



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL de LONDRINA

---

FABIANA FONTANA MEDEIROS

**ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL À GESTAÇÃO DE ALTO  
RISCO NO SERVIÇO PÚBLICO E DESFECHOS MATERNOS**

---

Londrina  
2017

FABIANA FONTANA MEDEIROS

**ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL À GESTAÇÃO DE ALTO  
RISCO NO SERVIÇO PÚBLICO E DESFECHOS MATERNOS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Londrina  
2017

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

Medeiros, Fabiana .

AÇOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO SERVIÇO PÚBLICO E DESFECHOS MATERNOS / Fabiana Medeiros. - Londrina, 2017.  
54 f. : il.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Saúde da Mulher - Tese. 2. Cuidado Pré-natal - Tese. 3. Gravidez de alto risco - Tese. 4. Educação em saúde - Tese. I. Aparecida Maciel Cardelli, Alexandrina. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

FABIANA FONTANA MEDEIROS

**ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO  
NO SERVIÇO PÚBLICO E DESFECHOS MATERNOS**

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida  
Maciel Cardelli  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta  
Ferrari  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Deise Serafim  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 13 de dezembro de 2017.

## *DEDICATÓRIA*

*Primeiramente a Deus, por ter guiado meus passos nessa caminhada e tornar possível esta realização profissional.*

*Aos meus filhos Miguel e Sarah, meu esposo Elias e minha mãe Cleusa, pela dedicação e paciência ao estarem sempre ao meu lado nesta jornada.*

*Às mulheres que participaram e contribuíram com este estudo.*

## *AGRADECIMENTOS*

Agradeço a Deus pela oportunidade na realização deste grande sonho... Obrigada Senhor por mostrar o caminho e por estar comigo em todos os momentos....

À minha orientadora Profª Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, exemplo de profissional, pesquisadora e educadora. Agradeço pela oportunidade de realizar uma pesquisa tão grandiosa e estar próxima de alguém com tamanho conhecimento.

Um agradecimento especial à Profª Dra. Rosângela Pimenta, pela colaboração e dedicação nas etapas desta pesquisa, enriquecendo meu conhecimento.

À Profª Dra. Deise Serafim por aceitar o convite e integrar a banca desta defesa. É uma verdadeira honra contar com a contribuição de seu conhecimento para o aprimoramento deste trabalho.

Às Profª Dra. Maria do Carmo Haddad e Profª Dra. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi pela contribuição na realização deste sonho, sou muito grata por tê-las na minha formação.

A minha mãe Cleusa e meu esposo Elias pela força e incentivo, por doarem parte de vocês na concretização deste sonho, sem vocês jamais conseguiria...

Aos meus filhos Miguel e Sarah por ajudar a mamãe e dar brilho nesta caminhada...

A minha amiga e irmã Milena Lago pelo estímulo, mostrando a possibilidade de lutar, proporcionando força no momento mais delicado da minha vida...

À minha companheira de todas as horas Izabel Dayana de Lemos Santos, obrigada pelo apoio e por estar comigo nesta caminhada, sua companhia foi muito importante para me dar força... estamos juntas sempre...

Aos meus amigos do mestrado, em especial Geisa Marcela Perdigão e Viviane Vidotti, que tornaram esta caminhada mais divertida.

À todos familiares e amigos que estiveram comigo, torcendo e compreendendo a importância desta concretização.

Ao grupo de pesquisa participante da coleta de dados, o trabalho de vocês foi fundamental na construção deste trabalho.

Meu sincero agradecimento.

*“Recria tua vida, sempre, sempre.  
Remove pedras e planta roseiras e faz doces.  
Recomeça.”*

***Cora Coralina***

MEDEIROS, Fabiana Fontana. **Acompanhamento pré-natal à gestação de alto risco no serviço público e desfechos maternos**. 2017. 54 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto saudável, sem impacto para a saúde materna. **OBJETIVO:** Analisar o acompanhamento pré-natal à gestação de alto risco no serviço público e os desfechos maternos. **MÉTODOS:** Estudo transversal analítico aninhado a uma coorte prospectiva. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2016 e agosto de 2017, em uma maternidade pública no Sul do Brasil, durante internação de 319 puérperas, por meio de instrumento semiestruturado para transcrição dos registros do cartão pré-natal e entrevista. Realizou-se análise dos dados por meio do Teste Qui-quadrado ( $p \leq 0,05$ ). **RESULTADOS:** A adequação do pré-natal foi alta (74%); 22,6% intermediária; 6,1% ineficiente. O pré-natal teve alta cobertura (100%), início precoce (79,9%) e realização de seis ou mais consultas (91,2%), porém (77,4%) não receberam informação sobre doença gestacional, patologia específica (81,2%) e resultados de exames (69,3%). Houve significância estatística entre a qualidade do pré-natal e o local da realização do pré-natal ( $p=0,005$ ), cidade que ocorreu o pré-natal ( $p=0,003$ ), início do pré-natal ( $p=0,0001$ ), número de consultas realizadas ( $p=0,0001$ ), número de ultrassonografia realizada no primeiro trimestre ( $p=0,0001$ ), idade gestacional na primeira ultrassonografia ( $p=0,0001$ ), coleta de citologia oncótica ( $p=0,0001$ ), orientação de qual hospital buscar em emergência ( $p=0,046$ ) e intervalo entre a última consulta de pré-natal e parto ( $p=0,031$ ). **CONCLUSÕES:** Evidenciou-se a necessidade de implementação de protocolo específico à gestação de alto risco, assim como, educação continuada às equipes e inclusão da enfermeira obstetra na atenção primária e secundária do serviço de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher. Cuidado Pré-natal. Gravidez de alto risco. Educação em saúde.

MEDEIROS, Fabiana Fontana. **Prenatal follow-up to high-risk gestation in the public service and maternal outcomes.** 2017. 54 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Prenatal follow-up aims to ensure the development of gestation, allowing healthy childbirth without impact on maternal health. **OBJECTIVE:** To analyze prenatal care for high-risk gestation in the public service and maternal outcomes. **METHODS:** Cross-sectional, analytical study nested with a prospective cohort. Data were collected between October 2016 and August 2017, in a public maternity hospital in the south of Brazil, during the hospitalization of 319 postpartum women, through a semi-structured instrument for transcription of prenatal card records and interview. Data were analyzed using the chi-square test ( $p \leq 0.05$ ). **RESULTS:** Prenatal adequacy was high (74%); 22,6% intermediate; 6,1% inefficient. Prenatal care had high coverage (100%), early onset (79,9%) and six or more consultations (91,2%), but (77,4%) did not receive information about gestational disease, specific pathology (81,2%) and test results (69,3%). There was statistical significance between prenatal quality and the place of prenatal care ( $p=0,005$ ), prenatal city ( $p=0,003$ ), prenatal start ( $p=0,0001$ ), number of visits ( $p=0,0001$ ), number of ultrasound performed in the first trimester ( $p=0,0001$ ), gestational age at the first ultrasound ( $p=0,0001$ ), collection of oncotic cytology ( $p=0,0001$ ), orientation of which hospital to seek emergency ( $p=0,046$ ) and interval between the last prenatal visit and delivery ( $p=0,031$ ). **CONCLUSIONS:** It was evidenced the need to implement a protocol specific to high risk gestation, as well as continuing education to the teams and inclusion of the obstetrician nurse in primary and secondary health care.

**Keywords:** Women's health. Prenatal care. High risk pregnancy. Health education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Distribuição de registros dos exames e anotações da carteira no pré-natal de alto risco. Londrina, PR, 2017 .....	23
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição das mulheres segundo características socioeconômicas, demográficas e histórico obstétrico. Londrina, PR, 2017 .....	20
<b>Tabela 2</b> – Distribuição das mulheres segundo cuidados e orientações no pré-natal de alto risco. Londrina, PR, 2017 .....	21
<b>Tabela 3</b> – Distribuição do registro na carteira de pré-natal sobre os cuidados realizados e o relato da realização do cuidado pelas mulheres. Londrina, PR, 2017.....	24
<b>Tabela 4</b> – Distribuição da qualidade do pré-natal segundo algumas características deste seguimento. Londrina, PR, 2017 .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimento Cardíaco Fetal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização ao Parto e Nascimento
PNH	Programa Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
RMP	Rede Mãe Paranaense
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
AU	Altura Uterina
IG	Idade Gestacional
PA	Pressão Arterial
AF	Apresentação Fetal
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDO</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>
<b>2.4</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>2.5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>36</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>42</b>
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	43
	APÊNDICE B – Termo de Sigilo e Confidencialidade.....	45
	APÊNDICE C – Instrumento de Registro de Dados.....	47
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>51</b>
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa .....	52
	ANEXO B – Autorização da Instituição do Estudo .....	54

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

No Brasil, a assistência pré-natal conquistou um aumento significativo na cobertura nos últimos anos. Desde 1995 o número de gestantes sem nenhuma consulta pré-natal passou de 11% para apenas 2% em 2010. Neste mesmo período, a proporção de gestantes com sete ou mais consultas aumentou de 49% para 61% (BRASIL, 2011).

Mesmo com o aumento da cobertura da assistência pré-natal, identificam-se problemas na qualidade do cuidado, conforme procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde (DOMINGUES et al., 2015). A baixa adequação na atenção pré-natal é evidente nos municípios brasileiros no decorrer da última década, diante das falhas assistenciais no número de consultas e insuficiência nos procedimentos realizados (NUNES et al., 2016).

O Ministério da Saúde instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo ampliação do acesso, incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

A assistência pré-natal adequada com a detecção e intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, plano de vinculação da gestante à maternidade, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, com potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

O pré-natal adequado contribui para resultados favoráveis durante a gestação, com a realização de consultas regulares. Realização de procedimentos básicos como exames clínicos e laboratoriais, permitindo detecção e tratamento adequado de fatores de risco que podem trazer complicações para a saúde materna e infantil (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015).

A prevenção de agravos e redução da mortalidade materna não serão alcançadas sem a superação das barreiras ao diagnóstico precoce da gravidez, com início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação (VIELLAS et al., 2014).

Considerando a necessidade de organização e melhoria da qualidade de atenção à saúde na gestação de alto risco, instituiu-se princípios e diretrizes para a organização nos serviços de saúde, definindo critérios em sua implantação e habilitação

dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluindo a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2013).

A atenção ao pré-natal de alto risco deve ser realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres (BRASIL, 2013). O atendimento especializado durante a gravidez é uma das intervenções mais adequadas na prevenção de agravos maternos (FEKADU; REGASSA, 2014).

Buscar a equidade e a qualidade da assistência pré-natal foi o princípio norteador do PHPN. Entretanto, observa-se que nos últimos anos, não se alcançou em sua totalidade a garantia desse princípio. Além do comprometimento da qualidade oferecida, prevalece ainda iniquidade dessa assistência. As mulheres mais fragilizadas continuam sendo as que recebem assistência pré-natal de pior qualidade (GOUDARD et al., 2016).

Evidencia-se a necessidade de qualificar os serviços de saúde, com objetivo de oferecer ao indivíduo uma assistência de qualidade, por profissionais qualificados, favorecendo a redução da mortalidade materna e neonatal (ARANTES et al., 2014).

Diante disso, a presente pesquisa é um recorte de uma coorte prospectiva a qual realizou o segmento da assistência a mulheres desde o puerpério imediato até o puerpério tardio e foi composta por três etapas. A primeira etapa ocorreu durante a internação hospitalar em uma maternidade para alto risco gestacional no período de pós-parto; a segunda etapa ocorreu por meio de contato telefônico 10 dias após o parto para mulheres que já haviam recebido alta, ou entrevista no hospital para aquelas que permaneciam internadas e, na terceira etapa, contato telefônico com 42 dias pós-parto.

O manuscrito desta dissertação apresenta os resultados da primeira fase da coorte, caracterizando-se como estudo transversal, cujo objetivo geral foi analisar o acompanhamento pré-natal à gestação de alto risco no serviço público e os desfechos maternos.

Propõe-se como hipótese que o acompanhamento pré-natal à gestante de alto risco é insuficiente, tanto na atenção primária, como no seguimento do serviço referenciado, fazendo com que sua qualidade seja desfavorável.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, Rayssa Basilio et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 245-254, Abr/Jun. 2014. Disponível em:<[http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22718/pdf\\_174](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22718/pdf_174)>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de informática do SUS - DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). 2011. Disponível em:<<http://tbnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html). Acesso em: 27 out. 2017.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 37, n. 3, p. 140-147, mar. 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 out. 2017.

FEKADU, Melaku; REGASSA, Nigatu. Skilled delivery care service utilization in Ethiopia: analysis of rural-urban differentials based on national demographic and health survey (DHS) data. **African Health Sciences**. v. 14, n. 4, p. 974-984, Dez. 2014. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4370080/>. Acesso em: 27 out. 2017.

GOUDARD, Marivanda Julia Furtado et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1227-1238, abr. 2016. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000401227&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401227&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 27 out. 2017.

MELO, Emiliana Cristina; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; MATHIAS, Thais Aidar Freitas. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev Esc Enferm USP**, Bandeirantes, v. 49, n. 4, p.540-549, abr. 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt\\_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2017.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 252-261, jun. 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016#B3](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016#B3)>. Acesso em: 27 out. 2017.

## 2. ESTUDO

### 2.1 INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase determinante na vida da mulher, no entanto pode ser um período de sofrimento quando não é desejável, ou quando eventos adversos comprometem a gravidez causando problemas de saúde ou até mesmo morte materna (FEKADU; REGASSA, 2014).

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto do recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive com abordagem de aspectos psicossociais e atividades educativas. A assistência pré-natal pode ser considerada um importante indicador de prognóstico ao nascimento e os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são considerados um indicador da qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2012).

A qualidade da assistência pré-natal nos serviços do SUS pode ser compreendida com os parâmetros que compõem o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos e a Rede Cegonha que tem como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no país (MARTINELLI et al., 2014; BRASIL, 2000; BRASIL, 2012).

O Brasil teve um aumento da cobertura da assistência pré-natal, entretanto identifica-se problemas na qualidade do cuidado, conforme procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde (DOMINGUES et al., 2015).

Ainda que a avaliação da qualidade do pré-natal seja vista por meio de critérios que julgam o acesso, também deve-se considerar não somente o número de consultas ou idade gestacional de início do pré-natal, mas também a adequação do conteúdo da assistência prestada (POLGLIANE et al., 2014).

As baixas taxas de adequação do processo pré-natal, nos diversos níveis; podem resultar em desfechos indesejáveis como nascimento de crianças prematuras, além de contribuir para a mortalidade materna e perinatal (MARTINELLI et al., 2014).

Logo, devido a importância da assistência qualificada ao pré-natal, objetivou-se com este estudo analisar o acompanhamento pré-natal à gestação de alto risco no serviço público e os desfechos maternos.

## 2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico aninhado à uma coorte prospectiva sobre adequação do pré-natal de alto risco. O estudo foi realizado em uma maternidade pública do sul do Brasil, a qual é referência para parto de alto risco. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2016 a agosto de 2017.

Para o cálculo amostral foi considerado o número de 1.447 atendimentos no ano de 2015, com a média mensal de 121 mulheres, margem de erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, sendo definido o tamanho amostral de 319 mulheres, utilizando fórmula de Baretta (2012). Foram incluídas mulheres internadas na maternidade em estudo que estivessem no puerpério imediato, sem comprometimento cognitivo e que apresentassem ao menos um critério de near miss materno estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2011). Foram excluídas mulheres que estivessem internadas para submeter-se a abortamento ou tratamento gestacional.

Near miss materno refere-se a uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez. Near miss materno pode ser definido a mulher que sobrevive a uma condição ameaçadora à vida (ANVISA, 2014).

Os critérios de inclusão de *near miss* materno são definidos pela OMS como: **Complicações maternas graves:** hemorragia pós-parto grave, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, sepse ou infecção sistêmica grave, rotura uterina e complicações graves do abortamento; **intervenções críticas ou uso da unidade de terapia intensiva:** internação em unidade de terapia intensiva, radiologia intervencionista, laparotomia e uso de hemoderivados e **condições ameaçadoras à vida:** disfunção cardiovascular, disfunção respiratória, disfunção renal, disfunção hematológica ou/da coagulação, disfunção hepática, disfunção neurológica e disfunção uterina (BRASIL, 2011).

A coleta de dados seguiu três etapas sequenciais: identificação das mulheres segundo critérios de near miss materno, consulta e transcrição dos registros do cartão pré-natal, prontuário hospitalar e entrevista no pós-parto durante a internação hospitalar. Utilizou-se para o registro das informações instrumento semiestruturado com dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos. A coleta

e entrevistas foram realizadas diariamente na instituição até a composição da amostra proposta.

Como referencial teórico metodológico utilizou-se a proposta de adequação de Coutinho et al. (2010). Os autores avaliaram o atendimento às gestantes de risco habitual ou intermediário e de alto risco, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), classificando a assistência pré-natal como adequada, intermediária ou inadequada, de acordo com os registros no cartão da gestante, considerando adequado, o atendimento pré-natal que cumpriu todos os seguintes critérios: início anterior a 14 semanas gestacionais; seis ou mais consultas; número mínimo de cinco ou mais registros de altura uterina (AU), idade gestacional (IG), pressão arterial (PA) e peso materno; quatro ou mais registros de batimento cardio fetal (BCF); dois ou mais registros de apresentação fetal (AF) e quanto aos exames laboratoriais básicos um registro de tipagem sanguínea (ABO-Rh), hemoglobina e hematócrito (Hb/Htc) e dois registros de glicemia, venereal disease research laboratory (VDRL) e urina tipo 1 (EAS) (COUTINHO et al., 2010).

Classifica-se a inadequação na ocorrência de uma das seguintes condições: início do pré-natal após 27 semanas de gestação; duas ou menos consultas; duas ou menos anotações de AU, IG, PA, peso materno e BCF ou nenhum registro da AF e nenhuma anotação de exame laboratorial. As demais associações definem a adequação do processo de atendimento como intermediária (COUTINHO et al., 2010).

Seguindo a adequação de Coutinho et al. (2010), as variáveis de adequação do pré-natal foram adaptadas para qualidade pré-natal eficiente e não eficiente. Considerou-se como dicotômica eficiente a assistência pré-natal adequada, e a dicotômica não eficiente para o pré-natal intermediário e inadequado.

Os dados foram digitados e analisados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Foram analisados por meio do teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ( $p \leq 0,05$ ) entre as variáveis independentes e a dependente eficiente e não eficiente.

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL). Com parecer: 1.757.596, CAAE: 59935716700005231.

## 2.3 RESULTADOS

A maioria das puérperas caracterizaram-se como gestantes em idade reprodutiva favorável (70,5%), com companheiro (86,8%), residindo em zona urbana (92,5%), escolaridade ensino médio (55,8%), com atividade não remunerada (55,2%) e com renda familiar de mais de três salários mínimos (49,3%). Mais da metade das mulheres tinham intervalo interpartal maior que dois anos (53%) e não planejaram a gravidez (56,1%) (Tabela 1).

**Tabela 1**

Distribuição das mulheres segundo características socioeconômicas, demográficas e histórico obstétrico. Londrina, PR, 2017.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
14-19	35	11,0
20-35	225	70,5
36 e mais	59	18,5
<b>Raça</b>		
Branca	182	57,0
Parda	95	29,8
Negra	42	13,2
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	277	86,8
Sem companheiro	42	13,2
<b>Localidade de residência</b>		
Zona rural	24	7,5
Zona urbana	295	92,5
<b>Cidade de origem</b>		
Londrina	190	59,6
Outra cidade	129	40,4
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	91	28,5
Ensino médio	178	55,8
Ensino superior	49	15,4
<b>Condição de ocupação</b>		
Remunerada	143	44,8
Não remunerada	176	55,2
<b>Renda familiar*</b>		
Até 1 salário mínimo	49	15,4
De 2 a 3 salários mínimos	115	35,3
Mais de 3 salários mínimos	155	49,3
<b>Paridade</b>		
Primípara	122	38,2
Secundípara	105	32,9
Múltipara	92	28,8
<b>Intervalo interpartal</b>		
< 2 anos	39	12,2
≥ 2 anos	169	53,0
<b>A gravidez foi planejada</b>		

Sim	140	43,9
Não	179	56,1
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>

\*Base do salário mínimo no ano de 2017 - R\$980,00

A grande maioria das mulheres (87,5%) conheciam o motivo do encaminhamento para gestação de alto risco; não visitaram a maternidade no pré-natal (91,5%) e continuaram acompanhadas pela UBS (81,2%) (Tabela 2).

Quanto à educação em saúde, mais da metade (64,3%) não recebeu orientação sobre aleitamento materno; desenvolvimento fetal (73%); tipo de parto (76,5%); uso de medicação (69,6%); e resultados de exames (69,3%). A grande maioria das gestantes não recebeu informação sobre doença gestacional (77,4%); educação sexual (87,1%); prática de atividade física na gestação (85,6%) e acompanhamento puerperal (88,1%). A maioria das mulheres (85,6%) recebeu informação sobre qual hospital buscar em caso de emergência (Tabela 2).

**Tabela 2**

Distribuição das mulheres segundo cuidados e orientações no pré-natal de alto risco. Londrina, PR, 2017.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>CUIDADOS</b>		
<b>Conhecimento sobre motivo do encaminhamento para gestação de alto risco</b>		
Sim	279	87,5
Não	12	3,8
<b>Visita à maternidade</b>		
Sim	22	6,9
Não	292	91,5
<b>Acompanhamento na UBS</b>		
Sim	259	81,2
Não	42	13,2
<b>ORIENTAÇÕES</b>		
<b>Orientação sobre aleitamento materno</b>		
Sim	114	35,7
Não	205	64,3
<b>Orientação sobre desenvolvimento fetal</b>		
Sim	86	27,0
Não	233	73,0
<b>Orientação sobre tipo de parto</b>		
Sim	75	23,5
Não	244	76,5
<b>Orientação sobre uso de medicação</b>		
Sim	97	30,4
Não	222	69,6
<b>Orientação sobre doença gestacional</b>		
Sim	72	22,6
Não	247	77,4
<b>Orientação sobre educação sexual</b>		
Sim	41	12,9

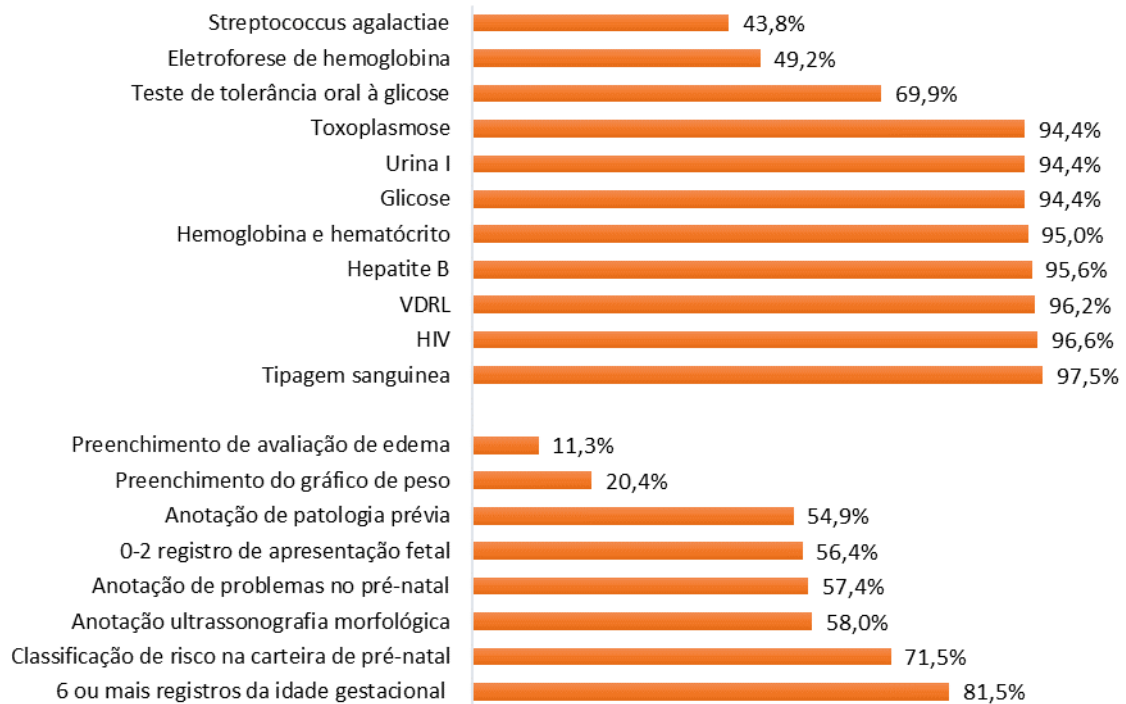
Não	278	87,1
<b>Orientação sobre atividade física</b>		
Sim	46	14,4
Não	273	85,6
<b>Orientação sobre resultados de exames</b>		
Sim	98	30,7
Não	221	69,3
<b>Orientação sobre acompanhamento puerperal</b>		
Sim	38	11,9
Não	281	88,1
<b>Orientação sobre qual hospital buscar em caso de emergência</b>		
Sim	273	85,6
Não	25	7,8
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>

A classificação de risco das mulheres, esteve presente em 71,5% na carteira de pré-natal. Mais da metade (57,4%) continha anotação sobre problemas no pré-natal, patologia prévia (54,9%); ultrassonografia morfológica (58,0%); e 6 ou mais registros da idade gestacional (81,5%) na carteira de pré-natal. Entretanto, a grande maioria (79,6%) não apresentou preenchimento do gráfico de peso e avaliação do edema (88,7%); e 56,4% apresentaram somente até dois registros da apresentação fetal (Figura 1).

Quanto aos exames realizados anotados em carteira de pré-natal, mais da metade das mulheres (56,2%) não apresentaram o registro da realização do exame *Streptococcus agalactiae*, teste de tolerância oral à glicose (30,1%) e eletroforese de hemoglobina (50,8%) (Figura 1).

**Figura 1**

Distribuição de registros dos exames e anotações da carteira no pré-natal de alto risco. Londrina, PR, 2017.



A totalidade da amostra realizou pré-natal, sendo que 79,9% o iniciaram antes da 14<sup>a</sup> semana de idade gestacional e 91,2% realizaram seis ou mais consultas. Grande maioria das mulheres (98,7%) verificou-se BCF; AU (98,7%); peso materno (98,4%); PA (98,7%); e (89,0%) relataram não ter sido realizado o exame de mamas na consulta pré-natal (Tabela 3). A hipertensão (39,8%); diabetes mellitus (23,8%); pré-eclampsia (16,3%); e obesidade (9,4%) foram comorbidades presentes na amostra em estudo. Vale ressaltar que quanto ao estilo de vida 80,6% das mulheres eram sedentárias.

**Tabela 3**

Distribuição do registro na carteira de pré-natal sobre os cuidados realizados e o relato da realização do cuidado pelas mulheres. Londrina, PR, 2017.

Variável	Registro na Carteira de Pré-Natal		Relato da Mulher	
	n	%	n	%
<b>Início do pré-natal</b>				
<14ª semanas	255	79,9	259	81,2
14ª a 27ª semanas	54	16,9	49	15,4
>27ª semanas	4	1,3	4	1,3
<b>Número de consultas</b>				
0-2	1	0,3	17	5,3
3-5	23	7,2	21	6,6
6 ou mais	291	91,2	269	84,3
<b>Ausculata (BCF)</b>				
Sim	315	98,7	305	95,6
Não	4	1,3	8	2,5
<b>Verificação (AU)</b>				
Sim	315	98,7	306	95,9
Não	4	1,3	9	2,8
<b>Verificação peso materno</b>				
Sim	314	98,4	309	96,9
Não	5	1,6	10	3,1
<b>Verificação (PA)</b>				
Sim	315	98,7	308	96,6
Não	4	1,2	7	2,2
<b>Verificação vacina antitetânica</b>				
Sim	271	85,0	283	88,7
Não	48	15,0	36	11,3
<b>Verificação vacina hepatite B</b>				
Sim	237	74,3	272	85,3
Não	82	25,7	47	14,7
<b>Verificação vacina influenza A (H1N1)</b>				
Sim	206	64,6	240	75,2
Não	113	35,4	79	24,8
<b>Realização exame de mamas</b>				
Sim	35	11,0	95	29,8
Não	284	89,0	219	68,7
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>

100% das mulheres do estudo realizaram o pré-natal.

Quanto ao pré-natal, encontrou-se 74% de adequação; 22,6% foram classificados como intermediários e 3,4% inadequados.

Em relação ao seguimento pré-natal, 21,3% foram atendidas na atenção primária e, encaminhadas para o ambulatório de alto risco no final da gestação, para realização do parto. Entretanto, 78,7% dos atendimentos ocorreram concomitantemente na atenção primária e secundária, sendo este último em ambulatório especializado para gestação de alto risco, apresentando 82,6% de eficiência; encontrou-se 32,5% de ineficiência na atenção primária. Houve

associação estatisticamente significativa entre o local da realização e a qualidade do pré-natal ( $p=0,005$ ). O risco de atendimento pré-natal ineficiente para as mulheres deste estudo, na atenção primária, foi 64% maior do que na atenção primária associada a atenção secundária. Também verificou-se diferença estatística entre a cidade na qual se realizou o pré-natal e a qualidade do pré-natal ( $p=0,003$ ). Mulheres que realizaram pré-natal em outros municípios tiveram 54% maior probabilidade de eficiência no seguimento do que aquelas que realizaram em Londrina (Tabela 4).

Não houve significância estatística entre tempo de espera para acompanhamento de alto risco com o desfecho qualidade pré-natal ( $p=0,210$ ). Porém, 18,1% das mulheres aguardaram até 1 semana para início do acompanhamento de alto risco. Houve significância estatística entre o início do pré-natal e qualidade pré-natal ( $p=0,0001$ ). A grande maioria (92,3%) que iniciou o pré-natal antes de 14 semanas de IG teve seguimento eficiente. O número de consultas também associou-se com a qualidade do pré-natal ( $p=0,0001$ ); 99,2% das mulheres que realizaram 6 ou mais consultas tiveram pré-natal eficiente. Já inseridas no pré-natal, a coleta de citologia oncótica apresentou diferença estatística significativa ( $p=0,0001$ ) (Tabela 4).

Houve associação estatística significativa entre o número de ultrassonografias no primeiro trimestre ( $p=0,0001$ ); idade gestacional do primeiro ultrassom ( $p=0,0001$ ) e qualidade pré-natal. Quanto maior o número de ultrassonografias realizadas no primeiro trimestre, melhor eficiência no pré-natal. Por outro lado, quanto maior a idade gestacional na realização da 1ª ultrassom, maior o declínio na eficiência do pré-natal (Tabela 4).

Houve diferença estatística significativa entre o intervalo da última consulta pré-natal para o parto ( $p=0,031$ ); orientação sobre qual hospital buscar durante emergência ( $p=0,046$ ) e a qualidade pré-natal. Mulheres com intervalo da última consulta e o parto entre 16-30 dias tiveram 21% de risco de ineficiência no pré-natal; e a não orientação para procura do hospital de referência determinou 25% de ineficiência na qualidade do pré-natal (Tabela 4).

Tabela 4

Distribuição da qualidade do pré-natal segundo algumas características deste seguimento. Londrina, PR, 2017.

Variável	Qualidade do pré-natal Eficiente		Qualidade do pré-natal Não Eficiente		Total		OR	p valor*
	n	%	n	%	n	%		
<b>Local de realização do pré-natal</b>								
Atenção primária	41	17,4	27	32,5	68	21,3	0,436	0,005
Atenção secundária e Atenção primária	195	82,6	56	67,5	251	78,7		
<b>Cidade de realização do pré-natal</b>								
Londrina	91	38,6	48	57,8	139	43,6	0,458	0,003
Outros municípios do Paraná	145	61,4	35	42,2	180	56,4		
<b>Tempo de espera para acompanhamento de alto risco</b>								
Até 1 semana	41	21,1	17	29,8	58	23,1	-	0,210
Acima de 1 semana	153	78,9	40	70,2	193	76,9		
<b>Início do pré-natal</b>								
<14ª semana	216	92,3	39	49,4	255	81,5		
14ª - 27ª semana	18	7,7	36	45,6	54	17,3	-	0,0001
>27ª semana	-	-	4	5,1	4	1,3		
<b>Número de consultas realizadas</b>								
6 ou mais	234	99,2	57	72,2	291	92,4		
0-2	-	-	1	1,3	1	0,3		0,0001
3-5	2	0,8	21	26,6	23	7,3		
<b>Número de ultrassonografia no 1º trimestre</b>								
1	113	47,9	37	44,6	150	47,0		
2 ou mais	100	42,4	22	26,5	122	38,2	-	0,0001
Sem registro	23	9,7	24	28,9	47	14,7		
<b>Idade gestacional na 1ª ultrassonografia</b>								
Até 14ª semana	193	81,8	47	56,6	240	75,2	-	
15ª a 27ª semana	26	11,0	22	26,5	48	15,0		0,0001
Acima de 27ª semana	-	-	3	3,6	3	0,9		
<b>Coleta de citologia oncótica</b>								
Colhido menos de 1 ano	61	25,8	31	37,8	92	28,9		
Colhido no pré-natal	91	38,6	39	47,6	130	40,9	-	0,0001
Não realizado	84	35,6	11	14,6	95	30,2		
<b>Participação em grupo de gestante</b>								
Sim	60	25,4	15	18,1	75	23,5	-	
Não	176	74,6	68	81,9	244	76,5		0,174
<b>Orientação de qual hospital buscar em emergência</b>								
Sim	185	78,4	56	67,5	241	75,5	1,749	0,046
Não	51	21,6	27	32,5	78	24,5		
<b>Intervalo entre última consulta e parto</b>								
0-15 dias	213	90,3	67	80,7	280	87,8	2,212	0,031
16 dias e mais	23	9,7	16	19,3	39	12,2		
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>319</b>	<b>100,0</b>		

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

\*\*n=319

## 2.4 DISCUSSÃO

Estudos mostram o aumento da cobertura da atenção pré-natal em todo o país nos últimos dez anos, no entanto, a qualidade do pré-natal tem se encontrado inadequada. Entre os fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal destacam-se, a não realização dos exames laboratoriais de rotina, procedimentos básicos recomendados, prescrições e orientações durante as consultas (NUNES et al., 2016; VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015).

A presente pesquisa apontou que a qualidade do pré-natal foi influenciada pelo seguimento assistencial do serviço de saúde, pela cidade na qual foi realizado, seu início, número de consultas, número de ultrassonografias no primeiro trimestre, idade gestacional na primeira ultrassonografia, coleta de citologia oncótica, orientação sobre hospital referência para emergência e intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto.

A caracterização social e demográfica das mulheres neste estudo, em relação à idade, situação conjugal e escolaridade foi semelhante à encontrada em outros estudos, com predomínio de gestantes em idade reprodutiva favorável, com companheiro e ensino médio (SANTOS et al., 2017; MORAIS et al., 2017; VIELLAS et al., 2014). Por outro lado, a renda familiar ficou acima da encontrada em outras pesquisas (SANTOS et al., 2017; MORAIS et al., 2017).

Segundo IBGE (2016) no Brasil, ainda observa-se desigualdade de renda. Apesar do arrefecimento nos últimos anos, mantém-se conseqüente, a população permanece segmentada por cor ou raça. Pretos ou pardos representavam, em 2015, 54% do total da população, destes, 75,5% das pessoas com os 10% menores rendimentos (contra 23,4% de brancos), ao mesmo tempo em que foram apenas 17,8% das pessoas no 1% com os maiores rendimentos (contra 79,7% de brancos).

Estudo que avaliou o acesso e a utilização dos serviços de pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) comprovou a relação da cor da pele branca, maior escolaridade, viver com companheiro e estar na primeira gestação ao início precoce da assistência pré-natal (DOMINGUES et al., 2013).

Por outro lado, o início tardio do pré-natal está relacionado a mulheres com maior risco social e reprodutivo, por não desejarem a gravidez, não saberem que estão grávidas, não reconhecerem a importância do pré-natal ou por dificuldades de acesso aos serviços. Como conseqüência, há menor acesso às

consultas e procedimentos considerados mínimos, contribuindo para ocorrência de desfechos negativos (DOMINGUES et al., 2013). Na população deste estudo a gravidez não planejada não teve relação com início tardio do pré-natal, e mesmo não sendo planejada, a gestação foi bem aceita pelo casal. Porém, vale ressaltar a ocorrência da falha pessoal no planejamento reprodutivo, apesar da vulnerabilidade inerente a gestação de risco e seus possíveis agravos.

A alta prevalência da gravidez não planejada, se opõe ao fato do uso crescente de métodos anticoncepcionais, como proposta eficaz na redução do número de gestações que não deveriam acontecer. Este aspecto deve ser considerado na avaliação de programas de planejamento familiar. A elevada ocorrência de gravidez não planejada, sobretudo entre aquelas com maiores riscos de complicações durante a gestação e o parto, indica a necessidade de se estabelecer programas de saúde à atenção desta população (PRIETSCH et al., 2011).

Considera-se gestação de alto risco, situações nas quais a saúde da mulher é acometida por complicações relativas a doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, parto ou puerpério, geradas por fatores orgânicos, ou socioeconômicos e demográficos desfavoráveis. A gestante de risco deve ser encaminhada ao serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem desde o momento do encaminhamento até o final da gestação, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde, assegurando atendimento adequado em tempo oportuno. A avaliação de risco deve ocorrer individualmente durante anamnese, com reavaliação do risco gestacional em todas as consultas do pré-natal (BRASIL, 2013).

Vale reforçar que mesmo encaminhando a gestante a outro nível de atenção, a equipe de saúde da unidade básica, continua responsável pelo cuidado a esta gestante. Compete às equipes de Atenção Primária à Saúde, o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto. A Unidade de Saúde deve informar a gestante e referenciá-la para o serviço hospitalar que realizará o parto, e esta informação deve constar na Carteira da Gestante. Cabe à unidade de atenção primária entrar em contato com o serviço hospitalar, programando uma visita guiada, da gestante e do acompanhante, no hospital, sendo que esta visita deve acontecer até o 6º mês de gestação (PARANÁ, 2013). O conhecimento das mulheres sobre o encaminhamento para a gestação de alto risco foi satisfatório,

ocorrendo continuidade no acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde. Semelhante a outro estudo (PEDRAZA, 2016) observou-se grande proporção de mulheres que não visitaram a maternidade durante o acompanhamento pré-natal.

Acredita-se que a visita à maternidade no pré-natal, pode não estar ocorrendo, devido ao profissional não identificar a importância da visita, fato este que pode estar sendo influenciado pela equipe, instituição e organização da equipe. Ainda que a vinculação das gestantes à maternidade de referência para atenção ao parto esteja regulamentada desde 2007 (*Lei nº 11.634* de 27 de dezembro de 2007) e seja uma recomendação da Rede Cegonha, na integração dos serviços de atenção pré-natal e ao parto, almejando o acolhimento das parturientes e a garantia de leito para internação, melhorias são necessárias, objetivando evitar a peregrinação das gestantes, ainda frequentes em muitos locais do país (VIELLAS et al., 2014).

Um estudo nacional sobre indicadores da qualidade no pré-natal, evidenciou que dentre as orientações recebidas, a amamentação exclusiva é a mais oferecida. O estudo ressaltou que as orientações associam-se com idade materna, quanto maior a faixa etária, maiores as proporções de orientações recebidas e em relação a renda, mulheres de mais baixa renda receberam menos orientações durante o pré-natal. Outro dado evidenciado foi a relação quanto ao porte do município, quanto maior, maiores as prevalências de orientações fornecidas às gestantes durante o pré-natal (TOMASI et al., 2017). Diferente da presente pesquisa, Londrina apresentou pré-natal ineficiente.

Os principais cuidados realizados no pré-natal estão direcionados ao exame físico, sendo eles, peso materno, pressão arterial, altura uterina e ausculta do batimento cardio fetal (COUTINHO et al., 2010; TOMASI et al., 2017; VALENTE et al., 2013). Observou-se que entre os cuidados realizados no presente estudo, as informações no pré-natal foram insuficientes, sendo direcionadas às situações de emergência e realização de exame físico. O acompanhamento pré-natal, deve atingir as necessidades individuais da mulher, com escuta ativa, identificação de dúvidas e medos.

Vale ressaltar que estas orientações são de extrema importância para o acompanhamento adequado deste grupo específico. Nesse sentido, torna-se evidente a baixa adequação da atenção pré-natal nos municípios brasileiros, nos últimos anos. Falhas assistenciais, sejam elas em termos quantitativos, como, o

número de consultas e procedimentos realizados de forma insuficiente ou em termos qualitativos, como, falhas no conteúdo das consultas de pré-natal, além das divergências existentes entre o que é preconizado pelos órgãos de saúde nacionais e os protocolos estaduais e/ou municipais (NUNES et al., 2016).

O fornecimento de orientações não implica custos para o SUS, sendo unicamente dependente da atitude dos profissionais. Diante desta temática, é questionável se a formação profissional pode estar escassa ou se a falta de tempo durante a jornada, caracterizada pelo cumprimento de metas estabelecidas pela gestão, podem estar comprometendo a qualidade do serviço (TOMASI et al., 2017).

A realização de grupos de gestantes pode ser um recurso valioso, por ser um forte canal de orientação. Entretanto, para a amostra em estudo, esta ação de saúde não foi implementada durante o pré-natal. Acredita-se que o enfermeiro, ao conduzir atividades em grupo, consiga atingir um número importante de mulheres em um único momento, sendo esta estratégia educativa benéfica a saúde da gestante, contribuindo com a eficácia do pré-natal.

A sobrecarga de atividades do enfermeiro pré-natalista pode ser amenizada com a participação de outros profissionais da equipe de saúde na condução do grupo de gestantes, como nutricionista, farmacêutico, assistente social, odontólogo, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e o médico. Esses profissionais, muitas vezes, fazem parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF pode contribuir com as Equipes de Saúde da Família na estruturação de planos de ação, contemplando os objetivos do Plano Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), de forma interdisciplinar e no formato de apoio matricial, proporcionando subsídio no pré-natal qualificado, inclusive para os casos de risco não habitual (BRASIL, 2010).

O acesso e a disponibilidade de profissionais para a assistência obstétrica têm se ampliado, porém ainda observam-se muitas lacunas na qualidade da prestação de serviços, principalmente no sentido da garantia da integralidade e da singularização do cuidado, conforme as necessidades da população brasileira. Identifica-se no cotidiano dos serviços, a fragmentação das ações e sua organização incipiente para operarem na lógica das linhas de cuidado, além de fragilidade na rede, quanto aos processos de acompanhamento da mulher no pré-natal, parto e pós-parto, nas ações do planejamento reprodutivo e saúde sexual (BRASIL, 2014a).

Semelhante a outro estudo, a cobertura de exames preconizados realizados no pré-natal foi satisfatória (DOMINGUES et al., 2015). Porém, verificou-se que os exames realizados com menor frequência foram para a detecção de *Streptococcus agalactiae*, o teste de tolerância oral à glicose e eletroforese de hemoglobina.

O protocolo municipal de Londrina, preconiza a realização do exame *Streptococcus agalactiae* entre 35<sup>a</sup>- 37<sup>a</sup>. semanas de idade gestacional; o teste de tolerância a glicose entre 24<sup>a</sup>.-28<sup>a</sup>. semanas e a eletroforese de hemoglobina na primeira consulta do pré-natal (LONDRINA, 2016). Pode-se inferir que por se tratar de gestantes de alto risco, muitas delas poderiam evoluir para parto prematuro, não atingindo a idade gestacional para realização do exame. Quanto à eletroforese de hemoglobina, trata-se de um exame que, talvez, muitos profissionais não tenham conhecimento da sua inclusão na rotina do pré-natal desde dezembro/2013. Com o protocolo estabelecido, é fundamental a capacitação dos profissionais responsáveis para garantir a realização dos exames quando preconizados.

O acompanhamento ao pré-natal da amostra em estudo, realizado na atenção secundária, concomitante a atenção primária, demonstrou qualidade eficiente. Pode-se inferir que o nível de qualidade encontrado foi determinado por fatores como, estar estruturado em ambulatório de risco; acesso a insumos necessários para este seguimento; disponibilidade de exames específicos; e profissionais preparados para atender este grupo populacional.

A cidade na qual o pré-natal foi realizado também foi determinante na qualidade deste cuidado. Mulheres que realizaram pré-natal na atenção básica de outros municípios do Paraná, apresentaram maior qualidade no acompanhamento. Este fato pode estar sendo determinado pela sobrecarga de trabalho dos profissionais que prestam o serviço de pré-natal no município de Londrina, assim como, pela maior demanda do serviço quando comparada a outros municípios. De qualquer maneira, esta evidência apontada no presente estudo, necessita de maior aprofundamento para seu real entendimento.

A demanda dos serviços públicos de saúde vem aumentando a cada dia, ocasionando o acúmulo de atividades e sobrecarga de trabalho profissional e o pré-natal é uma das atividades desempenhadas pelo enfermeiro. Assumir este cuidado, pressupõe, além da consulta de enfermagem, o planejamento e elaboração de instrumentos que avaliem o atendimento recebido e a discussão destes com

gestores de modo a favorecer sua implantação, garantindo melhor qualidade pré-natal (WISNIEWSKI; GRÓSS; BITTENCOURT, 2014).

Estudo que analisou a assistência pré-natal utilizando dados da pesquisa nascer no Brasil, verificou que a maioria das consultas de pré-natal foram realizadas pelo profissional médico (VIELLAS et al., 2014). Segundo publicação do Ministério da Saúde, não há comprovação científica efetiva que apresente comparações sobre desfechos adversos entre gestantes acompanhadas no pré-natal de baixo risco com médico generalista ou gineco-obstetra, sendo oferecido no serviço de baixo risco acompanhamento com enfermeiro, intercalado ao acompanhamento do médico generalista (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal realizada por enfermeiros ainda é restrita no Brasil. Estudo apresenta maior concentração deste profissional no Norte e Nordeste e entre mulheres indígenas e afirma que, provavelmente, a atuação do enfermeiro se deve à menor disponibilidade de médicos nessas regiões, particularmente nas cidades do interior. O estudo ainda evidencia que quanto maior a idade da gestante e sua escolaridade, maior a proporção de atendimento por médicos (VIELLAS et al., 2014).

A atuação do enfermeiro capacitado não é dependente da presença ou não do profissional médico nos diversos níveis assistenciais e nas diversas áreas de abrangência do SUS, e sim da falta de conhecimento dos gestores, sobre a formação que o enfermeiro tem para assistir à mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, inclusive diminuindo os indicadores negativos que envolvem este período de sua vida reprodutiva. Vários estudos comprovam este fato (RIOS; VIEIRA, 2007; BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011; XIMENES NETO, et al., 2008).

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2012).

Este estudo comprovou adequação da cobertura pré-natal, semelhante a outros estudos (ALVES et al., 2016; VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015) resultando em um pré-natal eficiente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consultas no pré-natal deve ser igual ou superior a seis. Atenção especial deve ser dispensada às grávidas com maiores riscos, onde as consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 a 36

semanas e semanais no termo. Vale ressaltar que não existe alta do pré-natal, devendo manter-se a consulta até o momento do parto (BRASIL, 2012).

Estudos mostram que o início precoce do pré-natal é determinante para o acesso adequado ao serviço de saúde. O início tardio do pré-natal acarreta em maior probabilidade de eventos adversos (NTUI et al., 2014). Verificou-se no presente estudo que poucas gestantes foram encaminhadas para acompanhamento de alto risco logo após seu diagnóstico. Tendo em vista que tais mulheres poderiam desenvolver complicações, o encaminhamento deveria ter acontecido o mais breve possível.

Ressalta-se que a avaliação e estratificação de risco da gestação, devem acontecer na primeira e demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (PARANÁ, 2013).

Não encontrou-se na literatura nacional estudo que demostre o benefício do número de ultrassons realizados e sua relação com a qualidade do pré-natal. O Ministério da Saúde, recomenda para o pré-natal de baixo risco, realização do exame de ultrassom como rotina nos locais onde esteja disponível, no início da gestação e afirma que a não realização da ultrassonografia não constitui omissão e não diminui a qualidade do pré-natal (BRASIL, 2005). No pré-natal de alto risco o pedido de ultrassonografia é determinado pelo ambulatório de alto risco, de acordo com a necessidade clínica individual de cada gestante.

Um dos critérios para avaliação fetal, é o registro diário da movimentação fetal (RDMF), entretanto o exame não determina conduta. Diante de um resultado anormal, deve ser realizado outro teste mais específico; como a prova simplificada de aceleração cardíaca fetal, realizada com sonar ou estetoscópio de Pinard, com estímulos mecânicos ou auditivos. Se o teste for normal, não há necessidade de novos exames. A prova de aceleração cardíaca fetal, por ser um método de triagem, não pode determinar conduta definitiva. Diante de um resultado anormal, o teste deve ser seguido por outro teste mais específico de avaliação fetal, como cardiotocografia anteparto de repouso e parâmetros ultrassonográficos (BRASIL, 2010).

Nas gestações de alto risco, acredita-se que o exame de ultrassom possa ser uma ferramenta para diagnóstico de possíveis agravos, durante toda a gestação. Exemplo concreto e atual é o acompanhamento dos casos de Zika diagnosticados no Brasil e que ainda estão em fase de aproximação do conhecimento sobre os

possíveis desdobramentos durante a gravidez e após a mesma (ROOSECELIS et al., 2016; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016).

Vale ressaltar que houve um percentual significativo de ineficiência no pré-natal entre as mulheres que não tinham informação na caderneta de gestante sobre a realização de ultrassom no primeiro trimestre. A falta de registros na carteira pré-natal é algo que pode interferir na qualidade deste cuidado. Este documento é um importante meio de comunicação entre as equipes para melhor assistência.

O aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal envolve o adequado registro no cartão da gestante para diagnóstico do risco gestacional, capacitação técnica continuada dos profissionais da saúde, bem como o cumprimento das normas técnicas pré-estabelecidas e comprometimento com as necessidades da população (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013).

Notou-se também que a realização da primeira ultrassonografia até a 14ª semana gestacional apontou para o pré-natal eficiente, mostrando mais uma vez que o início precoce do pré-natal, favorece a realização precoce da ultrassonografia e, conseqüentemente, possíveis diagnósticos em tempo hábil.

A investigação das práticas básicas do pré-natal, é sugerida por alguns autores que afirmam que apesar de fazerem parte da rotina, nem sempre são executadas (SANTANA; SANTOS; MACHADO, 2013).

A coleta de citologia oncótica é um exemplo desta situação e foi verificada no presente estudo, também apontando a qualidade eficiente do pré-natal. A gravidez pode ser um período para realização de exames preventivos. Estudos mostram que o exame ginecológico é o exame menos realizado na assistência pré-natal (TOMASI et al., 2017).

O exame Papanicolaou é de extrema importância na diminuição de morbimortalidade feminina por câncer colo do útero. É um exame de baixo custo, fácil de ser aplicado, sem nenhum ônus e prejuízo para a paciente. A gravidez representa uma boa oportunidade para prevenção deste tipo de câncer, tendo em vista que as gestantes comparecem com maior frequência à Unidade de Saúde.

Observou-se no presente estudo, que a última consulta do pré-natal ocorreu no período de até 15 dias antes do parto, sendo determinante na eficiência do pré-natal. Notou-se também, que quanto maior o intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto, o pré-natal foi ineficiente. O final da gestação é o período no qual pode haver maior probabilidade de intercorrências obstétricas, devendo a gestante

ser acompanhada com frequência, finalizando seu seguimento quando esta for admitida na maternidade para realização do parto (BRASIL, 2014b).

No pré-natal de alto risco, a periodicidade das consultas é determinada pela equipe responsável, de acordo com as necessidades e prioridades de cada gestante. A equipe de saúde, que realiza o seguimento da gestação de alto risco, deve considerar; avaliação clínica, avaliação obstétrica, repercussões entre as condições clínicas da gestante e a gravidez, determinação da via de parto, aspectos emocionais e psicossociais (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar, que a gestante encaminhada para o alto risco e que mantém o acompanhamento na atenção primária, é atendida na UBS como as gestantes de baixo risco, onde o agendamento da consulta é programado mensalmente. O intervalo entre as consultas no pré-natal de baixo risco deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíacos (BRASIL, 2000).

A orientação sobre qual hospital procurar em caso de emergência, resultou no pré-natal eficiente. Estudos mostram ser baixa a proporção de gestantes orientadas sobre a maternidade de referência à internação para o parto (DOMINGUES et al., 2015; VIELLAS et al., 2014). Uma das falhas encontradas no acompanhamento pré-natal deve-se à precariedade na articulação entre os serviços de assistência pré-natal e ao parto (VIELLAS et al., 2014).

Vale ressaltar a escassez de material verificada sobre como deve ser o pré-natal na gestação de alto risco. Acredita-se que esta lacuna prejudica a organização e implementação deste cuidado.

## **2.5 CONCLUSÃO**

A qualidade do pré-natal entre as mulheres deste estudo foi influenciada pelo local, isto é, cidade de realização do pré-natal, início do pré-natal, número de consultas realizadas, número de ultrassonografia realizada no primeiro trimestre, idade gestacional na primeira ultrassonografia, coleta de citologia oncológica, orientação de qual hospital buscar em emergência e intervalo entre a última consulta de pré-natal e parto.

Diante destes achados, a adequação do pré-natal foi satisfatória, porém identificou-se lacunas a serem trabalhadas na organização da atenção pré-natal de alto risco, assim como na assistência propriamente dita, almejando qualificação no acompanhamento. A falta de orientação às gestantes foi um dado importante, que ressalta a necessidade de que as equipes que realizam o pré-natal de alto risco, revejam suas práticas educativas.

Para o alcance da qualidade assistencial ao pré-natal, gestores de saúde devem proporcionar valorização aos profissionais pré-natalistas; assim como, educação continuada para aperfeiçoamento das equipes interdisciplinares e inclusão da enfermeira obstetra na atenção primária e secundária do serviço de saúde. Sugere-se a implementação de protocolos específicos à gestação de alto risco, a fim de alcançar efetividade na assistência pré-natal. Como limite deste estudo, aponta-se o caráter transversal que avaliou o objeto por um determinado tempo. Entretanto, as informações são representativas e podem servir como base para novos estudos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vanessa Monfardini et al. Qualidade da assistência pré-natal numa Unidade Básica de Saúde do município de Juiz de Fora - MG. **Journal of Management and Primary Health Care**. v. 7, n. 1, p. 153-153, 2016. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica//index.php/jmphc/articloe/view/495/Qualidade>>. Acesso em: 28 out. 2017.

ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal** : segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : ANVISA, 2014. Disponível em:<<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BARBOSA, Thiago Luis de Andrade; GOMES, Ludmila Mourão Xavier; DIAS, Orlene Veloso. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm**. Minas Gerias, v. 16, n. 1, p. 29-35. Jan./Mar. 2011. Disponível em:<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21108/13934>>. Acesso em 02 nov. 2017.

BARETA, P.A. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320 p.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf). Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>. Acesso em: 02 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**, 2011. Disponível em: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=407-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss-2&Itemid=219&lang=em](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=407-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss-2&Itemid=219&lang=em). Acesso em 01 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html). Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 465p. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 29 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf>. Acesso em 30 out. 2017.

COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 11, p. 563-569, nov. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n11/v32n11a08.pdf>>. Acesso em 28 out. 2017.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 37, n. 3, p. 140-147, mar. 2015. Disponível em:<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 953-965, Dec. 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013004000953&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013004000953&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

FEKADU, Melaku; REGASSA, Nigatu. Skilled delivery care service utilization in Ethiopia: analysis of rural-urban differentials based on national demographic and health survey (DHS) data. **African Health Sciences**. v. 14, n. 4, p. 974-984, Dez. 2014. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4370080/>>. Acesso em: 27 out. 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 146p. Disponível em:<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em 02 dez. 2017.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em Saúde/** Eni do Carmo de Souza, Marcos André da Silva (col.)...[ et all] – 2. ed. – Londrina : SMS. 2016. 434 p. Disponível em:<[http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec\\_Saude/protocolos\\_clinicos\\_saude/manual\\_cuidado\\_pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_pri\\_maria\\_saude.pdf](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_Saude/protocolos_clinicos_saude/manual_cuidado_pre-natal_puerperio_atencao_pri_maria_saude.pdf)>. Acesso em 30 out. 2017.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, [online]. v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

MORAIS, Adriana Oliveira Dias de Sousa et al . Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma

abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, Jul. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000605012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 out. 2017.

NTUI, Asundep N. et al. Antenatal Care Attendance, a Surrogate for Pregnancy Outcome? The Case of Kumasi, Ghana. **Maternal and child health journal**, v. 18, n.5, p. 1085–1094, Jul. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034862/>>. Acesso em: 27 out. 2017.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 252-261, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

OLIVEIRA, Consuelo Silva; VASCONCELOS, Pedro Fernando Costa. Microcephaly and Zika vírus. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 2. p. 103-105, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n2/pt\\_0021-7557-jped-92-02-0103.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n2/pt_0021-7557-jped-92-02-0103.pdf)>. Acesso em: 06 nov. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Caderno de atenção no pré-natal risco habitual**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf6.pdf>>. Acesso em 29 out. 2017.

PARIS, Gisele Ferreira; PELLOSO, Sandra Marisa; MARTINS, Martha. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Paraná, v. 35, n. 10, p. 447-52, Out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf>>. Acesso em 28 out. 2017.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina grande, Paraíba. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.460-467, Out. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-460.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2017.

POÇAS, Kátia Crestine; FREITAS, Lúcia Rolim Santana; DUARTE, Elisabeth Carmen. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 275-284, Jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000200275&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200275&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 30 out. 2017.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares et al . Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 1999-2010, Jul. 2014 . Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000701999&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701999&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 01 nov. 2017.

PRIETSCH, Silvio Omar Macedo et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 10, p. 1906-1916, Out. 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001000004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000004)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, Mar.-Abr.2007. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/630/63012221.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

ROOSECELIS, Brasil Martines et al. *Notas de las prácticas de campo: Evidencia de infección por el virus del Zika en el cerebro y tejido placentario de dos recién nacidos infectados congénitamente y dos fetos muertos*, Brasil, 2015. **Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad**. v. 65, n.6. p. 65-66, Fev. 2016. Disponível em:<[https://esp.panol.cdc.gov/enes/mmwr/volumes/65/wr/mm6506e1.htm?s\\_cid=mm6506e1.htm?s\\_cid=mm6506e1\\_w&mobile=nocontent](https://esp.panol.cdc.gov/enes/mmwr/volumes/65/wr/mm6506e1.htm?s_cid=mm6506e1.htm?s_cid=mm6506e1_w&mobile=nocontent)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

SANTANA, Eyre Oliveira; SANTOS, Mônica; MACHADO, Izadora Lisbôa Dantas. A importância da realização do papanicolaou em gestantes: uma revisão de literatura. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracajú, n. 17, p. 39-48, Out. 2013. Disponível em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/viewFile/581/534>>. Acesso em: 29 out. 2017.

SANTOS, José Gilmar Costa et al. Peso materno em gestantes de baixo risco na atenção pré-natal. **International Journal of Nutrology**., Sergipe, v.10, n.2, p. 05-15, Jan / Abr. 2017. Disponível em:< <http://www.abran.org.br/RevistaE/index.php/IJNutrology/article/viewFile/266/219>>. Acesso em 28 out. 2017.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 33, n. 3, Abr. 2017. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017000305001&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000305001&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 28 out. 2017.

VALENTE, Mayenne Myrcea Quintino Pereira et al. Prenatal care: a look at the quality. **Rev Rene**. v. 12, n. 2, Out. 2013. Disponível em:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/177>>. Acesso em: 01 out. 2017.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016#B3](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016#B3)>. Acesso em: 27 out. 2017.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al . Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, Out. 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-7167008000500011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-7167008000500011&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

WISNIEWSKI, Danielle; GRÓSS, Gleisy; BITTENCOURT, Rosely. A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência pré-natal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 177-182, Abr/Jun. 2014. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/408/40833375005.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “**Gestação de Alto Risco**: situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e infantil”

Prezada Sr<sup>a</sup>.

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “**Gestação de Alto Risco: situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e infantil**”, a ser realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é conhecer a experiência vivenciada no seu período de gestação, parto e pós-parto, para melhorar a qualidade do atendimento. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma por entrevista durante sua internação e cópia de alguns dados do seu prontuário, em dez dias faremos contato telefônico para saber como você e seu bebê estão e com 42 dias faremos uma visita em sua casa para acompanhar seu pós-parto e seu bebê.

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, de modo a preservar a 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 a entrevista, 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 comigo. Meu nome é Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, moro na rua Tupi 329, meus

telefones é 33047475 ou 91107207, email: macielalexandrina@gmail.com, 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.

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

---

Pesquisador / RG

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

---

Participante da pesquisa

APÊNDICE B  
Termo de Sigilo e Confidencialidade

Eu Prof<sup>a</sup>. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli e as mestrandas Izabel Dayana de Lemos Santos e Fabiana Fontana Medeiros, brasileiras, casadas, docente e alunas de pós-graduação- Mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, assumimos o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**Gestação de Alto Risco**: Situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal” a que tiver acesso nas dependências do Colegiado de Enfermagem do Centro de Ciência da Saúde, sub-unidade CCS e na PROGRAD, unidade UEL.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;

2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;

3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;

4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas,

desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada. A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_.

---

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**

**Enf<sup>a</sup> Izabel Dayana de Lemos Santos**

**Enf<sup>a</sup> Fabiana Fontana Medeiros**

Docente e alunas de pós-graduação- Mestrado em enfermagem da  
Universidade Estadual de Londrina

Cel: (43) 991107207

**APÊNDICE C**  
**Instrumento de Registro de Dados**

<b>I. Aspectos Sócio-Demográficos</b>			
<b>1.</b> Idade:	_____ anos.		Entrevista
<b>2.</b> Raça:	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena		Entrevista
<b>3.</b> Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro		Entrevista
<b>4.</b> Localidade de residência:	(1) Zona rural (2) Zona urbana		Entrevista
<b>5.</b> Cidade:	_____		Entrevista
<b>6.</b> Número de filhos:	(1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) Mais que 4		Entrevista
<b>7.</b> Escolaridade:	(1) Analfabeta ( <i>até 4 anos de estudo</i> ) (2) Ensino fundamental completo ( <i>8 anos</i> ) (3) Ensino fundamental incompleto (4) Ensino médio completo ( <i>11 anos</i> ) (5) Ensino médio incompleto (6) Ensino superior completo (7) Ensino superior incompleto		Entrevista
<b>8.</b> Condição de Ocupação: Se atividade	(1) Remunerada Qual atividade exerce? _____. (2) Não remunerada		Entrevista
<b>9.</b> Renda familiar	R\$ _____		Entrevista
<b>II. Dados Obstétricos</b>			
<b>10.</b> Nº de gestações anteriores:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
<b>11.</b> Nº de partos normais:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
<b>12.</b> Nº de cesarianas:	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais	(1) (3) (2) (4)	CPN/ Entrevista
<b>13.</b> Nº Aborto	(1) <b>SIM</b> (2) <b>NÃO</b> Nº. _____ IG: _____. Complicações (1) Sim <b>Qual?</b> _____. (2) Não.	(1) (2)	CPN/ Entrevista
<b>14.</b> Intervalo entre uma gestação e outra?	(1) < 1 ano (2) 1 a 2 anos (3) > 2 anos (4) não se aplica		Entrevista
<b>III. Antecedentes clínicos</b>			
<b>15.</b> Antecedentes Clínicos anteriores a gestação atual ( <i>near miss</i> ):	(1) HAS. (2) DM. (3) Cardiopatia. (4) Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia. (5) Doença Tireoide (6) Lúpus eritematoso (7) Infecção do trato urinário. (8) Doença Mental. (9) Distúrbios de coagulação. (10) Outro Qual? _____.		Entrevista
<b>IV. Assistência Pré-Natal de Risco (gestação atual)</b>			
<b>16.</b> Realizou Pré-Natal	(1) Sim (2) Não <b>Por quê?</b>		Entrevista

	_____	
<b>17.</b> Local que realizou o pré-natal	(1) UBS (2) Convênio /particular (3) UBS + convenio/particular (4) UBS + ambulatório especializado (5) Outro <b>Qual?</b> _____	Entrevista
<b>18.</b> Procedência	UBS Londrina _____ Outra cidade (cidade/ local PN) _____ Outro estado _____ (99) não se aplica	Entrevista
<b>19.</b> Você sabe por que foi encaminhada para acompanhamento de gestação de alto risco?	(1) Sim (2) Não <b>Qual?</b> _____	Entrevista
<b>20.</b> Tempo de espera para início do acompanhamento ambulatorial:	_____ Dias	Entrevista
<b>21.</b> Visitou a maternidade na rotina do pré-natal?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
<b>22.</b> Classificação de risco da gestante está presente no cartão de pré-natal?	(1) Sim (2) Não	Cartão de pré-natal
<b>23.</b> Você continuou sendo acompanhada pela UBS de origem, mesmo depois do encaminhamento para alto risco?	(1) Sim (2) Não <b>Por quê?</b> _____	Entrevista
<b>24.</b> A gravidez foi planejada?	(1) O casal queria (2) Só a mulher queria (3) Só o homem queria (4) O casal não queria	Entrevista
<b>25.</b> A gravidez está sendo aceita?	(1) Está sendo bem aceita pelo casal (2) Está sendo aceita por apenas um do casal (3) Não está sendo bem aceita <b>Por quê?(para 2 e 3)</b> _____	Entrevista
<b>26.</b> Ultrassonografia Morfológica:	(1) sim (2) não (88) sem registro	(1) (2) CPN/ Entrevista
<b>27.</b> N° USG realizada no 1° trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro Motivo da realização de 1 e mais USG _____	(1) (2) (3) CPN/ Entrevista
<b>28.</b> N° USG realizada no 2° trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro Motivo da realização de 1 e mais USG _____	(1) (2) (3) CPN/ Entrevista
<b>29.</b> N° USG realizada no 3° trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais (4) sem registro <b>Motivo</b> da realização de 1 e mais USG _____	(1) (2) (3) CPN/ Entrevista
<b>30.</b> Idade gestacional pela USG:	_____ semanas. (88) sem registro	Cartão de pré-natal
<b>31.</b> Consulta de odontologia:	(1) 1 (2) 2 (3) 3 ou mais (4) nenhuma consulta <b>se 4 por que?</b> _____	Entrevista
<b>32.</b> Você pratica exercício físico?	(1) <b>SIM</b> (2) <b>NÃO</b> (1) uma vez na semana (2) duas vezes na semana (3) três ou mais vezes na semana	Entrevista

<b>33.</b> Durante o pré-natal participou de grupos de gestantes	(1) Sim <b>Local</b> _____ (2) Não <b>Por quê?</b> _____		Entrevista
<b>34.</b> Durante a gestação buscou qual (is) fonte de informação sobre a gravidez/parto/bebê (assinale 1 ou mais)	(1) <b>SIM</b> (2) <b>NÃO</b> (1) Internet (2) mãe/sogra (3) amigas (4) programa TV (5) livro/revistas (6) não buscou pois já tinha experiência anterior (gravidez anterior) (7) com enfermeiro (8) com médico (9) outro profissional de saúde (10) Outro. <b>Qual?</b> _____		Entrevista
<b>35.</b> Adequação do processo de atendimento do pré-natal:	(1) Adequado (2) Intermediário (3) Inadequado		Fabiana Izabel
<b>36.</b> Início do PN:	(1) < 14ª sem. (2) 14ª - 27ª sem. (3) > 27ª sem.	(1) (2) (3)	CPN/ Entrevista
<b>37.</b> Nº de consultas:	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) (2) (3)	CPN/ Entrevista
<b>38.</b> BCF	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>39.</b> Anotação de Altura Uterina	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>40.</b> Peso materno	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>41.</b> Pressão arterial:	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>42.</b> Exame das mamas:	(1) Presente (2) Não realizou (88) S/ registro	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>43.</b> Anotação de Idade Gestacional	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais		Cartão de pré-natal
<b>44.</b> Apresentação fetal	(1) 0 a 2 (2) 3 a 5 (3) 6 ou mais		Cartão de pré-natal
<b>45.</b> Preenchimento do gráfico de controle de peso:	(1) Sim (2) Não		Cartão de pré-natal
<b>46.</b> Preenchimento de avaliação de edema:	(1) Sim (2) Não		Cartão de pré-natal
<b>47.</b> Tipagem ABO	(1) 1 registro (2) não coletou (88) S/registro		CPN/ Entrevista
<b>48.</b> Peso corporal.	Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: (88) S/registro		CPN/ Entrevista

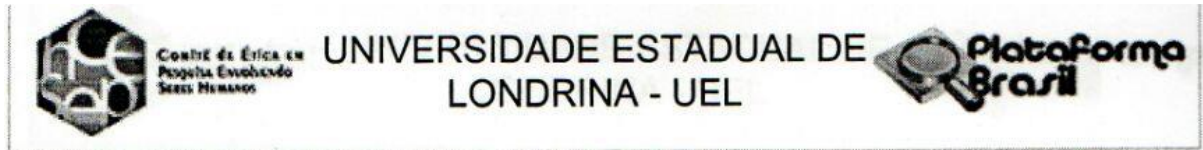
<b>49.</b> Glicemia	(1) 1 ou 2 registro (2) não coletou (88) S/registro	CPN/ Entrevista
---------------------	---	-----------------

<b>50.</b> VDRL	<b>(1) SIM (2)NÃO</b> <b>Qual trimestre?</b> _____		CPN/ Entrevista
<b>51.</b> Hemoglobina (Hb)/ Hematócrito (Ht)	(1) 1 registro (2) não coletou (88) S/registro		CPN/ Entrevista
<b>52.</b> Urina I	(1) 1 ou 2 registro (2) não coletou (88) S/registro		CPN/ Entrevista
<b>53.</b> Estreptococos Agalactae B	(1) Positivo (2) Negativo (3) Não coletou (88) S/ registro	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>54.</b> Coombs indireto	(1) Presente (2) S/ registro (99) não se aplica		CPN/ Entrevista
<b>55.</b> GTTs	(1) Presente (2) Não realizou (88) S/ registro	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>56.</b> HIV	<b>(1) SIM (2)NÃO</b> <b>Qual trimestre?</b> _____		CPN/ Entrevista
<b>57.</b> Hepatite B:	(1) Presente (2) Não coletou (88) S/ registro		CPN/ Entrevista
<b>58.</b> Toxoplasmose	(1) IgG ( ) Reagente ( ) Não reagente (2) IgM ( ) Reagente ( ) Não reagente (88) S/ registro		CPN/ Entrevista
<b>59.</b> Eletroforese de hemoglobina	(1) Presente (2) Não realizou (88) S/ registro (99) não se aplica		CPN/ Entrevista
<b>60.</b> Vacinação anti-tetânica:	(1) Sim (2) Não	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>61.</b> Vacinação hepatite B:	(1) Esquema correto (2) esquema incorreto	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>62.</b> Vacina de gripe:	(1) Sim (2) Não	(1) <b>sim</b> (2) <b>não</b>	CPN/ Entrevista
<b>63.</b> Coleta de Citologia Oncótica	(1) Colhido preventivo no pré-natal (2) Já havia colhido anterior a gravidez num período menor de 1 ano (3) Não realizou. <b>Por quê?</b> _____		Entrevista
<b>64.</b> Uso de ácido fólico e sulfato ferroso	(1) Sim (2) Não, <b>por quê?</b> _____		Entrevista
<b>65.</b> Orientações recebidas no pré-natal	(1) Aleitamento Materno (2) Alimentação durante a gestação/ Peso (3) Evolução da gravidez /Desenvolvimento do feto (4) Tipo de parto (5) Uso de medicação na gestação (6) Doenças na gestação (7) Patologia específica (8) Educação sexual e prevenção de DST (9) Atividade física durante a gestação (10) Mudanças físicas e emocionais na gravidez (11) Resultado de exames (12) Acompanhamento puerperal (13) Autocuidado (14) <b>Outro Qual?</b> _____		Entrevista
<b>66.</b> Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e parto?	(1) 0-15 dias (4) 46-60 dias (2) 16-30 dias (5) Mais que 60 dias (3) 31-45 dias	(1) (4) (2) (5) (3)	CPN/ Entrevista
<b>67.</b> Foi informada que hospital procurar em caso de emergência?	(1) Sim (2) Não <b>Qual?</b> _____		Entrevista

**ANEXOS**

## ANEXO A

## Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Gestação de Alto Risco: Situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal.

**Pesquisador:** Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 59935716.7.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.757.596

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado que pretende conhecer situações de near miss às quais a mulher e a criança são expostas no ciclo gravídico puerperal e quais barreiras foram aplicadas para evitar ou minimizar o dano. O estudo terá como referencial teórico metodológico a tríade proposta por Donabedian. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo. Será realizado no Município de Londrina no Paraná, em duas maternidades, sendo uma pública e outra filantrópica. A população do estudo será constituída por mulheres classificadas como de alto risco e acompanhadas exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra será constituída por 123 mulheres do hospital filantrópico e 216 do hospital público. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas no puerpério e transcrição de dados do prontuário. Análise dos dados será realizada no programa SPSS®, versão 20.0. A partir do conhecimento gerado por meio do diagnóstico que será realizado neste estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer situações de near miss às quais a mulher e recém-nascido são expostas no ciclo gravídico puerperal e quais barreiras foram aplicadas para evitar ou minimizar o dano.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Telefone:** (43)3371-5455

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.757.596

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/08/2016 00:17:08	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
---	-----------	------------------------	---	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 03 de Outubro de 2016

**Assinado por:**  
**Rosana Lopes**  
**(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 Instituição do Estudo



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA



PARANÁ  
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIRETORIA SUPERINTENDENTE  
**PARECER Nº210**  
**PROCESSO 17501.2016.56**

À Pesquisadora

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título: “GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: SITUAÇÕES DE NEAR MISS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL MATERNO E NEONATAL”, apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Departamento de Enfermagem – Mestrado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina;

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo.

Informamos que o nosso **parecer é favorável** à realização do projeto acima nominado, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

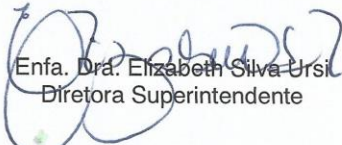
Atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL) para posterior operacionalização.

Conforme **Ofício Circular da Diretoria Superintendente do HU nº 214/2015**, a cópia do parecer de aprovação do CEP/UEL deverá ser apresentado à Chefia e/ou Gerente das unidades envolvidas antes do início da coleta de dados.

Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação da pesquisa.

Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Em 06/09/2016

  
Enfa. Dra. Elizabeth Silva Ursi  
Diretora Superintendente

*Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa Científica (CAPEC) do HU*

Fone: (43)3371-2301

e-mail: [pesquisahu@uel.br](mailto:pesquisahu@uel.br)

Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), Km 380-Fone (43) 3371-4000 -PABX – Fax 328-4440 – Caixa Postal 6001 – CEP 86051-990 – [www.uel.br](http://www.uel.br)  
Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 -V.Operária – Fone (43) 3371-2000 PABX- Fax 3337-7495-CEP 86038-440- [www.hu.uel.br](http://www.hu.uel.br)

LONDRINA – PARANÁ – BRASIL