos pressupostos referentes aos cuidados materno-infantil são: Pré-natal: Classificação do risco gestacional, Informação sobre o risco, Encaminhamento para serviço especializado, Continuidade do acompanhamento na UBS de origem, Cadastro no programa SIS-Pré Natal, Número de ultrassonografia por trimestre, Consulta odontológica, Exames laboratoriais por trimestre, Vacinação (antitetânica/hepatiteB/Gripe), Citologia oncológica, Informação sobre procurar hospital de referência e Visita à maternidade antes do parto; no Parto: informação sobre classificação de risco na admissão,

realização de testes sorológicos, avaliação de dinâmica uterina e estado das membranas, utilização de métodos não farmacológicos e medicação para alívio da dor, indução e condução com ocitocina, punção venosa, infusão de antimicrobianos, tipo de parto, profissional que realizou o parto, informações sobre o parto e avaliação do atendimento prestado; e, Puerpério: Realização de consulta de revisão puerperal (CRP) ou visita domiciliar na primeira semana e até 30 após o parto; avaliação clínico-ginecológica na consulta puerperal: exame das mamas, palpação uterina, incisão cirúrgica ou períneo, loquiação; prescrição de anticoncepção e suplementos; orientação sobre aleitamento materno e planejamento familiar (PARANA, 2018).

Os estudos desta tese apresentam os resultados das duas etapas de coleta de dados, caracterizando-se como estudos ecológico, transversal e coorte prospectiva e analítica. Para interpretação dos fatores de risco socioespaciais, clínico-obstétricos e assistenciais, criou-se um modelo de análise dos dados, segundo o referencial teórico-metodológico da Política de Cuidado Materno Infantil (Figura 2).

Figura 2 - Modelo de Análise de dados, segundo os indicadores socioespaciais, clínico-obstétricos e assistenciais, Paraná, Brasil, 2023.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Destaca-se que foram avaliadas as características sociodemográficas no Estudo 1, os fatores clínicos obstétricos no seguimento Pré-Natal e Puerpério nos Estudos 2 e 3, respectivamente; e, os determinantes assistenciais durante todo o ciclo gravídico-puerperal no Estudo 4. Ressalva-se que o recorte de segurança no seguimento do Parto já foi apresentado na dissertação de mestrado da autora desta tese.

Diante dos problemas associados à segurança e qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal e as ações programáticas para redução dos danos à saúde materna, o presente estudo partiu da seguinte questão norteadora: O seguimento assistencial do Pré-natal, Parto e Puerpério ofertados pelos serviços obstétricos na 9^o, 10^a, e 17^a RS estão baseados nos pressupostos recomendados pela política de cuidados materno-infantil, com enfoque na segurança do paciente como barreira para a ocorrência de eventos adversos maternos (EAM)?

A hipótese aqui proposta é de que as lacunas na implementação dos pressupostos da Política de Cuidados Materno-Infantil relacionados aos fatores sócio demográfico, clínico-obstétrico e assistencial contribuem para a ocorrência de EAM evitáveis, o que coloca em risco a segurança à saúde materna na gestação, parto e puerpério.

A presente tese tem como objetivo geral: analisar a segurança a saúde materna no seguimento da gestação, parto e puerpério por meio da distribuição socioespacial, ocorrência e gravidade de EAM ocorridos nos serviços obstétricos de três Regionais de Saúde do Estado do Paraná.

Os demais tratam-se de objetivos específicos:

Verificar a implementação de medidas de segurança na assistência ao pré-natal, parto, puerpério, conforme preconizado pelos pressupostos da linha de cuidados materno-infantil;

Levantar a ocorrência de eventos adversos maternos no seguimento da assistência ao pré-natal, parto e puerpério;

Caracterizar os indicadores socioeconômico e demográfico e a distribuição espacial dos casos de eventos adversos maternos;

Identificar a adequação da assistência prestada no pré-natal e puerpério em mulheres classificadas como alto risco gestacional;

Classificar a gravidade do dano de acordo com a ocorrência do evento adverso materno durante a internação para o parto;

Identificar possíveis associações entre os fatores de risco sociodemográfico, clínico-obstétrico e assistencial no pré-natal, parto, puerpério e a ocorrência de evento adverso materno;

Verificar a razão de chance da ocorrência de evento adverso materno e os cuidados prestados no pré-natal, parto e puerpério relacionados à segurança a saúde materna.

1 Estudo 1

Indicadores socioespaciais e eventos adversos maternos.

RESUMO

Introdução: As condições socioeconômicas e espaciais podem ser fatores de risco para desfechos adversos maternos podendo ser, portanto, considerado indicadores para a promoção da saúde materna. **Objetivo:** Analisar o perfil socioeconômico, demográfico dos casos de eventos adversos maternos e sua distribuição espacial em municípios da região norte do Estado do Paraná. **Método:** Estudo transversal e ecológico, realizado em quatro municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde, no período de julho de 2017 a março de 2018. Realizou-se análise estatística com o teste qui-quadrado em busca de possíveis associações entre variáveis independentes (indicadores socioeconômicos e demográficos) e a dependente (EAM). A análise espacial ocorreu por meio da razão do vizinho mais próximo (NNI) e a densidade dos casos de EAM pela estimativa de Kernel. **Resultados:** O estudo foi composto por 461 mulheres, destas 220 (47,7%) sofreram algum tipo de evento adverso durante a internação para o parto. Ao analisar a relação entre os indicadores socioeconômicos e demográficos e o EAM, observou-se significância estatística entre a renda familiar ($p < 0,001$) e os casos de EAM. A respeito da análise espacial, NNI indicou na espacialidade dos casos aglomeração acima do esperado e na análise de densidade de Kernel foi evidenciada alta densidade de casos (≥ 15 por m^2) na zona norte e sul do município de Londrina. **Conclusão:** Os indicadores socioeconômico e demográfico influenciaram a ocorrência de EAM. A espacialização dos casos mostrou uma possível desigualdade espacial relativa à saúde materna, mostrando-se como uma ferramenta estratégica para o redirecionamento de políticas sociais e assistenciais que visam à segurança do paciente durante o ciclo gravídico-puerperal.

Descritores: Eventos Adversos; Fatores Socioeconômicos; Análise Espacial; Saúde Materno-Infantil; Segurança do Paciente.

1.1 INTRODUÇÃO

A qualidade na assistência obstétrica pressupõe um cuidado seguro, identificando os fatores contribuintes ao risco que envolve o cuidado a saúde. Entende-se por Eventos Adversos (EA) os incidentes não intencionais causados ao paciente na prática assistencial e/ou que não estão relacionados à evolução clínica do processo de adoecimento (WHO, 2009).

Os fatores contribuintes ao risco no processo de cuidado podem ser oriundos de condições situacionais das organizações de saúde, ambientes de trabalho e determinantes externos. Na área materno-infantil, os EA estão associados à morbimortalidade materna causada por falhas sistêmicas e multifatoriais (VILLAR *et al.*, 2022).

A segurança a saúde materna tem suas ações voltadas para as metas internacionais para alcance de melhores indicadores de morbimortalidade materna, além de focar nas discrepâncias em saúde dos países de baixa renda para garantia de acesso aos cuidados qualificado, seguro e igualitário na rede de atenção materno-infantil (NEVES *et al.*, 2020).

Estudos internacionais e nacionais têm apontado que existem iniquidades sociais, regionais e socioeconômicas na assistência à saúde materna, destacando que as mulheres com menor nível socioeconômico estão mais expostas a uma cobertura assistencial deficitária e ineficiente (AMJAD *et al.*, 2019; FLORES *et al.*, 2021; LUKWA *et al.*, 2022).

Tais iniquidades podem ser observadas quando espacializam-se os casos de agravos e avaliam-se as condições socioespaciais das áreas de maior incidência. A localização dos grupos de risco possibilita o desenvolvimento de ações estratégicas e intervenções específicas, bem como a priorização de recursos para as áreas mais vulneráveis, o que contribui para a redução das iniquidades em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Para Américo (2017), a análise espacial contribui para o processo decisório e a implementação de políticas públicas associadas aos eventos em saúde, por meio da localização de determinada doença no espaço geográfico e da produção de resultados importantes para a saúde pública.

Salienta-se que na saúde materna, a iniquidade social está relacionada a fatores socioeconômicos, assim como a questões de gênero, raça e acesso aos

serviços de saúde, apontando uma associação direta com altas taxas de desfechos adversos (GARCIA *et al.*, 2019).

Deste modo, faz-se importante o acolhimento da mulher desde o início da gravidez para o rastreamento dos indicadores de risco e avaliação das condições socioeconômicas desfavoráveis, uma vez que possibilita aos gestores de saúde a identificação das condições de vulnerabilidade em que as gestantes estão inseridas e, assim, a propor melhorias de ações para a promoção da saúde e prevenção de EAM nessa população (PIRES GADELHA *et al.*, 2020).

Diante da magnitude do EA para a saúde materna, considerando que o número de casos durante o ciclo gravídico-puerperal representa uma grande preocupação no cenário assistencial e que estudos de distribuição e análise espacial podem ser ferramentas úteis para o fortalecimento e redirecionamento das políticas de saúde e de segurança do paciente, o objetivo deste trabalho foi analisar o perfil socioeconômico, demográfico dos casos de eventos adversos maternos e sua distribuição espacial em municípios da região norte do Estado do Paraná.

1.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e ecológico, realizado em quatro municípios localizados na região norte do Estado do Paraná, pertencentes a 17ª Regional de Saúde (RS) de Londrina.

A população do estudo foi composta por todos os casos de mulheres que tiveram o parto habitual, intermediário em hospitais/maternidades municipais e de alto risco em hospital universitário, localizadas nos municípios de Rolândia, Cambé, Ibiporã e Londrina, correspondendo um total de 461 mulheres, de acordo com cálculo amostral baseado no número de partos em cada maternidade no ano de 2016.

Os critérios de inclusão foram residência na área urbana e idade gestacional \geq 32 semanas. Foram excluídos casos duplicados, endereço inespecífico, que apresentaram inconsistências¹ na geocodificação.

¹ Ausência de número de residência, nome incompleto do logradouro, logradouro não pertencente ao município relatado.

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2017 a março 2018. Os dados foram obtidos por meio de um instrumento estruturado para levantamento de informações do prontuário materno e confirmados por entrevista com a puérpera.

O formulário foi estruturado com informações sobre os indicadores socioeconômicos, demográficos (idade, raça, situação conjugal, escolaridade, condição de ocupação, renda familiar, benefício social) e antecedentes clínico-obstétrico (doença prévia e/ou desenvolvida na gestação atual, classificação do risco gestacional, acompanhamento Pré-natal, local do parto e desfecho do parto).

Primeiramente, os dados foram compilados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0, e analisados utilizando o Teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre as variáveis independentes (indicadores socioeconômicos e demográficos) e a variável dependente 'evento adverso materno'.

O 'caso' de interesse foi à ocorrência de evento adverso materno (EAM). Os EAM foram classificados segundo os desfechos de Reis (2012) considerando-se como 'EAM' eventos de menor gravidade (laceração de períneo 3º e 4º grau), sinais de morbidade materna grave - determinantes de *near miss* (hemorragia pós-parto, quadro infeccioso, doença hipertensiva, agravo clínico e metabólico), complicações intraparto (distócia de progressão, sangramento, etc.) e intercorrências no pós-parto imediato (por exemplo, eclâmpsia, hemorragia pós-parto).

Para analisar a condição espacial dos casos de EAM nos municípios, procederam-se as análises espaciais com base nos casos geocodificados. Esta etapa foi realizada por meio dos endereços disponíveis no prontuário materno. Para isto foram utilizados os softwares QGIS versão 3.22.8, Google Earth Pro e a extensão livre do Batch Geo.

Posteriormente, optou-se pela utilização de duas ferramentas de análise espacial também disponíveis no software QGIS versão 3.22.8:

1. Razão do vizinho mais próximo: permite analisar a condição de proximidade dos casos, oportunizando a análise de cenários de aglomeração. A equação considera a razão entre a distância entre os pontos/casos vizinhos com a distância média de pontos em condição de aleatoriedade espacial.

$$NNI = \frac{dNNI_{obs}}{dNNI_{esp}}$$

dNNlobs: é a distância média do vizinho mais próximo observada;

dNNlesp: é a distância média do vizinho mais próximo em condições de aleatoriedade espacial, os resultados podem ser interpretados por:

- Valor acima 1: significa não haver aglomeração além do esperado pelo acaso;
- Valores entre 0 e 1: aglomeração maior que a completa aleatoriedade espacial;
- Valores acima de 2: podem indicar arranjo espacial regular.

2. Densidade de casos: para classificar a densidade de casos recorreu-se ao estimador de Kernel, que permite avaliar a intensidade de ocorrência de um evento, permitindo avaliar o padrão de distribuição de casos, a densidade de probabilidade e a intensidade de eventos (GATRELL *et al.*, 1996).

A equação de Kernel consiste em:

$$\hat{\lambda}_{\tau}(s) = \sum_{i=1}^n \frac{1}{\tau^2} I\left(\frac{(s-s_i)}{\tau}\right)$$

S representa uma localização em R e $s_1; s_n$ são as localizações das n observações; k é uma função de densidade bivariada, função de estimação ou de alisamento e parâmetro τ é conhecido como raio de influência (BRASIL, 2007).

Para o estimador de Kernel, delimitou-se o raio de influência de 2000m, padronização de pixels de 10 metros e o método quártico. Estes parâmetros foram delimitados após a realização de testes e avaliação dos melhores resultados para análise, interpretação e posterior representação por meio do mapa.

Para espacialização dos resultados, optou-se pela interpolação linear no modo de intervalo igual de classes. Ainda, para facilitar a interpretação, optou-se por transformar os resultados numéricos em classes, sendo elas: nula, baixa, média e alta densidade de casos.

Ressalta-se que para análise espacial foram excluídos os casos geocodificados para o município de Rolândia, dado o baixo número de amostras (8) e a distância relativa dos demais casos mapeados para Cambé, município limítrofe. A distância entre os pontos (casos) influencia diretamente nos resultados do mapa de Kernel, dado os parâmetros específicos da equação (BRASIL, 2007).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 09 de maio de 2017, sob o número 2.053.304, o certificado de apresentação de apreciação ética (CAAE): 67574517.1.1001.5231. A pesquisa de campo foi realizada após o esclarecimento aos participantes sobre os seus objetivos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa está vinculada a um projeto multicêntrico, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o processo número 407508/2016-3, denominado “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”.

1.3 RESULTADOS

Dentre as 461 mulheres, 220 (47,7%) sofreram algum tipo de evento adverso durante a internação para o parto. Os tipos de EAM foram caracterizados por doença desenvolvida no pré-parto (38,2%), intercorrência intraparto (30,9%), laceração de períneo (27,7%) e intercorrência no pós-parto imediato (3,2%), conforme mostra a tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Tipos de eventos adversos maternos desenvolvidos durante a internação para o parto em maternidades localizadas na região norte do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=220.

Evento Adverso Materno	n	%
Doença desenvolvida no pré-parto infeccioso	33	15,0
Doença desenvolvida no pré-parto hipertensiva	28	12,7
Doença desenvolvida no pré-parto hemorrágico	14	6,4
Doença desenvolvida no pré-parto metabólico	07	3,2
Doença desenvolvida no pré-parto aborto	01	0,5
Doença desenvolvida no pré-parto respiratório	01	0,5
Laceração de períneo de 3º e 4º grau	61	27,7
Intercorrências intraparto*	68	30,9
Intercorrências pós-parto imediato**	07	3,2
Total	220	100,0

*n=68 (distócia de progressão (74,3%), eclampsia (9,8%), DPP (9,8%), problema na dequitação (3,7%), sangramento (1,2%) e atonia uterina (1,2%).

**n=07 (eclâmpsia (28,6%), hemorragia (71,4%).

Ao analisar a relação entre os indicadores socioeconômicos, demográficos e o EAM, observou-se que houve significância estatística entre a renda familiar

($p < 0,001$) e a ocorrência de EAM. Mulheres com renda familiar entre um e dois salários mínimos (53,7%) desenvolveram EAM durante a internação para o parto (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das mulheres que evoluíram ou não com eventos adversos maternos durante a internação para o parto, segundo indicadores socioeconômicos e demográficos, em maternidades localizadas na região norte do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. $n=461$.

Variáveis	Evento Adverso Materno				p-valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade (em anos)					
Até 17	48	52,2	44	47,8	$p = 0,601$
18 a 34	150	46,3	174	53,7	
35 e mais	22	48,9	23	51,1	
Raça					
Branca	123	45,7	146	54,3	$p = 0,659$
Negra	21	52,5	19	47,5	
Parda	65	48,9	68	51,1	
Situação Conjugal					
Com companheiro	186	46,5	214	53,5	$p = 0,209$
Sem companheiro	34	55,9	27	44,1	
Escolaridade**					
Baixa	37	39,4	57	60,6	$p = 0,129$
Média	82	52,6	74	47,4	
Alta	101	47,9	110	52,1	
Condição de ocupação					
Remunerada	92	48,6	96	51,4	$p = 0,775$
Não remunerada	128	46,9	145	53,1	
Renda Familiar (em salários mínimos)***					
Menor que 1	45	33,3	90	66,7	$p = 0,001$
De 1 a 2	138	53,7	119	46,3	
3 ou mais	37	53,6	32	46,4	
Beneficiário social					
Sim	41	41,5	57	58,5	$p = 0,202$
Não	179	49,3	184	50,7	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**Baixa – até 7 anos de estudo; Média – 8 a 11; Alta – acima de 12 anos.

***Base do salário mínimo no ano de 2016 – 937,00.

Em relação à análise espacial, o resultado da análise do vizinho mais próximo indica que a espacialidade dos casos apresenta aglomeração acima do esperado se

comparado à espacialidade de casos em condições de completa aleatoriedade espacial, conforme mostra o quadro1 abaixo.

Quadro 1 – Resultado estatístico do vizinho mais próximo.

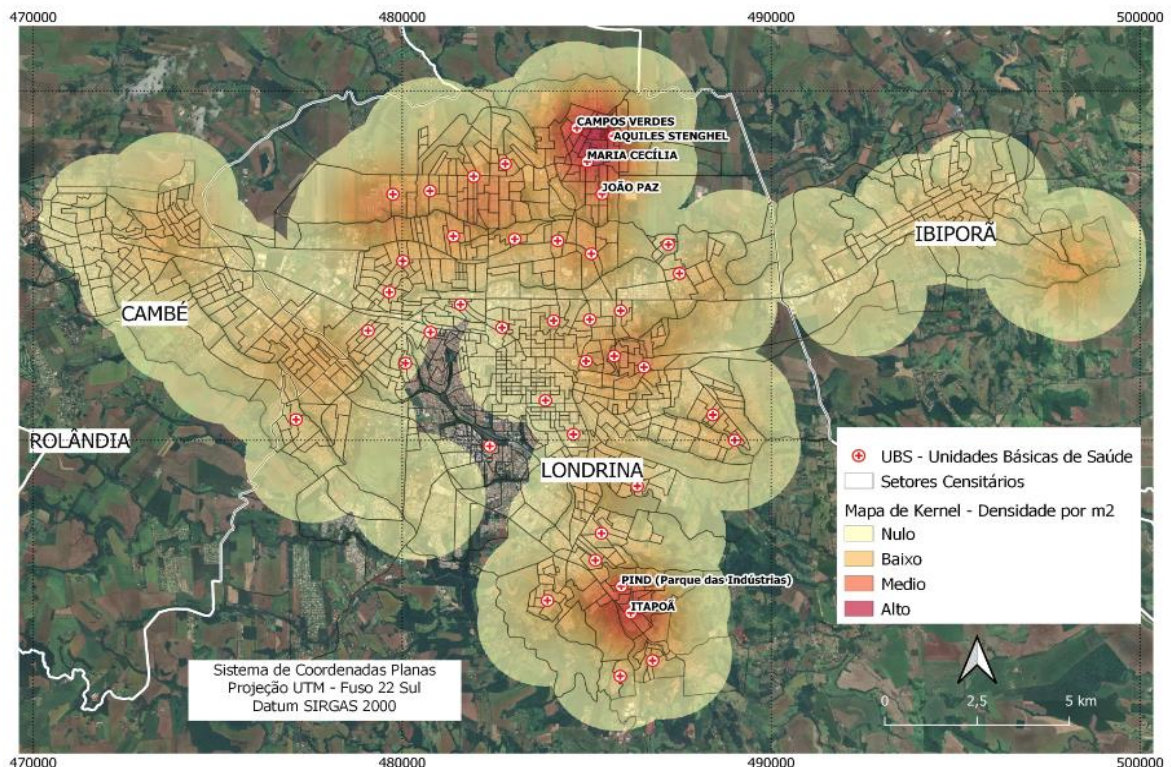
Distância média observada	0.00000000000
Distância média esperada:	882.36264226508
NNI- Índice do vizinho mais próximo:	0.00000000000
Número de pontos	162
Escore-Z:	-24.34940706565

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Os resultados a partir da análise de densidade de Kernel corroboraram aos resultados do NNI. Como é possível observar na figura 1, duas regiões se destacam dentre os bairros dos três municípios analisados, todos localizados no município de Londrina. Estas regiões foram classificadas com alta densidade de casos (≥ 15 por m^2). Os demais municípios estudados apresentaram de baixa a média densidade.

No que diz respeito aos resultados obtidos para o município de Londrina, as áreas de destaque localizam-se especificamente nas regiões norte - Cinco Conjuntos e na região sul – Parque das Indústrias e União da Vitória.

Figura 1 – Distribuição dos casos de eventos adversos maternos segundo o estimador de Kernel, Londrina, PR, 2023.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Observa-se que as duas áreas identificadas, com maior densidade de casos EAM por m² no município de Londrina, segundo os indicadores socioeconômicos e demográficos, não diferenciaram do total de casos da amostra, sendo sua maioria representada por mulheres com idade entre 19 e 34 anos (71,43%); de raça branca (47,62%); estado conjugal com companheiro (78,57%); média escolaridade (8 a 11 anos) (50,0%); renda de 1 a 2 salários mínimos (59,52%); sem ocupação de trabalho (61,9%) e sem recebimento de benefício social (76,19%).

A respeito da assistência à saúde, pela linha de cuidado materno-infantil nas áreas com alta densidade no estimador de Kernel, observou-se que as gestantes foram classificadas de risco habitual (52,38%), intermediário (35,71%) e alto risco (11,90%); a maioria delas não tinham antecedentes clínico-obstétricos (59,52%), fizeram acompanhamento do Pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS); destacando-se o maior número de casos em mulheres assistidas pela UBS Aquiles Stenguel (28,57%) na região norte da cidade que tem como área de abrangência os bairros: Jardim Catuaí, dos Campos e Primavera, Conjuntos Habitacionais Aquiles e Luís de Sá; e, na UBS Itapoã (26,19%) da região sul de Londrina, que abrange os bairros: Jardins Cristal, Franciscato 1 e 2, Itapoã, Jatobá, Novo Perobal, Santa Joana, Piazzentim, Parque Residencial Campos Elíseos, Conjunto Habitacional São Lourenço, Assentamento São Marcos (LONDRINA, 2022).

O parto ocorreu quase na totalidade em uma maternidade municipal (88,09%), localizada no município de Londrina, que é referência para gestantes de risco habitual e intermediário do município de Tamarana e Londrina. O maior número de casos de EAM teve como desfecho o parto normal (57,14%) na maioria das mulheres.

1.4 DISCUSSÃO

Esta é a primeira análise espacial de casos de eventos adversos maternos de menor gravidade até as morbidades mais graves, segundo a classificação de Reis (2012), com foco nos indicadores de riscos socioeconômicos e demográficos em uma área geográfica. Os achados apontam para uma possível iniquidade social, uma vez que a maioria das mulheres, com renda familiar considerada baixa, desenvolveram EAM durante a internação para o parto.

Estes dados vão ao encontro com os resultados de uma pesquisa, que avaliou os determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco, mostrando que quanto mais baixa a renda, maior a incidência de desfechos adversos, o que reforça a influência da camada econômica sobre o processo de saúde-doença (PIRES GADELHA *et al.*, 2020).

Um estudo internacional também corroborou com estes achados, evidenciando que os determinantes sociais como raça afrodescendente, residência rural, educação inadequada e baixo nível socioeconômico são marcadores de mau resultado gestacional, o que contribuem para o risco de eventos adversos maternos (AMJAD *et al.*, 2018).

Ademais, as mulheres de grupos socioeconômicos baixos têm conhecimento deficiente sobre o cuidado pré-natal, complicações no parto, puerpério e exames pós-natais ou planejamento familiar. Assim, as mulheres sem escolaridade e/ ou de famílias mais pobres estão mais suscetíveis a assistência inadequada durante o ciclo gravídico-puerperal (NAGDEV *et al.*, 2023).

Outra pesquisa também constatou que os melhores indicadores assistenciais estavam presentes entre as mulheres que possuíam maior índice patrimonial, indicando que o nível socioeconômico ainda representa um determinante essencial para o recebimento de assistência de qualidade e segura (FLORES *et al.*, 2021).

Especificamente em relação à qualidade da assistência e às condições socioeconômicas e demográficas, um estudo que avaliou esses indicadores e a desigualdade social entre as mulheres mais jovens, de menor renda familiar, localizadas em regiões menos favorecidas economicamente, evidenciou uma cobertura assistencial mais fragilizada (TOMASI *et al.*, 2017).

Apesar dos esforços das políticas públicas de saúde para aumentar o acesso aos serviços de saúde obstétricos entre as mulheres com nível socioeconômico mais baixo, o uso desses serviços ainda favorece àquelas com nível socioeconômico mais alto. Para garantir a equidade entre os diferentes grupos socioeconômicos, é preciso priorizar as mulheres com nível socioeconômico mais baixo e com acesso desigual aos serviços de saúde, por meio de políticas sociais assistencialistas voltadas ao aumento dos níveis educacionais e a redução da pobreza (TSAWE; SUSUMAN; 2022).

Para tanto, garantir o acesso igualitário à atenção primária e ao serviço especializado de qualidade, com o reconhecimento em tempo oportuno e o tratamento das condições maternas potencialmente de risco são fundamentais para evitar a ocorrência de eventos adversos maternos (LOUREIRO *et al.*, 2017).

O presente estudo também reforçou o achado de desigualdade espacial relativa à saúde materna na análise espacial, mostrando um maior aglomerado na zona norte, seguido da zona sul, do município de Londrina. Além disso, na visualização do mapa de kernel, foi observada a distribuição das unidades básicas de saúde referência para estes locais com maior número de casos EAM podendo relacioná-las aos indicadores de risco.

Estes resultados indicaram as áreas em que os desfechos adversos maternos estão mais concentrados, possibilitando identificar as regiões que devem ser priorizadas. Portanto nota-se que a análise espacial dos casos representa uma ferramenta eficaz e capaz de direcionar a implementação de ações preventivas específicas para cada realidade (RAMOS; RAMOS, 2021).

Uma pesquisa desenvolvida no município de Londrina mostrou os bairros que apresentam o maior número de pessoas com baixo rendimento econômico estão localizados nas áreas periféricas da cidade, zona norte e sul (CAVATORTA; SILVA, 2019).

Especificamente na zona norte de Londrina, cujo resultado apontou um maior risco para a ocorrência de EAM nesta microárea, destaca-se que se trata de uma área territorial extensa, densamente povoada, composta por inúmeros conjuntos habitacionais e, assistência à saúde prestada por UBS com grande população de abrangência, chegando a 107.734 pessoas (LONDRINA, 2021). Um cenário semelhante pode ser evidenciado na região sul de Londrina, o qual ocupou o segundo lugar em maior número de casos de EAM, totalizando 95.927 pessoas nas áreas de abrangência das unidades de saúde (LONDRINA, 2021). Suscita-se a dúvida se as coberturas estão adequadas nestas duas áreas. No entanto, um estudo precisa ser feito para verificar se capacidade das UBSs atende a demanda da população desses territórios.

Neste sentido, a territorialização é uma política fundamentada nos princípios do SUS no Brasil. Entretanto, ainda hoje apresenta fragilidades para sua

implementação, muitas vezes mostrando redes de atenção desterritorializadas, fragmentadas e pouco eficientes (FARIA, 2020).

Outro estudo metodológico desenvolveu uma proposta para estimar a área de cobertura potencial por equipes de atenção primária à saúde embasada no geoprocessamento, mostrando-se como uma tecnologia de avaliação da APS que busca superar o desafio de mensuração do acesso e equidade aos serviços de saúde (ROCHA *et al.*, 2019).

A UBS é a porta de entrada para acesso à atenção básica de saúde, que é considerada como a principal estratégia para o gerenciamento dos cuidados na rede de atenção e a integralidade nas diversas dimensões, buscando a ampliação do acesso e a redução das desigualdades de oferta de ações e serviços de saúde, baseados nos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

Para além da relação existente entre os fatores socioeconômicos e os resultados adversos no nascimento, o ambiente de vida ou “vizinhança” também surgiu como um importante indicador para investigar as desigualdades em saúde, particularmente em mulheres durante a gravidez (SIMONCIC *et al.*, 2022).

Para Arouca, Strauch e Francisco (2020) a distribuição espacial dos agravos em saúde, associados aos indicadores sociais permite auxiliar no gerenciamento dos riscos e informações em saúde, que são considerados elementos chaves para a adoção de políticas públicas.

Deste modo, este estudo tornou possível avaliar como está a cobertura assistencial às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal com ênfase nas regiões mais vulneráveis, permitindo aos gestores da atenção primária de saúde intensificar ações de prevenção e promoção da segurança em saúde, assim como o diagnóstico precoce dos possíveis fatores de risco para que alcance o cuidado seguro livre de eventos adversos maternos evitáveis.

O presente estudo teve como limitação a incompletude dos endereços no instrumento de coleta de dados. Para amenizar esta limitação utilizou-se de softwares de geoprocessamento para localização dos endereços e garantia da geocodificação e análise espacial.

1.5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que o indicador socioeconômico de renda familiar influenciou a ocorrência de EAM. Também indicou uma possível desigualdade espacial relativa à saúde materna, pois a espacialização dos casos mostrou as áreas de alta intensidade no município de Londrina e que devem ser priorizadas para a minimização de desfechos maternos adversos.

Estes resultados contribuem para o conhecimento sobre os EAM durante a internação para o parto e reforçam a necessidade de investir em ações de segurança a saúde materna por meio da reestruturação de políticas sociais e assistenciais, a fim de alcançar equidade e qualificação nos cuidados durante todo o ciclo gravídico puerperal.

1.6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. P. Análise geoespacial dos casos de dengue e sua relação com fatores socioambientais em bayeux - pb. **Hygeia**, Uberlândia, v. 13, n. 26, p. 71-86, 2017. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/39726>. Acesso em: 30 jan. 2023.
- AMJAD, S. *et al.* Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Oxford, v. 33, n. 1, p. 88-99, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppe.12529> Acesso em: 28 jan. 2023.
- AROUCA, M.C.G.; STRAUCH C. M. J.; FRANCISCO, C. N. Análise sócio-espacial das doenças relacionadas ao saneamento ambiental nos municípios fluminenses. **Hygeia**, Uberlândia, v. 16, p. 299-313, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54730>. Acesso em: 1 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à estatística espacial para a saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf. Acesso em: 16 jan. 2023.
- CAVATORTA, M. G.; SILVA, G. S. Segregação territorial em Londrina (PR): uma análise da articulação de rendimento e alfabetização entre os bairros da cidade. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, 3., 2019, Londrina. **Anais [...]**. Londrina, 2019. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/trabalhos2019/assets/4604-232634-36434-2019-04-09.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

FLORES, T. R. *et al.* Inequalities on coverage of prenatal assistance in Brazil: a nationwide study. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 593-600, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65BG4zCGBBXrFMPPrqP7YNqH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jan. 2023.

GADELHA, I. P. *et al.* Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 21, p. e42198, 2020. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/42198/99992>. Acesso em: 12 jan. 2023.

GARCIA, E. M. *et al.* Gestational risk and social inequalities: a possible relationship? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4633-4642, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wd8rzF6fR7XvfMwDCJSBkJw/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 jan. 2023.

GATRELL, A. C.; BAILEY, T. C. Interactive spatial data analysis in medical geography. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 42, n. 6, p. 843-855, 1982. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00183-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00183-2). Acesso em: 14 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/londrina.html>. Acesso em: 05 dez. 2022.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento. **Perfil de Londrina 2021**: ano base 2020. Disponível em: <https://repositorio.londrina.pr.gov.br/index.php/menu-planejamento/gpi/perfil-de-londrina-2021/43851-perfil-2021-1/file>. Acesso em: 20 dez. 2022.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades básicas de saúde**. 17 nov. 2020. Disponível em: <https://saude.londrina.pr.gov.br/index.php/unidade-basica-saude.html>. Acesso em: 20 dez. 2022.

LOUREIRO, C. M. *et al.* Aspectos sociodemográficos y obstétricos de la morbilidad materna grave. **Ciencia y Enfermeira**, Concepción, v. 23, n. 2, p. 21-32, 2017. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000200021&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2023.

LUKWA, A. T. *et al.* Decomposing maternal socioeconomic inequalities in Zimbabwe; leaving no woman behind. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 22, n. 1, p. 239, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04571-9>. Acesso em: 19 jan. 2023.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 86, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/6wZdrqchrHPpGJ4DjTP8pPn/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 10 jan. 2023.

NAGDEV, N. *et al.* Factors associated with inadequate receipt of components and non-use of antenatal care services in India: a regional analysis. **BMC Public Health**, London, v. 23, n. 6, p. 1-17, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14812-3>. Acesso em: 12 jan. 2023.

NEVES, I. A. R. *et al.* Qualidade e segurança na assistência obstétrica: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE on Line**, Recife, v.15, p. e245809, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245809>.

Acesso em: 12 jan. 2023.

RAMOS, R. S. P. S, RAMOS, V. P. Análise espacial como ferramenta de identificação de áreas prioritárias de intervenção para prevenção da sífilis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3733-3742, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/73mYqV9ZbqcmRWm7GKQ7nvD/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 jan. 2023.

REIS, L. G. C. **Eventos adversos durante o trabalho de parto e o parto em serviços obstétricos**: desenvolvimento e aplicação de método de detecção. 2012. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012.

ROCHA, T. A. H. *et al.* Proposta de metodologia para estimar a área de cobertura potencial por equipes de atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 43, p. e47, 2019. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50987/v43e472019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SIMONCIC, V. *et al.* Comprehensive review on social inequalities and pregnancy outcome - identification of relevant pathways and mechanisms. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 24, p. 16592. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416592>. Acesso em: 12 jan. 2023.

TEIXEIRA, K. K. T. *et al.* Padrões espaciais da ocorrência de leishmaniose visceral humana na cidade de natal-rn: a influência das áreas de risco social. **Hygeia**, Uberlândia, v. 15, n. 32, p. 121-133, 2019. Disponível em:

<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/49966>. Acesso em: 30 jan. 2023.

TOMASI, E. *et al.* Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. **Cadernos de Saúde Pública (Online)**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>. Acesso em: 15 jan. 2023.

TSAWE, M.; SUSUMAN, A. S. Inequalities in maternal healthcare use in Sierra Leone: evidence from the 2008-2019 demographic and health surveys. **PLoS One**,

San Francisco, v. 17, n. 10, p. e0276102, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276102>. Acesso em: 18 jan. 2023.

VILLAR, V. C. F. L. *et al.* Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos de Facebook? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, p. e00277421, 2022. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2022.v38n7/e00277421/pt>. Acesso em: 13 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1**: final technical report. Genebra: World Health Organization, 2009. Disponível em:
http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 09 set. 2022.

2 ESTUDO 2

A segurança no cuidado Pré-Natal: Eventos Adversos na Gestação de Alto Risco

RESUMO

Introdução: as condições de alto risco gestacional representam um grande desafio para assistência à saúde. Deste modo, busca-se pelo cuidado seguro no Pré-natal para a prevenção e/ou redução de resultado desfavorável. **Objetivo:** avaliar a segurança no seguimento assistencial do Pré-natal e a ocorrência dos eventos adversos maternos na gestação de Alto Risco. **Método:** Estudo transversal analítico. Coleta de dados realizada com 182 gestantes de alto risco, pertencentes a três Regionais de Saúde do Estado do Paraná. Utilizaram-se como técnica de coleta os dados da carteira de gestante, prontuário materno e entrevista com a mulher. Para avaliação da segurança da assistência no pré-natal utilizou-se o índice de Kessner modificado por Takeda adaptado aos pressupostos da Política de cuidados materno-infantil do Paraná. Para a análise estatística dos dados aplicou-se o Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$). **Resultados:** a segurança no seguimento Pré-natal obteve classificação Adequada para 58,8% das gestantes, sofrendo influência estatisticamente significativa entre os pressupostos tempo de início do Pré-natal ($p=0,04$); encaminhamento para serviço especializado ($p=<0,00$); continuidade atendimento na atenção primária ($p=<0,00$); exames laboratoriais de alto risco ($p=<0,00$); coleta de citologia oncótica ($p=<0,00$); consulta odontológica ($p=<0,00$) e informação da gestante sobre o risco gestacional ($p=<0,00$). A ocorrência de eventos adversos foi identificada em 30,2% das gestantes de alto risco. **Conclusão:** a segurança no seguimento Pré-natal foi insatisfatória, apontando necessidade de acesso ao alto risco, em tempo oportuno, a fim de reduzir os riscos de eventos adversos maternos evitáveis relacionados aos fatores clínico-obstétricos.

Descritores: Gravidez de Alto Risco; Cuidado Pré-Natal; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem Obstétrica.

2.1 INTRODUÇÃO

A gestação é um evento fisiológico na vida da mulher, que na maioria das vezes, ocorre sem intercorrências. No entanto, uma parcela de gestantes apresenta condições que eleva seu risco gestacional, necessitando de uma assistência especializada no acompanhamento Pré-natal, visto a maior probabilidade de alcançar desfechos adversos, tanto para a mãe quanto para o feto (GADELHA *et al.*, 2020).

Embora não haja uma definição consensual dos diversos níveis de risco durante a gravidez, geralmente os especialistas concordam que uma gravidez de alto risco enquadra-se em uma situação em que a vida, a saúde e o bem-estar da mãe e/ou feto em desenvolvimento estão em risco devido a fatores médicos, sociais ou ambientais (BADAKHSH *et al.*, 2020).

Complementando este conceito, para o *National Institutes of Health*, a gravidez de alto risco refere-se às condições de saúde existente, idade, estilo de vida e condição da gravidez atual (NICHD, 2019). Ademais, para o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) a definição de gestação de alto risco está baseada nos indicadores de complicação materna grave (CDC, 2019).

Mundialmente, as condições de alto risco representam um grande desafio para assistência à saúde, apontando a necessidade da qualificação do cuidado, envolvendo o conceito de segurança referente à redução de danos desnecessários ao paciente (WHO, 2009). Na área obstétrica, corresponde a minimização dos agravos resultantes do processo reprodutivo e/ou relacionados ao processo assistencial, incrementando segurança e humanização no cuidado (BRASIL, 2014).

Neste contexto, a prática segura no Pré-natal de alto risco engloba a avaliação constante das condições de risco gestacional; acolhimento e rastreamento de indicadores individuais, sociais e ambientais; pesquisa de doenças maternas prévias; história reprodutiva anterior e gestação atual; imunização; aconselhamento e educação em saúde a fim de promover as intervenções necessárias para a prevenção e/ou minimização de resultado desfavorável (PARANÁ, 2022).

Por outro lado, mesmo dispondo de política de saúde consolidada no País, as gestantes de alto risco ainda se deparam com dificuldades no acesso precoce ao Pré-natal (OLIVEIRA, FERRARI, PARADA, 2019); demora na identificação e classificação das condições de risco gestacional, encaminhamento tardio para a

atenção especializada (SANTOS *et al.*, 2021); e, insuficiência na realização dos exames de alto risco (RODRIGUES *et al.*, 2021; FERNANDES *et al.*, 2020), o que colocam em risco a segurança a saúde materna.

Diante disso, considerando a relevância na temática e a complexidade assistencial que requer a gestação de Alto Risco e seus possíveis desfechos desfavoráveis, que podem interferir diretamente na saúde materna, o presente estudo teve como objetivo avaliar a segurança no seguimento assistencial do Pré-natal e a ocorrência dos eventos adversos maternos na gestação de Alto Risco.

2.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado em hospitais/maternidades referência para gestação de Alto Risco, inseridos na Rede de Atenção Materno-infantil, em três Regionais de Saúde (RS) do Estado do Paraná.

O estudo é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016, intitulado “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”, desenvolvido na 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel, e 17ª RS de Londrina.

A população de estudo foi constituída por mulheres internadas nas maternidades, a partir de amostragem estratificada com base em cada instituição e o número de partos ocorridos nas maternidades no ano de 2016. A amostra totalizou 182 mulheres classificadas como alto risco no pré-natal, distribuídas conforme a Regional de Saúde pertencente: n= 62 na 9ª RS; 65 na 10ª RS e 55 na 17ªRS.

Os critérios de inclusão foram todas as mulheres classificadas como alto risco gestacional no Pré-natal presente na amostra, com idade gestacional ≥ 32 semanas e residência na área urbana dos municípios participantes da pesquisa. Como critério de exclusão foram mulheres classificadas como risco habitual e intermediário no PN.

Realizou-se um teste piloto para adequação do instrumento e capacitação dos alunos de graduação em enfermagem para as etapas de coleta de dados. As dez mulheres entrevistadas no teste piloto foram descartadas, não fizeram parte da amostra.

Posteriormente, foi iniciada a coleta de dados no período de Julho de 2017 a março de 2018. Utilizou-se um instrumento estruturado para busca de informações disponibilizadas na carteira de gestante, no prontuário materno e entrevista com as puérperas durante a internação para o parto. Foram levantadas informações sobre dados socioeconômicos, demográficos, história obstétrica, e os cuidados prestados durante o seguimento do Pré-natal, segundo os pressupostos da Política de atenção materno infantil vigente no Estado do Paraná no período de coleta de dados da presente pesquisa (PARANÁ, 2012).

Para a avaliação da segurança do cuidado Pré-Natal utilizou-se como referência o índice de Kessner Modificado por Takeda (2013) e adaptou-se segundo os 12 pressupostos da Política de Atenção materno-infantil que norteavam o cuidado Pré-Natal no Estado do Paraná, sendo eles: 1. Classificação do risco gestacional; 2. Informação sobre o risco gestacional; 3. Encaminhamento para serviço especializado conforme estratificação do risco; 4. Continuidade do acompanhamento PN na UBS de origem; 5. Cadastro no programa SIS-Pré Natal; 6. Número de USG realizado por trimestre; 7. Consulta odontologia; 8. Realização de exames laboratoriais por trimestre e de alto risco; 9. Vacinação (antitetânica/antihepatiteB/Gripe); 10. Citologia oncótica; 11. Informação sobre procurar hospital de referência em caso de intercorrência e 12. Visita à maternidade de referência antes do parto (PARANA, 2018).

Destaca-se que o índice de Kessner Modificado por Takeda considera a qualidade Adequada: pontuação acima de 80% de realização, Intermediária: de 51 a 79% e Inadequada: abaixo de 50%. Neste estudo, para avaliação da segurança assistencial optou-se por uma variável dicotômica: Adequada e Inadequada, considerando a pontuação acima de 80% uma segurança do PN Adequada e abaixo de 79% uma assistência Inadequada.

Os dados foram compilados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0, e analisados por meio do Teste Qui-quadrado, para busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre variáveis independentes (pressupostos do cuidado pré-natal) e dependente (segurança do seguimento PN).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 67574517.1.1001.5231, em 09 de maio de 2017.

2.3 RESULTADOS

A população constituiu-se em 182 mulheres, sendo que a maioria tinha idade entre 18 a 34 anos (71,8%); de cor branca (56,7%); 8 a 11 anos de escolaridade (68,0%); possuía companheiro (86,2%), ocupação com remuneração (50,8%), renda familiar de um a dois salários mínimos (68,2%) e não recebia nenhum tipo de benefício social (84,5%). Em relação à história obstétrica progressa, mais da metade das mulheres eram multíparas (65,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres, segundo características socioeconômicas e demográficas, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=182

Variáveis	n	%
Idade		
17 anos ou menos	14	7,2
18 a 34 anos	130	71,8
35 anos ou mais	38	21,0
Raça		
Branco	101	56,7
Negro	15	8,4
Pardo	62	34,8
Escolaridade*		
Baixa	41	22,7
Media	124	68,8
Alta	17	9,4
Situação conjugal		
Com companheiro	157	86,2
Sem companheiro	25	13,8
Condição de ocupação		
Remunerada	93	50,8
Não remunerada	89	49,2
Renda familiar**		
Menos 1 SM	12	7,1
De 1 a 2 SM	116	68,2
3 ou mais SM	42	24,7
Benefício social		
Sim	28	15,5
Não	154	84,5
Paridade		
Primípara	62	34,1
Multípara	120	65,9

*Baixa – até 7 anos de estudo; Média – 8 a 11

** Base do salário mínimo no ano de 2016 – 937,00.

Em relação à história clínica obstétrica atual, a totalidade da amostra foi composta por mulheres classificadas de Alto Risco gestacional, os motivos da

estratificação de risco foram: Hipertensão arterial (25,1%), Doenças clínicas (22,5%), Diabetes gestacional (13,5%), Pré-eclâmpsia (4,0%), Abortos anteriores (3,6%), Sífilis gestacional (3,5%), Trombofilia (3,5%), Trabalho de parto prematuro (1,9%) e Asma grave (1,8%). Uma parcela considerável das mulheres (20,5%) relataram desconhecer a informação sobre a gestação de risco ou alto risco e também identificou-se a falta de registro da referida informação em prontuário médico.

Quanto à assistência, quase que a totalidade das mulheres (99,5%) foi acompanhada pelo Pré-natal. No entanto, o encaminhamento para consulta especializada ocorreu apenas em pouco mais da metade das gestantes classificadas de Alto Risco gestacional (55,5%), chamando atenção o quantitativo de mulheres (44,5%) que não tiveram acesso ao serviço especializado.

Para as gestantes encaminhadas ao PN de alto risco, a maioria conhecia o motivo do encaminhamento (75,9%) e continuaram o acompanhamento na UBS (65,9%). Para a maior parte delas (59,7%), o tempo de espera para o atendimento especializado foi de até 29 dias, porém observou-se, também, tempo de espera de 30 a 59 dias (24,4%) e acima de 60 dias (16,0%).

Em relação ao acesso aos exames e consultas no Pré-natal de Alto Risco, verificou-se que apenas 38,5 das mulheres alcançaram a completude de exames laboratoriais. Para a realização dos demais exames e consultas, observou-se: USG obstétrica 1º trimestre (55,5%); USG 2º trimestre (61,5%); coleta de exame preventivo (39,0%); consulta odontológica (40,7%). A vacinação antitetânica, hepatite B e gripe estiveram presentes em 92,9%; 80,2%; 87,5%, respectivamente.

A respeito da avaliação da segurança do seguimento Pré-natal, embasado nos pressupostos da política de atenção materno infantil do Estado, obteve-se resultado **Adequada** para pouco mais da metade das gestantes (58,8%), sendo assim identificada uma parcela significativa (41,2%) de **Inadequação** no seguimento Pré-natal.

Quanto ao processo de cuidado, preconizado pela política de atenção materno-infantil, verificou-se significância estatística entre o tempo de início do Pré-natal ($p=0,04$), informação sobre o risco gestacional ($p=0,00$) e a segurança da assistência Pré-natal. A maioria das mulheres (75%) que iniciaram o Pré-natal tardiamente, e que não tinham informações sobre sua classificação de risco (86,4%) receberam uma classificação de assistência Pré-natal insegura. Não se observou

significância estatística entre o número de consultas e a segurança do seguimento Pré-natal (Tabela 2).

Também identificou-se diferença estatística significativa entre a continuidade do acompanhamento na UBS ($p=0,00$), encaminhamento para serviço especializado ($p=0,00$) e a segurança do seguimento Pré-natal. A maior parcela de gestantes sem acompanhamento na UBS de origem (62,9%) e sem acesso ao serviço especializado (60,5%) tiveram uma avaliação do pré-natal inadequadamente segura (Tabela 2).

Em relação aos exames e consultas, foi identificada associação estatística significativa entre as variáveis: realização de exame laboratorial de alto risco ($p=0,00$); consulta odontológica ($p=0,00$); e citologia oncótica ($p=0,00$) e a segurança do seguimento Pré-natal. A grande maioria das mulheres que realizaram todos os exames laboratoriais recomendados para gestação de alto risco (88,6%), passaram por consulta odontológica (79,7%) e coletaram citologia oncótica (81,7%) tiveram a segurança no cuidado Pré-natal adequada. Não se verificou significância estatística entre a realização de exames de Ultrassonografia obstétrica, imunizações e a segurança da assistência Pré-natal (Tabela 2).

Também não houve diferença estatística significativa entre a orientação para procura do hospital de referência, visita à maternidade antes do parto e a segurança do seguimento Pré-natal. No entanto, um número expressivo de mulheres (77,5%) não visitou à maternidade durante o Pré-natal (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das mulheres, segundo classificação de Alto Risco Gestacional e a segurança do seguimento Pré-natal, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=182

	Segurança do seguimento Pré Natal				p-valor
	Adequada		Inadequada		
	n	%	n	%	
Início pré-natal					
Antes de 14 semanas	88	62,4	53	37,6	0,04
Entre 14 e 27a semanas	18	48,6	19	51,4	
Mais de 27 semanas	01	25,0	03	75,0	
Número consultas					
6 ou mais	96	59,6	65	40,4	0,53
1 a 5	11	52,4	10	47,6	

Informada sobre o risco					
Sim	101	73,2	37	26,8	<0,00
Não	06	13,6	38	86,4	
Continuou o acompanhamento na UBS					
Sim	84	70,0	36	30,0	<0,00
Não	23	37,1	39	62,9	
Encaminhada para serviço especializado					
Sim	75	74,3	26	25,7	<0,00
Não	32	39,5	49	60,5	
Cadastro SiS pré-natal					
Sim	95	63,8	54	36,2	0,06
Não	12	36,4	21	63,6	
Exames laboratoriais (Alto risco)					
Sim	62	88,6	08	11,4	<0,00
Não	45	40,2	67	59,8	
Ultrassom obstétrico					
1º trimestre					
Uma USG	70	69,3	31	30,7	
Duas ou mais	25	61,1	16	39,0	<0,00
Nenhuma	12	30,0	28	70,0	
2º trimestre					
Uma USG	69	61,6	43	38,4	
Duas ou mais	32	56,1	25	43,9	0,49
Nenhuma	06	46,2	07	53,8	
Consulta Odontológica					
Sim	59	79,7	15	20,3	<0,00
Não	48	44,4	60	55,6	
Citologia Oncótica					
Sim	58	81,7	13	18,3	<0,00
Não	49	44,1	62	55,9	
Imunização					
Tétano					
Sim	105	62,1	64	37,9	0,08
Não	02	15,4	11	84,6	
Hepatite B					
Sim	87	59,6	59	40,4	0,66
Não	20	55,6	16	44,4	
Gripe					
Sim	101	63,5	58	36,5	0,10
Não	06	26,1	17	73,9	
Informada sobre procurar Hospital					
Sim	100	60,2	66	39,8	0,20

Não	07	43,8	09	56,3	
Visita na Maternidade					
Sim	23	56,1	18	43,9	0,69
Não	84	59,6	57	40,4	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

Neste estudo, 30,2% das gestantes de Alto Risco desenvolveram algum tipo de evento adverso durante a gestação. Entre os tipos de eventos adversos maternos desenvolvidos durante a gestação, nota-se em maior proporção, a Crise hipertensiva (41,8%), Sangramento (30,9%), e Doença clínica (10,9%) (Tabela 3). Destaca-se ainda, que a maioria das mulheres (68,2%) que receberam uma classificação de Pré-natal adequadamente segura evoluiu sem a ocorrência de evento adverso materno durante o seguimento do Pré-natal.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres, segundo a ocorrência de eventos adversos maternos durante a gestação alto risco, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=55

Variáveis	n	%
Crise hipertensiva	23	41,8
Sangramento	17	30,9
Doença clínica	06	10,9
Placenta prévia	04	7,3
Trabalho de parto prematuro	03	5,5
Amniorrexe	02	3,6
Total	55	100,0

2.4 DISCUSSÃO

Atualmente, há uma escassez de estudos que abordam a segurança do paciente na área obstétrica, relacionando-os aos pressupostos do Pré-natal, preconizados pela política de saúde materno-infantil vigente no Estado Paraná, assim como a identificação dos principais eventos adversos maternos desenvolvidos na gravidez de Alto Risco.

A presente pesquisa apontou que a segurança do cuidado Pré-natal na gestação de Alto Risco foi influenciada pelos os pressupostos de Tempo de início do Pré-natal; Encaminhamento para serviço especializado; Continuidade atendimento

na atenção primária; Exames laboratoriais de alto risco; Coleta de citologia oncótica; Consulta odontológica e Informação da gestante sobre o risco gestacional.

Mundialmente, a atenção materno-infantil representa um desafio para os serviços de saúde. Um estudo internacional mostrou que a gravidez de alto risco é fortemente afetada pelas práticas assistenciais e pelo uso de serviços de saúde, apresentando uma relação significativa entre gestações de alto risco e utilização de cuidados Pré-natal. Também foi evidenciado que as mulheres que receberam assistência PN suficiente e o tratamento para complicações de saúde eram mais propensas a ter uma gravidez saudável e menor chance de gravidez de Alto Risco (ABEDIN; ARUNACHALAM, 2020).

É sabido do aumento progressivo da cobertura da Atenção Pré-natal nos últimos 12 anos em todo território brasileiro, entretanto, estudos mostram que a qualidade do Pré-natal não tem acompanhado esse crescimento (TSUNECHIRO *et al.*, 2018; CUNHA *et al.*, 2019). Resultado semelhante foi evidenciado neste estudo, que apontou uma alta cobertura do seguimento assistencial do Pré-natal, porém, um nível de adequação ainda insegura, sendo que apenas pouco mais da metade de mulheres atingiu resultado satisfatório, em detrimento ao proposto pela política assistencial vigente no País.

Vale ressaltar que a segurança do cuidado Pré-natal pode estar relacionada ao número de indicadores mensurados, paradoxalmente, conforme aumenta o índice de indicadores avaliados, diminui o nível de adequação assistencial, o que pode explicar o achado do presente estudo, pois avaliou todos os pressupostos preconizados na assistência PN.

Estudos que alcançaram resultado satisfatório (acima de 80%) na taxa de adequação no Pré-natal, quando acrescido mais indicadores na avaliação, também observaram queda no percentual de adequação (MACHADO *et al.*, 2020; MENDES *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada por LEAL *et al.* (2020) que avaliou assistência PN na rede pública do Brasil, em que acesso ao cuidado PN foi quase universal para as gestantes, mas o índice qualitativo se modificou conforme incluiu-se recomendações como realização de exames e maternidade de referência para emergência. A adequação reduziu para pouco mais de um quarto das mulheres, diminuindo ainda mais se considerado a vinculação a uma maternidade.

Deste modo, faz-se necessário a ampliação do escopo de atuação na Rede de cuidado ao PN, que atenda as necessidades de gestante individualmente, e que garanta o acesso a todos os cuidados preconizados conforme sua estratificação de risco. Ademais, a assistência de qualidade no Pré-natal de Alto Risco promove mudanças significativas no processo gestacional, por isso deve haver identificação precoce do risco e intervenção multidisciplinar de profissionais de saúde, a fim de reduzir desfechos desfavoráveis evitáveis na gravidez (ANTUNES; ROSSI; PELLOSO, 2020).

Constatou-se no presente estudo, que a segurança no seguimento assistencial sofreu interferência do período de início do Pré-natal. Embora a maioria das gestantes tenha iniciado precocemente o acompanhamento do Pré-natal, observou-se um impacto assistencial negativo para aquelas com início tardio.

Dados similares foram encontrados em pesquisa nacional, que avaliou a qualidade do Pré-natal segundo as recomendações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento mostrando uma alta cobertura PN, porém, 43,0% da amostra iniciaram após a 16ª semana gestacional. O estudo também ressaltou que as gestantes de Alto Risco apresentaram menor cobertura Pré-natal e destacou a importância da identificação precoce destas mulheres como principal elemento na prevenção da ocorrência de eventos adversos maternos (MENDES *et al.*, 2020).

O início precoce do acompanhamento Pré-natal torna possível o reconhecimento de condições que oferecem risco ao desenvolvimento da gestação, assim como sua intervenção em tempo hábil, o que favorece a prevenção de complicações e desfechos adversos (BALSELLS *et al.*, 2018).

Outro resultado relevante encontrado nesta pesquisa, foi o quantitativo de mulheres que tiveram dificuldade de acesso ao Pré-natal de Alto Risco, observando que a segurança do Pré-natal foi influenciada negativamente pela ausência de encaminhamentos ao serviço especializado.

Estes achados corroboraram com estudos que evidenciaram que quase metade das gestantes de alto risco se deparou com barreiras no acesso ao serviço especializado mantendo seu acompanhamento PN apenas na Unidade Básica de Saúde (MENDES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2019a). Portanto, nota-se que a gestante ser classificada como alto risco, não garante seu fácil e rápido acesso ao serviço especializado (RODRIGUES *et al.*, 2022).

No presente estudo, verificou-se uma proporção alta de mulheres que aguardaram tempo superior a 30 dias para o atendimento no Pré-natal de alto risco. Considerando o potencial risco para o quadro de saúde das gestantes de alto risco, o tempo entre o encaminhamento pela APS e o atendimento da gestante pela atenção especializada apresenta-se como um importante indicador de qualidade.

Na tentativa de avaliar os motivos que dificultaram o acesso a serviços mais complexos de atenção, um estudo realizado em 4 grandes cidades brasileiras, identificou que direcionamentos desnecessários geram impactos no atendimento das gestantes e levam à retenção incorreta na atenção especializada e/ou descontinuidade na APS, interrompendo o acompanhamento compartilhado entre UBS e serviço especializado (FERNANDES *et al.*, 2020).

Vale destacar que falhas no contrarreferenciamento aos outros níveis de atenção, favorecem situações que evidenciam baixa qualidade do cuidado. Desta forma, a referência e contrarreferência contribuem para a identificação das necessidades de cada gestante e o acesso em tempo oportuno à atenção especializada, evitando a demora do atendimento que pode impactar em desfechos desfavoráveis (SANINE *et al.*, 2021).

Para garantir uma atenção qualificada e humanizada, devem-se seguir princípios como o acesso das usuárias ao nível primário, secundário e terciário de assistência, inclusão de sistemas de referência e contrarreferência, capacitação dos profissionais e disposição dos recursos tecnológicos (RODRIGUES *et al.*, 2021).

Destaca-se, neste estudo, que a segurança no cuidado PN foi interferida pela continuidade assistencial pela atenção primária. Verificou-se que a maioria das mulheres atendidas pelo serviço especializado seguiu seu acompanhamento na UBS, de acordo com o preconizado pela política de cuidado materno. Situação semelhante ao encontrado em outros estudos, com o predomínio de acompanhamento compartilhado entre os serviços de APS e AE (SANINE *et al.*, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2019).

Deste modo, o acolhimento com classificação de risco possibilita o reconhecimento e a priorização na assistência à saúde, distinguindo os usuários que demandam de atendimento imediato. O cuidado fragmentado impossibilita o olhar holístico sobre a gestante e constitui situação de vulnerabilidade diante das intercorrências as quais ela pode estar exposta (SIMAO *et al.*, 2019).

Neste cenário assistencial, acredita-se que um dos maiores desafios para o alcance da segurança no seguimento Pré-natal esteja relacionado à garantia do acesso aos exames. Este estudo evidenciou um acesso insatisfatório vivenciado pelas mulheres de alto risco. Esta pesquisa mostrou que a realização de todos os exames preconizados apresentou-se como um fator de proteção para um cuidado seguro Pré-natal de Alto Risco.

Segundo os autores Nascimento *et al.* (2018), a não realização de exames complementares predispõe a desfecho desfavorável, uma vez que a identificação dos riscos é prejudicada e a assistência provavelmente não acontecerá de acordo com a condição clínica da gestante. Ou seja, é importante que todos os exames recomendados sejam realizados para possível detecção e tratamento precoce das alterações, evitando qualquer risco ao binômio (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

Ainda, no tocante aos exames, verificou-se que a coleta de citologia oncótica ficou aquém do esperado e, também, influenciou a segurança da assistência PN, o que vai ao encontro com pesquisa realizada na região Nordeste do País, que das nove puérperas avaliadas, cinco afirmaram não ter realizado o exame no pré-natal, mesmo que este tenha sido realizado há mais de um ano, e, ainda, quatro disseram que desconheciam a importância da realização do exame (PACHECO *et al.*, 2020).

Vale lembrar que, na gravidez, o câncer de colo de útero torna-se o mais comum entre os cânceres associados à gravidez, associado ao desconhecimento, ao medo da mulher quanto ao exame e ao despreparo por parte dos profissionais, o que colocam essas mulheres em situações iminentes de risco à saúde (LIMA; STEGER; PONTES, 2019; TEXEIRA *et al.*, 2019).

Desta forma, o exame Papanicolaou é primordial para a redução da morbimortalidade por câncer de colo do útero. Para tanto, é um exame de baixo custo, acessível, sem efeitos adversos a mulher. Considerando que na gestação as mulheres frequentam rotineiramente o serviço de saúde, é um período oportuno para a prevenção deste câncer (MEDEIROS *et al.*, 2019).

No que tange a realização de consulta odontológica, o presente estudo evidenciou uma associação com a segurança no Pré-natal de alto risco, no entanto uma minoria passou pelo atendimento odontológico durante a gestação.

O acompanhamento odontológico das gestantes deve acontecer imediatamente após sua inclusão no cuidado PN devido a alterações físicas,

biológicas e hormonais apresentadas na gestação que transformam as condições no meio bucal, tornando-as um fator de risco para as doenças bucais, principalmente para a cárie, a gengivite e a doença periodontal (ESPOSTI *et al.*, 2021).

A não adesão a essa recomendação pode estar relacionada à limitação dos profissionais envolvidos, principalmente por haver estigmas de possíveis riscos que possam afetar os bebês por meio dos procedimentos odontológicos, mas, por outro lado, a transmissão da informação por parte do serviço quanto ao direito de acesso para as gestantes ainda é falha (SILVA *et al.*, 2020). De acordo com Botelho *et al.* (2019), deve-se levar em consideração que muitas mulheres não têm acesso a essa informação, ficando susceptíveis a agravos maternos adversos.

Especificamente, em relação ao acesso a informação, constatou-se que a segurança no seguimento assistencial do Pré-natal foi influenciada negativamente pela falta de informação sobre seu risco gestacional.

Alguns pesquisadores têm destacado que a maioria das gestantes não possuem informação sobre o risco, doença gestacional, motivo do encaminhamento para serviço especializado (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; SANINE *et al.*, 2019) e destacam o efeito positivo da informação, uma vez que mulheres informadas estão mais susceptíveis a iniciar o acompanhamento Pré-natal de alto risco precocemente (TESFAYE *et al.*, 2017).

Neste contexto, alertam para a importância dos profissionais de saúde, principalmente, aqueles que trabalham na atenção especializada de gestação de alto risco, proporcionar informações e orientações específicas aos riscos apresentados pelas gestantes para que compreendam a importância de realizar o acompanhamento especializado, favorecendo o melhor desfecho materno e perinatal (ANTUNES; ROSSI; PELLOSO, 2020).

É importante reforçar que o acolhimento, a educação em saúde e o cuidado humanizado possibilitam uma relação dialógica entre os profissionais e usuários, constituindo-se como dispositivos fundamentais para uma gestão do cuidado que busca a qualidade e integralidade da atenção à saúde materna (MORAES *et al.*, 2019).

Este estudo sinalizou que a segurança adequada no seguimento assistencial do PN contribuiu para a ausência da ocorrência de evento adverso materno durante a gestação, e, identificou que o evento adverso de maior prevalência foi a doença

hipertensiva, considerada como a principal responsável pelas adversidades do período gestacional, estando diretamente ligada ao resultado do alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal, o que representa um desfecho adverso grave no *continuum* da saúde materna (FERREIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019b).

No que concerne à problemática dos eventos adversos maternos durante a gestação, um estudo internacional que investigou o atraso no início do Pré-natal e fatores associados, destacou que os eventos adversos maternos podem ser evitados ou tratados por meio de uma assistência especializada de qualidade e em tempo oportuno no período da gravidez e pós-natal (TESFAYE *et al.*, 2017).

Neste sentido, faz-se necessário o rastreamento das gestantes de alto risco para a identificação de intercorrências e a otimização de intervenções em grupos de alto risco em tempo apropriado, com o intuito de diminuir a prevalência de doenças e consequentemente a ocorrência de desfechos adversos mais graves (FERREIRA *et al.*, 2019).

Uma medida para evitar que os eventos adversos progridam dentro do *continuum* da saúde materna, desde eventos de menor gravidade até a morte materna, é o acompanhamento de um Pré-natal qualificado, focado na implementação dos pressupostos da política de atenção materno-infantil e que objetiva garantir a identificação precoce de intercorrências obstétricas e a redução dos desfechos adversos durante a gestação.

Especificamente na Atenção Pré-natal de Alto Risco (APNAR), a qualificação do cuidado e o fortalecimento dessa atenção devem ser tratadas como prioritárias para garantir a segurança materna em contraposição aos índices de morbimortalidade materna. Aponta-se também, a relação entre a incidência de evento adverso de maior gravidade na gestação de alto risco e a insuficiência de informação dada à gestante e à família, com consequências prejudiciais à saúde do binômio, desde complicações na gestação, parto e puerpério (SOUZA *et al.*, 2022).

Desta forma, reforça-se a recomendação de que o cuidado pré-natal é de substancial importância para a promoção da saúde materno-infantil, tendo em vista que suas ações buscam promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças e/ou agravos. Essas ações impactam na redução de eventos adversos

evitáveis e melhoram a qualidade de vida da população envolvida, por aumentarem a segurança nos cuidados de saúde (MIGOTO *et al.*, 2022).

As limitações deste estudo estão relacionadas às informações ausentes e/ou incompletas registradas pelos profissionais de saúde na carteira da gestante durante o pré-natal e no prontuário materno durante a internação para o parto. Além de que, como em todos os estudos observacionais, causa e efeitos não puderam ser inferidos. Entretanto, esses dados podem servir como base para novos estudos.

2.5 CONCLUSÃO

Diante desses achados, conclui-se que a segurança no seguimento Pré-natal foi insatisfatória, sofrendo influência negativa do início tardio do cuidado Pré-natal; falta de encaminhamento para serviço especializado; descontinuidade do atendimento na atenção primária; incompletude de exames laboratoriais de alto risco; ausência de coleta de citologia oncótica; ausência de consulta odontológica, e falta de informação e orientação da gestante sobre o risco gestacional.

O presente estudo apontou as lacunas e fragilidades a ser trabalhada na (re) organização do Pré-natal de Alto Risco e no desenvolvimento de estratégias de ações nas redes de atenção a saúde materna para o atendimento das necessidades das gestantes, o aperfeiçoamento profissional, a qualificação dos processos assistenciais e a prevenção dos desfechos adversos evitáveis.

Ressalta-se a necessidade de garantir acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco, em tempo oportuno, e de reduzir os riscos de eventos adversos maternos relacionados aos fatores clínico-obstétricos, assim como, recomenda-se a implementação dos protocolos específicos à gestação de alto risco para o fortalecimento qualitativo da política pública de saúde materno-infantil e, conseqüentemente o alcance da segurança a saúde materna no período gestacional.

2.6 REFERÊNCIAS

ABEDIN, S.; ARUNACHALAM, D. Maternal autonomy and high-risk pregnancy in Bangladesh: the mediating influences of childbearing practices and antenatal care. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 20, p. 555, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03260-9>. Acesso em: 10 out. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Serviços de atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Manual_Seguranca_MATERNA_12112014_FINAL.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

ANTUNES, M. B.; ROSSI, R. M.; PELLOSO, S. M. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, p. e03526, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kqvyvpxg7XkznD4HgnTmLft/?format=pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

BADAKHSH, M. *et al.* The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A phenomenology investigation. **Midwifery**, Edinburgh, v. 82, p. 102625, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102625>. Acesso em: 13 out. 2022.

BALSELLS, M. M. D. *et al.* Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 247-254, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800036>. Acesso em: 15 set. 2022.

BOTELHO, D. L. L. *et al.* **Odontologia e Gestação**: a importância do pré-natal odontológico. **SANARE (Sobral on line)**, Sobral, v. 18, n. 2, p. 69–77, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1376>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062. Acesso em: 13 out. 2022.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Data on selected pregnancy complications in the United States**. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-complications-data.htm>. Acesso em: 12 ago. 2022.

CUNHA, A. M. *et al.* Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Online)**, Recife, v. 19, n. 2, p. 459-470, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/j9DVWHCJVYZCD46FPxwb4Wk/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 nov. 2022.

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* Adequação da assistência odontológica pré-natal: desigualdades sociais e geográficas em uma região metropolitana do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4129-4144, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fFHVwCWjTfk3KNShh9YgRwM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

FERNANDES, J. A. *et al.* Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-14, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n5/e00120519/>. Acesso em: 12 out. 2022.

FERREIRA, E. T. M. *et al.* Características maternas e fatores de risco para pré-eclâmpsia em gestantes. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 20, p. e40327, 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/40327/pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

GADELHA, I. P. *et al.* Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 21, p. e42198, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YZ5QftCZvqHvF5WVrXKS5gv/?format=pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 8, p. 1-12, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39913/Assist%c3%aancia%20pr%c3%a9-natal_Rosa_Domingues_INI_LapClin-AIDS_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 12 ago. 2022.

LIMA, V. C. A.; STEGER, J.; PONTES, S. R. L. Enfrentamento da mulher com diagnóstico de câncer no período gestacional. **Vita et Sanita**, Trindade, v. 12, n. 2, p. 128–133, 2019. Disponível: <http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/185>. Acesso em: 12 set. 2022.

LIVRAMENTO, D. V. P. *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180211, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. Acesso em: 12 out. 2022.

MACHADO, A. F. C. *et al.* Prenatal care in the perspective of the Mãe Paranaense network. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 1, n. 2, p. 78-89, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.46551/rnm23173092202090208>. Acesso em: 15 set. 2022.

MEDEIROS, F. F. *et al.* Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 204-211, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/frKFgtfyzM6vfCzK3zs67Wf/?format=pdf>. Acesso em: 13 out. 2022.

MENDES, R. B. *et al.* Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.793-804, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. Acesso em: 10 out. 2022.

MIGOTO, T. M.; OLIVEIRA, R. P.; FREIRE, M. H. S. Validation of indicators for monitoring the quality of prenatal care. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210262, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/yyQn5NQbNvyYyj5v8pRzVYK/?lang=en>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MORAES, M. M. S. *et al.* Gestational risk classification based on maternal death profile 2008-2013: an experience report from the municipality of Porto Seguro, Bahia, Brazil. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3, p. e2018491, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/bCDxvWGCVBMxW7jDnyC3rLB/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 14 set. 2022.

NASCIMENTO, J. S. *et al.* Assistência à mulher no pré-natal, parto e nascimento: contribuições Rede Cegonha. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Alagoas, v. 3, n. 1, p. 694-709, 2018. Disponível em <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/4241>. Acesso em: 01 out. 2022.

NICHD. **What are the factors that put a pregnancy at risk?** 2019. Disponível em: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/factors>. Acesso em: 15 set. 2022.

OLIVEIRA, R. L. A.; FERRARI, A. P.; PARADA, C. M. G. L. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. e3058, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bncGJcX44szWGjTFttwwCHJC/?lang=en>. Acesso em: 12 ago. 2022.

PACHECO, E. S. *et al.* Evaluation of the quality of prenatal care in the city of Parnaíba-PI. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v. 31, n. 2, p.14-21, 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200704_160148.pdf. Acesso em: 14 set. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). **Linha Guia: Atenção Materno Infantil: gestação**. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-07/linha_guia_mi-_gestacao_8a_ed_v4_-_revisada_em_01-07-22.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). **Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense**. 7. ed. Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guia.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

RODRIGUES, A. F. M. *et al.* Pré-natal na atenção primária, adequação das consultas e avaliação da assistência às gestantes: revisão integrativa. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 275, p. 5484-5495, 2021. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1471/1674>. Acesso em: 12 ago. 2022.

RODRIGUES, D. B. *et al.* Complexidade do cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, p.

e20210155, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210155.pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SANINE, P. R. *et al.* Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SVF7DzHMnbYKd36j8kBmZ7k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SANINE, P. R. *et al.* Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 11, p. e00286120, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6PRxLDyZmqC9SDjc4FywDKG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2022.

SANTOS, F. P. *et al.* Fragilidades no contexto do atendimento ao pré-natal de alto risco. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p201-208>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SILVA J. D. C. *et al.* Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 23, p. e451, 2019. Disponível em: DOI:10.25248/reas.e451.2019. Acesso em: 12 out. 2022.

SILVA, C. C. D. A. *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 827–835, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n3/827-835/pt/>. Acesso em: 12 out. 2022.

SILVA, V. M. C. *et al.* Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco: Assistência de enfermagem no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 37, p. e1884. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1884.2019>. Acesso em: 17 out. 2022.

SIMÃO, A. M. S. *et al.* Management of prenatal nursing care at a Health Center in Angola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 129-136, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7knVfCFYQbHXXwNw8MQWhLn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 12 out. 2022.

SOUZA, B. F. *et al.* Solicitude in home visit of nurses in high-risk prenatal care: an experience report. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210328, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/NvyB4nM9Nv3n5SSfYBq3swp/?lang=en>. Acesso em: 12 dez. 2022.

TAKEDA, S. **Avaliação de unidade de atenção primária: a modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção**. 1993. Tese (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal de Pelotas; Pelotas, 1993. Disponível em:

<http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/dissert%20Takeda.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

TESFAYE, G. *et al.* Delayed initiation of antenatal care and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. **Reproductive Health**, London, v. 14, n. 150, p. 2-17, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688656/pdf/12978_2017_Article_412.pdf. Acesso em: 12 set. 2022.

TEXEIRA, L. D. M. *et al.* Exame preventivo para o Câncer de Colo durante a gravidez: experiências das gestantes. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 33, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33698>. Acesso em: 13 set. 2022.

TSUNECHIRO, M. A. *et al.* Prenatal care assessment according to the Prenatal and Birth Humanization Program. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Online)**, Recife, v. 18, n. 4, p. 781-790, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/L85CDNsGH3nNTJpJL4BjHBh/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf . Acesso em: 09 set. 2022.

3 ESTUDO 3

A (in)segurança no seguimento assistencial do Puerpério em Gravidez de Alto Risco

RESUMO

Introdução: o pós-parto é um período complexo do ciclo reprodutivo que pode ocasionar maior desenvolvimento de complicações, especialmente quando as mulheres tiveram gestação de alto risco. **Objetivo:** avaliar a segurança do cuidado no seguimento puerperal em mulheres que tiveram gravidez de alto risco. **Método:** estudo de coorte prospectivo, analítico, realizado em Três Regionais de Saúde do Estado do Paraná. Utilizou-se para coleta de dados o prontuário materno e entrevista com 182 puérperas, na internação para o parto e seis meses após o parto. Para avaliação da segurança da assistência no puerpério utilizou-se como referência o escore de Vilarinho, Nogueira e Naganhama, adaptado aos pressupostos da Política de cuidados materno-infantil do Paraná. Na análise dos dados foi realizado o Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$) para busca de possíveis associações entre as variáveis independentes (pressupostos assistenciais) e dependente (segurança do cuidado no puerpério). **Resultados:** Verificou-se que mais da metade das puérperas (53,8%) recebeu uma classificação de segurança Inadequada no seguimento assistencial do puerpério, sendo que a segurança deste cuidado foi influenciada pelos pressupostos: consulta de revisão puerperal até 10 dias ($p < 0,00$); avaliação clínico-ginecológica: exame das mamas ($p < 0,00$), palpação uterina ($p = 0,02$), incisão cirúrgica ($p = 0,01$), Loquiação ($p < 0,00$); orientação sobre contraceptivo ($p < 0,00$), atividade física ($p < 0,00$); prática do aleitamento materno ($p < 0,00$) e prescrição de método anticoncepção ($p < 0,00$). Constatou-se que 29,6% das mulheres desenvolveram algum evento adverso durante sua internação hospitalar. **Conclusão:** evidenciou-se a segurança do cuidado puerperal qualitativamente fragilizada e descontinuidade assistencial neste período, o que representam risco a saúde da puérpera.

Descritores: Puerpério; Período Pós-Parto; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem Obstétrica.

3.1 INTRODUÇÃO

O período pós-parto é considerado uma fase complexa do ciclo gravídico-puerperal, pois engloba mudanças de natureza física, psicoemocional, comportamental, relacional e sociocultural, além dos sinais involutivos do organismo para o reestabelecimento da condição pré-gravídica (MAZZO *et al.*, 2018).

Além disso, o período puerperal pode levar ao maior desenvolvimento de agravos, especialmente quando as mulheres tiveram uma gestação de alto risco. Por isso, é fundamental conhecer a estratificação do risco gestacional e as consequências que este risco pode trazer para a segurança a saúde materna no puerpério (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Neste sentido, os eventos adversos maternos como as morbidades maternas graves (pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hemorragia) podem acometer as mulheres na fase puerperal (CAETANO *et al.*, 2020). Outro exemplo, é a maioria dos óbitos maternos, considerado o pior desfecho obstétrico, que ocorre principalmente na primeira semana pós-parto, justificando a necessidade de um cuidado qualificado neste período (BARATERI *et al.*, 2019)

Os programas internacionais de assistência voltados para as mulheres com risco alto de complicações no puerpério parecem pouco eficazes na prevenção dos eventos adversos maternos. Um estudo internacional identificou que um terço dos atendimentos obstétricos de emergência ocorreu dentro de 6 semanas após o parto, o que ressalta a importância de garantir o direito ao acesso e cuidado de qualidade e, sobretudo, o encaminhamento apropriado para a atenção primária nesta fase (MATENCHUK *et al.*, 2022).

No contexto brasileiro, a assistência à saúde da puérpera também se configura como um dos grandes desafios para a atenção primária, já que os cuidados estão voltados ao recém-nascido neste período. Desta forma, os riscos puerperais muitas vezes não são identificados e priorizados no plano de cuidados, sinalizando uma assistência fragmentada e insuficiente, que pode levar a insatisfação da usuária (BARATIERI *et al.*, 2022).

Apesar da existência de políticas de saúde materno-infantil, que buscam o cuidado de qualidade e seguro (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014), ainda é evidente que a assistência no puerpério se encontra atrasada quando comparada a atenção pré-natal e parto (SILVA *et al.*, 2021).

O processo assistencial pós-parto torna-se um período estratégico para a efetivação de ações de recuperação da gestação e do parto, o levantamento das necessidades físicas e emocionais das mulheres e a identificação precoce das possíveis complicações puerperais (BARATIERI *et al.*, 2019).

Considerando a criticidade deste período; a comum negligência de cuidados as mulheres em detrimento da criança; aos índices inferiores de atendimento comparados aos outros períodos do ciclo gravídico-puerperal e a descontinuidade assistencial no puerpério imediato, tardio e remoto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a segurança do cuidado no seguimento puerperal em mulheres que tiveram gravidez de alto risco.

3.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo coorte, prospectivo, realizado em municípios pertencentes a três Regionais de Saúde do Estado do Paraná.

A amostra foi composta a partir de uma amostragem estratificada baseada no número de partos ocorridos em cada hospital maternidade no ano de 2016, totalizando 182 puérperas, número de gestantes classificadas como alto risco no pré-natal, sendo elas distribuídas em 62 da 9ª RS; 65 da 10ª RS e 55 da 17ªRS.

Os Critérios de inclusão foram às mulheres classificadas como alto risco gestacional durante o Pré-natal, residentes na área urbana e com idade gestacional ≥ 32 semanas. Os critérios de exclusão foram as gestantes classificadas como risco habitual e intermediário no Pré-natal.

A coleta de dados ocorreu em hospitais/maternidades referência para gestação de alto risco, no período de julho de 2017 a novembro de 2018. Foi utilizada como técnica de coleta os dados do prontuário materno e entrevistas com a puérpera na internação para o parto e na visita domiciliar, seis meses após o parto. As informações levantadas foram referentes aos dados socioeconômicos, demográficos, história obstétrica e os cuidados prestados durante o seguimento puerperal, segundo os pressupostos preconizados pela política de saúde materno-infantil vigente no período do desenvolvimento da pesquisa (PARANÁ, 2012).

Para avaliação da segurança da assistência no puerpério utilizou-se como referência estudo de Vilarinho, Nogueira e Nagahama (2012), porém adaptou-se aos

pressupostos assistenciais do período puerperal. A partir disso, foram avaliados quatro indicadores de segurança no cuidado no puerpério: realização de consulta de revisão puerperal (CRP) ou visita domiciliar na primeira semana após o parto; avaliação clínico-ginecológica na consulta puerperal; orientação sobre aleitamento materno e orientação sobre planejamento familiar. Para estabelecer os critérios de segurança da atenção puerperal utilizou-se escala de escores que variaram de 0 a 3 pontos, segundo a adequação na realização de cada indicador (Quadro 1).

Quadro 1 – Indicadores de processo de segurança na atenção puerperal e respectivos escores.

INDICADOR	ESCORE	
	Sim	Não
I. Retorno a UBS no pós-parto ou visita domiciliar na primeira semana após o parto	3	0
II. Avaliação clínico-ginecológica na consulta puerperal	2	0
III. Orientações sobre aleitamento materno	2	0
IV. Orientações sobre planejamento familiar	1	0

Fonte: Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI (2012).

Desta forma, foram considerados todos os escores e calculado o somatório obtido individualmente em cada item, que variou de um escore mínimo de zero até escore máximo de oito. Especificamente para a avaliação do segundo indicador (avaliação clínico-ginecológica a consulta puerperal) foi distribuído em 04 subitens conforme recomenda a política de saúde materna-infantil vigente: exame da mama, palpação uterina, avaliação da loquiação e incisão cirúrgica ou períneo, onde cada um recebeu o valor 0,5, para totalizar o escore de 02 pontos que é o valor desse indicador.

Os autores supracitados determinam quatro níveis de qualidade conforme as escalas somadas de classificação: inadequada: de 0 a 2 pontos; intermediária: de 3 a 4 pontos; adequada: 5 a 6 pontos; adequada superior: 7 a 8 pontos. Esta tese adaptou-se para uma variável dicotômica de análise: Adequada e Inadequada, sendo considerada como Adequada: uma pontuação acima ou igual a 5 pontos e Inadequada: pontuação abaixo ou igual a 4 pontos.

Os procedimentos de análise de dados foram descritivos e analíticos. Os resultados foram apresentados por meio de frequências e percentuais para a

apresentação das ações assistenciais no puerpério. E, para a verificação da associação estatística significativa entre a segurança do cuidado puerperal (variável dependente) e os pressupostos pós-parto (variáveis independentes), foi realizado análise pelo Teste qui-quadrado, quando a pressuposição do teste era atendida ($p < 0,05$), no nível de significância de 5%.

A presente pesquisa é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016, intitulado “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”, desenvolvido na 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel, e 17ª RS de Londrina.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 67574517.1.1001.5231, em 09 de maio de 2017.

3.3 RESULTADOS

A população foi composta por 182 mulheres, sendo que a maioria tinha idade entre 18 a 34 anos (71,8%); de cor branca (56,7%); 8 a 11 anos de estudo (68,0%); possuía companheiro (86,2%), ocupação com remuneração (50,8%), renda familiar de um a dois salários mínimos (68,2%) e não recebia nenhum tipo de benefício do governo (84,5%). Em relação à história obstétrica pregressa, mais da metade das mulheres eram múltíparas (65,9%).

Em relação à história clínica obstétrica atual, a totalidade da amostra foi composta por mulheres classificadas de alto risco gestacional, os principais motivos da estratificação de alto risco foram: Hipertensão arterial (25,1%), Doenças clínicas (22,5%), Diabetes gestacional (13,5%). Uma parcela considerável da amostra (20,5%) encontrava-se sem registro no prontuário e no momento da entrevista as mulheres disseram que não receberam informação sobre seu risco gestacional (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres, segundo o motivo da estratificação de Alto Risco gestacional, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, Brasil, 2023. n=182

	n	%
Hipertensão arterial	46	25,1

Doenças clínicas	41	22,5
Diabetes gestacional	25	13,5
Pré – Eclampsia	08	4,0
Abortos anteriores	07	3,6
Sífilis gestacional	06	3,5
Trombolifia	06	3,5
Trabalho de parto prematuro	03	1,9
Asma grave	03	1,8
Sem resposta	37	20,5
Total	182	100,0

Verificou-se que 23,6% das parturientes apresentaram eventos adversos no parto, enquanto 6,0 % das puérperas desenvolveram eventos adversos no pós-parto imediato, o que juntos representam quase 30,0% da amostra. Os eventos apresentados no parto foram laceração de 3º e 4º grau (24,1%), distócia de progressão (25,8%), eclâmpsia (14,7%), DPP (3,7%), dequitação placentária (3,7%), sofrimento fetal (3,7%) e atonia uterina (1,9%); e, no puerpério imediato: hipertensão arterial (5,6%), eclâmpsia (5,6%), hemorragia (5,6%); cefaleia pós-raquianestesia (3,7%) e restos placentários (1,9%), conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres classificadas como Alto Risco Gestacional que desenvolveram eventos adversos no parto e puerpério imediato, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=54

Eventos Adversos	n	%
Parto		
Laceração de períneo de 3º e 4º grau	13	24,1
Distócia de progressão	14	25,8
Eclampsia	08	14,7
DPP	02	3,7
Dequitação placentária	02	3,7
Sufrimento fetal	02	3,7
Atonia uterina	01	1,9
Puerpério imediato		
Hipertensão arterial	03	5,6
Eclâmpsia	03	5,6
Hemorragia	03	5,6
Cefaléia pós raquianestesia	02	3,7
Restos placentários	01	1,9
Total	54	100,0

Em relação à assistência prestada no puerpério imediato durante a hospitalização, identificou-se a prevalência de orientações voltadas para o apoio à amamentação (83,4%) e aos cuidados com o RN (82,4%), ou seja, as puérperas não

foram orientadas sobre os riscos e cuidados pós-natais e/ou situações em que deveriam procurar assistência.

Quanto à continuidade do seguimento assistencial, para além da unidade hospitalar, observou-se no momento da alta hospitalar que apenas 42,9% das mulheres foram encaminhadas para o serviço de saúde de referência, sendo principalmente o profissional médico (61,8%) quem realizou o contrarreferenciamento.

A respeito da assistência ofertada ainda no puerpério imediato, após a alta hospitalar, verificou que 58,8% das mulheres passaram por consulta de revisão puerperal até 10 dias após o parto, na sua grande maioria (92,6%) na unidade básica de saúde. As puérperas que não a fizeram (41,2%) justificaram que: não tinham informação sobre a necessidade (41,1%); pelo difícil acesso a UBS e longo tempo de espera pela consulta (28,8%) ou que realizaram em outro momento (26,1%), dentre outros motivos (3,9%).

Em relação ao exame clínico ginecológico e orientações realizadas durante a consulta puerperal, observou-se, em menos da metade das mulheres, a realização de exame das mamas (45,4%), palpação uterina (45,4%), incisão cirúrgica (45,4%), loquiação (25,0%). Quanto a orientação sobre anticoncepção, atividade física e prescrição de anticoncepção, estiveram presentes na amostra em 62,0%; 19,4% e 61,5%, respectivamente.

A respeito da avaliação da segurança do seguimento assistencial no puerpério, de acordo com o preconizado pela política de atenção materno-infantil do Estado, chama atenção que mais da metade das puérperas (53,8%) receberam uma classificação de segurança Inadequada no cuidado recebido neste período.

Quando avaliada a segurança da assistência puerperal e os cuidados preconizados nesta fase, identificou-se relevância estatística entre a consulta puerperal (CP) até 10 dias após o parto e a segurança do cuidado no puerpério ($p < 0,00$), mostrando que a maioria das mulheres (76,6%) que passaram pela consulta de revisão puerperal até 10 dias pós-parto receberam uma assistência adequadamente segura (Tabela 3).

Também apresentou associação estatística significativa entre a avaliação clínica-obstétrica durante a CRP para o exame das mamas ($p < 0,00$), palpação uterina ($p = 0,02$), incisão cirúrgica e/ou períneo ($p = 0,01$), loquiação ($p < 0,00$) e a

segurança do cuidado puerperal. A quase totalidade das puérperas examinadas quanto aos aspectos clínicos e obstétricos como as mamas (93,9%), palpação uterina (89,8%), incisão cirúrgica ou períneo (91,8%), loqueação (99,9%) foram classificadas como segurança adequada no cuidado puerperal (Tabela 3).

Quanto às orientações e prescrições fornecidas na CRP, identificou-se que houve diferença estatística significativa entre a orientação sobre anticoncepção ($p < 0,00$), atividade física ($p < 0,00$), aleitamento materno - avaliação da mamada ($p < 0,00$), prescrição de anticoncepção ($p < 0,00$) e a segurança no seguimento assistencial do Puerpério. A grande maioria das mulheres que receberam orientação sobre anticoncepção (89,6%) e atividade física (99,9%) foi considerada como uma assistência seguramente adequada no puerpério (Tabela 3).

No entanto, a maior parte das puérperas que não receberam durante a consulta puerperal a prescrição para anticoncepção (77,1%) e que não tiveram a prática do aleitamento materno avaliado (72,2%), obtiveram uma classificação assistencial inadequada (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das mulheres classificadas como Alto Risco Gestacional e a segurança do Puerpério, segundo Política de atenção materno infantil, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=182

	Segurança do cuidado no Puerpério				<i>p-valor</i>
	Adequada		Inadequada		
	n	%	n	%	
Consulta Puerperal ate 10 dias após parto					
Sim	82	76,6	26	23,4	<0,00
Não	02	2,7	72	97,3	
Avaliação Clínico-Ginecológica**					
Mamas					
Sim	46	93,9	03	6,1	<0,00
Não	36	61,0	23	39,0	
Palpação Uterina					
Sim	44	89,8	05	10,2	0,02
Não	38	64,4	21	35,6	
Incisão Cirúrgica/ Região Perineal					
Sim	45	91,8	04	8,2	0,01
Não	37	62,7	22	37,3	
Loquiação					
Sim	27	99,9	--	--	<0,00
Não	55	67,9	26	32,1	

Aferição SSVV					
Sim	44	83,0	09	17,0	0,09
Não	38	69,1	17	30,9	
Orientações**					
Anticoncepção					
Sim	60	89,6	07	10,4	<0,00
Não	22	53,7	19	46,3	
Sono e Repouso					
Sim	32	84,2	06	15,8	0,14
Não	50	71,4	20	28,6	
Ingesta Hídrica					
Sim	36	92,3	03	7,7	0,09
Não	46	66,7	23	33,3	
Atividade Física					
Sim	21	99,9	--	--	<0,00
Não	61	70,1	26	29,9	
Prescrições					
Método					
Anticoncepcional					
Sim	68	60,7	44	39,3	<0,00
Não	16	22,9	54	77,1	
Suplementação					
Sim	51	55,6	41	44,4	0,08
Não	34	38,2	56	61,8	
Aleitamento Materno					
Orientação AM					
Sim	30	41,1	43	58,9	0,87
Não	47	42,6	62	57,4	
Avaliação Mamada					
Sim	57	68,7	26	31,3	<0,00
Não	28	27,8	71	72,2	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**n=108 (excluídas as mulheres que não passaram por consulta puerperal)

Outro dado observado neste estudo, foi que apenas 11,1% das puérperas saíram da consulta de revisão puerperal com a próxima consulta agendada. Para avaliação do processo assistencial no puerpério tardio, investigou-se sobre a realização de ao menos uma consulta puerperal até 42 dias do após o parto, sendo identificado que apenas 26,0% das mulheres a realizaram; e apenas 4,1% seguiram com o acompanhamento no ambulatório especializado após o parto.

Em relação ao puerpério remoto, foi questionado se as puérperas passaram por algum tipo de atendimento com profissional de saúde durante os 06 meses após o parto e 76,7% delas afirmaram que receberam atendimento, o que chama atenção, foi a parcela considerável de mulheres (23,3%) que não passaram por nenhum tipo de atendimento de saúde durante todo esse período. Também se indagou sobre a

manifestação de algum problema de saúde durante os 6 meses pós-parto, responderam positivamente 24,2% das mulheres o desenvolvimento dos seguintes problemas de saúde: anemia (8,6%), deiscência e dificuldade de cicatrização de IC (14,3%), cólica e infecção renal (8,6%), hipertensão arterial (20,0%), depressão (5,7%), entre outros.

Por último, pesquisou-se sobre a satisfação com o atendimento recebido durante o puerpério imediato, tardio e remoto, especificamente na avaliação do acesso às consultas puerperais, 55,9% das mulheres consideraram rápido o atendimento e 71,2% responderam estarem satisfeitas com o cuidado recebido.

3.4 DISCUSSÃO

Apesar da reconhecida importância da atenção puerperal, a maioria dos estudos limita-se a investigar o número de visitas domiciliares e consultas pós-parto negligenciando a qualidade do cuidado no puerpério, no que tange a dimensão da segurança à saúde materna.

Um achado preocupante, identificado nesta pesquisa, foi referente à insegurança no cuidado puerperal prestado em mais da metade das puérperas quando comparado à assistência proposta pela política de saúde materno-infantil do Estado do Paraná. Resultado semelhante foi encontrado em estudo Nascer no Brasil, que avaliou a utilização de serviços de saúde ambulatoriais no pós-parto e fatores associados a este uso, apresentando indicadores de desempenho insatisfatório no atendimento pós-parto (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Outro estudo, apontou que a prática do cuidado no puerpério é considerada insatisfatória, dentre outros motivos, destacou-se a assistência ainda voltada à criança, não constituindo como um período que oportuniza o acolhimento às necessidades de cada mulher. Sendo assim, é preciso focar no cuidado puerperal de qualidade e seguro, que se estabeleça de modo integral, o que são indispensáveis para o desfecho materno favorável e a boa experiência neste período, consequentemente, reduzindo os riscos de eventos adversos maternos (CASTIGLIONI *et al.*, 2020).

Observou-se que apenas pouco mais da metade das mulheres passaram por consulta de revisão até 10 dias após o parto, conforme preconizado pelo programa materno-infantil vigente. Contatou-se, também, que a segurança no cuidado no

puerpério foi influenciada pela realização de consulta puerperal, o que apontou uma assistência segura quando realizada em tempo oportuno.

O baixo percentual de mulheres que passaram por atendimento no puerpério corrobora com os achados de pesquisas internacionais e nacionais, que constataram que menos da metade das mulheres se submeteram à consulta no puerpério (ASRATIE; MUCHE; GEREMEW, 2020; MONTEIRO *et al.*, 2019; PINTO *et al.*, 2021)

Estes dados foram confirmados em um estudo de revisão sistemática, que avaliou os *guidelines* para atenção pós-parto na atenção primária e verificou que, aproximadamente, somente metade das mulheres realiza a consulta de revisão puerperal (BARATIERI *et al.*, 2021).

Deste modo, a cobertura assistencial no puerpério ainda necessita de uma maior atenção e estímulo e/ou de políticas públicas que promovam a importância do retorno no pós-parto, pois a mulher, por estar com sua atenção concentrada no recém-nascido, muitas vezes abandona seus próprios cuidados (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Na busca de avaliar os fatores que podem contribuir para a baixa adesão a consulta puerperal, foram apontados alguns aspectos relacionados à infraestrutura do serviço, ao atendimento dos profissionais de saúde, à falta de padronização no cuidado, ao horário de atendimento reduzido, à distância entre a residência e a unidade e à dificuldade no transporte (BARATIERI *et al.*, 2021).

Segundo Fusquine *et al.* (2019), as razões para a rejeição das consultas puerperais envolvem o agendamento do retorno após o período recomendado, ausência de orientação durante o Pré-natal, o próprio esquecimento das mulheres e as dificuldades no acesso ao serviço de saúde relacionado ao meio de transporte.

Ademais, destacam-se as fragilidades do atendimento pós-parto como responsável pela baixa frequência das consultas, tais como indisponibilidade de consulta no serviço de saúde, ausência ou desorganização no agendamento específico para a mulher e a dificuldade na obtenção de informação e orientação a respeito do atendimento (CASTIGLIONI *et al.*, 2020).

Por outro lado, no que se refere aos motivos considerados facilitadores para a adesão a consulta puerperal, estudos sinalizaram o acolhimento da equipe durante o pré-natal e parto (PINTO *et al.*, 2021), planejamento e agendamento prévio da consulta (FUSQUINE *et al.*, 2019), dando ênfase na orientação sobre a importância

deste período durante o pré-natal, o agendamento da visita pós-parto antes da alta da maternidade, realização de visitas domiciliares e vinculação de mulheres a programas de saúde vigentes (RODIN *et al.*, 2019).

Um estudo internacional, realizado na América do Norte, buscou estratégias inovadoras para envolver as mulheres nos cuidados e promover seu comparecimento na visita pós-parto, as abordagens consideradas engajadoras para a melhora do acesso e frequência das consultas puerperal foram as adequações dos serviços para atender às necessidades das mulheres, o apoio às visitas domiciliares, o fortalecimento dos processos de referência e vinculação a unidade de saúde, o aprimoramento da educação em saúde, a construção de um relacionamento de confiança e vínculo com os profissionais (RODIN *et al.*, 2019).

Vale destacar que a primeira consulta puerperal deve ser realizada de sete a dez dias após o parto, para uma completa avaliação da mãe e do recém-nascido (PARANÁ, 2022), considerado como um período oportuno para identificação de fatores de risco maternos e neonatais. Sua baixa ocorrência, pode estar associada a maior taxa de morbimortalidade materna e infantil, bem como de desmame precoce (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Neste sentido, a consulta puerperal consolida a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, em completude e qualidade, consistindo em um importante indicador assistencial (PINTO *et al.*, 2021). A consulta pós-parto é uma intervenção primordial para redução da morbimortalidade materna, por meio da prevenção, detecção precoce e tratamento de complicações adversas (BARATIERI *et al.*, 2019).

No presente estudo, verificou-se que a segurança assistencial no puerpério sofreu interferência da avaliação clínica durante a consulta pós-natal, especificamente no exame das mamas, palpação uterina, incisão cirúrgica e loquiação. Constatou-se que a avaliação clínico-ginecológica apresentou como um fator de proteção para a segurança no cuidado puerperal durante a consulta pós-parto. Entretanto, foi observado que menos da metade das puérperas recebeu esta avaliação durante a CRP, o que expõe as puérperas ao risco a segurança a saúde materna.

Para além da baixa frequência de realização da consulta puerperal, há necessidade de avaliação desse atendimento. Resultados de estudo sobre a abordagem da mulher na consulta de puerpério verificou incipiência e precariedade

no processo assistencial, com um cuidado fragmentado, biologicista, atenção voltada para a criança e/ou para mulher no seu papel de mãe e não em suas necessidades em saúde no período pós-parto (BARATIERI; NATAL, 2019).

Dados similares também foram encontrados em pesquisa que pontuou a avaliação do exame físico e anamnese durante a consulta como escassos, especialmente no que se refere à avaliação das mamas, sangramento e ferida cirúrgica, mostrando o cuidado ainda priorizado ao recém-nascido, o que representa uma assistência descontinuada e pouco resolutiva, gerando maior exposição a agravos no puerpério, visto limitações das ações de promoção e prevenção a saúde materna no atendimento (CANARIO *et al.*, 2021).

Para Oliveira *et al.* (2020), durante a consulta puerperal, deve ser colhido informações sobre a gestação, parto e a ocorrências de eventos adversos, pesquisado sobre uso de medicações e avaliado a dor, sangramento vaginal, alimentação, sono, atividade física, aleitamento materno e condições psicoemocionais e sociais.

Outro estudo, recomendou que, em todas as consultas pós-parto, as mulheres devem ser questionadas sobre os aspectos relacionados a involução uterina e a avaliação de lóquios, a fim de evitar desfechos adversos associados ao sangramento (BARATIERI *et al.*, 2019).

De acordo com o programa de saúde materno infantil vigente no País, no que concerne ao cuidado a puérpera, recomenda-se o exame físico, inspeção da região genital, o sangramento, quantidade e odor, se existe ingurgitamento mamário, fissuras em mamilos, os cuidados com a ferida operatória, assim como atenção aos sinais de morbididades maternas, ao risco de infecção, orientação sobre alimentação e incentivo o autocuidado e cuidado com o RN (LIMA; ARAÚJO, 2021).

Ressalta-se que para o atendimento pós-parto qualificado, devem ser levadas em consideração as expectativas e preocupações das puérperas sobre o seu estado de saúde e doença (XIAO *et al.*, 2020). A consulta de puerpério é um momento único de realização de intervenções capazes de promover a saúde materno-infantil (GONÇALVES *et al.*, 2019).

No tocante as orientações fornecidas durante o atendimento da consulta puerperal, foi identificado que a segurança no seguimento no puerpério relacionou-se positivamente com as orientações sobre contracepção e atividade física. Já em

relação à oferta de prescrição do método de anticoncepção, observou-se que pouco mais da metade das mulheres tiveram acesso a este método, quando não prescrito, foi considerado uma exposição ao cuidado inadequado no puerpério.

Situação semelhante ao encontrado em outro estudo que reforça a recomendação do planejamento reprodutivo, o aconselhamento sobre o intervalo interpartal, assim como o fornecimento de métodos contraceptivos, como forma de evitar uma gestação indesejada e/ou precoce (HOLLANDA *et al.*, 2019).

Os benefícios da atividade física são experimentados desde a gravidez, incluindo benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais (MCKEOUGH, BLANCHARD, PICCININI-VALLIS, 2022). Um estudo internacional identificou que a participação regular em atividade física melhora o bem-estar físico e reduz o risco de contrair doenças não transmissíveis no período pós-parto (BAATTIAH *et al.*, 2022).

A orientação sobre a atividade física no pós-parto diminui o risco de sobrepeso e obesidade a longo prazo e comorbidades associadas a maior retenção de peso neste período, por isso recomenda-se um peso saudável (RYAN; LAPPEN; BIHUNIAK, 2022).

A respeito do aleitamento materno, notou-se uma interferência negativa entre a segurança assistencial no puerpério e a avaliação da mamada, pois as mulheres que não tiveram suas mamadas avaliadas ficaram expostas ao cuidado inseguro; embora a maioria delas tenha recebido esta orientação.

As pesquisas sugerem que as intervenções na visita domiciliar podem promover o início da amamentação, assim como uma associação positiva ao aumento da amamentação (MERSKY *et al.*, 2021). É importante ressaltar que as orientações para a amamentação devem ser iniciadas já durante o acompanhamento pré-natal, os profissionais de saúde devem estar plenamente engajados no incentivo ao aleitamento materno (HOLLANDA *et al.*, 2019).

Vale destacar que a orientação em saúde efetiva ainda representa um desafio para os serviços obstétricos, visto que os índices de acesso às informações durante a consulta puerperal continuam baixos, conforme demonstrado no presente estudo. Uma pesquisa, que investigou as orientações oferecidas durante a VD, verificou que a maioria das orientações fornecidas foram sobre cuidados com a criança, apenas um quarto abordava a mulher e a criança; e uma parcela insignificante voltada somente a saúde da mulher (SILVA *et al.*, 2021).

Por fim, vale destacar a necessidade de ações estratégicas para aumentar a adesão às consultas de revisão puerperal, assim como o atendimento integral da puérpera, investindo em visita domiciliar e em atividades educativas para incentivo da prevenção de eventos adversos e promoção da saúde materna no período pós-parto (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Para o alcance de uma atenção integral à saúde materna, é fundamental priorizar as necessidades das puérperas, envolvê-las no processo de tomada de decisões nas questões relacionadas ao puerpério inicial, estabelecendo a assistência durante o puerpério como a continuação e otimização do cuidado pós-parto (ACOG, 2018).

Entende-se como limitação deste estudo, o reflexo de uma realidade específica em um seguimento temporal, porém as informações geradas são representativas desta realidade, fidedignas e podem servir de subsídio para novos estudos sobre a temática.

3.5 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a qualidade do seguimento puerperal, na dimensão da segurança do cuidado, encontra-se inadequada, oferecendo risco à saúde da puérpera. Outro achado relevante foi que mais da metade das mulheres que passaram por gestações de alto risco não foram encaminhadas para continuidade do cuidado no período pós-parto e não tinham conhecimento sobre este acompanhamento, o que aponta uma fragilidade na rede de atenção materno-infantil e falta de informação e educação em saúde.

Destaca-se também que a atenção pós-parto não é priorizada com políticas e diretrizes específicas que englobam a integralidade do cuidado, dificultando sua aplicabilidade na prática.

Assim, faz-se necessário que a assistência pós-parto seja organizada de forma coerente e aplicável, com foco nas necessidades de saúde das mulheres, proporcionando integralidade, interdisciplinaridade, humanização e qualificação do atendimento, em especial as ações preconizadas destinadas às mulheres de alto risco e assim impactar positivamente na saúde materna com o aumento da segurança no cuidado durante o seguimento do puerpério.

3.6 REFERÊNCIAS

ACOG Committee Opinion No. 736: optimizing postpartum care. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 131, p. e140–150, 2018. Disponível em: DOI: 10.1097/AOG.0000000000002633. Acesso em: 12 set. 2022.

ASRATIE, M. H.; MUCHE, A. A.; GEREMEW, A. B. Completion of maternity continuum of care among women in the post-partum period: Magnitude and associated factors in the northwest, Ethiopia. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 15, n. 8, p. e0237980, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237980>. Acesso em: 13 out. 2022.

BAATTIAH, B. A. *et al.* Physical activity patterns among women during the postpartum period: an insight into the potential impact of perceived fatigue. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 22, n. 1, p. 678, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05015-0>. Acesso em: 10 out. 2022.

BARATERI, T. *et al.* Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na Atenção Primária: revisão sistemática. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 22, n. 3, p. 682-701, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16916/22775>. Acesso em: 12 set. 2022.

BARATIERI, T. *et al.* Avaliação de guidelines para atenção pós-parto na atenção primária: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 616-623, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/tSgmbzVGhq4k86qmHq7qr8h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

BARATIERI, T. *et al.* Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. e00103221, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NkZ8wbBb4Zqd6bgZmz5MJGb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrXgLcVqvK5QPNYHm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062. Acesso em: 13 out. 2022.

CAETANO, J. H. *et al.* A Atuação de enfermeiros em emergência no período puerperal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 133-146, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/30300-p9/29841>. Acesso em: 12 set. 2022.

CANARIO, M. A. S. S. *et al.* O vivido de mulheres no puerpério: (des)continuidade da assistência na maternidade e atenção primária. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 20, p. e55440, 2021. Disponível em:

https://pdfs.semanticscholar.org/ae15/d1ff09a546a60e05b1838cc72d2a79832520.pdf?_ga=2.189501481.347973576.1673702107-1727763900.1671193747. Acesso em: 10 ago. 2022.

CASTIGLIONI, C. M. *et al.* Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1-19, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37087/pdf>. Acesso em: 13 ago. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Utilização de serviços de saúde ambulatoriais no pós-parto por puérperas e recém-nascidos: dados do estudo Nascer no Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00119519, 2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/r4jJkcp9bJBXxWFx4RNxf5q/?format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2022.

FUSQUINE, R. S. *et al.* Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma unidade básica de saúde da família. **Archives of Health Sciences (Online)**, São José do Rio Preto, v. 26, n. 1, p. 37-40. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046061/artigo8.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2022.

GONÇALVES, C. S. *et al.* Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 1, p. 71-78, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7H57NvDHHzYD8xVRBhQqBnD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

HOLLANDA, G. S. E. *et al.* Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 9, n. 3, p. e199307.

Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047299/4.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

LIMA, C. S.; ARAÚJO, T. C. V. A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. **Revista Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 7, n. 3, p. 290-307, 2021. Disponível em: DOI: 10.21680/2446-

7286.2021v7n3id25143. Acesso em: 10 nov. 2022.

MATENCHUK, B. A. *et al.* Emergency Department Visits During the Postpartum Period: A Canadian Cohort Study. **Annals of Emergency Medicine**, Lansing MI, v. 79, n. 6, p. 543-553, 2022. Disponível em:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0196064421012609?token=F6E7402AC3002B889278E169036FF9786A268D6BD5AA4621703C930A2CAFFD36362927C9CE5015060A161F1635272401&originRegion=us-east-1&originCreation=20230115134637>. Acesso em: 12 set. 2022.

MAZZO, M. H. S. N. *et al.* Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Colômbia, v. 20, n. 2, 2018.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1452/145256681008/html/>. Acesso em: 12 set. 2022.

MCKEOUGH, R.; BLANCHARD, C.; PICCININI-VALLIS, H. Pregnant and postpartum women's perceptions of barriers to and enablers of physical activity during pregnancy: a qualitative systematic review. **Journal Midwifery & Womens Health**, New York, v. 67, n. 4, p. 448-462, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13375>. Acesso em: 13 set. 2022.

MERSKY, J. P. *et al.* Visiting Effects on Breastfeeding and Bedsharing in a Low-Income Sample. **Health Education and Behavior**, Thousand Oaks, v. 48, n. 4, p. 488-495, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1090198120964197>. Acesso em: 12 out. 2022.

MONTEIRO, M. F. V. *et al.* Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, p. 851. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4566-3>. Acesso em: 13 ago. 2022.

OLIVEIRA, I. C. B. *et al.* Influência de fatores epidemiológicos no seguimento e aparecimento de problemas puerperais. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, p. e35763, 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v34/1984-0446-rbaen-34-e35763.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). **Linha Guia: Atenção Materno Infantil: gestação**. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-07/linha_guia_mi-_gestacao_8a_ed_v4_-_revisada_em_01-07-22.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). **Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense**. 7. ed. Curitiba: SESA-PR -PR, 2018. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guia.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

PINTO I. R. *et al.* Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. e20200249, 2021. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v25n2/1414-8145-ean-25-2-e20200249.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

RODIN, D. *et al.* Strategies to Promote Postpartum Visit Attendance Among Medicaid Participants. **Journal of Women's Health**, New York, v. 28, n. 9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7568>. Acesso em: 12 set. 2022.

RYAN, R. A.; LAPPEN, H.; BIHUNIAK, J. D. Barriers and facilitators to healthy eating and physical activity postpartum: a qualitative systematic review. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics (Online)**, Iowa, v. 122, n. 3, p. 602-613, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2021.11.015>. Acesso em: 10 set. 2022.

SILVA, A. F. A. Q. *et al.* Puerpério remoto: seguimento do primeiro ano pós-parto pela atenção primária de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v.

13, n. 1, p. e5217, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5217.2021>. Acesso em: 12 set. 2022.

TEIXEIRA, P. C. *et al.* Cuidados de enfermagem no período pós-parto: um enfoque na atuação do enfermeiro diante as complicações puerperais. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 259, p. 3436–3446. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i259p3436-3446>. Acesso em: 12 out. 2022.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. Evaluation of quality of health care for adolescents in the prenatal and puerperium. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 312-319, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/WT6LDCRJJkDpJnjtDkCM7wS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2022.

XIAO, X. *et al.* The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 20, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2686-8>. Acesso em: 12 set. 2022.

ESTUDO 4

Determinantes assistenciais na ocorrência e gravidade de eventos adversos maternos: Estudo de coorte

RESUMO

Introdução: a promoção da saúde materna necessita de continuidade assistencial desde a gravidez até o período pós-parto, sendo fundamental um cuidado qualificado e seguro, a fim de evitar desfechos desfavoráveis. **Objetivo:** analisar a ocorrência e a gravidade dos eventos adversos maternos (EAM) em relação aos determinantes assistenciais do pré-natal, parto e puerpério. **Método:** estudo de coorte prospectivo, com 690 mulheres, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná. Utilizou-se como técnica de coleta, a transcrição de dados do prontuário, entrevista na internação para o parto e visita domiciliar 06 meses após o parto. A análise dos dados foi realizada com teste qui-quadrado e posterior regressão logística. **Resultados:** Os EAM ocorreram em 272 (39,4%) das mulheres, classificados de acordo com a gravidade do dano em categoria F (38,6%), G (35,7%), H (7,0%) e E (18,8%). Na análise multivariada ajustada, houve associação estatística significativa entre o EAM e as variáveis relacionadas ao parto: técnicas não farmacológicas para alívio da dor ($p=0,033$, OR=1,53), parto conduzido por ocitocina ($p=0,006$, OR=1,75), presença de dispositivo de acesso venoso ($p=0,002$, OR=2,29), uso de antibioticoterapia ($p<0,001$, OR= 3,19), e o parto normal ($p=0,005$, OR=1,61), realizado pelo profissional enfermeiro ($p<0,001$, OR= 12,28). E, ao puerpério: consulta de revisão puerperal em até 10 dias ($p=0,011$, OR=1,52), na Unidade Básica de Saúde ($p=0,002$, OR=1,79), avaliação do acesso ($p=0,003$, OR=1,65) e pesquisa de satisfação com atendimento ($p=0,001$, OR= 2,00). **Conclusão:** mulheres submetidas ao parto normal, com medidas intervencionistas, que não passaram por consulta puerperal na UBS, que avaliaram o acesso ao serviço como demorado e que manifestaram insatisfação no atendimento pós-parto apresentaram maior chance de EAM na internação para o parto. Desenvolver intervenções que minimizem o impacto destes determinantes assistenciais é um importante contributo na prevenção de EAM.

Descritores: Eventos adversos; Qualidade da Assistência a Saúde; Segurança do paciente; Saúde Materno-Infantil; Enfermagem Obstétrica.

4.1 INTRODUÇÃO

A qualidade assistencial pode ser amplamente conceituada como a estrutura que envolve as condições pelas quais o cuidado é prestado, o processo assistencial que trata das ações realizadas pelos profissionais, e o resultado que é definido como mudança no estado de saúde-doença (CHOU; WALKER; KANYAGARARA, 2019).

Complementando este conceito, o atributo Segurança é considerado uma dimensão da qualidade, o que significa a redução dos riscos de danos desnecessários relacionados ao cuidado à saúde (WHO, 2009).

Na área materno-infantil, a segurança do paciente enfatiza as boas práticas assistenciais comprovadas cientificamente, com intuito de organizar, normatizar, implementar e qualificar o processo assistencial, além da definição de critérios de habilitação ao alto risco (FELIX; FILIPPIN, 2019).

Internacionalmente, os programas de maternidade segura direcionam suas ações para redução da morbimortalidade materna, que são considerados os eventos adversos de maior gravidade (ASRATIE; MUCHE; GEREMEW, 2020).

No Brasil, as políticas públicas implementadas nas últimas décadas têm melhorado a cobertura na saúde materno-infantil (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014), sobretudo no cuidado pré-natal, que alcança a universalidade no acesso. No entanto, a fase do parto merece atenção devido às elevadas taxas de intervenções desnecessárias na prática assistencial (WESTERGREN *et al.*, 2020), assim como o puerpério que ainda apresenta baixa prevalência de consulta de revisão puerperal e está associado ao período com maior taxa de mortalidade materna (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Neste contexto, a promoção da saúde materna durante o ciclo gravídico puerperal necessita de continuidade assistencial desde a gravidez até o período pós-parto, sendo fundamental o cuidado qualificado e seguro, levando em consideração todas as mudanças que envolvem o período gestacional, parto e puerpério, que podem causar agravos de saúde e resultar em eventos adversos maternos (EAM) (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020).

Os EAM podem estar relacionados às dificuldades de acesso as necessidades básicas de saúde, educação e aos fatores socioeconômicos e demográficos; as condições clínica-obstétrica e a prestação de cuidados propriamente dita. Quanto à gravidade do dano decorrente dos EAM, variam desde

danos temporários até danos graves, definitivos e fatais, que podem ocorrer de modo não intencional relacionado ao processo assistencial ou ao reprodutivo não transcorrido de maneira natural (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Deste modo, na perspectiva de evitar a ocorrência de EAM, destaca-se a importância de qualificar a assistência tendo como aspecto norteador a segurança do paciente, que possibilita a ampliação do olhar para as particularidades de cada mulher, o direito ao acesso aos serviços de saúde de maneira contínua e integrada, gerando benefícios à saúde materna, bem-estar em longo prazo e satisfação das usuárias (PARANÁ, 2022).

Dada a importância do seguimento assistencial durante o ciclo gravídico puerperal, considerando as fragilidades presentes neste período e a necessidade de práticas qualificadas e oportunas para promover à saúde materna e prevenir agravos, este estudo tem como objetivo analisar a ocorrência e a gravidade dos eventos adversos maternos em relação aos determinantes assistenciais do pré-natal, parto e puerpério.

4.2 MÉTODO

Trata-se de estudo coorte prospectiva, realizada em municípios pertencentes a três Regionais de Saúde que compõem a Linha de Cuidado Materno-Infantil do Estado do Paraná.

A pesquisa foi realizada em maternidades referência para o parto de risco habitual, intermediário e alto risco. Na 9ª RS foi realizada em um Hospital Geral de alta complexidade, na 10ª RS em um Hospital Universitário do Oeste do Paraná de nível terciário e na 17ª RS em uma Maternidade municipal referência para risco habitual, três Hospitais de média complexidade referência para parto de risco habitual e intermediário e um Hospital de ensino do norte pioneiro referência para alto risco gestacional.

Os critérios de exclusão foram residir em área rural dos municípios da 9ª, 10ª e 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e idade gestacional < 32 semanas.

A amostra foi definida com base no número de partos ocorridos no ano de 2016 nas maternidades supramencionadas e adicionou 20% como margem de segurança, considerando possíveis perdas, nível de significância de 5%. A amostra

estratificada resultou em $n = 690$ puérperas, sendo distribuídas em 276 na 9ª RS; 182 na 10ª RS e 232 na 17ª RS.

Foi realizado um teste piloto, com dez participantes, para adequação do instrumento e treinamento dos graduandos em enfermagem para a coleta de dados, os quais não entraram na amostra. A primeira etapa da coleta de dados ocorreu no período de julho de 2017 a abril de 2018 e a segunda etapa ocorreu de janeiro a novembro de 2018. Utilizou-se como técnicas, a transcrição de dados do prontuário materno, entrevista com a puérpera na internação para o parto e visita domiciliar 06 meses após o parto.

Na coleta de dados, utilizou-se um instrumento estruturado. As variáveis independentes foram categorizadas conforme os pressupostos assistenciais da política de cuidado materno infantil nos períodos do Pré-natal: sendo eles: Classificação do risco gestacional, número de consultas, tempo de início das consultas, Informação sobre o risco, Encaminhamento para serviço especializado, Continuidade do acompanhamento na UBS de origem, Consulta odontológica, Exames laboratoriais por trimestre,, Citologia oncótica, Informação sobre procurar hospital de referência, Visita à maternidade antes do parto e Avaliação do atendimento PN; Parto: Utilização de métodos não farmacológicos, Medicação para alívio da dor, indução e condução com ocitocina, punção venosa, infusão de antibiótico, tipo de parto, profissional que realizou o parto, local do parto, informações sobre o parto e avaliação do atendimento prestado; e, Puerpério: Realização de consulta de revisão puerperal (CRP) ou visita domiciliar na primeira semana e até 30 dias após o parto, avaliação clínico-ginecológica na consulta puerperal: exame das mamas, palpação uterina, incisão cirúrgica ou períneo, loquiação, orientação sobre aleitamento materno e planejamento familiar (PARANA, 2018).

Os dados foram compilados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Para análise de dados realizou-se análise estatística por meio do teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre a variável dependente [EAM] e as variáveis independentes [pressupostos assistenciais]. As variáveis que apresentaram p -valor $\leq 0,05$ no teste Qui-quadrado foram testadas na análise de regressão logística multivariada, a fim de identificar variáveis que permanecessem associadas ou que ajustassem o modelo.

Consideraram-se como potenciais variáveis de ajuste: classificação de risco e tipo de parto. A medida de associação utilizada foi o *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando p -valor $\leq 0,05$ para os testes realizados.

A variável de interesse foi codificada como 'evento adverso materno', representa a variável dependente, dicotômica com resposta sim=1 para a presença do evento e não=0 para ausência. Os tipos de EAM encontrados foram categorizados segundo os desfechos de Reis (2012), sendo considerado desde os desfechos de menor gravidade que não ameaçam a vida, porém podem causar desconforto, dor e experiências negativas até os sinais de morbidade grave - determinantes de *near miss* materno que colocam em risco a saúde materna, a fim de caracterizar o *continuum* de gestação saudável até o seu pior desfecho.

Para a classificação quanto à gravidade dos eventos, optou-se por adotar a adaptação feita pelo IHI Global Trigger Tool (GRIFFIN; RESAR, 2009) para o índice proposto pelo National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 2016). Originalmente, este índice foi desenvolvido para classificar erros de medicação, mas sua aplicação a eventos adversos, de modo geral, é bastante satisfatória. Na adaptação para esta tese, as categorias A, B, C e D não foram utilizadas, pois tratam de erros que não resultam em dano ao paciente.

Foram então aplicadas as seguintes categorias: Categoria E: dano temporário ao paciente, com necessidade de intervenção; Categoria F: dano temporário ao paciente, necessidade de internação ou prolongamento da hospitalização; Categoria G: dano permanente ao paciente; Categoria H: necessidade de intervenção para manutenção da vida; Categoria I: morte.

Este estudo está vinculado ao projeto multicêntrico "Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança", financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o processo número 407508/2016-3.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº 67574517.1.1001.5231, em 09 de maio de 2017.

4.3 RESULTADOS

A população foi composta por 690 mulheres, sendo que 76,8% tinham idade entre 18 a 34 anos, 59,9% eram de cor branca, 64,5% possuíam 12 anos ou mais de estudo, 89,3% viviam com o companheiro, 54,3% exercia ocupação sem remuneração, 67,8% contavam com renda familiar de um a dois salários mínimos e 83,4% não recebiam nenhum benefício do Governo.

O evento adverso materno (EAM) durante a internação para o parto ocorreu em 272 (39,4%) parturientes. Os tipos de EAM foram relacionados por doença desenvolvida no pré-parto (39,4% - hemorrágica, infecciosa, hipertensiva, aborto, agravo clínico, neurológico, respiratório, renal, hematológico, cardiológico e metabólico; laceração de períneo de 3° e 4° grau (35,7%); intercorrências no intra-parto (18,4% - distócia de progressão, eclâmpsia, sangramento, DPP, atonia uterina); complicações no quarto período - Greenberg (1,8% - eclâmpsia e hemorragia) e no alojamento conjunto (4,8% - sangramentos, crise hipertensiva, cefaleia pós raquianestesia, restos placentários).

Estes 272 eventos adversos, identificados durante a internação para o parto, foram classificados de acordo com as categorias E, F, G, H e I dos danos propostos pelo NCC MERP, adotadas pelo IHI (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação da gravidade do dano de acordo com ocorrência do EAM, segundo as categorias dos danos propostas pelo *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*, Londrina, PR, 2023. n=272

Classificação do dano	n	%
Categoria E: Dano temporário ao paciente, com necessidade de intervenção.	51	18,8
Categoria F: Dano temporário ao paciente, necessidade de internação ou prolongamento da hospitalização.	105	38,6
Categoria G: Dano permanente ao paciente.	97	35,7
Categoria H: Necessidade de intervenção para manutenção da vida.	19	7,0
Categoria I: Morte.	--	--
Total	272	100,0

Na **Categoria I** nenhum caso foi identificado. Os 19 casos considerados na **Categoria H** (necessidade de intervenção para manutenção da vida) foram os eventos classificados como *near miss* materno (eclâmpsia e hemorragia), pois há uma progressão da mulher no continuum da saúde materna que ameaçam a vida.

Os 97 casos da **Categoria G** (dano permanente ao paciente) corresponderam às lacerações de 3º e 4º graus, visto que esses graus de laceração perineal podem causar dispaurenia e dor perineal, entre outros, mesmo depois de cinco anos após o parto. Foram classificadas como **Categoria F** os 105 casos de doenças desenvolvidas no pré-parto, pois o correto diagnóstico e manejo clínico interrompeu a evolução do quadro e seu agravamento. Por fim, na **categoria E** foram considerados os 51 casos de distócia de progressão (32), cefaleia pós raquianestesia (03), quadro hipertensivos (06), sangramento (07), e, restos placentários (03).

Em relação à assistência ofertada no Pré-Natal (PN), a totalidade das mulheres (99,4%) recebeu este cuidado; a estratificação de risco gestacional foi distribuída em: 59,2% Risco Habitual, 14,2% Risco Intermediário e 26,6% Alto Risco. Ao analisar assistência prestada no PN e a ocorrência do desfecho EAM observou-se associação estatística significativa apenas entre o início da assistência PN ($p=0,050$) e o EAM (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo a assistência Pré-natal e o desfecho de evento adverso materno durante a internação para o parto, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=690

Variáveis	Evento Adverso Materno				p-valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Classificação do Risco					
Risco habitual	152	39,5	233	60,5	0,709
Risco intermediário	40	43,5	52	56,5	
Alto risco	73	42,2	100	57,8	
Início pré-natal					
Antes de 14 semanas	214	41,3	304	58,7	0,050
Entre 14 e 27 semanas	53	35,8	96	64,2	
Mais de 27 semanas	05	22,7	18	77,3	
Número consultas					
6 ou mais	248	40,5	364	59,5	0,520
5 ou menos	18	31,0	40	69,0	
Informada sobre o risco					
Sim	158	38,5	253	61,5	0,128
Não	114	41,0	165	59,0	
Continuou o acompanhamento na UBS**					

Sim	89	44,3	112	55,7	0,385
Não	24	37,5	40	62,5	
Encaminhada para serviço especializado**					
Sim	53	44,2	67	55,8	0,708
Não	60	41,4	85	58,6	
Consulta odontológica					
Sim	121	39,3	188	60,7	0,938
Não	151	39,7	230	60,3	
Citologia oncótica					
Sim	131	43,2	173	56,8	0,084
Não	141	36,6	245	63,4	
Informada sobre Hospital referência					
Sim	247	39,3	383	60,7	0,682
Não	25	42,4	35	57,6	
Visita na Maternidade					
Sim	74	44,0	95	56,0	0,170
Não	198	38,1	323	61,9	
Avaliação atendimento					
Satisfeita	224	39,5	344	60,5	0,973
Insatisfeito	48	39,7	74	60,3	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**n=265 (total de mulheres classificadas como risco intermediário e alto risco)

A respeito da associação entre o caos de EAM e o processo assistencial no parto houve significância estatística para o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor ($p=0,047$), técnica de condução com ocitocina ($p=0,009$), uso de inserção com cateter venoso ($p=0,008$), uso antibioticoterapia ($p=<0,001$), tipo do parto ($p= 0,009$), profissional que realizou o parto ($p=<0,001$) e informação sobre o parto ($p=\leq 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo a assistência prestada durante pré-parto, trabalho de parto, parto e o desfecho de evento adverso materno, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=690

Variáveis	Evento Adverso Materno				p-valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Métodos não farmacológicas para alívio da dor**					
Sim	154	48,6	163	51,4	0,047
Não	57	38,5	91	61,5	

Medicação para alívio da dor**					
Sim	34	48,6	37	51,4	0,580
Não	177	44,9	217	55,1	
Técnica de indução com ocitocina**					
Sim	146	50,0	146	50,0	0,009
Não	64	37,0	109	63,0	
Uso de inserção cateter venoso					
Sim	246	41,5	348	58,5	0,008
Não	26	27,8	70	72,8	
Infusão de antibioticoterapia					
Sim	114	53,3	99	46,7	0,000
Não	155	33,6	306	66,4	
Tipo de parto					
Parto normal	167	44,1	212	55,9	0,009
Cesárea	105	33,8	206	66,2	
Local do parto					
Sala de parto	179	42,1	246	57,9	0,061
Centro cirúrgico	87	34,9	162	65,1	
Profissional que realizou o parto					
Médico	244	37,2	413	62,8	0,000
Enfermeiro	28	87,1	05	12,9	
Informação sobre o parto					
Sim	219	43,6	285	56,4	0,000
Não	53	28,4	133	71,6	
Avaliação do atendimento					
Satisfeita	178	40,0	268	60,0	0,744
Insatisfeita	94	38,4	150	61,6	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**n=465 (excluídas 225 mulheres que internaram para realização de cesárea eletiva/iterativa).

Por último, ao analisar o seguimento assistencial no puerpério, após a alta hospitalar, constatou-se que 57,3% das puérperas passaram por consulta de revisão puerperal em até 10 dias após o parto, com predominância na consulta agendada na UBS (95,1%). Quando ampliado para o atendimento em até 30 dias pós-parto verificou que 71,0% das mulheres foram avaliadas na UBS (75,0%), UPA (22,3%) ou consultório particular (4,5%).

Em relação à análise univariada entre o EAM e os pressupostos assistenciais no puerpério, observou-se significância estatística entre a realização de consulta de revisão puerperal em 10 dias ($p=0,013$), o local da consulta na UBS ($p=0,002$), avaliação do acesso à consulta ($p=0,005$) e avaliação do atendimento no puerpério ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo a assistência prestada no Puerpério imediato e o desfecho de evento adverso materno durante a internação para o parto, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. n=690

Variáveis	Evento Adverso Materno				p-valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Consulta Puerperal em 10 dias					
Sim	140	35,5	254	64,5	0,013
Não	132	44,9	164	55,1	
Local da Consulta: UBS					
Sim	188	36,2	333	63,8	0,002
Não	84	50,0	85	50,0	
Avaliação das mamas**					
Sim	67	36,2	118	63,8	0,833
Não	73	34,9	136	65,1	
Avaliação IC e períneo**					
Sim	70	35,9	125	64,1	0,916
Não	70	35,2	129	64,8	
Avaliação lóquios**					
Sim	44	35,5	80	64,5	0,989
Não	96	35,3	174	64,4	
Palpação uterina**					
Sim	62	35,6	112	64,4	0,971
Não	78	35,5	142	64,5	
Orientação anticoncepção**					
Sim	81	30,8	182	69,2	0,023
Não	59	45,0	72	55,0	
Orientação aleitamento materno					
Sim	127	41,6	178	58,4	0,196
Não	138	37,3	232	62,7	
Avaliação do acesso a consulta no puerpério					
Rápido	124	34,4	236	65,6	0,000
Demorado	145	45,9	171	54,1	
Avaliação atendimento					
Satisfeita	162	34,7	305	65,3	0,000
Insatisfeita	107	51,2	102	48,8	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

**n=433 (excluídas 257 puérperas que não passaram por consulta puerperal).

Os pressupostos assistenciais do PN, parto e puerpério que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) foram inseridas no modelo de regressão logística. Na análise de regressão multivariada ajustada, por sua vez, os pressupostos assistenciais do PN perderam a significância estatística, enquanto as variáveis relacionadas ao parto mantiveram associação significativa entre o EAM: técnicas não

farmacológicas para alívio da dor ($p=0,033$, $OR=1,53$), parto induzido por ocitocina ($p=0,006$, $OR=1,75$); presença de dispositivo de acesso venoso ($p=0,002$, $OR=2,29$); uso de antibioticoterapia ($p<0,001$, $OR= 3,19$), e o parto normal ($p=0,005$, $OR=1,61$) realizado pelo profissional enfermeiro ($p<0,001$, $OR= 12,28$) apresentando razão de chance significativamente maior para ocorrência de EAM comparado a mulheres que não foram submetidas a técnicas não farmacológicas, ausência de indução do parto por ocitocina, acesso venoso e antibiótico; e, o parto cesária realizado pelo médico (Tabela 5).

Em relação a associação estatística entre o EAM e as variáveis assistências do pós-parto que permaneceram significativas no modelo ajustado foram: ausência de consulta de revisão puerperal em até 10 dias ($p=0,011$, $OR=1,52$), local da consulta ($p=0,002$, $OR=1,79$), avaliação do acesso a consulta como demorado ($p=0,003$, $OR=1,65$) e insatisfação com atendimento puerperal ($p=0,001$, $OR= 2,00$) apresentaram razão de chance significativamente maior ao desenvolvimento de EAM comparado com aquelas que passaram por consulta puerperal, na unidade básica de saúde, que avaliaram o acesso como rápido e ficaram satisfeitas com o atendimento (Tabela 5).

Tabela 5 – Modelo de regressão logística bruta e ajustado segundo a assistência prestada durante Pré-natal, Parto e Puerpério e o desfecho de evento adverso materno, em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Londrina, PR, 2023. $n=690$

Variáveis	OR (IC95%; p-valor)	ORaj (IC95%; p-valor)
Pré-natal		
Início do PN (em semanas)		
≤13	2,39 (0,87-6,59; 0,091)	3,02 (0,99-9,23; 0,052)
14-27	1,87 (0,66-5,43; 0,233)	2,44 (0,77-7,76; 0,131)
≥28	1,00	1,00
Parto		
Técnicas não farmacológicas para alívio da dor		
Sim	1,47 (1,01-2,14; 0,044)	1,53 (1,04-2,27; 0,033)
Não	1,00	1,00
Indução com ocitocina		
Sim	1,70 (1,16-2,50; 0,007)	1,75 (1,17-2,61; 0,006)
Não	1,00	1,00
Acesso venoso		
Sim	1,90 (1,17-3,09; 0,010)	2,29 (1,37-3,85; 0,002)

Não	1,00	1,00
Infusão de antibioticoterapia		
Sim	2,25 (1,62-3,14; <0,001)	3,19 (2,17-4,72; <0,001)
Não	1,00	1,00
Tipo de parto		
Normal	1,52 (1,11-2,08; 0,009)	1,61 (1,16-2,24; 0,005)
Cesárea	1,00	1,00
Profissional que realizou o parto		
Médico	1,00	1,00
Enfermeiro	11,39 (3,94-32,96; <0,001)	12,28 (4,17-36,20; <0,001)
Puerpério		
Realizou revisão puerperal		
Sim	1,00	1,00
Não	1,48 (1,09-2,01; 0,013)	1,52 (1,10-2,10; 0,011)
Local UBS		
Sim	1,00	1,00
Não	1,77 (1,24-2,51; 0,002)	1,79 (1,25-2,59; 0,002)
Como você avalia o acesso		
Rápido	1,00	1,00
Demorado	1,58 (1,16-2,18; 0,004)	1,65 (1,18-2,29; 0,003)
Como você avalia o atendimento		
Satisfeita	1,00	1,00
Insatisfeita	2,06 (1,46-2,91; <0,001)	2,00 (1,39-2,88; 0,001)

ORaj 1: modelo ajustado por classificação do risco e tipo do parto.

4.4 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de coorte em um cenário brasileiro que analisa a associação entre todo o seguimento assistencial do pré-natal, parto, puerpério e a ocorrência/gravidade dos desfechos adversos maternos. Vários estudos avaliam o cuidado prestado durante o ciclo gravídico-puerperal a partir das ações em saúde, porém, não foram identificadas pesquisas voltadas à avaliação dos eventos adversos relacionados aos cuidados longitudinalmente.

Este estudo evidenciou que quase metade das mulheres apresentou algum tipo de evento adverso durante a hospitalização para o parto, sendo que a maior proporção ocorreu no período do pré-parto, trabalho de parto e parto. Também foi identificado que os pressupostos assistenciais do Pré-natal não determinaram estatisticamente a ocorrência de evento adverso materno na internação para o parto.

Ainda assim, ressalta-se que o acesso aos cuidados pré-natais precocemente na gestação constitui um indicador de qualidade e um importante preditor para a procura do seguimento assistencial do parto e puerpério pelas usuárias dos serviços (ASRATIE; MUCHE; GEREMEW, 2020).

Uma pesquisa internacional constatou que a percepção das mulheres em relação à qualidade do cuidado prestado pelos serviços de saúde impacta diretamente no comportamento de busca de saúde durante o ciclo gravídico puerperal, visto que experiências negativas podem desencorajar as pacientes a usarem os serviços disponíveis e/ou atrasarem a procura pelo atendimento (RAJBANSHI; NORHAYATI; HAZLINA, 2021).

No presente estudo, a ocorrência do EAM apresentou associação significativa com os pressupostos assistenciais do parto: técnicas não farmacológicas para alívio da dor, parto induzido por ocitocina, dispositivo de acesso venoso, antibioticoterapia, parto normal e profissional enfermeiro que realizou o parto.

Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa internacional, realizada na Suécia, a qual apontou que a maioria das mulheres sofreram algum tipo de intervenção durante o parto como a indução do parto, cateter venoso, administração de medicamentos, demonstrando uma taxa elevada de intervenções intraparto em uma população de gestantes saudáveis, mesmo diante de fortes evidências da necessidade de limitá-las para um parto seguro, livre de eventos adversos e uma experiência de parto positiva. A pesquisa também apresentou uma associação significativa entre a insatisfação e a intervenção, ou seja, quanto maior o número de intervenções obstétricas, menor o nível de satisfação (WESTERGREN *et al.*, 2020).

Outro estudo internacional reforçou que o aumento das intervenções desnecessárias no parto tende a fragilizar a própria capacidade da mulher de parir e impactar negativamente em sua experiência de trabalho de parto. A redução de intervenções melhora a qualidade dos cuidados durante a gravidez e o trabalho de parto, aumenta a satisfação das mulheres e torna o parto uma experiência mais segura (SABETGHADAM *et al.*, 2022).

No Brasil, também se nota uma elevada prevalência de intervenções obstétricas, especialmente as mulheres que apresentam alguma doença materna associada, que tem esse risco aumentado. Em contrapartida, as mulheres que chegam na internação para o parto com dilatação igual ou superior a cinco

centímetros têm como fator de proteção ao risco de medicalização do parto. Neste caso, atenção especial deve ser voltada à parturiente para que sejam evitadas intervenções desnecessárias e assim adotados os protocolos institucionais em busca de boas práticas de atenção ao parto (PINTO *et al.*, 2020).

Especificamente em relação à indução do parto, a exemplo do uso de ocitocina, que é um procedimento recomendado desde que exista uma indicação. Quando realizada de modo eletivo, sem evidência científica, aumentam os riscos de desfechos perinatais negativos (SCAPIN *et al.*, 2018), por isso a importância de conhecimentos claros sobre os possíveis EAM e a indicação em situações clínicas e/ou obstétricas apropriadas que não comprometam a segurança do cuidado (SKOOGH *et al.*, 2020).

Embora a indução do parto com indicação médica possa prevenir desfechos maternos adversos, especialmente em mulheres com característica de nuliparidade e idade avançada, reforça-se que a indicação rotineira pode causar danos desnecessários às mulheres e aos seus filhos, associando-a prejudicialmente aos efeitos colaterais de hemorragia pós-parto, lacerações perineais graves e experiências negativas de parto (GOODARZI *et al.*, 2022).

Em relação à gravidade do dano, a maioria dos eventos adversos deste estudo, foram avaliados nas categorias F e G, ou seja, 'dano temporário com prolongamento internação' e 'dano permanente', o que é consistente ao achado internacional de SKOOGH *et al.* (2021) que também encontrou prevalência de danos que levam ao desconforto prolongado de cuidados hospitalares, sendo considerados na sua maioria (73,7%) evitáveis.

A respeito do dano permanente evidenciado neste estudo, representado pelas lacerações de 3° a 4° grau, acredita-se que a elevada taxa deste EAM específico, tenha influenciado negativamente o aumento da chance de ocorrência de EAM para o desfecho do parto normal, pelo profissional enfermeiro, bem como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. No entanto, sabe-se que o parto natural, realizado por profissionais capacitados e o uso técnicas não invasivas de alívio da dor são recomendados mundialmente no cenário assistencial (WHO, 2018).

Neste contexto, as lesões perineais são um dos possíveis eventos adversos do parto vaginal, considerado juntamente com a nuliparidade os fatores de risco mais importantes, estando fortemente associados ao grande impacto negativo na

saúde da mulher. Assim, para o diagnóstico oportuno, é recomendado que o períneo seja examinado imediatamente após o parto e na consulta pós-natal, por profissional capacitado, o que é essencial para prevenção, orientação e tratamento adequado (GACHON *et al.*, 2021).

Deste modo, um estudo europeu que analisou as ações preventivas para o risco de lesão ou disfunção perineal pós-natal, segundo as recomendações de uma agência francesa em saúde, verificou que nenhuma intervenção durante o primeiro ou segundo estágio do trabalho de parto, além do suporte perineal, demonstrou claramente sua eficácia na redução do risco de lesões perineais (DUCARME *et al.*, 2019).

Ademais, outros estudos internacionais que exploraram as experiências das mulheres após lesão perineal grave mostraram manifestação de dor extensa, limitações físicas e psicológicas, expectativas frustradas da vida familiar, disfunção sexual, desapego ao recém-nascido e peregrinação pelos serviços de saúde. Diante disso, ressalta-se a necessidade informações a respeito da dor, aspectos físicos, psicológicos, função sexual, modalidade de parto subsequente, além de orientações sobre o nível de atenção a saúde adequada e os cuidados necessários (LINDQVIST *et al.*, 2018; HUBER; TUNON; LINDQVIST, 2022).

Neste estudo, a ocorrência do evento adverso materno também apresentou associação estatística relevante com os pressupostos assistenciais relacionados ao cuidado pós-parto: consulta de revisão puerperal, local - UBS, o acesso e a satisfação no atendimento. Embora os eventos adversos no puerpério imediato tenham ocorrido em menor proporção, comparado ao período do parto, ainda é preocupante o número reduzido de mulheres que usufruíram desse atendimento após a alta hospitalar, no puerpério imediato, tardio e/ou remoto.

Estes resultados vão ao encontro à pesquisa realizada em um Hospital Universitário em outra região do Brasil, que apontou menor índice de EAM no puerpério imediato, no entanto a pesquisa não encontrou associação do EAM e a adesão à consulta puerperal, o que diverge do achado deste estudo.

Os dados do presente estudo relacionados à adesão ao retorno na primeira consulta pós-parto corroboraram com pesquisas realizadas em outros Estados brasileiros, as quais apontaram que menos da metade das mulheres compareceram na revisão puerperal (FUSQUINE *et al.*, 2019; PINTO *et al.*, 2021).

Para Domingues *et al.*, 2020 os fatores associados à baixa procura por atendimento no pós-parto estão relacionados à falha na informação e orientação em saúde, referente à importância da consulta e à necessidade de retorno puerperal, apontando como os principais motivos de desvalorização pelo serviço e rejeição das mulheres ao atendimento pós-parto dentro do período preconizado.

Por outro lado, um estudo internacional realizado na América do Norte apresentou maior taxa de comparecimento à consulta puerperal, com média de adesão de 72% das mulheres pesquisadas, entretanto ressaltou para aquelas que não compareceram em pelo menos uma consulta pós-parto uma potencial exposição ao risco de morbidades maternas (ATTANASIO *et al.*, 2022).

Outro estudo internacional europeu que investigou as mulheres que sofreram eventos perinatais críticos destacou que a consulta puerperal representa uma continuidade do cuidado e favorece a recuperação pós-parto. Em uma abordagem do seguimento assistencial indicou que contribui para uma experiência positiva do parto e um sentimento de confiança para gestações futuras (HOGH *et al.*, 2020).

Neste sentido, a importância da consulta de revisão puerperal deve ser destacada desde o pré-natal, e não apenas no período do parto, na contrarreferência da maternidade. Na alta hospitalar, as mulheres recebem muitas informações a respeito do cuidado com o recém-nascido, que muitas vezes são priorizadas em detrimento às orientações sobre os cuidados com a sua própria saúde (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Os resultados de uma pesquisa brasileira mostraram os benefícios da informação no pré-natal e orientação na maternidade para os cuidados pós-parto, o que reflete a importância da articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção materno-infantil para o acesso aos serviços de saúde e, sobretudo para a continuidade e efetividade do cuidado prestado a mulher (DOMINGUES *et al.*, 2020). Estes resultados foram reafirmados em outro estudo que elencou como facilitadores para a adesão ao retorno puerperal, o acolhimento da equipe durante o pré-natal e o parto (PINTO *et al.*, 2021).

Nesta perspectiva de transição do cuidado, observa-se que a qualidade inadequada da atenção ao pré-natal, parto e o cuidado do puerpério voltado ao neonato, são os principais fatores contribuintes para o aumento dos agravos clínicos relacionadas ao período pós-parto (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Neste contexto, o puerpério torna-se a fase mais negligenciada no âmbito da assistência a saúde com qualidade, contudo representa um período estratégico para redução dos eventos adversos maternos (BARATIERI *et al.*, 2019). Um estudo americano, que analisou as características associadas a complicações no parto e uso hospitalar pós-parto, verificou que uma em cada 10 puérperas passou por atendimento hospitalar dentro de 90 dias após o parto, fazendo um alerta para o (re)pensar na assistência puerperal como uma prioridade urgente de saúde pública mundial (WANG; YEE; FEINGLASS, 2022).

Os EAM envolvem desde agravos de menor complexidade até situações de maior gravidade que requerem mais atenção, ressalta-se que o cuidado puerperal oportuniza a detecção e intervenção destes eventos, minimizando os agravos e favorecendo a promoção da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Para tanto, a avaliação da mulher na consulta puerperal na primeira semana, deve ser investigado o estado geral da puérpera e recém-nascido, a presença de intercorrência, a escuta ativa e qualificada, o esclarecimento de dúvidas, a identificação e intervenção de sinais de alerta e/ou perigo (LIMA; ARAUJO, 2021). Sendo assim, o desenvolvimento de uma prática efetiva, por meio de um cuidado integral, holístico e continuado, é essencial para prevenção de desfechos adversos no pós-parto (HOLLANDA *et al.*, 2019).

Considerando que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o principal local para prestação de cuidado e acompanhamento da mulher neste período (GARCIA *et al.*, 2021), aumentar a qualidade assistencial neste ponto de atenção contribui diretamente para a redução da morbimortalidade materna (BARATIERI; NATAL, 2019).

Neste contexto, a rede de atenção primária a saúde é a principal responsável pela assistência no período pós-parto, dada as ações de detecção, tratamento e encaminhamento, de acordo com a necessidade de cada mulher. Além do aconselhamento e apoio para enfrentamento das alterações biológicas, psicológicas, sociais desenvolvidas durante gestação, parto e puerpério (BARATIERI *et al.*, 2019).

Ademais, a longitudinalidade do cuidado é outra característica da APS, o que favorece o acompanhamento desde a gestação até o puerpério, o diagnóstico mais preciso das comorbidades, detecção precoce das intercorrências, prevenção dos

eventos adversos, promoção da saúde, maior vínculo e satisfação dos usuários e aumento da adesão às consultas no pós-parto (BARATIERI *et al.*, 2022).

No que tange o acesso a Rede de atenção materno-infantil, as barreiras que prejudicam esse acesso precisam ser levantadas e solucionadas em todos os níveis de atenção, assim como os serviços devem garantir que os cuidados sejam qualificados, em tempo oportuno, no acompanhamento pós-parto (CANARIO *et al.*, 2021).

Um estudo realizado sobre as ações do programa de puerpério na atenção primária identificou que as ações educativas para puérperas são realizadas de maneira tradicional, sem a participação ativa das mulheres, desmotivando seu retorno à consulta puerperal o que fragiliza o acesso à saúde (BARATIERI; NATAL, 2019).

Vale ressaltar que uma estratégia adotada por um programa internacional de assistência aprimorada, destinada a melhorar os desfechos perinatais, incluiu uma série de ações para aumentar o acesso ao cuidado pós-parto, destacando a visita domiciliar como oportunidade de atendimento e tratamento de condições crônicas ou contínuas, as complicações relacionadas à gravidez ou parto, facilitando o intervalo interpartal, as orientações sobre a amamentação e esclarecendo as dúvidas sobre saúde e paternidade (RODIN *et al.*, 2019).

Outra pesquisa que avaliou a segurança do paciente na perspectiva da mulher, constatou que a grande maioria delas não tinha conhecimento sobre os riscos inerentes ao processo assistencial, ressaltando que investir na comunicação e orientação em saúde contribui positivamente para o cuidado seguro. Por fim, recomenda que os serviços obstétricos implementem ações de acesso a informações, capacitações permanente e envolvimento dos pacientes para melhor entendimento e satisfação das usuárias (FELIX; FILIPPIN, 2019).

Considerando a complexidade dos pressupostos assistenciais que cercam o ciclo gravídico-puerperal, o levantamento e a interpretação dos eventos que contribuem para o dimensionamento das fragilidades decorrentes do cuidado, é extremamente relevante analisar a segurança do paciente perinatal para proposição de melhorias voltadas à realidade atual e o favorecimento da saúde e satisfação durante a gestação, parto e puerpério.

Neste sentido, a pesquisa trouxe aspectos inovadores de avaliação dos EAM nos diferentes seguimentos assistenciais, com uma perspectiva de segurança do paciente nos serviços obstétricos, desviando o foco de complicações para os resultados indesejáveis decorrentes do processo assistencial.

Como limitação desta pesquisa, ressalta-se a dificuldade durante a entrevista do levantamento de informações, por isso foram considerados os desfechos adversos que ocorreram apenas durante a internação no período do parto e puerpério imediato, levantados pelos registros do prontuário materno. Não obstante, trata-se de um estudo multicêntrico, cujas evidências apontadas trazem valiosas contribuições ao identificar os determinantes assistenciais para a ocorrência de EAM, o que pode servir de subsídios para a implementação de medidas que visem à redução deste evento e garantam a segurança do paciente durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

4.5 CONCLUSÃO

Os pressupostos assistenciais determinantes para os casos de eventos adversos maternos no período do parto foram: técnicas não farmacológicas para alívio da dor, parto induzido por ocitocina, dispositivo de acesso venoso, antibioticoterapia e o parto normal, pelo profissional enfermeiro. Na fase puerperal foram: não adesão à consulta de revisão puerperal, local da consulta, acesso demorado e insatisfação no atendimento. Os pressupostos assistenciais do pré-natal não exerceram influência nos casos de EAM.

Destaca-se o alto índice de danos permanentes relacionados à laceração de períneo, o que pode certamente determinar negativamente o aumento de chance para EAM no uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor e realização de parto normal pelo profissional enfermeiro. Outro dado que chamou atenção foi a baixa adesão ao atendimento no puerpério, situações nas quais é preciso rever o processo assistencial, visto que o cumprimento dos pressupostos, implementados pela política de saúde vigente são essenciais para a saúde materna em longo prazo e para a redução de eventos adversos.

Deste modo, a presente investigação possibilita aos gestores de saúde, o direcionamento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos com danos que fortaleçam a segurança no ciclo gravídico-puerperal, impedindo uma

transição no *continuum* da saúde materna para um desfecho desfavorável. Para tanto, o processo assistencial deve ser qualificado, integral e apoiado em barreiras de segurança, devendo iniciar desde o pré-natal, continuado no parto e estendido ao pós-parto, por meio do acesso, em tempo oportuno, ao cuidado longitudinalmente centrado nas necessidades de cada fase vivenciada pela gestante, parturiente e puérpera.

4.6 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Manual_Seguranca_MATERNA_12112014_FINAL.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

ASRATIE, M. H.; MUCHE, A. A.; GEREMEW, A. B. Completion of maternity continuum of care among women in the post-partum period: Magnitude and associated factors in the northwest, Ethiopia. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 15, n. 8, p. e0237980, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237980>. Acesso em: 13 out. 2022.

ATTANASIO, L. B. *et al.* Postpartum visit attendance in the United States: a systematic review. **Womens Health Issues**, New York, v. 32, n. 4, p. 369-375, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2022.02.002>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BARATERI, T. *et al.* Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na Atenção Primária: revisão sistemática. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 22, n. 3, p. 682-701, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16916/22775>. Acesso em: 12 set. 2022.

BARATIERI, T. *et al.* Avaliação de guidelines para atenção pós-parto na atenção primária: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 616-623, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/tSgmbzVGhq4k86qmHq7qr8h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

BARATIERI, T. *et al.* Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. e00103221, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NkZ8wbBb4Zqd6bgZmz5MJGb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrXgLcVqvK5QPNYHm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

BARATIERI, T.; NATAL, S.; HARTZ, Z. M. A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. e00087319, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n7/e00087319/pt>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062. Acesso em: 13 out. 2022.

CANARIO, M. A. S. S. *et al.* O vivido de mulheres no puerpério: (des)continuidade da assistência na maternidade e atenção primária. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 20, p. e55440, 2021. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/ae15/d1ff09a546a60e05b1838cc72d2a79832520.pdf?_ga=2.189501481.347973576.1673702107-1727763900.1671193747. Acesso em: 10 ago. 2022.

CHOU, V. B.; WALKER, N.; KANYANGARARA, M. Estimating the global impact of poor quality of care on maternal and neonatal outcomes in 81 low- and middle-income countries **PLOS Medicine**, v. 16, n. 12, p. e1002990, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002990>. Acesso em: 12 out. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Utilização de serviços de saúde ambulatoriais no pós-parto por puérperas e recém-nascidos: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00119519, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/r4jJkcp9bJBXxWfX4RNxf5q/?format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2022.

DUCARME, G. *et al.* Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, Paris, v. 48, n. 7, p. 455-460, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>. Acesso em: 12 out. 2022.

FÉLIX, R. S.; FILIPPIN, N. T. Segurança do paciente na perspectiva de gestantes e puérperas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.13, n.1, p. 96-104, jan. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236349/31132>. Acesso em: 09 nov. 2022.

FUSQUINE, R. S. *et al.* Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma unidade básica de saúde da família. **Archives of Health Sciences (Online)**, São José do Rio Preto, v. 26, n. 1, p. 37-40. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046061/artigo8.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2022.

GACHON, B. *et al.* How can we improve our practices in obstetric anal sphincter injury prevention, diagnosis, and management of symptomatic women? **Journal of**

Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, Paris, v. 50, n. 9, p. 102183, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102183>. Acesso em: 13 ago. 2022.

GARCIA, N. P. *et al.* The nursing process in postpartum consultations at Primary Health Care Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03717, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9f6Hg6qCzntXmNZPsHyCNJC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 12 set. 2022.

GONÇALVES, C. S. *et al.* Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 1, p. 71-78, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7H57NvDHHzYD8xVRBhQqBnD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

GOODARZI, B. *et al.* A. Maternal characteristics as indications for routine induction of labor: A nationwide retrospective cohort study. **Birth**, Berkeley, v. 49, n. 3, p. 569-581, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9546001/pdf/BIRT-49-569.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

GRIFFIN, F. A.; RESAR, R. K. **IHI global trigger tool for measuring adverse events**. 2nd ed. Cambridge: IHI, 2009.

HØGH, S. *et al.* Postnatal consultations with an obstetrician after critical perinatal events: a qualitative study of what women and their partners experience. **BMJ Open**, London, v. 10, p. e037933. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/9/e037933.full.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

HOLLANDA, G. S. E. *et al.* Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 9, n. 3, p. e199307. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047299/4.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

HUBER, M.; TUNÓM, K.; LINDQVIST, M. "From hell to healed" - A qualitative study on women's experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury." **Sexual & Reproductive Healthcare**, Amsterdam, v. 33, p. 100736, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100736>. Acesso em: 12 out. 2022.

LIMA, C. S.; ARAÚJO, T. C. V. A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. **Revista Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 7, n. 3, p. 290-307, 2021. Disponível em: DOI: 10.21680/2446-7286.2021v7n3id25143. Acesso em: 10 nov. 2022.

LINDQVIST, M. *et al.* A worse nightmare than expected' - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. **Midwifery**, Edinburgh, v. 61, p. 22-28, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.015>. Acesso em: 13 set. 2022.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION. **NCC MERP index for categorizing medication errors**. 2022. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/sites/default/files/index-bw-2022.pdf>. Acesso em: 13 out. 2022.

OLIVEIRA, I. C. B. *et al.* Influência de fatores epidemiológicos no seguimento e aparecimento de problemas puerperais. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, p. e35763, 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v34/1984-0446-rbaen-34-e35763.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

OLIVEIRA, T. C. *et al.* Eventos adversos e fatores associados em maternidades de alto risco. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 11, n. 5, p. 179-186, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3200/1042>. Acesso em: 10 ago. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). **Linha guia: Atenção Materno Infantil: gestação**. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/9a-Regional-de-Saude-Foz-do-Iguacu>. Acesso em: 10 dez. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). **Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense**. 7. ed. Curitiba: SESA-PR -PR, 2018. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guia.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

PINTO, I. R. *et al.* Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. e20200249, 2021. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v25n2/1414-8145-ean-25-2-e20200249.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

PINTO, K. R. T. F. *et al.* Fatores associados a intervenções obstétricas em maternidades públicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Online)**, Recife, v. 20, n. 4, p. 1091-1100, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/fjdXSzpxpXRbXVhGFGSKP9F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

RAJBANSHI, S.; NORHAYATI, M. N.; NIK HAZLINA, N. H. Perceptions of Good-Quality Antenatal Care and Birthing Services among Postpartum Women in Nepal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 26, n. 18, p. 6876021 Jun 26;18(13):6876, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136876>. Acesso em: 11 out. 2022.

REIS, L. G. C. **Eventos adversos durante o trabalho de parto e o parto em serviços obstétricos**: desenvolvimento e aplicação de método de detecção. 2012. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012.

RODIN, D. *et al.* Strategies to Promote Postpartum Visit Attendance Among Medicaid Participants. **Journal of Women's Health**, New York, v. 28, n. 9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7568>. Acesso em: 12 set. 2022.

SABETGHADAM, S. *et al.* Assessment of medicalization of pregnancy and childbirth in low-risk pregnancies: a cross-sectional study. **International Journal Of Community Based Nursing and Midwifery**, Iran, v. 10, n. 1, p. 64-73, 2022.

Disponível em:

https://pdfs.semanticscholar.org/28b0/ead933cd745d6778d9cbb474b16ca0bd06ab.pdf?_ga=2.113417989.347973576.1673702107-1727763900.1671193747. Acesso em: 12 out. 2022.

SCAPIN, S. Q. *et al.* Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. e0710016, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/cCpfS7xth6BTZK5h4cRdwqv/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 set. 2022.

SKOOGH, A. *et al.* Adverse events in women giving birth in a labor ward: a retrospective record review study. **BMC Health Services Research**, London, v. 21, n. 1, p. 1093, 2021. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8518258/pdf/12913_2021_Article_7109.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

SKOOGH, A. *et al.* Healthcare professionals' perceptions of patient safety for the woman in childbirth in Sweden - An interview study. **Nursing Open**, Hoboken, v. 7, n. 2, p. 642-649, 2019. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.435>. Acesso em: 10 set. 2022.

TEIXEIRA, P. C. *et al.* Cuidados de enfermagem no período pós-parto: um enfoque na atuação do enfermeiro diante as complicações puerperais. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 259, p. 3436–3446. Disponível em:

<https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i259p3436-3446>. Acesso em: 12 out. 2022.

WANG, C. Y.; YEE, L. M.; FEINGLASS, J. M. Delivery Complications and Postpartum Hospital Use in California. **Womens Health Issues**, New York, v. 32, n. 1, p. 57-66, 2022. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8688289/pdf/nihms-1738039.pdf>.

Acesso em: 20 out. 2022.

WESTERGREN, A. *et al.* Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. **Women and Birth**, Amsterdam, v. 34, n. 2, p. e118-e127, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.009>.

Acesso em: 12 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.

Acesso em: 13 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. 2009. Disponível

em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf . Acesso em 09 set. 2022.

5 CONCLUSÕES

A presente tese aceitou a hipótese proposta, evidenciando lacunas no seguimento do Pré-natal, Parto e Puerpério relacionado aos fatores sócio demográfico, clínico obstétrico e assistencial nas três Regionais de Saúde do Estado do Paraná investigadas, o que ameaça a (in)segurança materna.

Identificou-se também que o indicador socioeconômico de renda familiar influenciou a ocorrência de EAM. Na análise espacial apontou uma possível desigualdade espacial relativa à saúde materna, destacando a necessidade de ações preventivas para os casos de EAM, principalmente nos locais mais vulneráveis.

Salienta-se que apesar das ações governamentais, ainda se verificam práticas inadequadas que impactam negativamente a qualidade e segurança da assistência e os resultados de saúde materna. O acesso ao pré-natal especializado precisa ser assegurado as gestantes potencialmente de risco. As taxas de intervenções desnecessárias e os partos vaginais com lacerações de períneo continuam elevados, ao mesmo tempo em que chama a atenção, a inadequação da qualidade assistencial no período pós-parto e a baixa adesão à consulta de revisão puerperal, o que juntos impactam negativamente no desfecho materno durante o ciclo gravídico-puerperal.

Ademais, nota-se, no cenário internacional e nacional, Políticas Públicas voltadas ao Pré-natal e Parto, no entanto um *Gap* político assistencialista é evidenciado no Puerpério pela falta de investimentos em saúde nesse período, o que pode justificar os resultados encontrados nesta tese, que mostraram um cuidado fragilizado, inadequado e negligenciado das mulheres no pós-parto. Deste modo, recomenda-se a criação de programas específicos para esta fase, a fim de ganhar visibilidade, valorização e reconhecimento da sua importância para o *continuum* da saúde materna.

Ressalta-se que a segurança é um dos atributos cruciais para a qualidade da atenção à saúde. Enfatiza-se também que as diretrizes de saúde para a melhoria da segurança do paciente nos serviços obstétricos é relativamente recente no País e os resultados aqui descritos sugerem que as ações de segurança estão em desenvolvimento, mas ainda são incipientes, o que convoca profissionais, gestores,

gerentes e usuários do SUS a somarem esforços para plena implementação dos pressupostos assistenciais da Política de cuidado materno-infantil vigente, a fim de garantir segurança nos indicadores socioespaciais, clínico-obstétricos e assistenciais em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal.

Além disso, incentivam-se ações de educação continuada, formação qualificada e acesso a informação por parte dos profissionais envolvidos no processo assistencial. No âmbito da pesquisa, novas investigações sobre a segurança do paciente na atenção materna, a fim de explorar esta temática na área obstétrica, assim como em outros Estados brasileiros.

Como produto final desta tese, propõe-se à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná a inclusão de um “modelo assistencial voltado para a segurança materna” tendo como indicador constituinte dos pressupostos da linha de cuidado materno-infantil os determinantes de riscos (socioespacial, clínico-obstétrico e assistencial) apontados neste estudo, a fim de reduzir os casos de eventos adversos maternos evitáveis e conseqüentemente assegurar uma assistência Pré-natal, Parto e Puerperal segura a toda mulher paranaense.

REFERÊNCIAS

ACOG Committee Opinion No. 736: optimizing postpartum care. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 131, p. e140–150, 2018. Disponível em: DOI: 10.1097/AOG.0000000000002633. Acesso em: 12 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Manual_Seguranca_MATERNA_12112014_FINAL.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

ANTUNES, M. B. *et al.* Hypertensive syndrome and perinatal outcomes in high-risk pregnancies. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, p. e-1057, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v21/en_1415-2762-reme-20170067.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto parto adequado**. Rio de Janeiro: ANS, 2015. <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>. Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Nascidos Vivos – desde 1994**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529 de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasil: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº529 de 1º junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC n. 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Dia Mundial de Segurança do Paciente 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/DMSP_2021_PORTAL-DE-BOAS-PRATICAS-IFF-FIOCRUZ-BR.pdf. Acesso em: 12 nov. 2022.

CARVALHO, M. S.; SOUZA-SANTOS, R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 361-378, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HJ3R3BCkPCbCsk9YTgKqRWN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

FLORES, T. R. *et al.* Inequalities on coverage of prenatal assistance in Brazil: a nationwide study. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 593-600, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65BG4zCGBBXrFMPPrqP7YNqH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2022.

GADELHA, I. P. *et al.* Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 21, p. e42198, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YZ5QftCZvqHvF5WVrXKS5gv/?format=pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in América. **To err is human: building a safer health system**. Washington: The National Academy Press, 2000. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

LUGÃO, N. C. S.; BRANDÃO, M. A. G.; SILVA, R. C. D. Development and validation of a technology for obstetric intraoperative care safety. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 73, p. e20190605, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ygVJDfTTb8zX8Rkk7wq5vnK/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 14 out. 2022.

MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n.10, p. 441-445, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n10/0100-7203-rbgo-37-10-00441.pdf>. Acesso em: 04 set. 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MONTEIRO, M. F. V. *et al.* Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, p. 851. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4566-3>. Acesso em: 13 ago. 2022.

NICÁCIO, M. C. *et al.* Cultura de segurança das mulheres no parto e fatores institucionais relacionados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20190264, 2020. Disponível em: https://old.scielo.br/pdf/tce/v29/pt_1980-265X-tce-29-e20190264.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

ODM BRASIL. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 12 out. 2022.

OLIVEIRA, R. L. A.; FERRARI, A. P.; PARADA, C. M. G. L. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. e3058, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bncGJcX44szWGjTFtwCHJC/?lang=en>. Acesso em: 12 ago. 2022.

OLIVEIRA, T. C. *et al.* Resultados adversos do parto em maternidades de ensino de alto risco. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 1, p. 203-211, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vz6tHPPmjKyxzBs8WmwCPfs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia de Implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e recém-nascidos**. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 15 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde materna**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 15 out. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). **Linha Guia: Atenção Materno Infantil: gestação**. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-07/linha_guia_mi-_gestacao_8a_ed_v4_-_revisada_em_01-07-22.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). 9ª Regional de Saúde. Curitiba: SESA, 2021a. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/9a-Regional-de-Saude-Foz-do-Iguacu>. Acesso em: 10 dez. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). 10ª Regional de Saúde. Curitiba: SESA, 2021b. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/10a-Regional-de-Saude-Cascavel>. Acesso em: 10 dez. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). 17ª Regional de Saúde. Curitiba: SESA, 2021c. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/17a-Regional-de-Saude-Londrina>. Acesso em: 10 dez. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR). **Linha guia:** Programa Rede Mãe Paranaense. 7. ed. Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guiad.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Linha guia:** Rede Mãe Paranaense. Curitiba: SESA, 2012. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guiad.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável.** Brasília: PNUD; 2015. Disponível em: http://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Acompanhando-Agenda2030--Subsidios_iniciais-Brasil-2016.pdf. Acesso em: 02 out. 2022.

REIS, L. G. C. **Eventos adversos durante o trabalho de parto e o parto em serviços obstétricos:** desenvolvimento e aplicação de método de detecção. 2012. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012.

REIS, L. G. C. Maternidade segura. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente:** conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 391-415. *E-book*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-19.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2023.

RODRIGUES, G. T. *et al.* Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. e20200075, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/87PT7TjHdqWGkWHzxK8F8Zv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2022.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **Sustainable development goals report 2019.** Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/publications/sustainable-development-goals-report-2019.html>. Acesso em: 12 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **New global targets to prevent maternal deaths:** access to a 'continuum of care' needed, before, during and after

pregnancy and childbirth. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-new-global-targets-to-prevent-maternal-deaths>. Acesso em: 12 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso em: 13 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe childbirth checklist programme**: an overview. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://fddocuments.net/document/safe-childbirth-checklist-programme-an-overview.html?page=1>. Acesso em: 12 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf . Acesso em 09 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World alliance for patient safety**: forward programme. Geneva: WHO, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados

Instrumento da 1ª etapa da coleta de dados

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	
Número do Instrumento/Ficha (ordem para digitação)	
Data da Entrevista: ____/____/____ Entrevistador(es):	
Regional de Saúde: () 9ª RS () 10ª RS () 17ª RS	
Município do parto: Hospital do parto:.....	
Data Admissão: ____/____/____ Data Parto: ____/____ Data ALTA: ____/____	
Nome da Puérpera:	
Registro Hospitalar (Prontuário):	
LOCAL DE RESIDÊNCIA	
Endereço: Nº:	
Bairro: Complemento:.....	
Cidade:	
UBS/USF de referência:.....	
Telefone materno c/ whatsApp se possível:.....	
Acesso ao facebook materno:	
Telefone paterno:.....	
Telefone (s) parente mais próximo:	
OBS do Entrevistador:	
.....	
.....	
.....	
1. OBSERVAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO:	
Na 3ª COLUNA geralmente há 2 opções de fonte para obtenção de dados ASSINALE A	
(s) FONTE (s) de coleta.	

I. Aspectos Socioeconômico-Demográficos		
1. Idade	_____anos.	Entrevista
2. Raça/cor	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	Entrevista
3. Situação conjugal	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro	Entrevista
4. Nº pessoas que moram na casa	.....pessoas	Entrevista
5. Grau parentesco moradores na casa	.....	Entrevista
6. Quem trabalha na casa (chefe família)	.....	Entrevista
7. Nº cômodos casa (exceto banheiro)	(1) um (2) dois (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis (7)	Entrevista
8. Nº de filhos	(1) Um (2) Dois (3) Três (4) quatro (5)	Entrevista
9. Escolaridade MÃE	..... anos de estudo da MÃE da criança	Entrevista
10. Escolaridade PAI	..... anos de estudo do PAI da criança	Entrevista
11. Condição de Ocupação materna	(1) Remunerada Qual profissão? (2) Não remunerada	Entrevista
12. Renda familiar	R\$......	Entrevista
13. Recebe Bolsa Família Bolsa Gestante ou outro	(1) Sim Qual(is)..... (2) Não	Entrevista
II. Antecedentes clínicos (ANTES DE ENGRAVIDAR)		
14. Antecedentes Clínicos	(1) Não tem antecedentes (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (5) Diabetes Melitus (6) Hipotireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Infecção do trato urinário (9) Lúpus eritematoso sistêmico (10) Doença Mental (11) Artrite Reumatóide (12) Distúrbios de coagulação (13) Sífilis (14) Trabalho Parto prematuro (15) HIV (16) Obesidade (17) POT Cirurgia Bariátrica (18) outro..... (88) s/ registro	CPN () Prontuário () Entrevista ()
15. Foi orientada por profissional da saúde sobre os Antecedentes e Risco Gestacional	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	CPN () Prontuário () Entrevista ()
16. Faz acompanhamento médico especializado	(1) Sim Qual?..... (2) Não (99) Não se aplica	CPN () Prontuário () Entrevista ()
22. Faz uso contínuo de Medicamentos	(1) Sim (assinale a seguir os medicamentos) (2) Não VÁ para questão 24	Prontuário () Entrevista ()
23. Medicamentos de uso contínuo	(1) Anti-hipertensivo (2) anticoagulante (3) Corticoide (4) Anticonvulsivante (5) Diurético (6) Insulina (7) outros Quais? _____	Prontuário () Entrevista ()
24. Estava em uso de alguma medicação quando soube que estava grávida (ex. inibidor de apetite)	(1) Sim Qual _____ (2) Não	Prontuário () Entrevista ()
III Condições da parturiente na Admissão na Maternidade (PRÉ-PARTO e TRABALHO DE PARTO)		
28. De qual local você veio para a maternidade	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital da cidade (4) AHC (5) Consultório médico (6) Domicílio (7) Outro.....	Entrevista
29. Como foi o transporte?	(1) SAMU (2) SIATE (3) ambulância simples (4) carro (5) outro..... (99) não se aplica	Entrevista
30. Classificação Risco Gestacional na admissão	(1) Risco Habitual (RH) (2) Risco Intermediário (RI) Motivo:..... (3) Alto Risco (AR) Motivo:.....	CPN () Entrevista ()
31. Foi informada ou orientada sobre	(1) Sim Qual profissional?.....	Entrevista

esta Classificação de Risco	(2) Não	
32. Alteração dos sinais vitais	(1) Sim Qual(is)? _____ (2) Não (88) S/registro	Prontuário
33. Dilatação cervical	_____ cm. (88) S/registro	Prontuário
34. Dinâmica uterina	(1) Presente (2) Ausente (88) S/ registro	Prontuário
35. Estado das membranas	(1) Íntegra (2) Rota (88) S/ registro	Prontuário
36. Características do líquido amniótico	(1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (88) S/ registro	Prontuário
37. Banho de relaxamento	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
38. Uso de bola ou assento ativo	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
39. Uso de musicoterapia	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
40. Uso massagem para alívio da dor	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
41. Algum método farmacológico para alívio da dor	(1) Sim Qual: _____ (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
42. Outros métodos não farmacológicos alívio da dor? (repouso, escalda pés, banheira)	(1) Sim Qual: _____ (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
43. Condução no momento do parto com ocitocina	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
44. Indução no trabalho de parto com ocitocina	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
45. Uso de misoprostol	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
46. Ausculta de (BCF) no parto	(1) Sim Nº vezes _____ Espaçamento (tempo) _____ (2) Não (88) S/ registro	Entrevista () Prontuário ()
47. Fisiometria	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
48. Acesso venoso	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
49. Infusão de antibioticoterapia	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
50. Teve acompanhante no pré-parto	(1) Sim (2) Não. Por que? _____	Entrevista
51. Recebeu informações sobre o direito de ter um acompanhante	(1) Sim (responda as questões a seguir) (2) Não	Entrevista
52. SE SIM, em que momento recebeu a informação	(1) Internação (2) Pré-parto (antes do parto) (3) Parto (4) Puerpério (5) outro.....	Entrevista
53. Recebeu orientações sobre TP e P antes do parto	(1) Sim responda questão de 143 a 145 (2) Não VÁ para questão 146	Entrevista
54. Se SIM quem orientou	(1) Enfermeiro (2) Auxiliar/técnico de enfermagem (3) Médico (4) outro _____	Entrevista
55. Em que momento recebeu orientações sobre TP e P	(1) No Pré-Natal (2) Durante o TP (3) No Hospital (4) outro momento Qual? _____	Entrevista
56. Se orientações antes do parto recebeu todas as informações que desejava	(1) Sim (2) Não (3) Em parte (4) não foi orientada	Entrevista
57. Você ficou com alguma dúvida sobre a internação, trabalho de parto e parto	(1) Sim Qual(is)?..... (2) Não	Entrevista
58. Doenças desenvolvidas no PRÉ-PARTO (Determinantes Primários de Near Miss)	(1) Hemorrágicos (2) infecciosos (3) hipertensivas (4) aborto (5) agravo clínico (6) neurológico (7) cardiovascular (8) respiratório (9) metabólico (10) renal (11) hepático (12) hematológico (13) outros _____ (14) Não desenvolveu	Prontuário
59. Durante o trabalho de parto você foi proibida de ingerir líquidos	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()

60. Como você considera o atendimento no PRÉ-PARTO	(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Não sei Se resposta 2 a 4 explique o por quê _____ _____	Entrevista ()
IV Condições Maternas e do Recém-Nascido no PARTO		
61. Tipo de rotura de membrana:	(1) Espontânea (2) Artificial (3) Bolsa rota na internação (88) S/ registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
62. Qual era sua opção de parto?	(1) Parto normal Por quê?..... (2) Cesárea Por quê?.....	Entrevista () Prontuário ()
63. Tipo de parto realizado	(1) Parto normal espontâneo (2) Cesárea (3) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator)	Entrevista () Prontuário ()
64. Se opção do parto da gestante diferente do parto realizado descreva o motivo	..... ..... ..... (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
65. Local do parto	(1) ambulância (2) carro (3) cama hospitalar (4) maca do hospital (5) sala de parto da maternidade (6) sala de parto do CC (7) outro.....	Entrevista () Prontuário ()
66. Posição de parto	(1) Litotômica (2) Vertical (3) Lateral (4) Cócoras (5) Dorsal não litotômica (6) 4 apoios (7) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()
67. Quem realizou o parto	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf ^a (4) Enfermeiro ou R. enf ^o (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()
68. Se cesária qual Indicação registrada pelo obstetra	(1) Eletiva (2) iterativa (3) urgência (4) emergência (88) S/registro Se resposta 1 a 4 descreva a justificativa médica a seguir	Entrevista () Prontuário ()
69. Justificativa da Indicação para cesária do obstetra	..... ..... (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
70. Se parto normal instrumental registro do obstetra	(1) urgência (2) emergência (88) S/registro Por quê? _____	Entrevista () Prontuário ()
71. Foi realizado partograma	(1) Sim (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
72. Duração do TP no <i>partograma</i>	Início: _____ Término: _____ (88) S/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
73. Se episiotomia o profissional comunicou o motivo do procedimento?	(1) Sim Qual motivo..... (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
74. Se episiotomia o profissional concedeu o direito de recusar?	(1) Sim (2) Não Por quê.....	Entrevista () Prontuário ()
75. Se realizou parto normal. Quais são as condições do períneo	(1) Períneo íntegro (88) S/registro (99) Não se aplica (2) Laceração de 1º grau sem sutura (3) Laceração de 1º grau com sutura (4) Laceração de 2º grau sem sutura (5) Laceração de 2º grau com sutura (6) Laceração de 3º grau sem sutura (7) Laceração de 3º grau com sutura (8) Laceração de 4º grau sem sutura (9) Laceração de 4º grau com sutura (10) Episiotomia	Entrevista () Prontuário ()
76. Intercorrências intra-parto	(1) Sim responda a questão a seguir (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
77. Tipo de Intercorrências intra-parto	(1) Distocia (2) Apresentação cônica (3) Prolapso de cordão (4) Eclâmpsia (5) Uso de sulf. Mg (6) DPP (7) Uso de outros anticonvulsivantes (8) outra.....	Entrevista () Prontuário ()
78. Intercorrências no quarto período (Greenberg - até 1ª hora pós – parto)	(1) Sim responda a questão a seguir (2) Não VÁ para questão 176	Entrevista () Prontuário ()
79. Tipo de intercorrências no quarto período (Greenberg)	(1) Eclâmpsia (2) Hemorragia pós-parto (3) Inversão uterina (4) Massagem uterina (5) Histerectomia (6) Choque (7) Retorno ao CC (8) Remoção de produtos retidos (9) outra.....	Entrevista () Prontuário ()
80. Durante o trabalho de parto foi oferecido à você algum tipo de alimentação	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()
81. Como você considera o atendimento no PARTO	1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Não sei	Entrevista ()

	Se resposta 2 a 4 explique o por quê _____	
82. Quanto tempo após o parto teve o primeiro contato com seu filho no AC?	Tempo: _____ (minutos ou horas)	Entrevista () Prontuário()

Instrumento da 2ª etapa da coleta de dados

DADOS DA FICHA MATERNA: _____		
Data da Visita Domiciliar: ____/____/____ Entrevistador: _____		
ENDEREÇO: _____		
FONES: _____		
CONTATO TELEFÔNICO PARA AGENDAR VISITA DOMICILIAR:		
<input type="checkbox"/> Visita agendada para _____ <input type="checkbox"/> UBS _____ <input type="checkbox"/> USF _____ <input type="checkbox"/> Perda por mudança de cidade/estado <input type="checkbox"/> Perda óbito materno/criança <input type="checkbox"/> Perda por mudança do número de telefone ou sem condições de contato <input type="checkbox"/> Outra perda. _____		
SEXO DO BEBÊ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
VISITA DOMICILIAR - 2ª etapa de coleta de dados		
Melhorar a qualidade e a responsabilidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério		
1. Após os 30 dias do parto, todas as vezes que necessitou de atendimento na UBS, mesmo sem agendamento prévio, você e seu bebê foram atendidos?	(1) Acesso somente para o bebê. (2) Acesso somente para a puérpera. (3) Acesso para ambos. (4) Não consegui (5) Outro _____	Entrevista
2. Quando você necessita de atendimento médico, onde você procura atendimento?	(1) UBS (2) UPA (3) Consultório particular (4) Outro _____ (5) não procurou	Entrevista
3. Quantas consultas foram agendadas/realizadas para o bebê na UBS após o 1º mês de vida?	(1) 1-2 consultas (2) 3-4 consultas (3) 5-6 consultas (4) Mais que 6 consultas (5) Nenhuma (VÁ para questão 5) SE RESPOSTA 1 a 4 responda a questão 4	Entrevista () Cartão Cça ()
4. Se fez consultas, com quais profissionais (pode assinalar mais de 1)	(1) pediatra (2) clínico geral (3) enfermeiro (4) ACS (5) auxiliar/técnico enferm. (6) outros _____	Entrevista () Cartão Cça ()
5. Como avalia o acesso as consultas para o seu bebê na UBS?	(1) Fácil (2) Difícil (3) Rápido (4) Demorado (5) Não Sabe (6) outro _____	Entrevista
6. Receberam visita domiciliar da equipe da UBS após o 1º mês de vida do bebê?	(1) Sim (2) Não Por que? _____	Entrevista
7. Recebeu quantas visitas domiciliares após o 1º mês de vida do bebê	(1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Nenhuma SE RESPOSTA 1 a 4 responda a questão 8	Entrevista
8. Se recebeu mais de uma visita domiciliar, explique o motivo	_____ _____ (99) Não se aplica	Entrevista ()
9. Quem realizou a(s) visita(s) (assinale mais de 1 opção se mais de 1 profissional)	(1) Médico G.O. (2) Médico CG (3) Médico pediatra (4) Enfermeiro (5) Téc. enfermagem (6) ACS (7) Residente Enfermagem (8) outro _____ (99) Não se aplica	Entrevista () Cartão Cça ()
10. Como você avalia o atendimento prestado ao bebê após os 30 dias de vida?	(1) Satisfeita (2) Insatisfeita (3) Não sabe	Entrevista
Implantar a Estratificação de Risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança de Alto Risco Encaminhar as crianças <1 ano Estratificadas de Risco para o ambulatório de referência, conforme o protocolo.		
11. O RN foi classificado (critério de RISCO) na UBS e anotada no Cartão da Criança?	(1) Sim (2) Não	Cartão Cça ()
12. Se classificado como Alto Risco . Foi encaminhado para ambulatório especializado?	(1) Sim (2) Não Motivo _____ (99) Não se aplica	Entrevista () Cartão Cça ()
Assistir crianças, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências e monitoramento dos casos de risco.		
13. Após o 1º mês de vida o bebê apresentou algum problema de saúde?	(1) Sim, Qual? _____ (2) Não	Entrevista ()
14. Se apresentou algum problema de saúde, descreva o serviço que buscou e o tratamento	_____ _____ (99) Não se aplica	Entrevista ()
15. Após o 1º mês de vida o bebê precisou de atendimento de urgência ? (acidentes, doenças)	1. Sim, Qual motivo? _____ (2) Não	Entrevista ()
16. Após o 1º mês de vida, o bebê ficou internado?	(1) Sim, Qual motivo? _____ (2) Não	Entrevista ()

Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco		
17. Necessitou de TRANSPORTE DE URGÊNCIA para o bebê?	(1) Sim () SIATE () SAMU () Outro: _____ (2) Não	Entrevista ()
18. <u>Se</u> necessitou de transporte como você avalia:	(1) Rápido (2) Resolutivo (3) Demorado (4) Não foi atendida (99) Não se aplica	Entrevista ()
Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não comparecem à UAP para o seu acompanhamento.		
19. Você FALTOU em alguma consulta agendada para o bebê ?	(1) Sim. Motivo: _____ (2) Não	Entrevista ()
20. Se FALTOU em puericultura/consulta, alguém da UBS entrou em contato, buscando saber o motivo?	(1) Sim (2) Não	Entrevista ()
21. Qual(is) profissional(is) entrou em contato para saber o motivo da FALTA	(1) Médico G.O. (2) Médico CG (3) Médico pediatra (4) Enfermeiro (5) Téc. enfermagem (6) ACS (7) Residente Enfermagem (8) outro _____ (99) Não se aplica	Entrevista () Cartão da Cça ()
Avaliar a carteira da criança, quanto: a) à realização dos testes do Pezinho, Orelhinha, Olhinho e do Coraçãozinho; b) à aplicação das vacinas previstas.		
22. Realizou o Teste do Pezinho	(1) Sim Resultado:(1) Normal (2) Alterado (88) Sem Registro (2) Não	Entrevista () Cartão da Cça ()
23. Realizou o Teste da Orelhinha	(1) Sim Resultado:(1) Normal (2) Alterado (88) Sem Registro (2) Não	Entrevista () Cartão da Cça ()
24. Realizou o Teste do Olhinho	(1) Sim Resultado:(1) Normal (2) Alterado (88) Sem Registro (2) Não	Entrevista () Cartão da Cça ()
25. Realizou o Teste do Coraçãozinho	(1) Sim Resultado:(1) Normal (2) Alterado (88) Sem Registro (2) Não	Entrevista () Cartão da Cça ()
26. Os resultados dos testes estão anotados na carteira da Criança?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista () Cartão da Cça ()
Garantir o retorno das crianças para vacinações (conforme calendário) e controle de puericultura (mensal até sexto mês de vida).		
27. Vacinação ao NASCER (BCG e Hepatite B)	(1) Atualizado (2) Incompleto Por quê? _____	Entrevista () Cartão da Cça ()
28. Vacinação aos 2 meses (Pentavalente; Poliomielite/VIP; Pneumocócica 10; Rotavírus)	(1) Atualizado (2) Incompleto Por quê? _____	Entrevista () Cartão da Cça ()
29. Vacinação aos 3 meses (Meningocócica C)	(1) Atualizado (2) Incompleto Por quê? _____	Entrevista () Cartão da Cça ()
30. Vacinação aos 4 meses (Pentavalente; Poliomielite/VIP; Pneumocócica 10; Rotavírus)	(1) Atualizado (2) Incompleto Por quê? _____	Entrevista () Cartão da Cça ()

Assistir as gestantes, puérperas, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências e monitoramento dos casos de risco.		
55. Na primeira semana após o parto realizou consulta de revisão puerperal?	(1) Sim (responda questão 56 a 58) (2) Não, Por quê? _____ _____	Entrevista
56. <u>Se realizou</u> consulta de revisão puerperal na primeira semana após o parto qual o LOCAL?	(1) consulta agendada na UBS (2) Visita Domiciliar (3) consulta particular/convênio (4) outro..... (99) Não se aplica	Entrevista ()

<p>57. Se realizou consulta de revisão puerperal na primeira semana após o parto o PROFISSIONAL: (assinale mais de 1 opção se houver)</p>	<p>() examinou as mamas () examinou/fez a palpação do útero () examinou a incisão cirúrgica/ episiorrafia/ períneo () examinou os lóquios/sangramento () verificou os SSVV () orientou cuidados com a anticoncepção () orientou sono e repouso () orientou a ingestão de líquidos e alimentação () orientou atividade física () outro..... () agendou a próxima consulta (99) Não se aplica</p>	Entrevista ()
<p>58. Se realizou consulta de revisão puerperal na primeira semana após o parto qual PROFISSIONAL?</p>	<p>(1) Médico G.O. (2) Médico CG (3) Médico pediatra (4) Enfermeiro (5) Téc. enfermagem (6) ACS (7) Residente Enfermagem (8) outro _____ (99) Não se aplica</p>	Entrevista ()
<p>59. Foi prescrito suplementação vitamínica no puerpério?</p>	<p>(1) Sim (responda questão 60) (2) Não, Por quê? _____ _____ _____</p>	Entrevista
<p>60. SE prescrito suplementação vitamínica no puerpério descreva o motivo</p>	<p>_____ _____ _____</p>	Entrevista
<p>61. Para amamentar seu filho precisou tomar medicação para descer o leite?</p>	<p>(1) Sim Qual? _____ (2) Não</p>	Entrevista
<p>62. SE precisou tomar medicação para descer o leite conseguiu amamentar?</p>	<p>(1) Sim (2) Não Por quê? _____ _____ _____ (99) Não se aplica</p>	Entrevista
<p>63. Foi prescrito método para anticoncepção (evitar outra gravidez) na consulta revisão puerperal?</p>	<p>(1) Sim Qual? _____ (2) Não Por quê? _____ (3) Não fez consulta revisão puerperal</p>	Entrevista
<p>64. SE prescrito método para anticoncepção (evitar outra gravidez) na consulta de revisão puerperal quem indicou?</p>	<p>(1) indicação própria (2) Médico G.O. (3) Médico CG (4) Enfermeiro (5) Farmacêutico (6) outro _____ (99) Não se aplica</p>	Entrevista ()

Assistir as gestantes e puérperas, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências e monitoramento dos casos de risco.		
<p>65. Após o nascimento do bebê, como se auto avalia no que se refere as suas condições emocionais</p>	<p>(1) Calma (2) Ansiosa (3) Nervosa (4) Depressiva</p>	Entrevista
<p>66. Você sentiu um ou mais de um sinais e sintomas nestes seis meses após o parto? (Identificar e assinalar um ou mais dos sintomas comuns da depressão pós -parto)</p>	<p>(1) SIM (2) NÃO IDENTIFIQUE Quais: (1) Falta de interesse em si própria; (2) Perda de prazer; (3) Falta de energia e motivação; (4) Sentimentos de inutilidade e culpa; (5) Alterações no apetite ou peso; (6) Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. (7) Dormir mais ou menos do que o habitual; (8) Sentimentos negativos para com o bebê; (9) Achou que não iria dar conta de cuidar do bebê (Sentimentos de incompetência) (10) Falta de interesse no bebê; (11) Chorava sem motivo (12) Outros: _____</p>	

67. Se alteração das condições emocionais qual a CONDOTA DO PROFISSIONAL?	(1) encaminhar para especialista (psiquiatra, psicólogo, etc) (2) indicou medicação (3) indicou medicação e consulta com psicólogo (4) outra conduta _____ _____	Entrevista
68. NESTES primeiros 6 meses quantas consultas realizou após o parto na UBS?	(1) 1 consulta (2) 2 consultas (3) mais que 3 consultas (4) Nenhuma motivo _____ _____ _____	Entrevista ()
69. Se fez consultas, com quais profissionais (pode assinalar mais de 1)	(1) Médico G.O. (2) Médico CG (3) Enfermeiro (4) psicólogo (5) psiquiatra (6) outro _____ (99) Não se aplica	Entrevista ()
70. Nestes primeiros 6 meses apresentou algum problema de saúde após o parto?	(1) Sim, Qual? _____ (2) Não (VÁ para a questão	Entrevista ()
71. Se apresentou algum problema de saúde como foi resolvido ?	_____ _____ _____	Entrevista ()
72. Como avalia o acesso as consultas para você na UBS?	(1) Fácil (2) Difícil (3) Rápido (4) Demorado (5) Não Sabe (6) outro _____	Entrevista
73. Como você avalia o atendimento prestado a você na UBS ?	(1) Satisfeita (2) Insatisfeita (3) Não sabe	Entrevista

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido

Convido você para participar desta pesquisa intitulada “**Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança**”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR em 09 de maio de 2017 sob o número 2.053.304 CAAE: 67574517.1.1001.5231.

Precisaremos encontrar você em **4 momentos** para realizar **entrevista** na maternidade; visitando sua casa em 30 dias; **seis meses (entrevista gravada)** e **1 ano e 6 meses** após o parto. **Para visita-la iremos ligar e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade.**

Iremos perguntar sobre como foi o seu pré-natal, parto, puerpério e seguimento do seu filho após alta a maternidade. Em momento algum seu nome será divulgado, garantimos o sigilo e anonimato, visto que você será identificadacom a letra M (mãe/usuária) e numerada pela ordem das entrevistas (1, 2, 3, etc). Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, a preservar sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os possíveis riscos do estudo se referem a disponibilizar seu tempo e alguns desconfortos que pode ter durante aentrevista, porém poderá interromper sua participação a qualquer momento e esta decisão não irá interferir nos cuidados ofertados à você. Faremos o possível para auxiliá-la caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento para você, outras mulheres e crianças. Também faremos grupos de orientação ao final da pesquisa, para esclarecer suas dúvidas sobre saúde e prevenir futuros riscos em uma nova gestação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com **Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari**, moro na rua Joana Darc 99, meus telefones são 33222904 ou 999141138, email: ropimentaferrari@uel.br ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Em se tratando de menores de 18 anos informamos que esta pesquisa atende e respeita os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Federal nº8069 de 13 de julho de 1990, sendo eles: à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária. Garantimos também que será atendido o Artigo 18 do ECA: “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. Portanto, solicitamos a sua autorização para que ela participe desta pesquisa, bem como autorização do menor.

Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar a assistência das mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43)3371-4000.

<p>_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com minha participação voluntária na pesquisa descrita acima. Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____ PARA MENORES DE 18 ANOS</p>
<p>_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a participação da CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE sob minha responsabilidade na pesquisa descrita acima. Assinatura(ou impressão dactiloscópica): _____</p>



Caso o ADOLESCENTE SEJA MAIOR DE 12 ANOS, deverá constar o espaço abaixo para assinatura do menor.

<p>Assentimento Livre e Esclarecido do Adolescente _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em</p>
--

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do comitê de ética em pesquisa

	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP											
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA											
Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA											
Pesquisador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari											
Área Temática:											
Versão: 1											
CAAE: 67574517.1.1001.5231											
Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL											
Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA											
DADOS DO PARECER											
Número do Parecer: 2.053.304											
Apresentação do Projeto:											
Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários)tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.											
Objetivo da Pesquisa:											
Objetivo Primário:											
Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.											
Objetivo Secundário:											
Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde;											
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: LABESC - Sala 14</td> <td>CEP: 86.057-970</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Campus Universitário</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: PR</td> <td>Município: LONDRINA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (43)3571-5455</td> <td>E-mail: cep268@uel.br</td> </tr> </table>				Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970	Bairro: Campus Universitário		UF: PR	Município: LONDRINA	Telefone: (43)3571-5455	E-mail: cep268@uel.br
Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970										
Bairro: Campus Universitário											
UF: PR	Município: LONDRINA										
Telefone: (43)3571-5455	E-mail: cep268@uel.br										
Página 01 de 03											



Conselho de Ética em
Pesquisa envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Descrever a assistência no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança prestada nas Regionais de Saúde conforme os objetivos do Programa Rede Mãe Paranaense; Verificar a relação entre a organização da rede assistencial nas Regionais de Saúde e a adequação do cuidado no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança; Apreender a percepção da mulher sobre a assistência prestada nas Regionais de Saúde.

no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em visto o fato de que uma das estratégias de coleta de dados será entrevista com gravação, pode haver constrangimento da participante do estudo. Da mesma forma, caso tenham ocorridos eventos negativos na vivência do ciclo gravídico puerperal em análise, falar sobre o mesmo pode gerar desconforto emocional. Os pesquisadores se comprometem a acolher e tomar as providências cabíveis para cada caso específico, de acordo com o item V da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Benefícios:

A partir dos resultados obtidos do presente estudo espera-se que estes possam subsidiar propostas de ações que visam cumprir os objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense e, por conseguinte, que gestores favoreçam a oferta de recursos adequados e suficientes (materiais, estrutura e humanos) aos profissionais que prestam assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e criança nos diferentes níveis de cuidado que atenda as expectativas dos usuários, um direito de todos. Também que, no âmbito do ensino e pesquisa, instigue novas investigações na temática em outras Regionais de Saúde do Paraná, bem como em outros estados brasileiros. Haverá benefício direto às participantes por meio de orientações em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a avaliação da implementação de políticas na área de saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisas Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B

Autorização da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ofício nº 62/2017

Curitiba, 01 de março de 2017.

Prezada Senhora

Em resposta a Carta de Solicitação da Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem, que propõem estudo multicêntrico instituído: **“Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto puerpério e da criança”**, tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina.

Aprovo a realização do referido projeto, bem com informe do interesse desta Superintendência em ter conhecimento dos resultados do estudo, tão logo os mesmos estejam concluídos.

Atenciosamente


Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendente de Atenção à Saúde – SAS

Ilma. Senhora

Prof. Dr. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

