



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANDRESSA LARISSA DIAS MÜLLER DE SOUZA

**EXTREMOS DE IDADE MATERNA:
ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL, PARTO, NASCIMENTO E
PUERPÉRIO EM DUAS REGIONAIS DE SAÚDE, PARANÁ**

ANDRESSA LARISSA DIAS MÜLLER DE SOUZA

**EXTREMOS DE IDADE MATERNA:
ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL, PARTO, NASCIMENTO E
PUERPÉRIO EM DUAS REGIONAIS DE SAÚDE, PARANÁ**

Exame de Defesa de Dissertação apresentado (a) 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. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Londrina
2018

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

Souza, Andressa Larissa Dias Müller.

Extremos de idade materna : assistência no pré-natal, parto, nascimento e puerpério em duas Regionais de Saúde, Paraná / Andressa Larissa Dias Müller Souza. - Londrina, 2018.
101 f. : il.

Orientador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, , 2018.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem obstétrica - Tese. 2. Cuidado pré-natal - Tese. 3. Gravidez na meia-idade - Tese. I. Ferrari, Rosângela Aparecida Pimenta. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. . III. Título.

ANDRESSA LARISSA DIAS MÜLLER DE SOUZA

EXTREMOS DE IDADE MATERNA:

ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL, PARTO, NASCIMENTO E
PUERPÉRIO EM DUAS REGIONAIS DE SAÚDE, PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Aparecida
Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel
Cardelli
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Adriana Zilly
Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
UNOESTE

Londrina, 17 de dezembro de 2018.

DEDICATÓRIA

A minha amada e saudosa mãe que não cessa de interceder por mim e ao meu companheiro Gustavo, pela paciência e incentivo constante para continuar trilhando esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar incríveis experiências e oportunidades, me auxiliando nessa jornada acadêmica.

Agradeço à minha família por acreditar em mim, me proporcionar apoio incondicional, incentivo na dedicação aos estudos e colaborar em todos os aspectos para a minha formação profissional.

Ao meu namorado, maravilhoso companheiro que me auxiliou na construção deste estudo, me incentivou diariamente a perseverar nesta caminhada, com muita paciência e amor, me proporcionou apoio em todos os aspectos e momentos.

À minha admirável orientadora, pelo apoio e dedicação desde o início da Residência em Enfermagem em Saúde da Criança até os dias atuais, por acreditar em mim, por colaborar na minha formação acadêmica, profissional e pessoal, por ser um exemplo de docente, enfermeira, mãe e mulher, jamais esquecerei seu exemplo de vida, seus conselhos, orientações e incentivo. Sou eternamente grata.

As minhas grandes amigas da vida, que a Unioeste e a UEL me proporcionaram conhecer, agradeço pela parceria, apoio, trocas de experiências e críticas construtivas ao longo dessa jornada acadêmica, principalmente à Isabela pelo apoio e auxílio, foram fundamentais para conclusão deste trabalho.

A todos os acadêmicos envolvidos na construção deste estudo, principalmente aos meus colegas de mestrado e de doutorado que participaram desta pesquisa e foram peças fundamentais para concepção deste estudo.

Também agradeço a banca examinadora pela disponibilidade de participar desta importante etapa, além de suas contribuições para essa dissertação.

Aos professores, mestres, doutores, que contribuíram para o meu crescimento e amadurecimento científico, como também construção de uma profissional enfermeira, docente, embasada em princípios científicos e metodologias ativas.

SOUZA, Andressa Larissa Dias Müller. **Extremos de idade materna:** assistência no pré-natal, parto, nascimento e puerpério em duas Regionais de Saúde, Paraná. 2018. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Objetivo: Analisar a assistência no pré-natal, parto, nascimento e puerpério nos extremos de idade materna, conforme preconizado pela Rede Mãe Paranaense em Regional de Saúde (RS) de fronteira e do interior do estado do Paraná. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, realizado na 9ª e 17ª RS, entre julho de 2017 e fevereiro de 2018, utilizando prontuário materno e infantil, Carteira de Saúde da gestante e da criança, e entrevista em maternidades públicas. Os dados foram analisados no SSPS[®], assumindo-se um nível de significância de $p < 0,05$, aplicou-se teste qui-quadrado e regressão logística. **Resultados:** O total das mulheres que compreendiam os extremos de idade foi 197, sendo 48,3% ≤ 18 anos e 51,7% ≥ 35 anos na 9ª RS, 58,2% ≤ 18 anos e 41,8% ≥ 35 anos na 17ª RS. As adolescentes tiveram menor renda, mais intervalo interpartal < 1 ano, menor adesão ao pré-natal, utilizaram mais terapias para o alívio da dor, ingestão de líquidos e alimentos no pré parto e mais episiotomia. As mulheres ≥ 35 anos apresentam maior escolaridade, ocupação remunerada, classificação de alto risco gestacional, presença de antecedentes clínicos e maior incidência de cesariana. A RS fronteira apresentou menos acompanhamento efetivo de pré-natal, com menos realização de exames preconizados pela Rede. Na atenção ao parto realizaram menos terapias não farmacológicas para alívio da dor, ausculta de batimento cardíaco fetal, contato pele a pele no pós-parto, maior frequência de amniotomia, episiotomia, testes de triagem neonatal, cobertura vacinal e auxílio nos primeiros cuidados com recém-nascido, já a regional do interior, suas gestantes tiveram mais doenças e intercorrências intraparto. **Conclusão:** Foram encontradas diferenças na assistência de saúde prestada aos extremos de idade materna, como também entre as RS, visto que, na regional fronteira o efetivo acompanhamento não ocorre, devido comportamento itinerante das mulheres da fronteira, como também por causa da crise política ocorrida nessa região, que afetou criticamente a assistência à saúde naquele período.

Palavras-Chave: Avaliação de programas e projetos de saúde. Idade materna. Cuidado pré-natal. Parto. Saúde na fronteira.

SOUZA, Andressa Larissa Dias Müller. **Extremes of maternal age:** assistance in prenatal care, delivery, birth and puerperium in two health regions, Paraná. 2018. 101 p. Dissertation (Master's degree in nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Objective: To analyze prenatal care, childbirth, delivery and puerperium at the extremes of maternal age, as recommended by the Rede Mãe Paranaense program in the Regional of Health (RS) in the border region and in the interior of the state of Paraná. **Method:** A quantitative cross-sectional study applied in the 9th and 17th RS, 2017 and February 2018, using the maternal-infant handbook, the Pregnant and Child Health Portfolio, and interview in public maternity hospitals. The data were analyzed in SSPS®, assuming a significance level of $p < 0.05$, applying chi-square test and logistic regression. **Results:** The total number of women comprehended the extremes of age was 197, 48.3% ≤ 18 years and 51.7% ≥ 35 years in the 9th RS, 58.2% ≤ 18 years and 41.8% ≥ 35 years in the 17th RS. The teenagers had lower income, higher occurrence of repeated pregnancy < 1 year, lower adherence to prenatal, used more pain relief therapies, ingestion of liquids and food in the prepartum and more episiotomy. Women ≥ 35 years of age, presented higher education, paid occupation, high gestational risk classification, presence of clinical history and a higher incidence of cesarean section. The border RS presented a lower effective prenatal follow-up, with less realization of exams recommended by the Rede. In childbirth care, lower use of non-pharmacological therapies for pain relief, auscultation of fetal heart rate, postpartum skin contact, increased frequency of amniotomy, episiotomy, neonatal screening tests, vaccine coverage and aid in early care for new-born. In the interior regional, their pregnant women had more diseases and intrapartum interurrences. **Conclusion:** Differences were found in health care provided to the extremes of maternal age, as well as among RS, since in the border region the effective follow-up does not occur, due to the itinerant behavior of the women from the border region, as well as because of the political crisis in that region, which critically affected health care in that period.

Keywords: Program evaluation. Maternal age. Prenatal care. Delivery rooms. Border health.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Hospitais de referência para o parto para gestação de Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco na 9ª Regional de Saúde, Paraná, 201528
- Quadro 2.** Hospitais de referência para o parto para gestação de Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco na 17ª Regional de Saúde, Paraná, 201530

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1 –	Assistência ao pré-natal entre mulheres nos extremos de idade em Regional de Saúde do interior e fronteira	
Tabela 1 –	Condições socioeconômicas e demográficas, antecedentes clínicos e gestacionais, conforme a faixa etária materna e Regional de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.....	47
Tabela 2 –	Assistência pré-natal conforme a faixa etária materna, e Regional de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.....	49
Tabela 3 –	Regressão dos dados sobre a assistência pré-natal, conforme as Regionais de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018	50
Manuscrito 2 –	Extremos de idade materna: assistência ao parto, nascimento e puerpério em maternidades públicas	
Tabela 1 –	Assistência pré-parto e parto conforme a faixa etária materna e Regional de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.....	66
Tabela 2 –	Regressão dos dados sobre a assistência pré-parto e parto conforme a faixa etária materna, Paraná, 2018.....	67
Tabela 3 –	Assistência ao nascimento e puerpério conforme a faixa etária materna e Regional de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.....	69
Tabela 4 –	Assistência pré-parto, parto, nascimento e puerpério, conforme as Regionais de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AR	Alto Risco
BCF	Batimento Cardíacos Fetais
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMI	Centro Materno Infantil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MPS	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
RMP	Rede Mãe Paranaense
RR	Risco Relativo
RS	Regional de Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal e Nascimento
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences®

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
USG	Ultrassonografia
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Extremos de idade materna e suas implicações na gestação	16
1.2 Políticas de saúde destinadas ao pré-natal e parto no Brasil	20
1.3 Características da assistência no pré-natal e parto no Brasil	22
2 OBJETIVO GERAL	25
2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
3 MÉTODO	26
3.1 Tipo de Estudo	26
3.2 Locais do Estudo	26
3.2.1 Caracterização das Regionais de Saúde	27
3.3 Seleção da População de Estudo	30
3.4 Fonte de Dados	31
3.5 Variáveis	32
3.6 Coleta de Dados	33
3.7 Análise dos Dados	34
3.8 Procedimentos Éticos	34
REFERÊNCIAS	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1 MANUSCRITO 1	42
4.2 MANUSCRITO 2	60
5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	79

APÊNDICES	81
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	81
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
ANEXOS	92
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ E DIRETORIAS DAS DUAS REGIONAIS DE SAÚDE	92
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	99

APRESENTAÇÃO

Desde criança eu residia algumas quadras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) campus Cascavel, criada em uma família muito católica, morando com meu pai, minha mãe e minha irmã de 12 anos, ainda parte da família duas irmãs mais velhas por parte pai que moravam em outras casas.

Em 2009, com 17 anos, iniciei a graduação de enfermagem (bacharel e licenciatura) na Unioeste, no primeiro mês de aula, inesperadamente, no segundo dia de internação minha mãe portadora de lúpus eritematoso sistêmico, em tratamento a alguns anos, faleceu. De repente necessito ser “mãe” de uma adolescente, antes de completar meus 18 anos e iniciando uma graduação. Com certeza o primeiro ano foi de muitas dificuldades pessoais, acadêmicas e familiares, superadas com a graça Deus e revertidas em muito aprendizado.

Desde a infância meu desejo sempre foi ser professora, abençoada com boa oratória, campeã de concursos de redação e cantora em ministério de música, não poderia desejar profissão diferente, ser desinibida e “metida a ensinar” sempre foram meus adjetivos. Tive o prazer de participar da primeira turma do PIBID Enfermagem (Programa Institucional de bolsas de Iniciação à Docência), no qual participei por três anos consecutivos, ministrando aulas em curso técnico de enfermagem, disciplina de Ciências no ensino fundamental e projetos de ensino. Sem dúvida amei a experiência docente e tive certeza que era o meu objetivo profissional na vida.

Recém-formada trabalhei em um hospital oncológico e em uma clínica, concomitantemente, em turnos opostos, no decorrer do ano percebi que deveria voltar para a vida acadêmica e persistir no meu sonho de ser docente. Considerando minha paixão por pediatria, tentei e consegui a surpreendente oportunidade de fazer a Residência em Enfermagem em Saúde da Criança na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foram os melhores dois anos da minha vida, de crescimento profissional e pessoal, conheci pessoas maravilhosas como a minha orientadora de monografia Rosângela que me concedeu muito ensinamento e apoio para persistir em busca da carreira acadêmica, como também morar em Londrina, me fez conhecer meu atual e maravilhoso companheiro.

Ao fim da residência, me dediquei para a prova do mestrado, pois não havia outro objetivo profissional em minha mente sem ser na docência, embora eu estava trabalhando como enfermeira em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, minha outra grande paixão. Ter conseguido ingressar no mestrado foi uma grande conquista. Foram dois anos de momentos felizes e momentos árdus, dificuldades desde a coleta de dados, escolha final do tema para a dissertação, escrevê-la então, tarefa nenhum pouco fácil, mas graças a Deus mais uma etapa concluída.

Atualmente, estou morando em Palmas – TO, leciono em uma faculdade privada para o curso de graduação em Enfermagem, mas ainda não me dou por completa, sei que no meu caminho ainda terão muitos degraus para subir, almejo em um futuro próximo, se assim Deus permitir, conseguir realizar o doutorado. Agradeço imensamente as grandes professoras, mestres, doutoras, inspirações, que pude conhecer em minha trajetória acadêmica.

1 INTRODUÇÃO

A idade materna é considerada um marcador para avaliação do risco gestacional, o Ministério da Saúde estabelece que idade maior que 35 anos e idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos são características individuais que predispõem a gestação em situação de risco. Visto que, a gestação na adolescente pode apresentar risco psicossocial, como a imaturidade emocional, desestruturação familiar, situação econômica e baixa escolaridade. Cabe salientar que, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, criança é a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012; DAVIM; DAVIM, 2016).

Em contrapartida o risco gestacional para mulheres de idade avançada está associado com maior predisposição a comorbidades preexistentes no período gravídico como também ao aumento de desfechos maternos graves quando comparadas com mulheres de 20 a 24 anos (BRASIL, 2012; LAOPAIBOON et al., 2014).

As doenças prévias à gestação, frequentemente, são mais encontradas em mulheres de idade avançada, algumas, destacadas nas diretrizes da Rede Mãe Paranaense (RMP) e consideradas gestação de alto risco, tais como: hipertensão arterial, pneumopatias, nefropatias, cardiopatias em tratamento; diabetes; hipertireoidismo; hipotireoidismo; epilepsia; hemopatias (exceto anemia leve e moderada que são consideradas fisiológicas da gestação); doenças infecciosas; doenças autoimunes; cirurgia útero/vaginal prévia; neoplasias; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica realizada a menos de dois anos; psicose e depressão grave; dependência de drogas lícitas e ilícitas (PARANÁ, 2018).

Com relação à gestação no período da adolescência, identifica-se descaso com o pré-natal, a consequência do acompanhamento inadequado, aumenta as chances de pré-eclâmpsia e nascimentos pré-termo. Nesta faixa etária, identifica-se baixo uso de suplementos de ácido fólico, como também a média do nível de hemoglobina no terceiro trimestre é menor do que no grupo adulto (KIRBAS et al., 2016).

Tejada et al. (2017), relata que no Brasil a porcentagem de alta paridade é maior para os grupos mais vulneráveis, sendo, mulheres com menos escolaridade, menor nível socioeconômico, que vivem no Norte, que não usaram contracepção na primeira relação sexual e tiveram o primeiro filho antes dos 20 anos, revelando que 56,2% delas engravidaram pela primeira vez antes mesmo de completar esta idade.

Outro fator preocupante que pode estar associado a gestação nos extremos de idade é a mortalidade materna, que embora os programas nacionais e estaduais têm sido de grande importância para garantir a saúde materna e infantil, no Brasil, os indicadores ainda são alarmantes. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) o país tem apresentado um coeficiente de mortalidade materna superior ao aceitável. No Distrito Federal (DF) constata-se 53,9 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera admissível o índice de 20 mortes. As internações por aborto também são preocupantes, neste mesmo Estado, mais de 3 mil internações por ano. A mortalidade materna pode estar associada ao não acesso aos serviços de saúde para realização do pré-natal, dificultando o acompanhamento da gestante e detecção de problemas precocemente (DATASUS, 2018).

Viellas et al. (2014) relatam que no Brasil a cobertura da assistência pré-natal é elevada, sendo que mais de 70% iniciaram o pré-natal precocemente e, realizaram o mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), porém, menores coberturas, início tardio e número de consultas insuficiente, ocorreram principalmente na região Norte e Nordeste, em puérperas com menor escolaridade, sem companheiro, múltiparas, insatisfeitas com a gestação atual, adolescentes e mulheres de raça/cor preta. Ainda relatam que as barreiras de acesso e problemas pessoais foram as razões mais frequentes para não realização do pré-natal.

Outra população vulnerável a uma menor cobertura pré-natal, são as “brasiguaias”, esse termo de forma geral, refere-se as brasileiras que vivem no Paraguai. Mas na região da tríplice fronteira, Brasil, Paraguai e Argentina, também apresenta outros sentidos, tais como: brasileiro pobre que viveu no Paraguai e voltou para o Brasil; empresários brasileiros plantadores de soja no

Paraguai; descendentes dos brasileiros que nasceram no Paraguai (ALBUQUERQUE, 2010).

As “brasiguaias” e outras gestantes moradoras nos países da tríplice fronteira, podem ser consideradas população vulnerável, pois realizam migração pendular em busca de serviços de saúde gratuito e de qualidade. Para receberem esse atendimento encontram formas extraoficiais de comprovar endereço na cidade brasileira. Essa população fronteiriça por medo de ter atendimento negado devido sua origem, ou por não dispor de condições financeiras para o deslocamento mensal que o pré-natal exige, geralmente procuram o serviço brasileiro em etapa avançada da gestação (MELLO et al., 2015; ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Diante do exposto, verifica-se importância de analisar a assistência de saúde no pré-natal, parto, nascimento e puerpério considerando os extremos de idade materna e as regiões demograficamente antagônicas, sendo uma delas de fronteira.

1.1 Extremos de idade materna e suas implicações na gestação

O Ministério da Saúde considera que algumas características individuais da gestante e suas condições sociodemográficas podem acarretar risco gestacional. Entre essas características destacam-se os extremos de idade materna, sendo a idade materna maior que 35 anos e a menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos (BRASIL, 2012).

Mulheres acima de 35 anos estão gradativamente propensas a iniciarem a maternidade com maior maturidade intelectual, associada a isso percebe-se que as características familiares atuais estão pautadas em planejamento. Sendo assim, prorrogar a gravidez vislumbrando metas de carreira tornou-se uma opção entre as famílias, essa decisão torna-se reforçada considerando os avanços das técnicas de reprodução assistida (TRAISRISILP; TONGSONG, 2015).

Em contrapartida, na adolescência, geralmente período de imaturidade intelectual a gravidez ocorre, em muitos casos, de maneira indesejada, com um parceiro geralmente jovem, acarretando em problemas como evasão escolar e uniões consensuais pela pressão da sociedade. Estes se associaram aos riscos

físicos e psicossociais, envolve maior frequência de complicações durante a gestação e parto (DAVIM; DAVIM, 2016).

Mark e Sauer (2015) relatam que a acessibilidade de métodos anticoncepcionais, forneceu às mulheres a oportunidade de controlar o seu próprio destino reprodutivo, propiciando que as jovens alcancem seus objetivos educacionais, estabeleçam uma carreira antes do casamento e da família, porém, esses objetivos levam anos para se concretizarem, coincidindo com o período mais fértil da vida das mulheres, esse adiamento da maternidade é um fenômeno parcialmente responsável pela epidemia de infertilidade relacionada à idade.

Biologicamente, mulheres são mais férteis entre as idades de 15 e 30 anos, tempo em que muitas não estão dispostas ou não conseguem iniciar uma família. Do ponto de vista da carreira, escolher a maternidade faria mais sentido entre os 35 a 45 anos, porém estes anos representam o declínio terminal na fecundidade normal (MARK; SAUER, 2015).

Prorrogar o início da gravidez se tornou uma opção comum em países desenvolvidos, porém, essa realidade é preocupante, considerando o alto risco para desfechos obstétricos adversos. Ao envelhecer, a mulher passa por mudanças biológicas e do sistema vascular uterino, com o tempo, diminui a capacidade em se adaptar aos efeitos gestacionais, ocasionando riscos de complicações neste período e no parto (CANHAÇO, 2015; SHEEN, 2018). As complicações mais evidentes nessa faixa etária são, diabetes mellitus, hipertensão, pré-eclâmpsia, parto tardio espontâneo e cesariana, apresentando implicações clínicas potenciais muito relevantes (KAHVECI et al., 2018).

No que diz respeito às complicações para o recém-nascido, a gravidez tardia pode provocar parto prematuro, como também, as mulheres com idade entre 35 e 39 anos, apresentam associação no aumento das taxas de mortalidade fetal e neonatal (CAROLAN; FRANKOWSKA, 2011). Schneider et al. (2018) destacam ainda uma relação entre a idade materna e a paralisia cerebral, determinando que a etiologia complexa desta complicação tem sua possível associação com gravidez tardia.

Com relação a gravidez na adolescência pode-se destacar que, embora essa faixa etária em si não seja considerada um fator de risco para a gestação, deve-se atentar para a possibilidade de risco psicossocial, relacionado à

aceitação ou não da gravidez, com grande risco de interrupção gestacional e não aderência ao pré-natal (BRASIL, 2012).

Davim e Davim (2016) relatam que a adolescência, é uma etapa entre a infância e idade adulta marcada por transformações biológicas, psíquicas e sociais, contradições, ambivalência, conflitos no meio familiar e social.

Vários aspectos corroboram para aumento dos casos de gravidez na adolescência, como adiantamento da menarca, influência da mídia e meios de comunicação, diminuição dos tabus e inibição sexual, idade precoce para a primeira relação sexual, o não uso de métodos contraceptivos, falta de diálogo e desestruturação familiar, história materna de gestação na adolescência, baixas condições socioeconômicas, baixa escolaridade, situações de abuso sexual e prostituição. A maternidade durante esse período é marcada por consequências e dificuldades (SILVA et al., 2013).

As repercussões psicossociais encontradas na adolescente grávida, podem ser, abandono da escola sendo uma interrupção temporária ou definitiva no processo educativo; corte do desenvolvimento integral e perda da confiabilidade da família; maior empobrecimento da família (principalmente as com baixa renda) que precisa onerar com os gastos da gravidez da adolescente; pressão social, repercutindo na baixa aceitação da gravidez; diminuição da convivência social e cultural, por vergonha ou medo da reação alheia; necessidade de apoio para ajustar-se às pressões da realidade, surgem ansiedades, angústias e dúvidas em ser mulher e mãe; casamentos ou uniões precoces devido a gravidez, que culminam em altas taxas de separações (DAVIM; DAVIM, 2016).

O processo de gravidez na adolescência também, apresenta-se como um agravante social, trazendo relevantes consequências para a mãe e a criança. Isso é refletido em taxas mais altas de desemprego, pobreza e discriminação, bem como depressão e baixa autoestima (LEFTWICH; ALVES, 2017).

Considerando os fatores da gestação na adolescência se torna além de risco materno, um risco neonatal e, a literatura relaciona esse grupo etário com a baixa adesão ao pré-natal ou início tardio, participam em menos consultas, tornando o pré-natal inadequado, como também ao maior número de cesáreas, nascimento com baixo peso e prematuridade (SANTOS et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2016; RIBEIRO et al., 2014). Além disso, a dificuldade que as adolescentes

demonstram em iniciar o pré-natal, implica na detecção precoce de problemas comuns nessa população, como uso de álcool, drogas lícitas e ilícitas. Também alerta para um risco aumentado de infecções sexualmente transmissíveis (MARINO et al., 2016).

Fisiologicamente, adolescentes grávidas apresentam risco de desenvolvimento de síndromes obstétricas, entre elas destaca-se a pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal e parto prematuro. Pesquisadores apontam que a imaturidade biológica do útero resulta em aumento da incidência de distúrbios obstétricos em mães muito jovens, como também são relacionados com a situação sócio-demográfica da gestante (BROSENS et al., 2017). Somando-se aos riscos já relatados no período gravídico da adolescente, ainda ocorre propensão para objetivos educacionais atrasados, isolamento social, nutrição inadequada, anemia, natimorto e intervalo interpartal menor que dois anos (LEFTWICH; ALVES, 2017).

No Brasil, pesquisadores avaliaram os fatores de risco sociais, obstétricos e psicológicos relacionados à repetição da gravidez nas adolescentes e, compararam após o primeiro parto com mulheres adultas multíparas, destacaram que, fatores como iniciação sexual precoce, primeiro parto antes dos 15 anos de idade e, o uso de drogas, se associaram à repetição da gravidez em adolescentes. Evidenciou-se também, associação entre a repetição da gravidez na adolescência e a baixa escolaridade, pois mulheres nesta faixa etária têm maior probabilidade de apresentar baixo rendimento escolar e interromper os estudos (GALVÃO et al., 2018).

Outro fato que gera preocupação com a saúde da gestante adolescente está relacionado com o aborto induzido. Nos EUA, no ano de 2009, constatou-se que 705.000 adolescentes entre 15 a 19 anos engravidaram e 25% (176.000) escolheram interromper a gravidez (CURTIN et al., 2013). No mesmo país, em 2015, as taxas de aborto foram mais altas neste grupo etário do que nas mulheres acima de 25 anos (JATLAOUI et al., 2018).

No Brasil, a prática de aborto é vedada por lei, mas isso não extingue sua ocorrência, são praticados abortos clandestinos e inseguros, a interrupção da gravidez se torna um procedimento realizado por pessoas não-habilitadas ou/e em ambiente inapropriado (WHO, 2005). Isso corrobora para o fato do aborto ser uma das principais causas de morte materna, juntamente com outros

agravantes, como distúrbios hipertensivos, hemorragia e sepse (NEAL et al., 2016). Além disso, o aborto foi revelado como um dos fatores que aumentam o risco de gravidez repetida entre as adolescentes, bem como o abandono da escola, depressão e ser amiga de outra grávida adolescente (MARAVILLA et al., 2017).

Embora o Ministério da Saúde aponte que os extremos de idade se referem às mulheres ≥ 35 anos e < 15 anos (BRASIL, 2012), no presente estudo assumimos a faixa etária de 10 a 18 anos incompletos definida pela Organização Pan Americana de Saúde – OPAS - (OPAS, 2017). Pois, no Brasil, um dos desafios do MS é garantir os direitos humanos e o reconhecimento político, das subjetividades, singularidades e identidades dos adolescentes (OPAS, 2017) e, assim, cumprir um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), o objetivo 3, para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (ONUBR, 2017).

Também que, no Brasil, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano base de 2015, apontou que 16,2% da população brasileira eram adolescentes, sendo 7,7% de 10 a 14 anos e 8,5% de 15 a 19 anos de idade, 30,8 milhões (IBGE, 2016). Ao analisar a porcentagem por região verificou-se variação de 6,8% na região sul para 9,6% norte, entre 10 e 14 anos e, respectivamente, de 7,8% para 9,9% de 15 a 19 anos de idade (IBGE, 2016).

1.2 Políticas de saúde destinadas ao pré-natal e parto no Brasil

Uma das grandes preocupações relacionadas à saúde da mulher está pautada na mortalidade materna, considerado um problema de saúde pública mundial e que deve ser enfrentado. Considerando a redução da mortalidade materna e infantil, no ano de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu como um dos oito objetivos do milênio, o enfrentamento desse problema. Esse marco pactuou metas a serem alcançadas, até 2015, como sendo um deles, melhorar a saúde materna e reduzir a taxa de mortalidade (ONU, 2015).

No Brasil, todas as iniciativas do MS relacionadas ao controle da natalidade nos anos setenta sofreram oposição de diversos setores, mas com o movimento sanitário, em 1983, foi possível firmar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que vislumbrava o processo reprodutivo e

assistência no puerpério. Nessa época o SUS ainda não estava em vigor, dificultando o desempenho e a cobertura do programa. No ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Integral à Saúde da Mulher, considerado como um avanço a valorização da diversidade na compreensão feminina e incentivo do atendimento das mulheres que não tinham acesso às instituições de saúde, bem como as negras, indígenas, adolescentes entre outras (COSTA, 2009).

Preocupados em oferecer assistência de qualidade a todos os grupos etários de mulheres grávidas, o MS implantou políticas públicas e programas para organizar o sistema de atenção à saúde materno-infantil. A Rede Cegonha, criado em 2011, propõe um atendimento humanizado, acolhedor, seguro e de qualidade, garantindo assistência ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema de transporte sanitário e regulação. Apresenta como princípios a proteção e a realização dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, promoção da equidade, enfoque de gênero, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

No que diz respeito à responsabilidade por parte dos estados, sabe-se que, a partir do lançamento da Rede Cegonha, cada Estado assumiu a responsabilidade para a sua implementação, sendo assim, em 2012, no Paraná, a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), incorporou o programa ao seu sistema de atenção à saúde materno-infantil, porém com algumas alterações favoráveis, denominando-a Rede Mãe Paranaense (RMP), que estabelece ações de captação precoce da gestante, bem como o seu monitoramento no pré-natal, classificação de risco de gestantes e crianças, atendimento ambulatorial, garantindo o parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital de acordo com o risco gestacional (PARANÁ, 2018).

A Rede atua conforme as seguintes ações: atenção primária organizada em todos os municípios do Paraná, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas logísticos como cartão SUS, Sis prenatal (Sistema de Informação do Pré-natal e Nascimento) e prontuário, transporte sanitário eletivo e de urgência, sistema de governança da Rede, por meio das Comissões Intergestores Bipartites (PARANÁ, 2018).

1.3 Características da assistência no pré-natal e parto no Brasil

Os países em desenvolvimento são responsáveis por 99% das mortes maternas globais. Considera-se uma alta taxa de mortalidade materna quando a mortalidade atinge entre 300 a 499 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (NV) e é considerada extremamente alta se for maior que 1.000 mortes maternas por 100.000 NV. As estimativas da taxa de mortalidade materna desenvolvida pela ONU, demonstra mundialmente, que no ano de 2013, o número de mortes maternas a cada 100.000 NV foi de 289.000 mulheres. As regiões desenvolvidas são responsáveis por 2.300 mortes, enquanto as regiões em desenvolvimento por 286.000 mortes a cada 100.000 NV. Quando classificados por país revela que o Brasil apresentou, no ano de 2013, um total de 69 mortes a cada 100.000 NV (WHO, 2014).

O combate à mortalidade materna e infantil permanece na pauta da saúde global, sendo uma das metas dos ODS, tendo como estratégia para reduções da mortalidade materna, o aumento da qualidade da atenção obstétrica, incluindo melhorias na assistência à saúde desde o pré-natal ao puerpério (ONUBR, 2017; PARANÁ, 2018).

No Brasil, a análise da assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados, no período entre 2011 e 2012, demonstrou que a assistência pré-natal apresenta uma cobertura de 98,7% das gestantes, sendo que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional, 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são geralmente locais de realização do pré-natal (89,6%), em grande parte, por profissionais médicos (75,6%). Dessas gestantes, 96% receberam o cartão de pré-natal, um quarto teve a gravidez considerada como de risco, pouco mais da metade (58,7%) foram orientadas sobre o local do parto e 16,2% procuraram mais de um serviço destinado ao parto (VIELLAS et al., 2014).

Com relação ao parto, sabe-se que anualmente, o Brasil se depara com cerca de 3 milhões de nascimentos, em torno de 98% efetuados no ambiente hospitalar, tanto públicos quanto privados. Quando atrelado ao ambiente hospitalar, o parto se ampara da utilização de diversos procedimentos que

garantem a segurança da gestante e da criança, porém, isso pode desencadear intervenções excessivas e desnecessárias, como por exemplo, a episiotomia, o uso de ocitocina, cesariana e aspiração naso-faríngea. Esse excesso de exposição pode refletir na diminuição da sensibilidade emocional e humana do paciente. A falta de humanização pode se concretizar como uma experiência negativa, acarretando consequências por toda a vida (BRASIL, 2017).

Um fator que chama atenção é o crescente número de cesarianas realizadas no Brasil, a taxa total de partos cirúrgicos aumentou de 42% para 44%, entre os anos de 1998 e 2003 e, saltou para 53%, no ano de 2008 (HOPKINS et al., 2014). O inquérito nacional realizado em 2011 e 2012 intitulado “Nascer no Brasil” apontou que, 51,9% das mulheres tiveram cesariana, sendo que 43,7% foram eletivas (DOMINGUES et al, 2016). Ainda Dias et al. (2016) relatam que a quantidade de primíparas submetidas a parto cesáreo foi muito elevado, das 4.298 mulheres primíparas participantes desta pesquisa 39% realizaram cesariana, sendo que 27,8% ocorreram antes do início do trabalho de parto.

É indiscutível que o progresso científico, as mudanças sociais e culturais, principalmente a alteração na legislação, provocaram uma vicissitude com relação ao parto cesareano, isso se aplica tanto aos pacientes quanto aos médicos. Essa mudança inclui fatores psicossociais, como ansiedade e medo sobre o parto, o desejo de não sentir dor estimula a gestante optar por cesariana sem apresentar qualquer indicação clínica (STJERNHOLM et al., 2010).

Estudo com base no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, realizado por Rattner e Moura (2016) apontou que o número de cesarianas é mais elevado conforme o aumento da idade materna e com maiores níveis de escolaridade, já proporções menores, foram evidenciadas no Norte do Brasil, na população indígena, entre mulheres sem escolaridade e entre solteiras.

A OMS afirma que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém, apenas quando indicada por motivos clínicos, pois em contrapartida, pode causar complicações como sequelas ou morte, principalmente se ocorridas em local sem capacidade de realizar cirurgias seguras e tratar complicações (WHO, 2015).

Para uma experiência positiva de parto, a OMS estabeleceu um *Guideline* com 56 recomendações, sendo algumas direcionadas para as intervenções no

parto, tais como: não recomendado o uso de amniotomia, ocitocina e fluídos intravenosos para encurtar o trabalho de parto; não recomendado uso rotineiro de episiotomia e; os neonatos nascidos por meio de líquido amniótico claro, que começam a respirar por conta própria não deve ser realizado aspiração da boca e do nariz (WHO, 2018).

O *Guideline* da WHO (2018) ainda faz recomendações sobre as boas práticas de atenção ao parto, como cuidado respeitoso; comunicação eficaz entre a gestante e prestador de cuidado; direito ao acompanhante; uso de técnicas de relaxamento para alívio da dor (relaxamento muscular, respiração, música, massagem e aplicação de compressas quentes); para mulheres de baixo risco ingestão de líquidos, alimentos e mobilidade durante o trabalho de parto; posição de nascimento a escolha da mulher; os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento e a amamentação deve ser incentivada.

Estudo realizado por Gama et al., (2016) com dados da pesquisa “Nascer no Brasil” evidenciou associação na assistência prestada pela enfermeira, com maiores chances de implementação de boas práticas e redução do uso de intervenções obstétricas, revelando o potencial benéfico da assistência colaborativa entre médicos e enfermeiras no trabalho de parto e nascimento.

Considerando essas informações, verifica-se a necessidade de atenção especial a grupos vulneráveis, que podem não estar sendo atendidos conforme preconizado pela Rede, durante o ciclo gravídico-puerperal, como mulheres em extremos de idade materna e gestantes na região de fronteira. Para tanto, o presente estudo tem como pergunta de pesquisa: como ocorre a assistência pré-natal, parto, nascimento e puerpério, prestada para as mulheres no extremo de idade (≤ 18 e ≥ 35 anos), nos serviços públicos de saúde de regional de fronteira e regional do interior do estado do Paraná?

Acredita-se que há diferenças na assistência entre os extremos de idade materna, como também entre as Regionais de Saúde (RS), visto que, na regional de fronteira as mulheres, migram entre os países para buscar cuidado de saúde, mas o efetivo acompanhamento não ocorre, devido seu comportamento itinerante, ao contrário, no interior do estado os profissionais de saúde conseguem prestar uma assistência contínua e sistemática.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência prestada as mulheres no extremo de idade (≤ 18 e ≥ 35 anos) durante o pré-natal, parto, nascimento e puerpério, conforme preconizado pela Rede Mãe Paranaense, em regional fronteira e do interior do estado do Paraná.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Caracterizar as condições socioeconômicas e demográficas das mulheres no extremo de idade reprodutiva;
- ✓ Identificar os antecedentes clínicos e gestacionais das mulheres no extremo de idade reprodutiva;
- ✓ Caracterizar a assistência pré-natal prestada para as mulheres no extremo de idade reprodutiva no serviço de atenção primária;
- ✓ Identificar a assistência ao parto, nascimento e puerpério, prestada para as mulheres no extremo de idade reprodutiva nas maternidades;

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo transversal desenvolvido em municípios de duas Regionais de Saúde (RS): 9ª RS de Foz do Iguaçu, região de fronteira e, 17ª RS de Londrina, interior do estado do Paraná, Sul do Brasil.

Esta pesquisa é um recorte da pesquisa multicêntrica intitulada: Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, realizada em três RS do estado, sendo 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 17ª RS de Londrina, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), 14/2013 sob n.º 474768/2013-9, chamada Universal 01/2016.

Os modelos quantitativos para avaliar a assistência de saúde são recomendados por subsidiar resultados mais acurados, bem como por compreender melhor a realidade e acrescentar amplitude e profundidade à opção metodológica (ALMEIDA; MELO, 2010; TANAKA, 2011; MATTOS; BAPTISTA, 2015).

A pesquisa foi realizada em três etapas: 1ª etapa - na maternidade com coleta em prontuários, Carteira de Saúde da Gestante e da Criança e, levantamento de dados não esclarecidos ou que não constam nos documentos, mediante perguntas para a mulher/usuária sobre o pré-natal, pré-parto, parto, nascimento e puerpério entre 24 e 48 horas pós-parto; 2ª etapa - visita domiciliar (VD) seis meses após o parto; 3ª etapa - 1 ano após a 1ª VD.

Esse estudo compreende apenas a 1ª etapa da pesquisa, realizado no período de julho 2017 a fevereiro de 2018, afim de analisar a assistência ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério nos extremos de idade materna e nas diferentes Regionais de Saúde, conforme preconizado pelo programa Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018).

3.2 Locais do Estudo

O Estado do Paraná localiza-se na Região Sul do Brasil e faz fronteira com outros três estados. Ao Norte com o Estado de São Paulo, ao Sul com Santa

Catarina e ao Oeste com Mato Grosso do Sul. Faz fronteira ainda, com o Paraguai e a Argentina. O Estado é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 Regionais de Saúde, numa extensão territorial de 199.307,939 km² com população estimada de 11.348.937 habitantes (IBGE, 2018; PARANÁ, 2015).

Do total das 22 Regionais, o presente estudo foi desenvolvido em duas, a 9ª RS de Foz do Iguaçu, constituída por nove municípios, região de fronteira com o Paraguai e a Argentina, localizada ao Oeste do Paraná e, a 17ª RS de Londrina, com 21 municípios, região do interior do Paraná, localizada ao norte do estado.

A escolha se deu a partir do perfil epidemiológico materno-infantil, de peculiaridades regionais (como a tríplice fronteira), do interesse dos gestores dos municípios, da interação entre a academia e o serviço de saúde e da disponibilidade dos pesquisadores das universidades. Tais elementos, favoreceram a realização da pesquisa multicêntrica, visto a dificuldade para se realizar um estudo de coorte sem muitas perdas, com abordagem quantitativa em diferentes aspectos, respeitando as características do sistema de saúde das respectivas regionais.

3.2.1 Caracterização das Regionais de Saúde

Cada município das RS conta com rede de atenção primária para acompanhamento do pré-natal e puerpério de Risco Habitual (RH), Risco Intermediário (RI), e hospitalar geral com maternidades para o parto de RH e RI sem Unidade de Terapia Intensiva que ao se tornar Alto Risco (AR) possui um sistema de regulação para encaminhamentos (PARANÁ, 2015).

A 9ª RS de Foz do Iguaçu é constituída por uma população de 390.220 habitantes distribuídos nos seguintes municípios: Foz do Iguaçu, Medianeira, Matelândia, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Ramilândia, Missal, Santa Terezinha de Itaipu e Serranópolis do Iguaçu (PARANÁ, 2015). A população feminina corresponde a 199.541 mulheres com idade entre zero (0) e 80 anos, sendo 132.106 em idade fértil, entre 10 e 44 anos (PARANÁ, 2015).

O sistema de saúde materno-infantil oferece às mulheres classificadas como gestação de AR e RI, um hospital terciário localizado no município de Foz do Iguaçu que é referência para o parto e nascimento para toda Regional de

Saúde e, muito embora não seja referência, presta atendimento às gestantes “brasiguaias” e paraguaias que buscam no Brasil, a atenção à saúde no momento do parto e nascimento (PARANÁ, 2015).

Na 9ª RS a maternidade do Hospital Ministro Costa Cavalcanti de Foz do Iguaçu pertence a uma fundação que presta atendimento para o SUS, diversos convênios e particulares, é referência para gestação de RH e AR, como também certificado pelo Ministério da Saúde com o selo Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), conta com 09 leitos de Unidade de Terapia Neonatal/Pediátrica e atende 09 municípios. Também duas maternidades referência para gestação para RH, Matelândia e Medianeira, ambas atendem cinco municípios do total dos 09 da RS (Quadro 1).

Quadro 1. Hospitais de referência para o parto para gestação de Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco na 9ª Regional de Saúde, Paraná, 2015.

Hospitais conforme a Classificação Risco	Municípios de abrangência
Risco Habitual	
Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu,
Hospital e Maternidade Nª Sª da Luz de Medianeira	Medianeira, Serranópolis do Iguaçu
Hospital e Maternidade Padre Tezza de Matelândia	São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Ramilândia, Itaipulândia, Missal
Risco Intermediário	
Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Santa Terezinha de Itaipu, Medianeira, Itaipulândia, São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Serranópolis do Iguaçu, Foz do Iguaçu, Missal, Ramilândia
Alto Risco	
Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Santa Terezinha de Itaipu, Medianeira, Itaipulândia, São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Serranópolis do Iguaçu, Foz do Iguaçu, Missal, Ramilândia

Fonte: PARANÁ, 2018.

A 17ª RS de Londrina possui 884.039 habitantes, e é constituída por 21 municípios: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana e Londrina (PARANÁ, 2015).

A população feminina representa 455.078, sendo 283.943 mulheres em idade fértil (PARANÁ, 2015). O sistema de saúde materno-infantil oferece às

mulheres classificadas como gestação de AR dois hospitais terciários localizados no município de Londrina que são referência para o parto e nascimento para toda Regional de Saúde, bem como para o norte do Estado, para internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica e Adulto, sendo 01 Hospital Filantrópico e 01 Hospital Universitário, exclusivo para atendimento do SUS e, 01 Hospital de Clínicas, para o acompanhamento da gestação AR pertencente a Universidade Estadual de Londrina.

Na 17ª Regional de Saúde os 21 municípios contam com 11 hospitais (Quadro 2) para referência ao parto, 9 para o RH e RI, sendo a Maternidade Municipal Lucilla Ballallai certificada com o selo IHAC. Já para o AR existem 02 hospitais (1 público e 1 filantrópico), ambos também portadores do selo IHAC (BRASIL, 2015). O público conta com 10 leitos de Terapia Intensiva Neonatal, 10 de Cuidados Intermediários e 04 na Unidade Canguru. Para tanto, foram selecionadas para o presente estudo as maternidades das cidades de Cambé, Ibiporã, Rolândia, Londrina que atendem mulheres de 16 municípios para gestação de RH e RI, e Hospital Universitário público referência para todos municípios da RS e de outros estados.

Quadro 2. Hospitais de referência para o parto para gestação de Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco na 17ª Regional de Saúde, Paraná, 2015.

Hospitais conforme a Classificação Risco	Municípios de abrangência
Risco Habitual	
Hospital Pró-Vida Assaí	Assaí
Hospital São Jorge	Bela Vista do Paraíso
Santa Casa de Cambé	Cambé, Prado Ferreira, Miraselva
Hospital Municipal Santa Branca	Florestópolis
Hospital Cristo Rei	Alvorada do Sul, Ibiporã, Jataizinho, Primeiro de Maio, Sertanópolis
Hospital de Jaguapitã	Jaguapitã
Maternidade Municipal Lucilla Ballallai	Londrina, Tamarana
Hospital Municipal de Porecatu	Porecatu
Hospital São Rafael	Rolândia, Cafeara, Centenário do Sul, Guaraci, Lupionópolis, Pitangueiras
Risco Intermediário	
Santa Casa de Cambé	Cambé, Prado Ferreira, Miraselva
Hospital Cristo Rei	Alvorada do Sul, Ibiporã, Jataizinho, Primeiro de Maio, Sertanópolis
Hospital São Rafael	Rolândia, Cafeara, Centenário do Sul, Guaraci, Lupionópolis, Pitangueiras
Maternidade Municipal Lucilla Ballallai	Londrina, Tamarana
Alto Risco	
Hospital Universitário de Londrina	Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana e Londrina

Fonte: PARANÁ, 2018

3.3 Seleção da População de Estudo

A população do estudo foi constituída, a partir de cálculo amostral proporcional com base no número de partos do ano de 2016, em cada tipo de hospital com maternidade (terciário e secundário) das RS, considerando N tamanho (número de elementos) da população; n tamanho (número de elementos) da amostra; n^0 uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; E0 erro amostral tolerável (BARBETTA, 2002; PITO, 2012). Um

primeiro cálculo do tamanho da amostra pode ser feito, mesmo sem conhecer o tamanho da população, através da seguinte expressão: $n0 = 1 / E0^2$ (5% = 400).

Conhecendo o tamanho da população podemos corrigir o cálculo anterior por: $n = N \cdot n0 / N + n0$.

Também foi considerado uma margem de erro da pesquisa de 5%, um nível de confiança de 95%, mas considerando essa pesquisa ser um recorte de estudo de coorte (seguimento do nascimento até 1 ano e seis meses) e, que há perdas ao longo do período de investigação, acrescentou-se 20% como margem de segurança para atender o número amostral.

Para tanto, o cálculo resultou em 409 mulheres dos municípios da 9ª RS de Foz do Iguaçu e 464 da 17ª RS de Londrina. Para o presente estudo, foram selecionadas as mulheres dos extremos de idade, até 18 anos 11 meses e 29 dias (adolescentes) e ≥ 35 anos, totalizando 197 mulheres, sendo 87 da 9ª RS e 110 da 17ª RS.

Os critérios de inclusão foram mulheres dos extremos de idade (≤ 18 anos e ≥ 35 anos) atendidas nas maternidades de Referência para o parto na Rede Mãe Paranaense das duas Regionais de Saúde em estudo, gestação de Alto Risco e Risco Habitual ou Risco Intermediário atendidas exclusivamente pelo SUS, ter realizado o pré-natal no serviço de atenção primária a saúde, bem como aceitarem participar da pesquisa.

3.4 Fonte de Dados

Para a realização da pesquisa nos municípios da 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina, as fontes de dados utilizadas para construir os indicadores para identificar se os objetivos e pressupostos da Rede estão sendo atingidos foram: prontuários, Carteira de Saúde da Gestante, Carteira de Saúde da Criança e entrevista com a mulher/usuária na maternidade (Apêndice 1).

A construção do instrumento de coleta de dados contemplou a caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres/usuárias e crianças, variáveis referentes aos quatro componentes estabelecidos pela Rede, assistência pré-natal, parto, nascimento e puerpério (PARANÁ, 2018).

3.5 Variáveis

As variáveis selecionadas e coletadas nas duas Regionais de Saúde foram classificadas e agrupadas por: características das mulheres, assistência pré-natal, parto, nascimento, puerpério, e comparadas aos extremos de idade materna e Regionais de Saúde.

a) Caracterização das mulheres: idade materna; RS de procedência; raça/cor; situação conjugal; número de pessoas que moram na casa; escolaridade; ocupação; renda familiar; número de filhos; paridade; aborto; intervalo interpartal <1 ano; hábitos maternos (tabaco, álcool e drogas); antecedentes clínicos.

b) Pré-natal: Método contraceptivo utilizado; classificação de RH, RI e AR; início do pré-natal; número total de consultas; exame das mamas; coleta de citologia oncótica; cobertura vacinal; suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso; exames laboratoriais e de imagem realizados por trimestre gestacional 1º, 2º e 3º conforme preconizado pela Rede; doenças durante a gestação; intercorrências gestacionais; número de consultas odontológicas; participação em ações socioeducativas; fonte de informações durante a gravidez; desejo de amamentar e percepção materna/usuária quanto ao acolhimento/desrespeito no pré-natal;

c) Parto: acompanhante durante o pré-parto; doenças no pré-parto (hemorrágico, infeccioso, hipertensivo, metabólico); teste rápido de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis; alívio da dor com terapias farmacológicas e não farmacológicas (banho de relaxamento, uso de bola ou assento ativo, massagem); ingerir líquido e alimento no pré-parto; rotura de membrana; fisiometria; acesso venoso; antibióticoterapia; uso de ocitocina e misoprostol; monitorização do parto pelo partograma; ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF) no parto; tipo de parto (vaginal espontâneo, cesárea, vaginal instrumental); episiotomia; litotomia; manobra de Kristeller e intercorrências intraparto (distocia, eclampsia, descolamento prematuro de placenta).

d) Nascimento: Idade Gestacional (IG); Apgar no 1º e 5º minuto de vida; intervenções com recém-nascido (RN) no nascimento; aspiração oro-nasal, Ventilação por Pressão Positiva (VPP), administração de oxigênio; encaminhado

para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); peso; contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto; Aleitamento Materno (AM) na primeira hora de vida; testes de triagem neonatal (pezinho, olhinho, coraçãozinho e orelhinha); vacinação (Hepatite B e BCG) e intercorrências no Alojamento Conjunto (AC).

e) Puerpério: Acompanhante no AC; intercorrências período Greenberg; auxílio nos primeiros cuidados com o RN (banho, curativo do coto umbilical, troca de fraldas); incentivo e auxílio no AM; intercorrências relacionadas ao AM (dificuldade para amamentar, fissuras); condições emocionais da puérpera (tranquila, ansiosa, nervosa, com dor) e intercorrências com a puérpera no AC.

3.6 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de formulários (Apêndice 1). Iniciou-se após o aceite, o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) no ambiente da maternidade em local com o mínimo de ruído ou interferência durante a coleta. A abordagem foi realizada com as puérperas após permanência mínima de 24h na maternidade.

A partir do aceite de participação na pesquisa, iniciava-se a coleta de dados, dividida em duas etapas dentro da maternidade, a primeira realizada por meio da leitura, da Carteira de Saúde da Gestante e do prontuário, depois Carteira de Saúde da Criança e do prontuário do RN, esta etapa demorava por volta de 40 minutos, porém em alguns momentos os documentos citados não estavam todos disponíveis, por estarem sendo utilizados por outro profissional, demandando mais tempo de permanência nesta etapa até que todos os dados fossem coletados.

A segunda etapa consistia da entrevista com a puérpera, a fim de preencher os itens do formulário que não foram respondidos na primeira etapa, como também para obter a percepção materna sobre o atendimento recebido no pré-natal, parto, nascimento e puerpério. Esta etapa demorava cerca de 30 minutos, podendo oscilar considerando os imprevistos no momento, algumas vezes a puérpera estava amamentando, dormindo ou se alimentando,

acarretando com que, algumas entrevistas, fossem adiadas para outro período do dia, ou para o dia seguinte.

Além dos contratempos que eventualmente ocorriam durante a coleta de dados, era pequena a quantidade de acadêmicos realizando as coletas, como também algumas maternidades tinham restrição de horário para que as coletas fossem realizadas, sendo empecilho para que a fase de coleta de dados terminasse brevemente.

3.7 Análise dos Dados

As perguntas do formulário foram digitadas no Microsoft Excel[®] e no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS[®]) para construção do banco de dados. As informações foram coletadas de forma manuscrita nos formulários, depois digitadas no banco Microsoft Excel[®] e, posteriormente, transportadas para o banco SPSS[®] para análise das variáveis.

Para a análise dos dados captados nas duas Regionais de Saúde foi realizada estatística paramétrica e não paramétrica, visto que algumas perguntas do formulário eram descritivas e foram analisadas, agrupadas e transformadas em variáveis dicotômicas e multinominais, para responder ao objeto em estudo, cumprindo todas as etapas necessárias para tal, assumindo-se um nível de significância de $p < 0,05$. Sendo considerado como variável independente a idade materna e Regional de Saúde.

Nas variáveis não paramétricas foi realizado frequência simples, análise dos resultados, agrupamento por semelhança e recategorização da variável considerando os resultados relevantes, a fim de se realizar análise estatística paramétrica. Após recategorização de todas as variáveis, aplicou-se o teste qui-quadrado e, nos resultados $p < 0,020$, realizou-se regressão logística binária nas variáveis dicotômicas e regressão logística multinominal nas demais variáveis, para identificar o risco relativo associado ao evento.

3.8 Procedimentos Éticos

A pesquisa multicêntrica desenvolveu-se de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foi autorizada pela

Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, bem como pelas Diretorias das duas Regionais de Saúde (ANEXO A) e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), sob o parecer nº 2.053.304, de 09 de maio de 2017, CAAE: 67574517.1.1001.5231 (ANEXO B).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. L. Conflito e integração nas fronteiras dos "brasiguaios". **Caderno CRH**, Salvador, v. 23, n. 60, p. 579-590, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792010000300009>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Rev Baiana Enf**, Salvador, v. 24, n. 1-3, p. 75-80, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5530>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Câmara dos Deputados, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a rede cegonha. Diário oficial da união nº121. Brasília, 27 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 06 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - departamento de ações programáticas estratégicas [homepage on the Internet]. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. Relação dos hospitais amigos da criança. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 5 ed. Florianópolis : Ed da UFSC, 2002.

BROSENS, I. et al. The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence. **Am J Obstet Gynecol**, v 217, n. 5, p. 546-55, nov. 2017. Disponível em: < [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30688-9/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30688-9/fulltext)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CANHAÇO, E. E. et al. Perinatal outcomes in women over 40 years of age compared to those of other gestations. **Einstein**, São Paulo, v.13, n. 1, Jan/Mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3204>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

CAROLAN, M.; FRANKOWSKA, D. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: A review of the evidence. **Midwifery**, v. 27, n. 6, p. 793–801, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.006>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, Jul/Ago 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

CURTIN, S.C. et al. Pregnancy rates for U.S. women continue to drop. **NCHS Data Brief**, n. 136, p. 1-8, dez. 2013. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db136.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS**. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados, 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

DAVIM, R. M. B.; DAVIM, M.V.C. Estudo reflexivo sobre aspectos biológicos, psicossociais e atendimento pré-natal durante a gravidez na adolescência. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 8, p. 3108-18, ago. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11382p3108-3118-2016>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

DIAS, M. A. B. et al. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. **Reproductive Health**, v. 13, n. 114, suppl. 3, p. 175-185, out. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0231-z>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011–2012. **Reproductive Health**, v. 13, n. 115, suppl. 3, p. 187-197, out. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0232-y>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

GALVÃO, R. B. F. et al. Hazards of Repeat Pregnancy during Adolescence: A Case-control Study. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, n. 08, p. 437-443, 24 ago. 2018. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1666811>>. Acesso em: 14 set. 2018.

GAMA, S. G. N. et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, n. 123, suppl. 3, p. 225-233, out. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

HOPKINS, K. et al. The Impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. **Birth**, v. 41, n. 2, p. 169-77, jun. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/birt.12106>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2018. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p. Acesso em: 16 out. 2018.

JATLAOUI, T.C. et al. Abortion Surveillance – United States, 2015. **MMWR Surveill Summ**, v. 67, n. 13, p. 1-45, 23 nov. 2018. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6713a1.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

KAHVECI, B. et al. The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 343, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1984-x>>. Acesso em: 02 set. 2018.

KIRBAS, A. et al. Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? **J Pediatric Adolesc Gynecol**, v. 29, n. 4, p. 367–371. 04 jan. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.010>>. Acesso em 01 ago. 2018.

LAOPAIBOON, M. et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. **BJOG**, v. 121, Suppl. 1, p. 49–56, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12659>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

LEFTWICH, H.K.; ALVES, M. V. O. Adolescent Pregnancy. **Pediatr Clin North Am**, v. 64 n. 02, p. 381-388, abr. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.007>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MARAVILLA, J. C. et al. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol**, v. 217, n. 5, p. 527-545.e31. Nov. 2017. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937817305227>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

MARINO, J.L. et al. Teenage mothers. **Aust Fam Physician**, v. 45, n. 10, p. 712-717, 2016. Disponível em: <<https://www.racgp.org.au/afp/2016/october/teenage-mothers/>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MARK, V.; SAUER, M. D. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. **Fertility and Sterility**, v. 103, n. 5, p. 1136-43, may. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.004>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

MELLO, F. et al. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>>. Acesso em: 04 set. 2018.

NEAL, S. et al. The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 352, 11 nov. 2016. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1120-8>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

OLIVEIRA, L. L. et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 382-89, mai/jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. Disponível em: <https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL (ONUBR). DOCUMENTOS TEMÁTICOS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 1 - 2 - 3 - 5 - 9 - 14**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 103 p. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/publicacoes/documentos-tematicos-ods-07-2017.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes: construindo equidade no SUS**. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017. 71 p. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34279/9788579671197-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 out. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia**. SESA-PR: Curitiba-PR, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2018.

_____. **Plano diretor de regionalização**. Sistema Único de Saúde. SESA-PR: Curitiba-PR, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2018.

PITO, A.L.B.S. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. 1a edição, 2012, São Paulo, Editora Martinari.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 39-47, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

RIBEIRO, F. D. et al. Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 4, p. 381–88, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.05.002>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SANTOS, N. L. A. C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 719-26, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

SCHNEIDER, R. E. et al. The Association Between Maternal Age and Cerebral Palsy Risk Factors. **Pediatric Neurology**, v. 82, p. 25–28, may. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2018.01.005>>. Acesso em: 02 set. 2018.

SHEEN J-J, S. et al. Maternal age and risk for adverse outcomes. **Am J Obstet Gynecol**, out. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.034>>. Acesso em: 02 set. 2018.

SILVA, A. C. A. et al. Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: Revisão integrativa da literatura. **Rev Cuid**, Bicaramanga, Colômbia, v. 4, n. 1, p. 531-39, dez/jan. 2013. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/14/145>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

STJERNHOLM, Y.V. et al. Changed indications for cesarean sections. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 89, p. 49–53, 31 dez. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/00016340903418777>>. Acesso em 01 ago. 2018.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/10.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

TEJADA, C. A. O. et al. The sociodemographic, behavioral, reproductive, and health factors associated with fertility in Brazil. **PLoS One**, v. 12, n. 2, e0171888, 10 fev. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171888>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

TRAIRISILP K.; TONGSONG T. Pregnancy outcomes of mothers with very advanced maternal age (40 years or more). **J Med Assoc Thail**, v. 98, n. 2, p. 117–22, 2015.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Supl.1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report 2005: make every mother and child count. Geneva: **World Health Organization**, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 jul. 2018.

_____. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. **World Health Organization**, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf;jsessionid=1EFD3AAA66C0C977B574BBF7E11B22BA?sequence=2>. Acesso em: 01 ago. 2018.

_____. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **WHO/RHR**, 10 abr. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=FF23198770A3F9D1D6A180B072500D59?sequence=3>. Acesso em: 24 nov. 2018.

_____. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: **World Health Organization**, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

ZASLAVSKY, R. GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>>. Acesso em: 20 set. 2018.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder aos objetivos desse estudo os resultados foram construídos na forma de dois manuscritos:

1º manuscrito: Assistência ao pré-natal entre mulheres nos extremos de idade em Regional de Saúde do interior e fronteira.

2º manuscrito: Extremos de idade materna: assistência ao parto, nascimento e puerpério em maternidades públicas.

4.1 MANUSCRITO 1

Assistência ao pré-natal entre mulheres nos extremos de idade em Regional de Saúde do interior e fronteira.

RESUMO

Objetivo: Analisar a assistência pré-natal entre mulheres de extremo de idade em Regional de Saúde do interior e fronteira. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, realizado na 9ª Regional de Saúde região de fronteira e 17ª, interior do Estado do Paraná, Brasil, entre julho de 2017 a fevereiro de 2018, utilizando prontuário materno, Carteira de Saúde da gestante e entrevista em maternidades públicas. Os dados foram analisados no SSPS® assumindo-se um nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Na Regional de fronteira 48,3% eram ≤ 18 anos, 51,7% ≥ 35 anos, enquanto na outra Regional 58,2% ≤ 18 anos e 41,8% ≥ 35 anos. As mulheres ≥ 35 anos foram mais classificadas como alto risco gestacional, por antecedentes clínicos, como doenças hipertensivas ($p < 0,004$). Entre as ≤ 18 anos ocorreu menor adesão ao pré-natal, utilizaram menos ácido fólico ($p < 0,012$). A regional fronteira apresentou menos acompanhamento efetivo de pré-natal, realizaram menos ultrassonografia, exames laboratoriais, coleta de citologia oncológica e consulta odontológica comparado a 17ª Regional de saúde ($p < 0,020$). **Conclusão:** Foram identificadas diferenças significativas na assistência pré-natal entre os grupos etários, como também a região fronteira apresentou dificuldade em realizar acompanhamento efetivo de pré-natal em suas gestantes.

Descritores: Avaliação de programas e projetos de saúde; Idade materna; Cuidado pré-natal; Saúde na fronteira.

Descriptors: Program evaluation; Maternal age; Prenatal care; Border health;

4.1.1 INTRODUÇÃO

A idade materna é considerada um marcador para avaliação do risco gestacional, o Ministério da Saúde (MS) estabelece que idade maior que 35 anos e idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos são características individuais que predispõem a gestação em situação de risco (BRASIL, 2012). Ainda relata que a adolescência em si, não é fator de risco para a gestação, mas existe possibilidade de risco psicossocial, como a imaturidade emocional, desestruturação familiar, situação econômica e baixa escolaridade. Em contrapartida o risco gestacional para mulheres de idade avançada está associado a maior predisposição à comorbidades preexistentes do período gravídico como também ao aumento de desfechos maternos graves quando comparadas com mulheres de 20 a 24 anos (DAVIM; DAVIM, 2016; LAOPAIBOON et al., 2014).

Com o intuito de garantir assistência de qualidade a gestante e ao neonato, o governo brasileiro criou em 2011, o programa Rede Cegonha, uma estratégia do MS pautada na inserção de recursos que assegurem as gestantes o direito ao planejamento reprodutivo, atendimento humanizado durante o processo de gravidez, parto e puerpério. Garantam a criança segurança no nascimento como também acompanhamento no processo de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Voltado para a responsabilidade estadual no acolhimento da gestante, o estado do Paraná, conta com a Rede Mãe Paranaense que tem como prioridade a inserção precoce da gestante no atendimento pré-natal, oferecendo ambulatório para pacientes de risco, garantia de parto hospitalar conforme a classificação do risco gestacional. Sendo considerado gestação de alto risco mulheres que apresentam hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias em tratamento, diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, epilepsia, hemopatias (exceto anemia leve e moderada que são consideradas fisiológica da gestação), doenças infecciosas, doenças autoimunes, cirurgia útero/vaginal prévia, neoplasias, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica realizada a menos de dois anos, psicose e depressão grave, dependência de drogas lícitas e ilícitas (PARANÁ, 2018).

Doenças prévias à gestação são, frequentemente mais encontradas, entre mulheres em idade avançada. Facilmente elas apresentam condições clínicas comuns, que dificultam o período gestacional, como hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, obesidade, pré-eclâmpsia, parto tardio espontâneo e cesariana (KAHVECI et al., 2018).

O cuidado pré-natal é fundamental para garantir o desenvolvimento saudável da gravidez, Viellas et al. (2014) relata que a assistência pré-natal no Brasil, independente da característica materna, foi superior a 90%, mas que a cobertura foi menor em residentes na Região Norte e indígenas.

Outra população vulnerável a uma menor cobertura pré-natal, são as “brasiguaias”, esse termo de forma geral, refere-se as brasileiras que vivem no Paraguai. Mas na região da tríplice fronteira, Brasil, Paraguai e Argentina, também apresenta outros sentidos, tais como: brasileiro pobre que viveu no Paraguai e voltou para o Brasil; empresários brasileiros plantadores de soja no Paraguai; descendentes dos brasileiros que nasceram no Paraguai (ALBUQUERQUE, 2010).

As “brasiguaias” e outras gestantes moradoras nos países da tríplice fronteira, podem ser consideradas população vulnerável, pois realizam migração pendular em busca de serviços de saúde gratuito e de qualidade. Para receberem esse atendimento encontram formas extraoficiais de comprovar endereço na cidade brasileira. Essa população fronteiriça por medo de ter atendimento negado devido sua origem, ou por não dispor de condições financeiras para o deslocamento mensal que o pré-natal exige, geralmente procuram o serviço brasileiro em etapa avançada da gestação (MELLO et al., 2015; ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Diante do exposto, verificou-se a necessidade de analisar a assistência pré-natal entre mulheres de extremo de idade em Regionais de Saúde, sendo uma localizada no interior do estado do Paraná e a outra na região de fronteira.

4.1.2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa transversal realizada em municípios de duas Regionais de Saúde: 9ª RS de Foz do Iguaçu, região de fronteira e 17ª RS de Londrina, interior do estado do Paraná, Sul do Brasil. É um

recorte do estudo multicêntrico intitulado: Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, realizado em três RS do estado, sendo 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 17ª RS de Londrina, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada Universal 01/2016.

As maternidades selecionadas da 9ª RS foram três, sendo duas para gestação de risco habitual (RH) e uma que atende tanto RH como alto risco (AR), totalizando atendimento de mulheres residentes nos nove municípios que compõem essa regional. Para a 17ª RS, dos 21 municípios 16 foram contemplados, sendo quatro hospitais para gestação de RH e um AR.

Realizou-se cálculo amostral proporcional com base no número de partos do ano de 2016, margem de erro da pesquisa de 5%. O cálculo resultou em 409 mulheres da 9ª RS e 464 da 17ª RS. Para o presente estudo, foram selecionadas as mulheres dos extremos de idade, até 18 anos 11 meses e 29 dias (adolescentes) e ≥ 35 anos, totalizando 197 mulheres, sendo 87 da 9ª RS e 110 da 17ª RS.

Os critérios de inclusão foram mulheres dos extremos de idade (≤ 18 anos e ≥ 35 anos) atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em maternidades de referência para o parto na Rede, ter realizado o pré-natal no serviço de atenção primária a saúde e aceitar participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre julho de 2017 e fevereiro de 2018 nas maternidades por meio de um instrumento previamente testado para a extrair dados em prontuários da maternidade, Carteira de Saúde da Gestante e entrevista com a mulher/usuária para identificar informações não esclarecidas ou que não constavam nos documentos.

As variáveis desse estudo foram: situação conjugal, nº de pessoas na casa, escolaridade, ocupação materna, renda familiar, nº de filhos, paridade, aborto, intervalo interpartal < 1 ano, hábitos maternos (tabaco, álcool e drogas), antecedentes clínicos, método contraceptivo, classificação do risco gestacional (habitual, intermediário e alto), início do pré-natal, nº de consultas pré-natal, presença de ultrassonografia (USG) no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação, USG morfológica, exames laboratoriais no pré-natal por trimestre, exame das mamas, coleta de citologia oncológica, vacinação (antitetânica, anti-hepatite B e gripe H1N1), suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso, desenvolvimento de

doença na gestação, intercorrência gestacional, consulta odontológica, participação em grupo de gestantes, fonte de informações na gestação, desejo em amamentar e sentimento de desrespeito durante o pré-natal. Foram classificadas conforme os indicadores da Rede para cada grupo de assistência pré-natal e comparada aos extremos de idade materna e RS.

Os dados foram inseridos e analisados no SSPS[®], assumindo-se um nível de significância de $p < 0,05$. Aplicou-se o teste qui-quadrado e as variáveis com valor $p < 0,020$, realizou-se regressão logística binária e multinomial, para identificar o risco relativo associado ao evento, sendo considerada como variável independente a idade materna e Regional de Saúde.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, pelas Diretorias das Regionais de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), sob o parecer nº 2.053.304, de 09 de maio de 2017, CAAE: 67574517.1.1001.5231.

4.1.3 RESULTADOS

Totalizaram-se 197 puérperas nas RS, que compreendiam os extremos de idade materna. A média de idade do grupo de adolescentes em ambas as RS foi de 17 anos e 38 anos no grupo de mulheres ≥ 35 anos. Os grupos etários por regional foram, na 9ª RS 48,3% ≤ 18 anos e 51,7% ≥ 35 anos e, na 17ª RS, 58,2% ≤ 18 anos e 41,8% ≥ 35 anos.

As características socioeconômicas e demográficas maternas (Tabela 1) revelaram que a maioria das mulheres, em ambos os grupos etários e RS, tinham companheiro. A maior escolaridade foi mais frequente entre as mulheres ≥ 35 anos ($p=0,004$), sendo 71,1% na 9ª RS e 68,9% na 17ª RS. A ocupação não remunerada foi mais evidente entre as adolescentes ($p=0,000$) sendo 83,3% na 9ª RS e 98,4% na 17ª RS, como também a renda familiar menor ($p=0,000$) 54,8% e 54,7%, respectivamente.

Os antecedentes gestacionais, revelaram que, a maior parte das adolescentes eram primíparas ($p=0,000$) 90,5% na 9ª RS e, 84,4% na 17ª RS. O histórico de aborto foi mais frequente entre as mulheres ≥ 35 anos e, o intervalo interpartal < 1 ano, entre as adolescentes ($p=0,000$). Quanto aos hábitos maternos o tabagismo não apresentou relevância estatística entre os extremos

de idade, mas fumar narguilé foi mais presente entre as adolescentes ($p=0,003$), sendo 11,9% na 9ª RS. A presença de antecedentes clínicos foi mais evidente entre as mulheres acima de 35 anos de idade ($p=0,004$), sendo 26,7% na 9ª RS e 32,6% na 17ª RS, com relevância as doenças hipertensivas ($p=0,002$).

Tabela 1. Condições socioeconômicas e demográficas, antecedentes clínicos e gestacionais, conforme a faixa etária materna e Regional de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.

Variáveis	9ª RS		17ª RS	
	≤ 18 anos	≥ 35 anos	≤ 18 anos	≥ 35 anos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	42 (100,0)	45 (100,0)	64 (100,0)	46 (100,0)
Situação conjugal				
Com companheiro	34 (81,0)	39 (86,7)	48 (77,4)	40 (87,0)
Sem companheiro	8 (19,0)	6 (13,3)	14 (22,6)	6 (13,0)
Nº de pessoas na casa				
≤ 4	27 (64,3)	23 (51,1)	44 (68,8)	32 (69,6)
> 4	15 (35,7)	22 (48,9)	20 (31,2)	14 (30,4)
Escolaridade em anos*				
≤ 8	22 (52,4)	13 (28,9)	31 (48,4)	14 (31,1)
> 8	20 (47,6)	32 (71,1)	33 (51,6)	31 (68,9)
Ocupação materna*				
Remunerada	7 (16,7)	29 (64,4)	1 (1,6)	32 (69,6)
Não remunerada	35 (83,3)	16 (35,6)	61 (98,4)	14 (30,4)
Renda familiar*				
< R\$ 1405,00	23 (54,8)	14 (31,1)	35 (54,7)	10 (21,7)
≥ R\$ 1405,00	19 (45,2)	31 (68,9)	29 (45,3)	36 (78,3)
Nº de filhos*				
Um	39 (92,9)	7 (15,6)	59 (92,2)	11 (23,9)
Dois	2 (4,8)	14 (31,1)	5 (7,8)	15 (32,6)
Três ou mais	1 (2,4)	24 (53,3)	0	20 (43,5)
Paridade*				
Primípara	38 (90,5)	3 (6,7)	54 (84,4)	7 (15,2)
Multípara	4 (9,5)	42 (93,3)	10 (15,6)	39 (84,8)
Aborto*	2 (4,8)	11 (24,4)	2 (4,3)	10 (23,3)
Intervalo interpartal < 1 ano*	1 (10,0)	1 (2,4)	4 (18,2)	1 (2,6)
Hábitos Materno				
Cigarro	8 (19,0)	9 (20,0)	6 (9,5)	11 (23,9)
Narguile*	5 (11,9)	0	0	0
Álcool	1 (2,4)	3 (6,7)	2 (3,2)	2 (4,3)
Drogas	0	0	1 (1,6)	0
Abandonou o consumo	9 (69,2)	2 (18,2)	1 (14,3)	2 (18,2)
Diminuiu o consumo	2 (50,0)	4 (44,4)	5 (83,3)	8 (88,9)
Antecedentes clínicos *	4 (9,5)	12 (26,7)	10 (15,6)	15 (32,6)
Hipertensivo*	0	3 (6,8)	0	3 (6,5)
Metabólico	1 (2,4)	1 (2,2)	0	3 (6,5)
Infecioso	2 (4,8)	1 (2,2)	3 (4,7)	5 (10,9)
Respiratório	0	1 (2,2)	6 (9,4)	1 (2,2)
Outros	1 (2,4)	10 (22,2)	2 (3,1)	5 (10,9)

*Variáveis com valor de $p < 0,05$

A assistência pré-natal conforme a faixa etária materna (Tabela 2) identifica que a não utilização de método contraceptivo foi frequente em ambas as faixas etárias, pouco mais entre as adolescentes, 61,9% na 9ª RS e 63,9% na 17ª RS.

A classificação do risco gestacional no pré-natal evidenciou que as mulheres acima de 35 anos foram mais classificadas como AR ($p=0,000$) 42,9% na 9ª RS e 43,2% na 17ª RS. O início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu entre a maioria das mulheres sem relevância estatística nos extremos de idade, em contrapartida a maior adesão para ≥ 7 consultas foi no grupo ≥ 35 anos ($p=0,011$), sendo 77,8% na 9ª RS e 89,1% na 17ª RS.

O exame das mamas e a coleta de citologia oncológica ocorreu em maior proporção entre aquelas com mais de 35 anos do que as adolescentes ($p<0,009$). A cobertura vacinal, antitetânica e gripe (H1N1), foi acima de 95% em ambos os extremos de idade materna e Regionais de Saúde. A utilização de ácido fólico e sulfato ferroso durante a gestação esteve mais presente entre as mulheres ≥ 35 anos, assim como a prevalência de doença hipertensiva durante a gestação, 15,6% na 9ª RS e 17,4% na 17ª RS.

As intercorrências na gestação não apresentaram relevância estatística comparando-se os extremos de idade materna. Mas, a fonte de informações que a mulher buscou durante a gestação obteve diferença, sendo mais evidente a internet entre as adolescentes 69% da 9ª RS e 72,3% da 17ª RS e, para as com mais de 35 anos o enfermeiro, 11,1% na 9ª RS e 20% na 17ª RS. O desejo de amamentar esteve presente em mais de 91% das mulheres em ambos os grupos etários.

Tabela 2. Assistência pré-natal conforme a faixa etária materna e Regional de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.

Variáveis	9ª RS		17ª RS	
	≤ 18 anos	≥ 35 anos	≤ 18 anos	≥ 35 anos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	42 (100,0)	45 (100,0)	64 (100,0)	46 (100,0)
Método contraceptivo (MC)				
Não usava	26(61,9)	20 (44,4)	39 (63,9)	23 (50,0)
Preservativo masculino	3 (7,1)	8 (17,8)	9 (14,8)	5 (10,9)
Contraceptivo hormonal	13 (31,0)	17 (37,8)	13 (21,3)	18 (39,1)
Ausência do MC				
Queria engravidar	11 (26,8)	18 (40,0)	17 (32,7)	13 (34,2)
Falhou/esqueceu de usar	14 (34,1)	16 (35,6)	14 (26,9)	14 (36,8)
Classificação do risco*				
Risco habitual	26 (68,4)	17 (40,5)	37 (62,7)	14 (31,8)
Risco intermediário	8 (21,1)	7 (16,7)	13 (22,0)	11 (25,0)
Alto risco	4 (10,5)	18 (42,9)	9 (15,3)	19 (43,2)
Início do pré-natal				
<14 semanas	20 (54,1)	24 (66,7)	51 (79,7)	38 (82,6)
14 – 27 semanas	16 (43,2)	11 (30,6)	11 (17,2)	8 (17,4)
>27 semanas	1 (2,7)	1 (2,8)	2 (3,1)	0
Nº de consultas pré-natal*				
≤ 6	15 (35,7)	10 (22,2)	19 (29,7)	5 (10,9)
≥ 7	27 (64,3)	35 (77,8)	45 (70,3)	41 (89,1)
Exame das mamas*	17 (41,5)	22 (51,2)	18 (34,6)	25 (64,1)
Coleta de citologia oncótica*	19 (45,2)	16 (35,6)	28 (44,4)	32 (72,7)
Vacinação antitetânica (dTPa)	40 (95,2)	42 (95,5)	61 (98,4)	44 (97,8)
Vacinação anti-hepatite B	35 (83,3)	36 (81,8)	62 (98,4)	42 (93,3)
Vacinação de gripe (H1N1)	38 (95,0)	42 (97,7)	60 (95,2)	41 (97,6)
Usou ácido fólico*	30 (71,4)	38 (84,4)	48 (75,0)	42 (91,3)
Usou sulfato ferroso	37 (88,1)	40 (88,9)	52 (81,2)	43 (95,6)
Doença durante a gestação	11 (26,2)	11 (24,4)	27 (42,2)	23 (50,0)
Hipertensiva	2 (4,8)	7 (15,6)	6 (9,4)	8 (17,4)
Metabólica	3 (7,1)	1 (2,2)	5 (7,8)	10 (21,7)
Infeciosa	4 (9,5)	4 (8,9)	13 (20,3)	8 (17,4)
Intercorrências na gestação	13 (31,0)	13 (28,9)	20 (31,7)	13 (28,3)
Hipertensiva	0	3 (6,7)	4 (6,3)	4 (8,7)
Trabalho de parto prematuro	1 (2,4)	1 (2,3)	2 (3,2)	0
Sangramento	5 (12,2)	7 (15,6)	3 (4,8)	2 (4,3)
Consulta odontológica	19 (45,2)	16 (35,6)	36 (56,2)	27 (60,0)
Participação grupos pré-natal	6 (14,3)	6 (13,3)	18 (29,0)	4 (8,9)
Fonte informação na gravidez	32 (76,2)	25 (55,6)	42 (65,6)	27 (58,7)
Fonte – internet*	29 (69,0)	19 (42,2)	34 (72,3)	21 (70,0)
Fonte – mãe/sogra	12 (28,6)	2 (4,4)	16 (35,6)	7 (23,3)
Fonte – enfermeiro	2 (4,8)	5 (11,1)	1 (2,2)	6 (20,0)
Fonte – médico	5 (11,9)	7 (15,6)	11 (23,9)	9 (30,0)
Desejava amamentar	40 (95,2)	44 (97,8)	59 (92,2)	42 (91,3)
Desrespeitada no pré-natal	2 (4,8)	4 (8,9)	1 (1,6)	4 (8,7)

*Variáveis com valor de $p < 0,05$

Comparando a assistência pré-natal entre as RS (Tabela 3), identifica-se que na 17ª RS a mulher apresentou maior probabilidade de desenvolver alguma

doença durante a gestação (RR 0,40) do que as da 9ª RS. Como também na 17ª RS as mulheres realizaram ao menos uma ultrassonografia (USG) obstétrica em cada trimestre de gestação (RR 0,36), USG morfológica (RR 0,37) e consulta com dentista (RR 0,49) do que as mulheres na 9ª RS.

As gestantes atendidas na 9ª RS tiveram maior risco para início tardio do cuidado pré-natal (RR 2,87). Poucas gestantes tiveram todos os exames laboratoriais, sendo que na 9ª RS a mulher teve mais risco para que não fossem solicitados (RR 0,20). Também mais risco de esquema de vacinação incompleto da anti-hepatite B (RR 0,18) e menores chances de coleta de citologia oncológica no pré-natal, ou em período <1 ano antes da gravidez (RR 0,50).

Tabela 3. Regressão dos dados sobre a assistência pré-natal, conforme as Regionais de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.

Variáveis	Regional de Saúde		Risco Relativo (IC 95%)	Valor p
	9ª n(%)	17ª n(%)		
	87 (100,0)	110 (100,0)		
Idade Materna				
≤ 18 anos	42 (48,3)	64 (58,2)		
≥ 35 anos	45 (51,7)	46 (41,8)	1,49 (0,84 – 2,62)	0,167
Doença durante gestação	22 (25,3)	50 (45,5)	0,40 (0,22 – 0,74)	0,004
Intercorrência na gestação				
Sangramento uterino	12 (14,0)	5 (4,6)	3,37 (1,14 – 9,98)	0,028
USG* morfológica	41 (48,8)	71 (71,7)	0,37 (0,20 – 0,69)	0,002
USG* no 1º trimestre	46 (53,5)	79 (71,8)	0,45 (0,24 – 0,81)	0,009
USG* no 2º trimestre	71 (83,5)	105 (97,2)	0,14 (0,04 – 0,52)	0,003
USG* no 3º trimestre	66 (77,6)	104 (96,3)	0,13 (0,04 – 0,41)	0,000
Fez USG* nos três trimestres	38 (43,7)	75 (68,2)	0,36 (0,20 – 0,64)	0,001
Consulta odontológica	35 (40,2)	63 (57,8)	0,49 (0,27 – 0,87)	0,015
Início do pré-natal				
<14 semanas	44 (60,3)	89 (80,9)		
14 – 27 semanas	27 (37,0)	19 (17,30)	2,87 (1,44 – 5,72)	0,003
>27 semanas	2 (2,7)	2 (1,8)	2,02 (0,27 – 14,8)	0,488
Exames laboratoriais RPM**				
1º Trimestre	8 (9,2)	17 (15,5)	1,80 (0,74 – 4,40)	0,194
2º Trimestre	5 (5,7)	17 (15,5)	2,99 (1,05 – 8,48)	0,039
3º Trimestre	5 (5,7)	25 (22,7)	0,20 (0,07 – 0,56)	0,002
Vacinação anti-hepatite B	71 (82,6)	104 (96,3)	0,18 (0,05 – 0,57)	0,004
Coleta de citologia oncológica	34 (39,1)	60 (56,1)	0,50 (0,28 – 0,89)	0,019

*Ultrassonografia; **Rede Mãe Paranaense;

4.1.4 DISCUSSÃO

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). Davim e Davim (2016) afirma a adolescência como uma etapa marcada por transformações biológicas, psíquicas e sociais, neste período, a gestação repercute com alterações psicossociais, como o abandono da escola e diminuição da convivência social. Outros estudos relatam redução das oportunidades de emprego, perpetuação da pobreza, aumento da discriminação, depressão e baixa autoestima. Também afirmam que a desvantagem socioeconômica e a baixa escolaridade são tanto antecedente quanto uma consequência da maternidade adolescente (RIBEIRO et al., 2014; LEFTWICH; ALVES, 2017; MARINO et al., 2016). Neste estudo evidenciou-se que a condição de ocupação não remunerada, renda familiar menor e baixa escolaridade, ocorreu mais frequentemente entre as adolescentes.

Mark e Sauer (2015) relatam que mulheres encorajadas a alcançar seus objetivos educacionais adiam a gestação, já o estudo de Traisisilp e Tongsong (2015) com gestantes “mais velhas”, relatam que quase 80% eram múltiparas. No presente estudo as mulheres ≥ 35 anos apresentaram escolaridade mais elevada e multiparidade.

Neste estudo o histórico de aborto foi mais frequente entre as mulheres ≥ 35 anos, diferentemente, os americanos Leftwich e Alves (2017) relatam que cerca de 80% das gestações concebidas durante a adolescência não foram intencionais, corroborando para alta taxa de abortos nessa população. Nos EUA, o aborto induzido pode ser realizado legalmente, no ano de 2009, constatou-se que 705.000 adolescentes engravidaram e 25% escolheram interromper a gravidez (CURTIN et al., 2013). No mesmo país, em 2015, as taxas de aborto foram mais altas neste grupo etário do que nas mulheres acima de 25 anos (JATLAOUI et al., 2018).

No Brasil o aborto é vedado por lei, mas isso não extingue sua ocorrência, são praticados abortos clandestinos, inseguros e geralmente, o procedimento é realizado por pessoas não-habilitadas ou/e em ambiente inapropriado (WHO, 2005), elevando o aborto como uma das principais causas de morte materna,

juntamente com distúrbios hipertensivos, hemorragia e sepse (NEAL et al., 2016; MARAVILLA et al., 2017).

No presente estudo o intervalo interpartal <1 ano ocorreu mais vezes entre adolescentes. Galvão et al. (2018) revelam que a repetição de gravidez na adolescência esteve fortemente associada a menor nível educacional e com maiores taxas de abandono escolar. Maravilla et al., (2017) ainda relatam que maior nível de escolaridade foi evidenciado como fator de proteção para chances de gravidez repetidas na adolescência. Estudos citam que o uso de contracepção reversível de ação prolongada reduziu a repetição rápida de gravidez entre as adolescentes (MARINO et al., 2016; LEFTWICH; ALVES, 2017).

Embora o tabagismo não tenha apresentado relevância estatística, fumar narguilé ocorreu mais frequentemente entre as adolescentes na 9ª RS do presente estudo, isso deve-se a forte influência árabe em Foz do Iguaçu, visto que nesta cidade encontra-se a segunda maior comunidade árabe do Brasil (CARLOTO; GIL, 2007). Marquetti (2017) em seu estudo realizado com adolescentes que residem em Foz do Iguaçu, revelou que 76% deles já utilizaram o narguilé pelo menos uma vez, a média de idade da experimentação foi entre 12 e 15 anos e, esse hábito, apresentou forte influência pela rede social de amizades.

Marino et al. (2016) relata que as taxas do tabagismo na gravidez têm diminuído, mas que mães adolescentes têm maior probabilidade de usar álcool, drogas, "vaping" e narguilé, que embora os últimos são menos focalizados nas diretrizes, devem ser avaliados na gestação. Menezes et al. (2014) ainda aponta para a frequência de fumantes passivos na adolescência 35,6% relataram ter pai, mãe ou irmãos fumantes e 47,6% amigos fumantes.

Gestantes com idade mais elevada apresentam taxas mais altas de antecedentes clínicos como hipertensão crônica, diabetes mellitus e disfunções da glândula tireoide (TRAISRISILP; TONGSONG, 2015). Ao envelhecer a mulher passa por mudanças biológicas em seu corpo, o sistema vascular uterino vai diminuindo sua capacidade em se adaptar aos efeitos da gestação aumentando chance de desfechos perinatais adversos, como diabetes e hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e aborto (CANHAÇO, 2015; TRAISRISILP; TONGSONG, 2015; KAHVECI et al., 2018). Condições clínicas

pré-existentes são relatadas pela Rede como gravidez de alto risco (PARANÁ, 2018), o que foi constatado nesse estudo, visto que, as mulheres ≥ 35 anos apresentaram mais antecedentes clínicos e foram classificadas quanto ao seu risco gestacional, como também doenças durante a gestação foram mais elevadas nessa faixa etária.

Fisiologicamente adolescentes grávidas apresentam risco de desenvolvimento de síndromes obstétricas, como a hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia (BROSENS et al., 2017; KIRBAS; GULERMAN; DAGLAR, 2016). No presente estudo adolescentes sem antecedentes clínicos desenvolveram hipertensão gestacional.

Adolescentes demonstram dificuldade em iniciar o pré-natal, implicando na detecção precoce de problemas comuns nessa população, como uso de álcool, drogas lícitas e ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis (MARINO et al., 2016). A literatura relaciona a adolescente com a baixa adesão ao pré-natal, início tardio, participação em menos consultas associando-se com pré-natal inadequado (SANTOS et al., 2014; OLIVEIRA, et al., 2016; RIBEIRO et al., 2014). Neste estudo, a participação em menos consultas de pré-natal que o preconizado pela Rede, ocorreu mais frequentemente entre as adolescentes.

No Brasil, uma análise da assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados no período entre 2011 e 2012, demonstrou que a cobertura foi de 98,7%, sendo que, 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional, 73,1% compareceram a seis ou mais consultas, sendo as Unidades Básicas de Saúde (89,6%) principal local de realização do pré-natal (VIELLAS et al., 2014). Isto também foi evidenciado nesse estudo, pois o início ocorreu no primeiro trimestre entre as mulheres sem relevância estatística nos extremos de idade, embora a participação em no mínimo sete consultas pré-natal foi mais frequente entre as mulheres ≥ 35 anos.

O exame das mamas e a coleta de citologia oncótica, conforme preconizado no pré-natal, realizou-se em menos da metade das mulheres desse estudo, maior proporção no grupo etário ≥ 35 anos. Embora o diagnóstico do câncer durante a gravidez tenha ocorrência rara, a detecção precoce é fundamental para otimizar o resultado oncológico, mas infelizmente os sintomas relacionados ao câncer como fadiga, náusea, dor abdominal e perda de sangue

vaginal, podem ser mal interpretados como sintomas fisiológicos relacionados à gravidez (HAN et al., 2014) reafirmando a importância dos exames de triagem durante a gestação.

A anemia é encontrada em cerca de 50% das adolescentes grávidas, a suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso é indicada, porém o cumprimento adequado do cuidado pré-natal é um desafio, devido aos “maus” comportamentos de saúde entre as adolescentes (LEFTWICH; ALVES, 2017). Isto pode ser evidenciado nesse estudo, pois a suplementação durante a gestação foi maior entre as mulheres ≥ 35 anos.

As Regionais de Saúde analisadas nesse estudo apresentam algumas características antagônicas, a 9ª RS compreende uma área urbana conhecida como tríplice fronteira, divisa entre Brasil, Paraguai e Argentina, diferentemente da 17ª RS localizada no interior do estado do Paraná limite com São Paulo, maior região metropolitana do Brasil. Essa disparidade refletiu com indicadores ruins para a 9ª RS, visto que as mulheres da região fronteira migram entre os países para buscar cuidado de saúde. Mello et al. (2015) relatam que as gestantes oriundas do Paraguai referem buscar atendimento em Foz de Iguaçu, em virtude da gratuidade que o SUS possibilita, como também, por causa da precariedade de recursos físicos e materiais do serviço paraguaio, porém, muitas gestantes não dispõem de condições financeiras para o deslocamento mensal, acarretando acompanhamento inadequado do pré-natal.

No presente estudo observou-se que as mulheres na regional de fronteira iniciaram o pré-natal tardiamente, apresentaram menores chances de realizarem ao menos uma ultrassonografia obstétrica em cada trimestre de gestação e morfológica, realizar os exames laboratoriais, coleta de citologia oncótica no pré-natal ou em período menor que um ano antes da gravidez, consultar-se com dentista durante a gestação, ter esquema de vacinação completo da anti-hepatite B. Esses indicadores ruins podem ser reflexo do comportamento itinerante das mulheres “brasiguaias”, que procuram o serviço em fase avançada da gestação, além de não disporem de condições financeiras para o deslocamento mensal, até a cidade brasileira, interrompendo a assistência preconizada pela Rede (MELLO et al., 2015; ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Os indicadores ruins na 9ª RS também podem ser reflexo da crise política ocorrida nos anos 2016 a 2018 na cidade de Foz de Iguaçu, por crimes de

fraudes nas licitações municipais para contratação de serviços na área da saúde. Culminando na baixa efetividade da assistência dos serviços de saúde, repercutindo no “caos” instalado na maioria dos serviços na atenção primária; a ausência de “exames de diagnósticos” em quase todas as unidades de saúde do município, graves consequências aos usuários (BRASIL, 2016; FOZ DO IGUAÇU, 2017).

As mulheres atendidas na 17ª RS foram mais diagnosticadas com alguma doença durante a gestação, esse dado pode ser resultado do maior acompanhamento pré-natal, visto que o mesmo não ocorreu na 9ª RS. A saúde materno-infantil em região fronteira foi prejudicada e o acompanhamento pré-natal não foi efetivo, sendo que, a crise política não deveria interferir na assistência de saúde, nem no atendimento preconizado pela Rede, visto que as consequências aos usuários não podem ser reparadas, bem como elevar os índices de morbimortalidade materno-infantil.

4.1.5 CONCLUSÃO

Neste estudo verificou-se divergências na assistência de pré-natal prestada aos extremos de idade materna, como também entre as RS foram identificadas diferenças significativas.

A regional fronteira apresentou dificuldade em realizar acompanhamento efetivo de pré-natal em suas gestantes, possivelmente, devido comportamento itinerante das mulheres da fronteira, como também por causa da crise política ocorrida nessa região, que afetou criticamente a assistência à saúde naquele período. Ressaltando que não deveria existir interferência na assistência de saúde, visto que as consequências podem elevar os índices de morbimortalidade materno-infantil.

Ambos os grupos etários e a RS fronteira, merecem atenção dos serviços assistenciais de saúde, principalmente para cumprimento das políticas públicas e elementos preconizados pela Rede, a fim de diminuir os riscos inerentes no acompanhamento inadequado do cuidado pré-natal.

Ressalta-se que mais estudos comparando os extremos de idade materna e saúde na região de fronteira são necessários a fim de aumentar as evidências

na literatura, fornecer subsídio para planejamento de estratégias e, melhorias na assistência de saúde a esses grupos etários e população fronteiriça.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. L. Conflito e integração nas fronteiras dos "brasiguaios". **Caderno CRH**, Salvador, v. 23, n. 60, p. 579-590, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792010000300009>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a rede cegonha. Diário oficial da união nº121. Brasília, 27 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 06 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - departamento de ações programáticas estratégicas [homepage on the Internet]. **Gestão de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. **Jurisprudência**. Operação Pecúlio: TRF4 aceita denúncia contra prefeito afastado de Foz do Iguaçu, 29 set. 2016. Disponível em: <https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=noticia_visualizar&id_noticia=12295>. Acesso em: 03 dez. 2018.

BROSENS, I. et al. The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence. **Am J Obstet Gynecol**, v. 217, n. 5, p. 546-55, nov. 2017. Disponível em: <[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30688-9/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30688-9/fulltext)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CANHAÇO, E. E. et al. Perinatal outcomes in women over 40 years of age compared to those of other gestations. **Einstein**, São Paulo, v.13, n. 1, Jan/Mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3204>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

CARLOTO, D. R.; GIL FILHO, S. F. O espaço de representação da comunidade árabe-muçulmana de Foz do Iguaçu – Paraná. *In*: II Colóquio Nacional do NEER – Núcleo de Estudos em Espaços e Representações, 2007. Salvador. **Anais do II Colóquio Nacional do NEER**. Salvador: UFBA, 2007. Disponível em: <http://www.neer.com.br/anais/NEER-2/autor_d.html>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CURTIN, S.C. et al. Pregnancy rates for U.S. women continue to drop. **NCHS Data Brief**, n. 136, p. 1-8, dez. 2013. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db136.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

DAVIM, R. M. B.; DAVIM, M.V.C. Estudo reflexivo sobre aspectos biológicos, psicossociais e atendimento pré-natal durante a gravidez na adolescência. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 8, p. 3108-18, ago. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11382p3108-3118-2016>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FOZ DO IGUAÇU. Resolução nº 09/2017 de 31 de março de 2017. Não aprova o Relatório Anual de Gestão-RAG/2016, da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu/PR. **Diário Oficial do Município**, nº 3.038 de 03 de abril de 2017, p. 33-35. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB;jsessionid=4b106df7f114f74592a80f8db4dc?idMidia=100928>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

GALVÃO, R. B. F. et al. Hazards of Repeat Pregnancy during Adolescence: A Case-control Study, **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, n. 08, p. 437-443, 24 ago. 2018. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1666811>>. Acesso em: 14 set. 2018.

HAN, S.N. et al. Management of gynecological cancers during pregnancy. **Curr Oncol Rep**, v. 16, n. 415, 26 out. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11912-014-0415-z>>. Acesso em: 02 set. 2018.

JATLAOUI, T.C. et al. Abortion Surveillance – United States, 2015. **MMWR Surveill Summ**, v. 67, n. 13, p. 1-45, 23 nov. 2018. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6713a1.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

KAHVECI, B. et al. The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 343, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1984-x>>. Acesso em: 02 set. 2018.

KIRBAS, A. et al. Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? **J Pediatric Adolesc Gynecol**, v. 29, n. 4, p. 367–371. 04 jan. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.010>>. Acesso em 01 ago. 2018.

LAOPAIBOON, M. et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. **BJOG**, v. 121, Suppl. 1, p. 49–56, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12659>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

LEFTWICH, H.K.; ALVES, M. V. O. Adolescent Pregnancy. **Pediatr Clin North Am**, v. 64 n. 02, p. 381-388, abr. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.007>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MARAVILLA, J. C. et al. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol**, v. 217, n. 5, p. 527-545.e31. Nov. 2017. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937817305227>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

MARINO, J.L. et al. Teenage mothers. **Aust Fam Physician**, v. 45, n. 10, p. 712-717, 2016. Disponível em: <<https://www.racgp.org.au/afp/2016/october/teenage-mothers/>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MARK, V.; SAUER, M. D. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. **Fertility and Sterility**, v. 103, n. 5, p. 1136-43, may. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.004>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MARQUETTI, M. G. K. **Análise da influência das redes sociais no consumo de narguilé por adolescentes residentes em Foz do Iguaçu-PR**. Foz do Iguaçu: BDTD Unioeste, 2017. Disponível em: <<http://tede.unioeste.br/handle/tede/2930>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MELLO, F. et al. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>>. Acesso em: 04 set. 2018.

MENEZES, A. H. R. et al. Fatores associados ao uso regular de cigarros por adolescentes estudantes de escolas públicas de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 774-784, abr, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00173412>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

NEAL, S. et al. The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 352, 11 nov. 2016. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1120-8>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

OLIVEIRA, L. L. et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 382-89, mai/jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

RIBEIRO, F. D. et al. Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 4, p. 381-88, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.05.002>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SANTOS, N. L. A. C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 719-26, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia**. SESA-PR: Curitiba-PR, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2018.

TRAIKRISILP K.; TONGSONG T. Pregnancy outcomes of mothers with very advanced maternal age (40 years or more). **J Med Assoc Thail**, v. 98, n. 2, p. 117–22, 2015.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Supl.1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report 2005: make every mother and child count. Geneva: **WHO**, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 jul. 2018.

ZASLAVSKY, R. GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>>. Acesso em: 20 set. 2018.

4.2 MANUSCRITO 2

Extremos de idade materna: assistência ao parto, nascimento e puerpério em maternidades públicas

RESUMO

Objetivo: Analisar a assistência no pré-parto, parto, nascimento e puerpério entre mulheres nos extremos de idade (≤ 18 e ≥ 35 anos) nos serviços públicos de saúde em regional fronteira e do interior do estado. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, realizado na 9ª e 17ª Regional de Saúde do Paraná, Brasil, entre julho de 2017 e fevereiro de 2018, utilizando prontuário materno e infantil, carteira de saúde da gestante e da criança, entrevista em maternidades públicas. Os dados foram analisados SSPS®, assumindo-se um nível de significância de $p < 0,05$, aplicado teste qui-quadrado e regressão logística. **Resultados:** Nas adolescentes foi utilizado mais terapias não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor, banho de relaxamento, massagem, uso de bola ou assento ativo, ingeriram mais líquidos e alimentos no pré parto e tiveram mais risco de realizar episiotomia ($p < 0,02$), já o grupo etário ≥ 35 anos teve maior incidência de cesariana ($p = 0,03$). Na regional de fronteira as mulheres realizaram menos teste rápido de Vírus da Imunodeficiência Humana e sífilis, terapias para alívio da dor, ausculta de batimentos cardíacos fetais no parto, contato pele a pele pós-parto, tiveram menos doenças e intercorrências intraparto, maior frequência de amniotomia, episiotomia, testes de triagem neonatal, cobertura vacinal e auxílio nos primeiros cuidados com o recém-nascido, quando comparada com a 17ª RS. **Conclusão:** A assistência de saúde foi diferente entre os extremos de idade materna e Regionais de Saúde, não atendendo a totalidade do que é preconizado pela Rede, principalmente na regional fronteira.

Descritores: Avaliação de programas e projetos de saúde; Idade materna; Parto; Alojamento conjunto; Saúde na fronteira.

Descriptors: Program evaluation; Maternal age; Delivery rooms; Rooming-in care; Border health.

4.2.1 INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha destaca-se entre as atuais políticas públicas nacionais de atenção à saúde materno-infantil, que contempla assistência pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema de transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011). A responsabilidade para a implementação da Rede é de cada estado, sendo assim, a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, realizou algumas alterações favoráveis, denominando-a Rede Mãe Paranaense (RMP), que objetiva captação precoce da gestante, monitoramento do pré-natal, classificação de risco, atendimento ambulatorial, vinculação do hospital para o parto conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018).

A Rede considera gestação de alto risco, gestantes que apresentem alguma comorbidade pré-existente, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças infecciosas, dependência de drogas, entre outros (PARANÁ, 2018). Segundo Laopaiboon et al. (2014) essas doenças geralmente acometem mulheres mais velhas, como também aumenta significativamente o risco de desfechos obstétricos e perinatais desfavoráveis, como pré-eclâmpsia, parto prematuro e baixo peso ao nascer. Mas, Kirbas et al. (2016) relatam que a gestação na adolescência também revela os mesmos riscos.

Considerando o risco de desfechos obstétricos ruins nos extremos de idade materna, como também associação de risco psicossocial nas adolescentes, o Ministério da Saúde estabelece a idade materna um fator para avaliação do risco gestacional (BRASIL, 2012; DAVIM; DAVIM, 2016).

As mulheres têm controlado seu destino reprodutivo, para atingir autonomia pessoal, maturidade intelectual, estando gradativamente propensas a iniciarem a maternidade com idade mais avançada, pautadas em planejamento familiar (TRAISRISILP; TONGSONG, 2015; MARK; SAUER, 2015). Ao envelhecer a mulher passa por mudanças biológicas, o sistema vascular uterino, com o tempo, diminui a capacidade em se adaptar aos efeitos da gestação, gerando riscos gestacionais e complicações durante a hospitalização (CANHAÇO, 2015; SHEEN, 2018).

Na adolescência há maior risco de infecções sexualmente transmissíveis, pré-natal inadequado, cesáreas, restrição do crescimento fetal, nascimento de

neonatos com baixo peso e prematuridade (MARINO et al., 2016; SANTOS et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2016; RIBEIRO et al., 2014; BROSENS et al., 2017).

Percebe-se que os extremos de idade reprodutiva estão envolvidos a uma maior frequência de complicações durante a gestação e parto. O mesmo também pode ocorrer entre as mulheres na região de fronteira, pois é característico que a população migre entre os países buscando cuidado de saúde, mas devido ao comportamento itinerante, o efetivo acompanhamento de saúde não ocorre (MELO et al., 2015; ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Na região da tríplice fronteira, Brasil, Paraguai e Argentina, população que frequentemente procura atendimento no Brasil, são os “brasiguaios”, esse termo refere-se de forma generalizada, aos brasileiros que vivem no Paraguai, como também, apresenta outros sentidos, sendo referido ao brasileiro pobre que viveu no Paraguai e voltou para o Brasil, também aos empresários brasileiros plantadores de soja no Paraguai e, ainda aos descendentes dos brasileiros que nasceram no Paraguai (ALBUQUERQUE, 2010).

Estudo realizado por Rocha et al. (2018) com enfermeiros na Rede de atenção materna e infantil do Paraná, em região de tríplice fronteira, relatam a falta de seguimento à gestante, pois algumas, em especial, as estrangeiras, principalmente as “brasiguaias” procuram o serviço de saúde uma vez para aquisição de exames e não retornam para o acompanhamento, como também, estas mulheres vêm ao Brasil realizar os exames no fim da gestação, ou apenas para o parto.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou analisar a assistência no pré-parto, parto, nascimento e puerpério entre mulheres nos extremos de idade (≤ 18 e ≥ 35 anos) em maternidades públicas de saúde de regional fronteiriça e interior do estado.

4.2.2 MÉTODO

Pesquisa quantitativa transversal realizada em maternidades dos municípios da 9ª Regional de Saúde (RS) de Foz do Iguaçu, região de fronteira e, da 17ª RS de Londrina, interior do estado do Paraná, Sul do Brasil, entre julho de 2017 e fevereiro de 2018.

Recorte do estudo multicêntrico intitulado, Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada Universal 01/2016. As maternidades selecionadas para a pesquisa, em ambas as RS atendem gestação de risco habitual (RH) e/ou alto risco (AR) pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na 9ª RS a coleta ocorreu em três maternidades sendo uma para RH e AR, a qual é certificada pelo Ministério da Saúde com o selo Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e também duas maternidades de RH, totalizando atendimento para mulheres oriundas de nove municípios. Enquanto na 17ª RS, uma maternidade AR e, quatro maternidades de RH e RI, participaram da pesquisa, sendo duas delas certificadas com selo IHAC, somando atendimento disponibilizado para mulheres de 16 municípios.

Para obter a população do estudo, realizou-se cálculo amostral proporcional com base n° e partos do ano de 2016 com margem de erro de 5%. O cálculo resultou em 409 mulheres da 9ª RS e 464 da 17ª RS. Foram selecionadas as mulheres dos extremos de idade, ≤ 18 anos (até 18 anos 11 meses e 29 dias) e ≥ 35 anos, totalizando 197 mulheres, sendo 87 da 9ª RS e 110 da 17ª RS. Além de compreenderem os extremos de idade as mulheres incluídas foram atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas maternidades públicas nos municípios das RS em estudo.

A coleta de dados ocorreu nas maternidades por meio de um instrumento previamente testado para a extrair dados em prontuários da maternidade, Carteira de Saúde da Gestante e Carteira de Saúde da Criança e entrevista com a mulher/usuária para identificar informações não esclarecidos ou que não constam nos documentos.

As variáveis desse estudo relacionadas ao pré-parto, parto e puerpério foram: acompanhante no pré-parto, parto e puerpério; doenças no pré-parto (hemorrágico, infeccioso, hipertensivo, metabólico); teste rápido de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis; alívio da dor com terapias farmacológicas e não farmacológicas (banho de relaxamento, uso de bola ou assento ativo, massagem); ingerir líquido e alimento no pré-parto; rotura de membrana; fisiometria; acesso venoso; antibióticoterapia; uso de ocitocina e misoprostol; monitorização do parto pelo partograma; ausculta de batimentos

cardíacos fetais (BCF) no parto; tipo de parto; episiotomia; litotomia; manobra de Kristeller e intercorrências intraparto; intercorrências período Greenberg; incentivo e auxílio no aleitamento materno (AM); intercorrências relacionadas ao AM; condições emocionais da puérpera; auxílio nos primeiros cuidados com o recém-nascido (RN) e intercorrências com a puérpera no alojamento conjunto (AC).

Quanto ao nascimento as variáveis foram: Idade Gestacional (IG); Apgar no 1º e 5º minuto de vida; intervenções com RN no nascimento; aspiração oro-nasal; Ventilação por Pressão Positiva (VPP); administração de oxigênio; encaminhado para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); peso; contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto; AM na primeira hora de vida; testes de triagem neonatal (pezinho, olhinho, coraçãozinho e orelhinha); vacinação (Hepatite B e BCG) e intercorrências no AC. Foram classificadas conforme os indicadores da Rede para cada grupo de assistência e comparada aos extremos de idade materna e RS.

Os dados foram inseridos e analisados no SSPS®, assumindo-se um nível de significância de $p < 0,05$. Aplicou-se frequência simples, teste qui-quadrado, e nas variáveis com $p < 0,020$, realizado regressão logística, para identificar o risco relativo ao evento associado à idade materna e RS.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, pelas Diretorias das Regionais de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), sob o parecer nº 2.053.304, de 09 de maio de 2017, CAAE: 67574517.1.1001.5231.

4.2.3 RESULTADOS

Nas Regionais de Saúde, somou-se 197 puérperas que compreendiam os extremos de idade materna, sendo na 9ª RS 48,3% ≤ 18 anos e 51,7% ≥ 35 anos. Na 17ª RS, 58,2% ≤ 18 anos e 41,8% ≥ 35 anos.

A comparação da assistência no pré-parto e parto, nos extremos de idade materna (Tabela 1) demonstrou que mais de 85% em ambas as faixas etárias, teve acompanhante no pré-parto, mas ainda assim, foi mais frequente entre as

adolescentes, como também maior a ingestão de líquidos 47,6% na 9ª RS e 62,3% na 17ª RS e ingestão de alimentos 47,6% na 9ª RS e 38,3% na 17ª RS.

Quanto ao alívio da dor, terapias foram realizadas mais frequentemente entre as adolescentes e na 17ª RS, terapia não farmacológica 74,1%, banho de relaxamento 70,7%, massagem 50%, terapia farmacológica 28,6%. Enquanto na 9ª RS neste grupo etário, foi maior o uso de bola ou assento ativo 52,4%.

Quanto às intervenções durante o trabalho de parto e parto, a amniotomia foi mais evidente entre as ≥ 35 anos, sendo 59,5% na 9ª RS e 41% na 17ª RS, acesso venoso 100,0% das mulheres na 9ª RS e 82% das mulheres na 17ª RS sem diferença entre os grupos etários. O uso de ocitocina e litotomia foi mais frequente entre as adolescentes, respectivamente, 61,9% na 9ª RS e 69% na 17ª RS e 64,3% na 9ª RS e 61,9% na 17ª RS.

Entre as adolescentes a episiotomia ocorreu mais vezes, 45,2% na 9ª RS e 15,6% na 17ª RS, assim como as intercorrências intraparto 11,9% na 9ª RS e 22,2% na 17ª RS, predominou a via de parto vaginal espontâneo 54,8% na 9ª RS e 63,5% na 17ª RS, como também a via vaginal instrumental ocorreu apenas entre essa faixa etária, 9,5% na 9ª RS e 4,8% na 17ª RS. Já entre as mulheres ≥ 35 anos, a via de parto cesárea foi mais evidente, sendo 51,1% na 9ª RS e 45,7% na 17ª RS.

Tabela 1. Assistência pré-parto e parto conforme a faixa etária materna e Regional de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.

Variáveis	9ª RS		17ª RS	
	≤ 18 anos	≥ 35 anos	≤ 18 anos	≥ 35 anos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Acompanhante no pré-parto	36 (85,7)	41 (91,1)	61 (95,3)	41 (89,1)
Doenças no pré-parto				
Hemorrágico	0	0	1 (1,6)	4 (8,7)
Infecioso	0	0	15 (23,4)	11 (23,9)
Hipertensivo	1 (2,4)	4 (8,9)	4 (6,2)	8 (17,4)
Metabólico	0	0	3 (4,7)	9 (19,6)
Outras	0	0	4 (6,2)	3 (6,5)
Teste rápido – HIV¹	33 (78,6)	40 (90,9)	62 (96,9)	46 (100,0)
Teste rápido – sífilis	34 (81,0)	35 (81,4)	61 (95,3)	46 (100,0)
Alívio da dor*				
Terapia não farmacológica*	24 (57,1)	12 (26,7)	43 (74,1)	18 (41,9)
Terapia farmacológica*	4 (9,5)	1 (2,2)	18 (28,6)	7 (15,2)
Banho relaxamento*	17 (40,5)	12 (26,7)	41 (70,7)	14 (32,6)
Bola ou assento ativo*	22 (52,4)	7 (15,6)	29 (50,0)	8 (18,6)
Massagem*	9 (21,4)	4 (8,9)	29 (50,0)	7 (16,3)
Ingeriu líquido*	20 (47,6)	11 (25,0)	38 (62,3)	16 (35,6)
Ingeriu alimento*	20 (47,6)	6 (13,6)	23 (38,3)	9 (20,0)
Rotura de Membrana*				
Espontânea*	15 (38,5)	8 (19,0)	32 (56,1)	18 (46,2)
Artificial*	17 (43,6)	25 (59,5)	15 (26,3)	16 (41,0)
Bolsa rota na internação	7 (17,9)	9 (21,4)	10 (17,5)	5 (12,8)
Fisiometria	1 (2,4)	1 (2,2)	2 (3,7)	0
Acesso Venoso	42 (100,0)	45 (100,0)	51 (82,3)	37 (82,2)
Infusão de antibióticoterapia	8 (19,0)	10 (22,2)	28 (45,2)	24 (53,3)
Uso de ocitocina	26 (61,9)	19 (43,2)	40 (69,0)	29 (64,4)
Uso de misoprostol	6 (11,9)	2 (4,4)	8 (13,3)	8 (18,6)
Partograma	40 (95,2)	43 (95,6)	60 (93,8)	42 (91,3)
Ausculta de BCF no parto	12 (28,6)	16 (35,6)	34 (91,9)	24 (85,7)
Tipo de Parto*				
Vaginal espontâneo	23 (54,8)	22 (48,9)	40 (63,5)	25 (54,3)
Cesárea*	15 (35,7)	23 (51,1)	20 (31,7)	21 (45,7)
Vaginal instrumental*	4 (9,5)	0	3 (4,8)	0
Episiotomia*	19 (45,2)	11 (24,4)	10 (15,6)	1 (2,2)
Litotomia	27 (64,3)	22 (48,9)	39 (61,9)	22 (50,0)
Manobra de Kristeller	6 (14,3)	6 (13,3)	4 (7,5)	5 (12,5)
Intercorrências intraparto	5 (11,9)	1 (2,2)	14 (22,2)	7 (15,2)
Distocia	5 (11,9)	1 (2,2)	8 (17,8)	3 (14,3)
Eclâmpsia	0	0	0	1 (4,8)
DPP ²	0	0	0	1 (4,8)

1-Vírus da Imunodeficiência Humana; 2-Descolamento Prematuro de Placenta. *valor de $p < 0,05$.

A tabela 2 apresenta a regressão logística dos dados com $p < 0,05$ conforme a faixa etária materna, a qual revelou que as boas práticas de atenção ao parto ocorreram principalmente entre as adolescentes.

Foi utilizado mais terapias não farmacológicas (RR 3,92) e farmacológicas (RR 2,75) para o alívio da dor, banho de relaxamento (RR 3,29), massagem (RR 4,29), uso da bola ou assento ativo (RR 5,06), ingeriram mais líquidos (RR 2,96) e alimentos (RR 3,59) no pré-parto, revelando maior risco relativo de não realização das boas práticas entre as mulheres ≥ 35 anos. Entretanto, a episiotomia (RR 2,47), foi uma intervenção, que apresentou maior risco de ser realizada nas adolescentes ($p=0,017$).

Entre as mulheres ≥ 35 anos foi maior a incidência da via de parto cesárea (RR 0,53 e $p=0,03$), ao contrário, a via vaginal instrumental foi apenas entre as adolescentes ($p=0,002$).

Tabela 2. Regressão dos dados sobre a assistência pré-parto e parto conforme a faixa etária materna, Paraná, 2018.

Variáveis	Idade Materna		Risco Relativo (IC 95%)	p
	≤ 18 anos n (%)	≥ 35 anos n (%)		
	106 (100,0)	91 (100,0)		
Alívio da dor				
Terapia não farmacológica	67 (67,0)	30 (34,1)	3,92 (2,14 – 7,20)	0,000
Terapia farmacológica	22 (21,0)	8 (8,8)	2,75 (1,15 – 6,52)	0,022
Banho relaxamento	58 (58,0)	26 (29,5)	3,29 (1,79 – 6,03)	0,000
Bola ou assento ativo	51 (51,0)	15 (17,0)	5,06 (2,56 – 9,99)	0,000
Massagem	38 (38,0)	11 (12,5)	4,29 (2,02 – 9,08)	0,000
Ingeriu líquidos	58 (56,3)	27 (30,3)	2,96 (1,63 – 5,37)	0,000
Ingeriu alimentos	43 (42,2)	15 (16,9)	3,59 (1,82 – 7,09)	0,000
Episiotomia	29 (27,4)	12 (13,2)	2,47 (1,18 – 5,20)	0,017
Tipo de Parto				
Vaginal	63 (60,0)	47 (51,6)	-	-
Cesárea	35 (33,3)	44 (48,4)	0,53 (0,30 – 0,95)	0,033
Vaginal Instrumental	7 (6,7)	-	-	0,002

Idade materna ≥ 35 anos foi a categoria utilizada como referência.

Na tabela 3 verifica-se que as intervenções com o RN imediatamente após o nascimento foram muito elevadas independentemente do grupo etário materno, sendo 100% das mulheres na 9ª RS e mais de 80% na 17ª RS. A aspiração oro-nasal em 100% nos filhos das adolescentes na 9ª RS e 92,9% na 17ª RS, como também das mulheres ≥ 35 anos. Outras intervenções como VPP foram realizadas com maior frequência nos RN do grupo etário materno ≤ 18 anos, sendo 7,1% na 9ª RS e 7,8% na 17ª RS. Os RN pertencentes a 17ª RS foram encaminhados mais frequentemente para UTIN e UCIN do que os da 9ª RS.

Considerando o valor do Apgar no 5º minuto de vida, percebe-se que a maioria dos RN nasceram com boas condições de vitalidade, mas mesmo assim o contato pele a pele após o parto ocorreu entre a minoria das mulheres, 26,2% na 9ª RS e 55,7% na 17ª RS entre as adolescentes e 33,3% na 9ª RS e 58,7% na 17ª RS entre as mulheres ≥ 35 anos. Como também o aleitamento materno na primeira hora de vida ocorreu em 80% das mulheres.

Quanto aos testes de triagem neonatal, o teste do pezinho ocorreu em 100% dos RN em ambas as faixas etárias maternas e RS. O teste do olhinho e do coraçãozinho foi em 100% dos RN da 9ª RS em ambas as faixas etárias maternas, já na 17ª RS, foi 87,9% no grupo ≤ 18 anos e 97,8% no grupo ≥ 35 anos. O teste da orelhinha foi menos evidente na 17ª RS, sendo 77,2% entre os RN de mães adolescentes e 82,6% nos filhos das ≥ 35 anos.

A cobertura vacinal de hepatite B ocorreu em 100% dos neonatos, mas a vacina BCG antes da alta não ocorreu em grandes proporções, sendo cerca de 84% na 9ª RS e 53% na 17ª RS. As intercorrências com o RN no AC foram mais frequentes na 17ª RS, como também as intercorrências com a puérpera.

Receber auxílio no banho do RN e na higiene perineal/troca de fraldas foi mais frequente entre as adolescentes, sendo 90,5% na 9ª RS e 77,4% na 17ª RS, 90,5% na 9ª RS e 65,0% na 17ª RS, respectivamente.

O auxílio para realizar curativo do coto umbilical foi mais frequente na 9ª RS do que na 17ª RS. Quanto à amamentação em ambas as faixas etárias e RS mais de 90% das mulheres estavam com AM livre demanda. Também cerca de 85% delas receberam incentivo e auxílio na amamentação pelos profissionais, destacando-se a enfermeira e o técnico de enfermagem. A dificuldade para amamentar esteve mais presente entre as adolescentes, sendo 23,8% na 9ª RS e 38,7% na 17ª RS.

Entre as condições emocionais da puérpera, tranquila foi a mais evidente em ambas as faixas etárias, principalmente as mulheres ≥ 35 anos, sendo 93,3% na 9ª RS e 89,1% na 17ª RS. A presença de acompanhante no AC também foi evidente em ambas as faixas etárias com maior relevância para as adolescentes 97,6% na 9ª RS e 93,7% na 17ª RS.

Tabela 3. Assistência ao nascimento e puerpério conforme a faixa etária materna e Regional de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.

Variáveis	9ª RS		17ª RS	
	≤ 18 anos	≥ 35 anos	≤ 18 anos	≥ 35 anos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Recém-nascido	43 (100,0)	45 (100,0)	64 (100,0)	47 (100,0)
IG ¹ <37 semanas	3 (7,1)	1 (2,2)	5 (7,8)	4 (8,7)
Apgar <7 no 1º minuto	4 (9,5)	3 (6,7)	4 (6,3)	2 (4,3)
Apgar <7 no 5º minuto	1 (2,4)	0	1 (1,6)	1 (2,2)
Intervenções no Nascimento	43 (100,0)	45 (100,0)	56 (87,5)	38 (80,9)
Aspiração oro-nasal	43 (100,0)	45 (100,0)	52 (92,9)	34 (89,5)
VPP ²	3 (7,1)	0	5 (7,8)	4 (8,5)
Oxigênio	1 (2,4)	1 (2,2)	3 (4,7)	0
Encaminhado – UCIN ³	1 (2,4)	3 (6,7)	7 (10,9)	4 (8,5)
Encaminhado – UTIN ⁴	1 (2,4)	3 (6,7)	1 (1,6)	1 (2,1)
Peso < 2000g	0	1 (2,2)	0	1 (2,1)
Contato pele a pele após parto	11 (26,2)	15 (33,3)	34 (55,7)	27 (58,7)
Aleitamento 1ª hora de vida	33 (78,6)	33 (73,3)	44 (88,0)	26 (83,9)
Teste Pezinho	43 (100,0)	45 (100,0)	64 (100,0)	47 (100,0)
Teste Olhinho*	43 (100,0)	45 (100,0)	51 (87,9)	44 (97,8)
Teste Coraçãozinho*	43 (100,0)	45 (100,0)	51 (87,9)	44 (97,8)
Teste Orelhinha	43 (100,0)	42 (95,5)	44 (77,2)	38 (82,6)
Vacina Hepatite B	43 (100,0)	45 (100,0)	64 (100,0)	47 (100,0)
Vacina BCG	35 (81,4)	38 (86,4)	35 (58,3)	22 (46,8)
Intercorrências no AC ⁵	2 (4,9)	2 (4,9)	8 (12,7)	6 (13,0)
Puérpera	42 (100,0)	45 (100,0)	64 (100,0)	46 (100,0)
Intercorrências Período Greenberg	0	0	1 (2,7)	0
Intercorrência AC ⁵	1 (2,4)	1 (2,2)	4 (6,3)	1 (2,2)
Auxílio nos primeiros cuidados	39 (92,9)	41 (91,1)	52 (81,2)	38 (84,4)
Banho	38 (90,5)	39 (86,7)	48 (77,4)	31 (68,9)
Curativo coto umbilical	38 (90,5)	39 (86,7)	45 (76,3)	34 (79,1)
Troca de fraldas	38 (90,5)	37 (82,2)	39 (65,0)	29 (65,9)
Amamentação				
Livre demanda	40 (95,2)	40 (88,9)	59 (93,7)	44 (95,7)
Dificuldade para amamentar	10 (23,8)	10 (22,2)	24 (38,7)	8 (18,2)
Profissional auxiliou	41 (97,6)	39 (86,7)	53 (82,8)	39 (84,8)
Fissuras	8 (19,0)	2 (4,4)	15 (23,4)	9 (19,6)
Condições emocionais				
Tranquila	38 (90,5)	42 (93,3)	54 (84,4)	41 (89,1)
Ansiosa	2 (4,8)	3 (6,7)	6 (9,4)	3 (6,5)
Nervosa	1 (2,4)	0	2 (3,1)	0
Com dor	1 (2,4)	0	2 (3,1)	2 (4,3)
Acompanhante no AC ⁵	41 (97,6)	42 (93,3)	59 (93,7)	38 (82,6)

1-Idade Gestacional; 2-Ventilação com Pressão Positiva; 3-Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal; 4-Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; 5-Alojamento Conjunto. *valor de $p < 0,05$.

A tabela 4 revela diferenças estatísticas, pois na 9ª RS as mulheres apresentaram um risco relativo 0,08 de apresentar doenças no pré-parto, do que as mulheres da 17ª RS. Como também na 9ª RS as gestantes apresentaram

menores chances de realizarem teste rápido de HIV e sífilis no pré-parto, RR 0,10 e 0,12, respectivamente, do que as da 17ª RS ($p < 0,003$).

Quanto ao alívio da dor, as mulheres na 9ª RS foram menos assistidas do que na 17ª RS ($p < 0,01$), tiveram menos chances de realizar banho de relaxamento (RR 0,41), massagem (RR 0,31), receber terapia não-medicamentosa (RR 0,46) e terapia farmacológica (RR 0,20). Também na 9ª RS as mulheres tiveram maior probabilidade de bolsa rota na internação (RR 2,31), amniotomia (RR 2,94) e episiotomia (RR 4,73). Em contrapartida tiveram menos chance de intercorrências intraparto (RR 0,31) do que as mulheres na 17ª RS.

Na 17ª RS as mulheres tiveram mais infusão de antibióticoterapia, ausculta de BCF no parto e contato pele a pele com o RN logo após o parto ($p = 0,000$). As mulheres pertencentes a 9ª RS tiveram mais chances de receber auxílio nos primeiros cuidados com seu filho, no banho (RR 2,73) e na troca de fraldas (RR 3,30) do que as mulheres na 17ª RS ($p < 0,012$). Como também os neonatos nascidos na 9ª RS tiveram mais probabilidade de realizarem, antes da alta teste da orelhinha (RR 10,8) e vacina BCG (RR 4,57) do que os nascidos na 17ª RS.

Tabela 4. Assistência pré-parto, parto, nascimento e puerpério, conforme as Regionais de Saúde (9ª e 17ª), Paraná, 2018.

Variáveis	Regional de Saúde		Risco Relativo (IC 95%)	p
	9ª n (%)	17ª n (%)		
Materna	87 (100,0)	110 (100,0)		
Idade				
≤ 18 anos	42 (48,3)	64 (58,2)		
≥ 35 anos	45 (51,7)	46 (41,8)	1,49 (0,84 – 2,62)	0,167
Doenças no pré-parto	5 (5,7)	47 (42,7)	0,08 (0,03 – 0,21)	0,000
Teste rápido – HIV*	73 (84,9)	108 (98,2)	0,10 (0,02 – 0,47)	0,003
Teste rápido – sífilis	69 (81,2)	107 (97,3)	0,12 (0,03 – 0,43)	0,001
Alívio da dor				
Terapia não farmacológica	36 (41,4)	61 (60,4)	0,46 (0,25 – 0,83)	0,010
Terapia farmacológica	5 (5,7)	25 (22,9)	0,20 (0,07 – 0,56)	0,002
Banho relaxamento	29 (33,3)	55 (54,5)	0,41 (0,23 – 0,75)	0,004
Massagem	13 (14,9)	36 (35,6)	0,31 (0,15 – 0,64)	0,002
Rotura de Membrana				
Espontânea ¹	23 (28,4)	50 (52,1)		
Artificial	42 (51,9)	31 (32,3)	2,94 (1,49 – 5,80)	0,002
Bolsa rota na internação	16 (19,8)	15 (15,6)	2,31 (0,98 – 5,48)	0,055
Infusão de Antibióticoterapia	18 (20,7)	52 (48,6)	0,27 (0,14 – 0,52)	0,000
Ausulta de BCF no parto	28 (32,2)	58 (89,2)	0,05 (0,02 – 0,14)	0,000
Episiotomia	30 (34,5)	11 (10,0)	4,73 (2,20 – 10,1)	0,000
Intercorrências intraparto	6 (6,9)	21 (19,3)	0,31 (0,11 – 0,80)	0,016
Recém-nascido	88 (100,0)	111 (100,0)		
Contato pele a pele após parto	26 (29,9)	61 (57,0)	0,32 (0,17 – 0,58)	0,000
Teste – Orelhinha	85 (97,7)	82 (79,6)	10,8 (2,47 – 47,8)	0,002
Vacina – BCG	73 (83,9)	57 (53,3)	4,57 (2,30 – 9,08)	0,000
Recebeu auxílio nos cuidados				
Banho	78 (88,6)	80 (74,1)	2,73 (1,24 – 5,99)	0,012
Troca de fraldas	76 (86,4)	69 (65,7)	3,30 (1,59 – 6,85)	0,001

*Vírus da Imunodeficiência Humana; ¹Espontânea: Categoria utilizada como referência; 17ª RS foi a categoria utilizada como referência.

4.2.4 DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde considera a idade materna um fator para avaliação do risco gestacional. Sendo a idade acima de 35 anos associada com maior frequência de comorbidades preexistentes e aumento de desfechos maternos graves. Como também a adolescência tem maior associação ao risco psicossocial, a gravidez pode não ser bem aceita por ela, pelo meio familiar e social, refletindo em desemprego, pobreza e discriminação (BRASIL, 2012; DAVIM; DAVIM, 2016; LAOPAIBOON et al., 2014, SILVA et al., 2013; LEFTWICH; ALVES, 2017). No presente estudo, observou-se essa tendência, sendo as comorbidades mais evidentes entre as mulheres ≥35 anos.

A hipertensão arterial pré-gestacional não foi relatada entre as adolescentes, porém, no pré-parto o distúrbio hipertensivo foi evidenciado, o que pode ser associado com o risco de pré-eclâmpsia descrito nos estudos de Leftwich e Alves (2017), Brosens et al. (2017) e Kirbas et al. (2016). Esses autores também relatam que o parto prematuro está associado com esse grupo etário, isso também foi evidente neste estudo, embora sem relevância estatística.

Sheen et al. (2018) pesquisaram os resultados adversos em todas as idades maternas, revelando que a pré-eclâmpsia e parto cesáreo esteve mais associado com mulheres menores de 17 anos e acima de 40 anos. Já, no presente estudo a via de parto cesárea foi menor entre as adolescentes, semelhante aos resultados da pesquisa de Leftwich e Alves (2017), e relatam que há uma diminuição na taxa do parto cirúrgico neste grupo etário, sugerindo que a estrutura pélvica pode estar suficientemente desenvolvida na maioria dessa população.

Estudos revelam que as taxas de cesárea no Brasil são elevadas e, a idade avançada, aumenta a possibilidade desta via (HOPKINS et al., 2014; RATTNER; MOURA, 2016). Leal et al. (2014) identificaram que mulheres mais velhas tiveram maior chance de realizar cesariana ao contrário das adolescentes, o que se confirma no presente estudo.

Segundo Marino et al. (2016) as adolescentes estão predispostas a maior frequência de infecções sexualmente transmissíveis, o que aumenta o risco de resultados adversos da gravidez para a mãe e a criança, diferentemente do presente estudo, a infecção não teve relevância estatística nos extremos de idade, mas foi mais frequente na 17ª RS.

Kahveci et al. (2018) relata que a gestação tardia é fator de risco para complicações como diabetes mellitus gestacional, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, cesariana e parto prematuro, o que coincide com dados deste estudo, exceto prematuridade, pois as mulheres ≥ 35 anos tiveram maior índices de doenças hipertensivas, metabólicas e via de parto cesárea do que as adolescentes.

Com relação ao parto, anualmente, o Brasil se depara com cerca de 3 milhões de nascimentos, em torno de 98% são efetuados no ambiente hospitalar (BRASIL, 2017). Porém neste ambiente intervenções durante o trabalho de parto

e parto são corriqueiras, como acesso venoso, ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia, analgesia raque/epidural, litotomia, manobra de Kristeller, episiotomia e cesariana, muitas vezes essas intervenções são utilizadas desnecessariamente (LEAL et al., 2014). Evidenciou-se no presente estudo a utilização dessas intervenções, principalmente acesso venoso e, entre as adolescentes, foi mais frequente o uso de ocitocina, litotomia e episiotomia, enquanto nas mulheres ≥ 35 anos amniotomia e cesariana.

Para uma experiência positiva de parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu um Guideline com 56 recomendações, sendo algumas direcionadas para as intervenções no parto, tais como: não recomendado o uso de amniotomia, ocitocina e fluídos intravenosos para encurtar o trabalho de parto; não recomendado uso rotineiro de episiotomia e; os neonatos nascidos por meio de líquido amniótico claro, que começam a respirar por conta própria não deve ser realizado aspiração da boca e do nariz (WHO, 2018). No presente estudo quase a totalidade dos recém-nascidos receberam aspiração oro-nasal.

Leal et al. (2014) e WHO (2018) descreveram as boas práticas na atenção ao parto, sendo alimentação e movimentação durante o trabalho de parto e parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e monitoramento do trabalho de parto pelo partograma. Ainda nesta pesquisa foi evidenciado que as mulheres mais velhas usaram menos os métodos não farmacológicos para alívio da dor, o mesmo ocorreu no presente estudo, em contrapartida o uso do partograma foi evidente em ambas as faixas etárias.

No presente estudo as adolescentes usufruíram mais frequentemente da presença de acompanhantes, possivelmente, pela obrigatoriedade, visto que eram menores de idade. Nesse grupo etário também foi mais evidente a realização das boas práticas de atenção ao parto, pois utilizaram mais as terapias não farmacológicas de alívio da dor, como banho de relaxamento, massagem, uso de bola ou assento ativo, também, ingeriram mais líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

Baldisserotto et al. (2016) e Monguilhott et al. (2018) relatam que a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto. Esses achados instigam algumas hipóteses, que a presença do acompanhante favoreceu para aplicação das boas práticas, ou devido a maioria das mulheres ≥ 35 anos serem multíparas, o conhecimento prévio da “dor do

parto”, repercutiu para que a equipe de saúde agisse com descaso a esse grupo etário.

No que se refere as características da assistência nas RS em estudo, os resultados da pesquisa apontaram divergências entre elas, considerando que uma das RS é região da tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. Zaslavsky e Goulart (2017) relatam que moradores dos países vizinhos buscam atendimento nos serviços públicos de saúde, na cidade brasileira da tríplice fronteira, de maneira informal. O mesmo ocorre na fronteira dos EUA com o México, mas são amparados pelo *Healthy Starts*, um programa do departamento de saúde e serviços humanos dos EUA para eliminar as disparidades na saúde materno-infantil e tem sido efetivo entre as comunidades fronteiriças desfavorecidas (SELCHAU et al., 2017).

Este estudo revelou bom atendimento de saúde em ambas as RS, destacando-se a regional fronteiriça com os testes de triagem neonatal, cobertura vacinal, menor frequência de doenças pré-parto, menos intercorrências intraparto e auxílio às mães nos primeiros cuidados com o RN. Porém, suas gestantes realizaram menos o teste rápido de HIV e sífilis no pré-parto, terapias de alívio da dor, ausculta de BCF no parto, contato pele a pele após o parto, mais intervenções como amniotomia e episiotomia, quando comparada com a regional de interior. Essas situações precisam ser melhoradas, seguir as recomendações da OMS de cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva, para melhorar a qualidade da assistência (WHO, 2018).

O movimento migratório das “brasiguaias” em busca de atendimento de saúde pública no Brasil, repercute com indicadores ruins na rede materno-infantil. Visto que, ocorre a falta de seguimento à essas gestantes, elas procuram o atendimento de saúde brasileiro uma vez, para aquisição de exames e, não retornam para o acompanhamento, algumas procuram apenas no fim da gestação, ou para o parto (ROCHA et al., 2018).

Devido a interação dos diferentes sistemas de saúde, política, econômica, fatores social e cultural nas áreas fronteiriças, os indicadores de saúde refletem com disparidades, por exemplo com altos níveis de mortalidade materna e infantil na fronteira do Afeganistão, Paquistão e o Tajiquistão. Uma política de

programas de promoção da saúde "transfronteiriços" poderia contribuir para melhores indicadores materno infantil (WALRAVEN et al., 2009).

Na regional fronteira deste estudo, em 2006 o programa Sis-fronteiras foi implantando sem sucesso, pois o repasse financeiro era muito inferior ao custo real dos atendimentos. Atualmente essa região não dispõe de um programa materno-infantil específico para atendimento da população fronteira, mas está aderida a Rede Mãe Paranaense e possui um Centro Materno Infantil referência para acompanhar as gestantes "brasiguaias" (MELLO et al., 2015).

4.2.5 CONCLUSÃO

A assistência de saúde foi diferente entre os extremos de idade materna e Regionais de Saúde, não atendendo a totalidade do que é preconizado pela Rede, principalmente na regional fronteira, que embora apresentou bom atendimento de saúde principalmente ao RN, outros cuidados precisam ser aperfeiçoados, preferencialmente seguindo as recomendações da OMS, a fim de garantir maior qualidade de atendimento a gestante e ao RN, como também uma experiência de parto positiva.

Ambos os grupos, extremos de idade materna e RS, merecem atenção dos serviços assistenciais de saúde, priorizando as boas práticas na atenção ao parto e diminuindo as intervenções excessivas que foram evidenciadas em todos os grupos.

Ressalta-se que mais estudos comparando esses grupos são necessários, a fim de aumentar as evidências na literatura e fornecer subsídio para aperfeiçoamento na assistência de saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. L. Conflito e integração nas fronteiras dos "brasiguaios". **Caderno CRH**, Salvador, v. 23, n. 60, p. 579-590, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792010000300009>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a rede cegonha. Diário oficial da união nº121. Brasília, 27 jul. 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 06 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - departamento de ações programáticas estratégicas [homepage on the Internet]. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BROSENS, I. et al. The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence. **Am J Obstet Gynecol**, v 217, n. 5, p. 546-55, nov. 2017. Disponível em: <[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30688-9/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30688-9/fulltext)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

BALDISSEROTTO, M. L. et al. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. **Reproductive Health**, v. 13, n. 124, suppl 3, p. 199-265, out. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CANHAÇO, E. E. et al. Perinatal outcomes in women over 40 years of age compared to those of other gestations. **Einstein**, São Paulo, v.13, n. 1, Jan/Mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3204>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

DAVIM, R. M. B.; DAVIM, M.V.C. Estudo reflexivo sobre aspectos biológicos, psicossociais e atendimento pré-natal durante a gravidez na adolescência. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 8, p. 3108-18, ago. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11382p3108-3118-2016>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

HOPKINS, K. et al. The Impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. **Birth**, v. 41, n. 2, p. 169-77, jun. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/birt.12106>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

KAHVECI, B. et al. The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 343, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1984-x>>. Acesso em: 02 set. 2018.

KIRBAS, A. et al. Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? **J Pediatric Adolesc Gynecol**, v. 29, n. 4, p. 367–371. 04 jan. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.010>>. Acesso em 01 ago. 2018.

LAOPAIBOON, M. et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. **BJOG**, v. 121, Suppl. 1, p. 49–56, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12659>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. s17-s47, suplementar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

LEFTWICH, H.K.; ALVES, M. V. O. Adolescent Pregnancy. **Pediatr Clin North Am**, v. 64 n. 02, p. 381-388, abr. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.007>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MARINO, J.L. et al. Teenage mothers. **Aust Fam Physician**, v. 45, n. 10, p. 712-717, 2016. Disponível em: <<https://www.racgp.org.au/afp/2016/october/teenage-mothers/>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MARK, V.; SAUER, M. D. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. **Fertility and Sterility**, v. 103, n. 5, p. 1136-43, may. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.004>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MELLO, F. et al. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>>. Acesso em: 04 set. 2018.

MONGUILHOTT, J. J. C. et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev Saúde Pública**, v. 52, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

OLIVEIRA, L. L. et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 382-89, mai/jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia**. SESA-PR: Curitiba-PR, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2018.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 39-47, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

RIBEIRO, F. D. et al. Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 4, p. 381–88, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.05.002>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

ROCHA, R. R. M. et al. Conhecimento e perspectiva de enfermeiros na rede de atenção materna e infantil do paraná. **Cienc Cuid Saude**, v. 17, n. 1, jan/mar. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i1.39235>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

SANTOS, N. L. A. C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 719-26, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

SELCHAU, K. et al. Voces de la frontera/Voices from the Border: Using Case Studies of Pregnancy, Birth and Parenting along the U.S.–Mexico Border to Identify Shared Measures of Success. **Matern Child Health J**, v. 21, p. 19–24, suplementar 1, dez. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10995-017-2375-z>>. Acesso em: 20 set. 2018.

SHEEN J-J, S. et al. Maternal age and risk for adverse outcomes. **Am J Obstet Gynecol**, out. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.034>>. Acesso em: 02 set. 2018.

SILVA, A. C. A. et al. Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: Revisão integrativa da literatura. **Rev Cuid**, Bicaramanga, Colombia, v. 4, n. 1, p. 531-39, dez/jan. 2013. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/14/145>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

TRAIRISILP K.; TONGSONG T. Pregnancy outcomes of mothers with very advanced maternal age (40 years or more). **J Med Assoc Thail**, v. 98, n. 2, p. 117–22, 2015.

WALRAVEN G. et al. Improving maternal and child health in difficult environments: the case for "cross-border" health care. **PLoS Med**, v. 6, n. 1, e5, p. 1-21, jan. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000005>>. Acesso em: 02 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: **World Health Organization**, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

ZASLAVSKY, R. GOULART, B. N. G. Migra o pendular e aten o   saúde na região de fronteira. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>>. Acesso em: 20 set. 2018.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo as características socioeconômicas, clínicas e gestacionais das adolescentes foram a menor escolaridade e renda, gravidez não desejada e intervalo interpartal <1 ano ao contrário das mulheres ≥35 anos. Em razão disso, reafirma-se a necessidade de incentivos para que a gestante adolescente não abandone os estudos, pois o aumento da escolaridade tende a influenciar no planejamento reprodutivo postergando uma nova gravidez, como também possibilita a inserção no mercado de trabalho e melhoria de renda.

Na caracterização da assistência pré-natal evidenciou-se que as adolescentes tiveram menor adesão ao pré-natal, participando em menos que sete consultas, o uso de ácido fólico e sulfato ferroso foi menor, demonstrando que essa faixa etária merece mais atenção dos serviços assistenciais de saúde, a fim de melhorar a assistência pré-natal e evitar possíveis desfechos obstétricos e perinatais desfavoráveis. Por outro lado, as mulheres ≥35 anos foram classificadas mais frequentemente como alto risco gestacional, apresentaram maior histórico de aborto e presença de doenças prévias, principalmente as hipertensivas, revelando risco aumentado de pré-eclâmpsia e outros desfechos obstétricos ruins, a prevenção precisa ser realizada por meio de uma assistência pré-natal efetiva contínua, contemplando os itens ofertados e preconizados pela Rede.

A 9ª RS apresentou dificuldade em realizar acompanhamento efetivo de pré-natal em suas gestantes, realizaram menos USG durante a gestação, exames laboratoriais, coleta de citologia oncótica e esquema completo de vacinação, ao contrário da 17ª RS, isso pode ser em decorrência do comportamento itinerante das mulheres oriundas dos países da fronteira, que não realizam o acompanhamento mensal proposto pelo pré-natal ou buscam atendimento de saúde somente no fim da gestação. Ressalta-se que a regional fronteira necessita de mais apoio de programas governamentais direcionados especificamente a esta população, a fim de diminuir as disparidades na saúde obstétrica e perinatal. Além disso, a crise política ocorrida em Foz do Iguaçu por crimes contra administração pública, fraudes e desvios de verbas na área da saúde, repercutiu criticamente no atendimento à saúde da população desta regional.

No que se refere à assistência ao parto e nascimento, prestada as mulheres no extremo de idade reprodutiva, observou-se que o grupo etário ≥ 35 anos foi menos assistido considerando as boas práticas na atenção ao parto e realizaram mais cesariana. Já, as adolescentes, apresentaram mais associação com as boas práticas, tais como utilização de terapias não farmacológicas para o alívio da dor, banho de relaxamento, massagem, uso de bola ou assento ativo, ingeriram mais líquidos e alimentos no pré-parto, em contrapartida, as intervenções litotomia e episiotomia foram mais evidentes. Entre todas as mulheres destacou-se positivamente o uso do partograma e presença do acompanhante, mas predominou o acesso venoso e uso de ocitocina.

A 9ª RS apresentou excelência nos testes de triagem neonatal, cobertura vacinal neonatal, auxílio as mães nos primeiros cuidados com RN e tiveram menos doenças e intercorrências intraparto. Porém, realizaram menos teste rápido de HIV e sífilis no pré-parto, terapias para alívio da dor, ausculta de BCF no parto e contato pele a pele pós-parto, maior frequência de amniotomia e episiotomia, ao contrário da 17ª RS.

Esses resultados reforçam a necessidade de priorizar as boas práticas na atenção ao parto em ambos os grupos etários e RS, como também um alerta ao índice elevado de intervenções, por vezes desnecessárias, que precisam ser evitadas, conforme o recomendado pela OMS.

Considera-se pertinente a realização de outros estudos comparando esses grupos etários e a saúde na fronteira, a fim de aumentar as evidências na literatura, fornecer subsídio para planejamento de estratégias e melhorias na assistência de saúde materno-infantil.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. Aspectos Socio-Demográficos		
1. Idade	_____ anos.	Entrevista () Prontuário ()
2. Raça/cor	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	Entrevista () Prontuário ()
3. Situação conjugal	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro	Entrevista () Prontuário ()
4. Nº pessoas que moram na casa	..... pessoas	Entrevista
5. Grau parentesco moradores na casa	.....	Entrevista
6. Quem trabalha na casa (chefe família)	.....	Entrevista
7. Nº cômodos casa (exceto banheiro)	(1) um (2) dois (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis (7)	Entrevista
8. Nº de filhos	(1) Um (2) Dois (3) Três (4) quatro (5)	Entrevista () Prontuário ()
9. Escolaridade MÃE	..... anos de estudo da MÃE da criança (1) Fundamental (2) Médio (3) Superior (4) sem escolaridade	Entrevista () Prontuário ()
10. Escolaridade PAI	..... anos de estudo da PAI da criança (1) Fundamental (2) Médio (3) Superior (4) sem escolaridade	Entrevista () Prontuário ()
11. Condição de Ocupação materna	(1) Remunerada Qual profissão?	Entrevista
	(2) Não remunerada	
12. Renda familiar	RS.	Entrevista () Prontuário ()
13. Recebe Bolsa Família Bolsa Gestante ou outro	(1) Sim Qual(is) (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
II. Antecedentes clínicos (ANTES DE ENGRAVIDAR)		
14. Antecedentes Clínicos	(1) Não tem antecedentes (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Pré-Eclâmpsia Eclâmpsia (5) Diabetes Mellitus (6) Hipotireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Infecção do trato urinário (9) Lúpus eritematoso sistêmico (10) Doença Mental (11) Artrite Reumatoide (12) Distúrbios de coagulação (13) Sífilis (14) Trabalho Parto prematuro (15) HIV (16) Obesidade (17) POT Cirurgia Bariátrica (18) outro. (88) s/ registro	CPN () Prontuário () Entrevista ()
15. Foi orientada por profissional da saúde sobre os Antecedentes e Risco Gestacional	(1) Sim Qual profissional?	CPN () Prontuário () Entrevista ()
	(2) Não Por quê?	
	(99) Não se aplica	
16. Uso de medicamento	(1) Sim Qual?	CPN () Prontuário () Entrevista ()
	(2) Não (99) Não se aplica	
17. Faz acompanhamento médico especializado	(1) Sim Qual?	CPN () Prontuário () Entrevista ()
	(2) Não (99) Não se aplica	
18. Faz uso de :	(1) cigarro (2) drogas (3) álcool (4) Narguile (5) Crack Quantos/dia: Há quanto tempo: (6) não faz uso - VÁ para questão 21	Prontuário () Entrevista ()

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

<p>19. Abandonou o consumo (cigarros, drogas, álcool ou margule) na gravidez</p>	<p>(1) Sim (2) Não Por quê? (3) não faz uso</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>20. Diminuiu consumo (cigarro, drogas, álcool ou margule) na gravidez?</p>	<p>(1) Sim Para quantos? (2) Não Por quê? (3) não faz uso</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>21. Alguém da casa em que você filho mora faz uso de drogas ilícitas (álcool, tabaco)</p>	<p>(1) Sim Quem? (2) Não</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>22. Alguém da casa em que você filho mora faz uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, heroína, etc)</p>	<p>(1) Sim Quem? (2) Não</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>23. Faz uso contínuo de Medicamentos</p>	<p>(1) Sim (assinale a seguir os medicamentos) (2) Não VA para questão 25</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>24. Medicamentos de uso contínuo</p>	<p>(1) Anti-hipertensivo (2) anticoagulante (3) Corticoide (4) Anticonvulsivante (5) Diurético (6) Insulina (7) outros Quais?</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>25. Estava em uso de alguma medicação quando soube que estava grávida (ex. inibidor de apetite)</p>	<p>(1) Sim Qual (2) Não</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>26. Você acha que sofreu algum tipo de violência doméstica durante a gestação? (Sofrida no domicílio/lar)</p>	<p>(1) Sim (assinale a seguir o tipo de violência) (2) Não VA para item III questão 29</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>27. Tipo de violência que sofreu</p>	<p>(1) Psicológica (xingamentos, ofensa como mulher/mãe, etc) (2) Física (tapas, golpes, empurrões, etc) (3) Sexual (sexo sem permissão) (4) Outra. Qual?</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>28. Se violência doméstica procurou ajuda?</p>	<p>(1) Sim Onde (2) Não Motivo? (3) não sofre violência doméstica</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
III. História da GESTAÇÃO ANTERIOR			
<p>29. N° gestações anteriores</p>	<p>(1) Nenhuma gestação anterior - VA para item IV questão 37 (2) Uma (3) Duas (4) Três (5) Quatro (6)</p>	<p>Prostário () Entrevista () Cartão Pré-natal (CPN)</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>30. Tipo de parto e ano de ocorrência</p>	<p>Ano: _____ Parto: _____ Cesarea (Indicação*): _____ Normal Forceps</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>(*): foto GIG; Durácia Funcional, PP, DPP, Feto Pélico, Durácia de Progressão...</p>			
<p>31. Aborto(s)</p>	<p>(1) Sim Qual tipo? N° abortos: IG: Complicações (descrever):</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>32. Gravidez Molar</p>	<p>(1) Sim (Mola parcial, total, etc) Qual? IG: N° IG:</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>33. Gravidez ectópica</p>	<p>(1) Sim N° IG: Complicações (descrever):</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>34. Intervalo Interpartal < Iano</p>	<p>(1) Sim Motivo/causa:</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>35. História obstétrica progressa anotada no Cartão Pré-Natal</p>	<p>(1) Sim (2) Não Por quê? (99) Não se aplica</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>36. Doenças desenvolvidas ou adquiridas na gravidez anterior</p>	<p>(1) Não desenvolveu doenças (99) Não se aplica (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (5) Diabetes Mellitus (6) Hipertireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Lúpus eritematoso sistêmico (9) Doença Mental (10) Infecção de trato urinário (11) Artrite Reumatóide (12) Distúrbios de coagulação (13) Sífilis (14) Trabalho Parto prematuro (15) HIV (16) outro (88) s/ registro</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
IV. Assistência Pré-Natal (GESTAÇÃO ATUAL)			
<p>37. Desenvolveu alguma doença durante esta gestação</p>	<p>(1) Não desenvolveu doenças (2) Hipertensão Arterial (3) Cardiopatia (4) Diabetes Mellitus (5) Pré-Eclâmpsia /Eclâmpsia (6) Hipertireoidismo (7) Hipertireoidismo (8) Doença Mental (9) Lúpus eritematoso sistêmico (10) Artrite Reumatóide (11) Infecção de trato urinário (12) Sífilis (13) Distúrbios de coagulação (14) HIV (15) Trabalho Parto prematuro (16) outro.....</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>38. Realizou Pré-Natal</p>	<p>(1) Sim (2) Não Por quê?</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>39. Local que realizou o pré-natal</p>	<p>(1) UBS (2) ambulatório público especializado (3) Convênio/particular (não foi atendida pela Rede Mãe PR) (4) UBS + convênio/particular (5) UBS + ambulatório público especializado (6) Outro Qual?</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>40. Classificação Risco Gestacional no Pré-Natal</p>	<p>(1) Risco Habitual (RH) (88) s/ registro (2) Risco Intermediário (RI) Motivo: (3) Alto Risco (AR) Motivo:</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>41. Foi informada ou orientada sobre esta Classificação Risco</p>	<p>(1) Sim Qual profissional?</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>
<p>42. Se classificada gestação RI ou AR</p>	<p>(1) Continuo acompanhamento na UBS de origem (2) Não continuo Por quê? (99) Não se aplica</p>	<p>Prostário () Entrevista ()</p>	<p>CPN () Prostário () Entrevista ()</p>

79. Exames Laboratoriais durante o Pré-Natal		1º Trimestre (4-12 sem)		2º Trimestre (13-21sem)		3º Trimestre (28-30sem)	
68. Se participou de grupos de gestante teve orientações ou palestras de quais assuntos (assinale 1 ou mais)	(1) Aleitamento Materno, manejo problemas p/a amamentar	Entrevista ()	() Tipagem ABO/Rh	() Coombs Indireto (Se Rh-)	() Coombs Indireto (Se Rh-)	() Coombs Indireto (Se Rh-)	CPN ()
	(2) Alimentação durante a gestação		() Coombs Indireto (Se Rh-)	() Toxoplasmose (IgG () IgM	() Toxoplasmose (IgG () IgM	() TR HIV/Sorologia		( ) TR HIV/Sorologia
69. Na gestação buscou informação sobre gravidez, parto e bebê	(3) Desenvolvimento do feto	Entrevista ()	() Hemograma	() Hemograma	() Urina I	() Urina I	CPN ()
	(4) Tipo de parto e maternidade para o parto		() Glicemia	() Glicemia	() Urucultura	() Urucultura	
70. Qual(is) fonte de informação sobre a gravidez/parto/bebê	(5) Uso de medicação na gestação	Entrevista ()	() TR HIV/Sorologia	() ITG (curva glicêmica)	() ITG (curva glicêmica)	() Urocultura	CPN ()
	(6) Doenças na gestação		() Toxoplasmose (IgG () IgM	() TR HIV/Sorologia	() TR Hepatite B/Sorologia	() TR Hepatite B/Sorologia		( ) Hematcrito/Hemoglobina
71. Estas fontes suas dúvidas/necessidades	(7) Educação sexual e prevenção de DST (IST)	Entrevista ()	() Urina I	() TR de Sífilis/Sorologia	() TR de Sífilis/Sorologia	() Glicemia	CPN ()
	(8) Atividades físicas durante a gestação		() VDRL (se TR Reagente)	() VDRL (se TR Reagente)	() FTA-ABS (Se TR reagente)	() FTA-ABS (Se TR reagente)	
72. Assistência Pré-Natal (Classificação Adequação Pré-Natal)	(9) Mudanças físicas e emocionais na gravidez	Entrevista ()	() TSH	() Eletroforese de hemoglobina	() Eletroforese de hemoglobina	Valor:	CPN ()
	(10) Sexo na gravidez		() TR de Sífilis/Sorologia	() TR de Sífilis/Sorologia	() Hemograma	() Hemograma	
73. ASSINALE as informações no quadro ao lado conforme o registro no cartão de Pré-Natal (Classificação Adequação Pré-Natal - COUTINHO, 2010)	(11) Autocuidado e acompanhamento pós-parto	Entrevista ()	() FTA-ABS (Se TR reagente)	() FTA-ABS (Se TR reagente)	() FTA-ABS (Se TR reagente)	() FTA-ABS (Se TR reagente)	CPN ()
	(12) Cuidados com o recém-nascido(banho, curativo umbilical, vestimenta, soro, cólica, icterícia, etc)		() VDRL (se TR Reagente)	() VDRL (se TR Reagente)	() VDRL (se TR Reagente)	() VDRL (se TR Reagente)	
74. Preenchimento do gráfico do PESO	(13) Planejamento reprodutivo e Métodos contraceptivos	Entrevista ()	Valor:	Valor:	Valor:	Valor:	CPN ()
	(14) Outro: Qual..... (15) não participou		80. SE Sífilis reagente qual tratamento	80. SE Sífilis reagente qual tratamento	80. SE Sífilis reagente qual tratamento	80. SE Sífilis reagente qual tratamento	
75. Preenchimento de avaliação edema	(1) Sim (assinale a questão a seguir)	Entrevista ()	81. SE NAO FEZ algum exame QUAL MOTIVO	81. SE NAO FEZ algum exame QUAL MOTIVO	81. SE NAO FEZ algum exame QUAL MOTIVO	81. SE NAO FEZ algum exame QUAL MOTIVO	CPN ()
	(2) Não Por quê?		82. Outros exames ou avaliação	82. Outros exames ou avaliação	82. Outros exames ou avaliação	82. Outros exames ou avaliação	
76. Preenchimento da Pressão Arterial	(1) Sim	Entrevista ()	83. SE Estreptococos Agalactae B POSITIVO qual o tratamento	83. SE Estreptococos Agalactae B POSITIVO qual o tratamento	83. SE Estreptococos Agalactae B POSITIVO qual o tratamento	83. SE Estreptococos Agalactae B POSITIVO qual o tratamento	CPN ()
	(2) Não Por quê?		84. Se gestação ALTO RISCO coletou exames complementares	84. Se gestação ALTO RISCO coletou exames complementares	84. Se gestação ALTO RISCO coletou exames complementares	84. Se gestação ALTO RISCO coletou exames complementares	
77. Preenchimento da Altura Uterina	(1) Sim	Entrevista ()	85. Classifique a Adequação do processo de atendimento Pré-Natal (COUTINHO, 2010)	85. Classifique a Adequação do processo de atendimento Pré-Natal (COUTINHO, 2010)	85. Classifique a Adequação do processo de atendimento Pré-Natal (COUTINHO, 2010)	85. Classifique a Adequação do processo de atendimento Pré-Natal (COUTINHO, 2010)	CPN ()
	(2) Não		86. Exame das mamas	86. Exame das mamas	86. Exame das mamas	86. Exame das mamas	
78. Preenchimento do BCF	(1) Sim	Entrevista ()	87. Vacinação anti-tetânica (DTPA)	87. Vacinação anti-tetânica (DTPA)	87. Vacinação anti-tetânica (DTPA)	87. Vacinação anti-tetânica (DTPA)	CPN ()
	(2) Não		88. Vacinação Anti-hepatite B	88. Vacinação Anti-hepatite B	88. Vacinação Anti-hepatite B	88. Vacinação Anti-hepatite B	

89. Vacina de gripe (H1N1)	(1) Sim (2) Não Motivo?..... (88) Sem registro	CPN () Entrevista ()	Entrevista ()
90. Coleta de Citologia Oncológica	(1) Colheu preventivo no pré-natal (2) Não realizou (3) colheu antes da gravidez num período menor de 1 ano	CPN () Entrevista ()	Entrevista ()
91. Uso de ácido fólico	(1) Sim (2) Não Motivo?.....	CPN () Entrevista ()	Entrevista ()
92. Uso de sulfato ferroso (SFe)	(1) Sim (2) Não Motivo?.....	CPN () Entrevista ()	Entrevista ()
93. Quem indicou o ácido fólico ou SFe	(1) Enfermeiro (2) Médico (3) Farmacêutico (4) por conta própria (5) outro.....	Entrevista ()	Entrevista ()
94. Durante a gestação desejava amamentar	(1) sim (2) não Por quê?.....	Entrevista ()	Entrevista ()
95. Durante a gestação você se preparou para amamentar seu filho	(1) sim - responda a questão 96 a seguir (2) não Por quê?..... (VA para questão 98)	Entrevista ()	Entrevista ()
96. Como você se preparou para amamentar seu filho	.....	Entrevista ()	Entrevista ()
97. Foi informada que hospital procurar em caso de emergência	(1) Sim Qual?..... (2) Não	Entrevista ()	Entrevista ()
98. Visitou a maternidade antes do parto	(1) Sim (2) Não Por quê?.....	Entrevista ()	Entrevista ()
99. Na gestação apresentou intercorrência(s) que precisasse de atendimento de urgência e emergência	(1) Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual (2) Doenças clínicas (cardiopatas, endocrinopatias) (3) Trabalho de parto prematuro (4) Amniorrexe prematura (<37 semanas) (5) Sangramento de origem uterina (6) Isquemia prévia (7) Placenta prévia (8) sem intercorrências (9) Outra..... (88) Sem registro	CPN () Prontuário ()	Prontuário () Entrevista ()
100. SE INTERCORRENCIAS buscou qual serviço	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital (4) Não buscou (5) Consultório médico (convênio/particular) (6) outro serviço	Entrevista ()	Entrevista ()
101. SE buscou serviço para a intercorrências foi encaminhada para outro serviço	(1) UPA (2) Hospital secundário (Risco Habitual e Intermediário) (3) Hospital terciário (Alto Risco) (4) outro serviço..... (5) Não buscou (99) Não se aplica	Entrevista ()	Entrevista ()
102. SE ENCAMINHADA para outro serviço qual o tempo de espera	..... horas/dias (99) não se aplica	Entrevista ()	Entrevista ()
103. SE ENCAMINHADA para outro serviço necessitou de qual transporte	(1) SAMU (2) SIATE (3) ambulância simples (4) carro (5) outro..... (99) não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	Prontuário () Prontuário ()
104. COMO AVALIA o atendimento realizado na intercorrência	(1) Rápido/Resolutivo (2) Demorado (3) outro..... (99) não se aplica (4) Não conseguiu atendimento	Entrevista ()	Entrevista ()
105. Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e o parto	(1) 0-15 dias (2) 16-30 dias (3) 31-45 dias (4) 46-60 dias (5) mais que 60 dias (6) não fez consulta	CPN () Prontuário () Entrevista ()	CPN () Prontuário () Entrevista ()
106. Como considera o atendimento no seu pré-natal	(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Não sei Se resposta 2 a 4 explique o por quê.....	Entrevista ()	Entrevista ()
107. Em algum momento dos atendimentos no PRE-NATAL você se sentiu desrespeitada	(1) Sim (responda as questões a seguir) (2) Não VA para questão 110	Entrevista ()	Entrevista ()
108. SE você se sentiu desrespeitada em algum dos atendimentos no PRE-NATAL responda	Qual tipo de desrespeito?..... (99) não se aplica	Entrevista ()	Entrevista ()
109. SE você se sentiu desrespeitada em algum dos atendimentos no PRE-NATAL por qual(is) profissional(is)	(1) enfermeiro (2) médico (3) nutricionista (4) psicólogo (5) educador físico (6) farmacêutico (7) fisioterapeuta (8) ACS (9) auxiliar/técnico de enfermagem (10) Outros. Qual:.....	Entrevista ()	Entrevista ()
V. Condições da parturiente na Admissão na Maternidade (PRE-PARTO e TRABALHO DE PARTO)			
110. De qual local você veio para a maternidade	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital da cidade (4) AHC (6) Domicílio (5) Consultório médico (7) Outro.....	Prontuário () Entrevista ()	Prontuário () Entrevista ()
111. Tipo de transporte utilizado para vir para a maternidade	(1) SAMU (2) SIATE (3) ambulância simples (4) carro (5) outro..... (99) não se aplica	Prontuário () Entrevista ()	Prontuário () Entrevista ()
112. Transporte até a maternidade durou	Tempo de minutos/horas (99) não se aplica	Prontuário ()	Prontuário ()
113. Ao chegar na maternidade tempo de espera do atendimento	..... minutos/horas para atendimento equipe enfermagem minutos/horas para atendimento médico (99) não se aplica	Prontuário () Entrevista ()	Prontuário () Entrevista ()
114. Classificação Risco Gestacional na admissão	(1) Risco Habitual (RH) (2) Risco Intermediário (RI) Motivo:..... (3) Alto Risco (AR) Motivo:.....	CPN () Prontuário ()	CPN () Prontuário ()
115. Foi informada ou orientada sobre esta Classificação de Risco	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não	Entrevista ()	Entrevista ()
116. FEZ Teste rápido para HIV	(1) Sim (2) Não	Prontuário ()	Prontuário ()
117. FEZ Teste rápido Sífilis	(1) Sim (2) Não	Prontuário ()	Prontuário ()
118. Peso corporal de entrada	Peso: Kg Altura: cm IMC: (88) S registro	Prontuário ()	Prontuário ()

		Peso: _____ Kg (88) S/registro	CPN () Prontuário () Entrevista ()
119. Peso anterior à gravidez		(1) Sim Qual(is)..... (2) Não (88) S/registro	Prontuário ()
120. Alteração dos sinais vitais		(1) Sim N° vezes _____ Espaçamento (tempo) _____ (2) Não (88) S/registro	Prontuário ()
121. Ausculta de BCF (FC bebê) no pré-parto		(1) Sim (2) Não Por que? (88) S/registro	Prontuário () Entrevista ()
122. Cardiocardiografia		cm. (88) S/registro	Prontuário ()
123. Dilatação cervical		(1) Presente (2) Ausente (88) S/registro	Prontuário ()
124. Dinâmica uterina		(1) Inteira (2) Rota (88) S/registro	Prontuário ()
125. Estado das membranas		(1) presente Tempo entre o início e condução..... minutos/horas (2) ausente (88) S/registro	Prontuário ()
126. Sangramento vaginal		(1) Claro (88) S/registro (2) Meconial (3) Hemático (88) S/registro	Prontuário ()
127. Características do líquido amniótico		(1) Sim (2) Não (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
128. Banho relaxamento		(1) Sim (2) Não (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
129. Uso de bola ou assento ativo		(1) Sim (2) Não (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
130. Uso de musicoterapia		(1) Sim (2) Não (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
131. Uso massagem para alívio da dor		(1) Sim Qual:	Prontuário () Entrevista ()
132. Uso medicação para alívio da dor		(1) Sim Qual:	Prontuário () Entrevista ()
133. Outros métodos não farmacológicos alívio da dor (cinesioterapia, acupuntura, etc.)		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
134. Condução momento do parto com ocitocina		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
135. Indução no trabalho de parto com ocitocina		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
136. Uso de misoprostol		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
137. Ausculta de (BCF) no parto		(1) Sim N° vezes _____ Espaçamento (tempo) _____ (2) Não (88) S/registro	Prontuário () Entrevista ()
138. Fisiometria (mau cheiro líquido amniótico)		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
139. Acesso venoso		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
140. Infusão de antibioticoterapia		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
141. Foi informada sobre o direito de ter um acompanhante		(1) Sim (responda as questões a seguir) (2) Não	Entrevista ()
142. SE SIM, quando recebeu a informação		(1) Interação (2) Pré-parto (antes do parto)	Entrevista ()
143. Teve acompanhante no pré-parto		(1) Sim (2) Não. Por que?	Entrevista ()
144. Recebeu orientações de Trabalho Parto (TP) e Parto (P) antes do parto		(1) Sim quem orientou	Entrevista ()
145. Se SIM quem recebeu orientações sobre TP e P		(1) Enfermeiro (2) Auxiliar/técnico de enfermagem (3) Médico (4) outro	Entrevista ()
146. Em que momento recebeu orientações sobre TP e P		(1) No Pré-Natal (2) Durante o TP (3) No Hospital (4) não foi orientada	Entrevista ()
147. Se orientações antes do parto receberam todas as informações que desejava		(1) Sim (2) Não (3) Em parte (4) não foi orientada	Entrevista ()
148. Você ficou com alguma dúvida sobre a internação, trabalho de parto e parto		(1) Sim Qual(is)?:	Entrevista ()
149. Doenças desenvolvidas no PRE-PARTO (Determinantes Primários de Near-Miss)		(1) Hemorrágicos (2) infecciosos (3) hipertensivas (4) aborto (5) agravo clínico (6) neurológico (7) cardiovascular (8) respiratório (9) metabólico (10) renal (11) hepático (12) hematológico (13) outros (14) Não desenvolveu	Prontuário ()
150. Em algum momento do atendimento pré-parto se sentiu desrespeitada por algum profissional		(1) Sim Qual:	Entrevista ()
151. SE houve algum tipo de desrespeito RELATE o momento		(1) Sim Qual:	Entrevista ()
152. Em algum momento da internação algum profissional gritou c/ você		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()
153. Quando examinada foi informada que seria realizado toque vaginal		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()
154. Em relação aos toques vaginais você considera que foi		(1) necessária suficiente para avaliação (2) excessiva para avaliação (3) outra..... (99) Não se aplica	Prontuário () Entrevista ()
155. Todas as vezes que realizaram o toque vaginal foi solicitado seu consentimento		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()
156. Os toques vaginais foram realizados por muitas pessoas		(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()

157. Durante o trabalho de parto ingeriu líquidos	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Quanto tempo ficou sem ingerir líquido..... horas	Prontuário () Entrevista ()
158. Durante o trabalho de parto recebeu algum tipo de alimento	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Quanto tempo ficou sem ingerir alimento..... horas	Prontuário () Entrevista ()
159. Como considera o atendimento no PRE-PARTO	(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito ou insatisfeito (4) Não sei Se resposta 2 a 4 explique Por quê.....		Entrevista ()
VI. Condições Maternas e do Recém-Nascido no PARTO			
160. Tipo de rotura de membrana:	(1) Espontânea (2) Artificial (3) Bolha rota na internação (88) S/ registro (99) Não se aplica		Prontuário () Entrevista ()
161. Qual era sua opção de parto?	(1) Parto normal Por quê? (2) Cesárea Por quê? (3) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator)		Prontuário () Entrevista ()
163. Se opção do parto da gestante diferente do parto realizado descreva o motivo	(88) S/ registro (99) Não se aplica (1) ambulância (2) carro (3) cama hospitalar (4) maca do hospital (5) sala de parto da maternidade (6) sala de parto do CC (7) outro.....		Entrevista ()
164. Local do parto	(1) Litômica (2) Vertical (3) Lateral (4) Cócoras (5) Dorsal não litômica (6) 4 apoios (7) Outro.....		Prontuário ()
165. Posição de parto	(1) Sim (2) Não		Prontuário ()
166. Foi realizado partograma	Início: _____ Término: _____ (88) S/ registro (99) Não se aplica		Prontuário ()
167. Duração do TP no <i>partograma</i>	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf (4) Enfermeiro ou R. enf (5) Outro.....		Prontuário ()
168. Quem realizou o parto	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf (4) Enfermeiro ou R. enf (5) Outro.....		Prontuário ()
169. Se cesária qual indicação registrada pelo obstetra	(1) Eletiva (2) iterativa (3) urgência (4) emergência (88) S/ registro		Prontuário ()
170. Justificativa da cesária pelo obstetra	Se resposta 1 a 4 descreva a justificativa médica na questão 170		Entrevista () Prontuário ()
V.A para questão 175	(88) S/ registro (99) Não se aplica		Entrevista () Prontuário ()
171. Se parto normal instrumental registre do obstetra	(1) urgência (2) emergência (88) S/ registro (99) Não se aplica Por quê.....		Prontuário ()
172. Se episiotomia o profissional comunicou o motivo	(1) Sim Qual motivo..... (2) Não (99) Não se aplica		Entrevista ()
173. Se episiotomia o profissional concedeu o direito de recusar?	(1) Sim (2) Não Por quê..... (99) Não se aplica		Entrevista ()
174. Se realizou parto normal. Quais são as condições do perineo	(1) Períneo íntegro (88) S/ registro (99) Não se aplica (2) Laceração de 1º grau sem sutura (3) Laceração de 1º grau com sutura (4) Laceração de 2º grau sem sutura (5) Laceração de 2º grau com sutura (6) Laceração de 3º grau sem sutura (7) Laceração de 3º grau com sutura (8) Laceração de 4º grau sem sutura (9) Laceração de 4º grau com sutura		Prontuário ()
175. Intercorrências intra-parto	(1) Sim responde a questão 176 (2) Não V.A. para questão 177		Prontuário ()
176. Tipo de Intercorrências intra-parto	(1) Distócia (2) Apresentação cônica (3) Prolapso de cordão (4) Eclâmpsia (5) Uso de sulf. Mg (6) DPP (7) Crise convulsiva (8) outra.....		Prontuário ()
177. Intercorrências no quarto período (Greenberg - até 1ª hora pós-parto)	(1) Sim responde a questão 178 (2) Não V.A. para questão 179		Prontuário ()
178. Tipo de intercorrências no quarto período (Greenberg)	(1) Eclâmpsia (2) Hemorragia pós-parto (3) Inversão uterina (4) Massagem uterina (5) Histerectomia (6) Choque (7) Retorno ao CC (8) Remoção de produtos retidos (9) outra.....		Prontuário ()
179. A temperatura ambiente da sala de parto estava (ideal 26º C)	(1) adequada/ agradável (2) fria/gelada (3) quente/ abafada (4) não lembra (88) S/ registro (99) Não se aplica		Entrevista ()
180. Na sala de parto imediatamente após o parto	(1) Foi colocado o bebê em contato pele a pele sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de brúços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida (2) Foi colocado sob a mãe, porém envolvido em campo tecido ou sobre a camisola da mãe (3) Não foi colocado Motivo.....		Prontuário () Entrevista ()
181. Sucção ao seio materno na sala de parto imediatamente após o parto	(1) primeira ½ hora (2) ½ a 1 hora (3) 1 a 2 hs (88) S/ registro (99) Não se aplica		Entrevista () Prontuário ()
182. Na sala de parto quanto tempo o bebê ficou em contato pele a pele após o parto	..... minutos (se tempo inferior a 20 minutos responda a questão 182)		Prontuário () Entrevista ()
183. Motivo para retirar o bebê do contato pele a pele imediatamente pós-parto	(1) você pediu para que retirasse o bebê (2) você teve alguma complicação ou intercorrência (3) o profissional retirou para procedimentos de rotina c/ o bebê (4) o bebê apresentou complicação ou intercorrência (5) outro..... (99) Não se aplica		Entrevista () Prontuário ()
184. Imediatamente pós-parto teve ajuda e orientação para amamentar	(1) Sim responde questão 185 (2) Não Por quê?..... Se resposta Não - V.A. para a questão 186		Entrevista ()

185. SE teve ajuda e orientação para amamentar logo após parto qual profissional	(1) Médico ou R. médico (3) Enfermeira ou R. enf (5)	(2) Médica ou R. médica (4) Enfermeiro ou R. enf (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	200. Classificação Idade Gestacional	(1) <28 semanas (4) >37 semanas	(2) 28 a <32 semanas (5) 42 semanas e mais	(3) 32 a <37 semanas (88) S/registro	Pesquisador
186. Com relação ao PARTO em algum momento se sentiu desrespeitada por algum profissional	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica		Entrevista ()	201. O bebê nasceu com algum tipo de malformação	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário	
187. SE houve algum tipo de desrespeito RELATIVE este(s) momento(s)	.....		Entrevista ()	202. Se nasceu com malformação foi detectado na gestação	(1) Sim Qual(is)? (2) Não Por quê? (99) Não se aplica	(1) Sim Qual(is)? (2) Não Por quê? (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
188. No momento do parto você acha que havia muitos profissionais presentes	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica		Entrevista ()	203. Se malformação/síndrome foi orientada por algum profissional	(1) Sim Qual(is)? (2) Não Por quê? (99) Não se aplica	(1) Sim Qual(is)? (2) Não Por quê? (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	
189. No momento do parto alguém empurrou sua barriga para ajudar o bebê nascer	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica		Entrevista ()	204. Se malformação foi encaminhado para especialidade?	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	
190. Em algum momento de sua internação você se sentiu ofendida por algum profissional	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica		Entrevista ()	205. Realizado intervenções com o bebê imediatamente o nascimento (ex. VPP, RCP, aspiração, etc)	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário ()	
191. Como considera o atendimento no PARTO	(1) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito Se resposta 2 a 4 explique Por quê	(2) Insatisfeito (4) Não sei	Entrevista ()	206. Encaminhamento para unidade de internação neonatal	(1) Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) (2) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica (UTINP) (3) outro.....	(1) Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) (2) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica (UTINP) (3) outro.....	Prontuário ()	
192. Índice Apgar 1º minuto	..... (valor de 0 a 10)	(88) S/registro	Prontuário () Cartão Cca ()	207. Motivo para encaminhamento para unidade de internação neonatal	(1) Eliminação de meconium intra-parto (2) Problemas respiratórios Quais?..... (3) Problemas cardíacos Quais?..... (4) outros.....	(1) Eliminação de meconium intra-parto (2) Problemas respiratórios Quais?..... (3) Problemas cardíacos Quais?..... (4) outros.....	Prontuário ()
193. Índice Apgar 3º minuto	..... (valor de 0 a 10)	(88) S/registro	Prontuário () Cartão Cca ()	208. Durante a internação na UCI ou UTINP apresentou complicações quais	.....	.....	Prontuário ()
194. Peso do RN	..... gramas		Prontuário () Cartão Cca ()	209. Tempo internação na(s) unidade (s) neonatal(is)	(1) na UCI.....dias (2) na UTINP.....dias	(1) na UCI.....dias (2) na UTINP.....dias	Prontuário ()
195. Perímetro cefálico (PC)	..... cm		Prontuário () Cartão Cca ()	VII. Condições do Recem-Nascido e da Puerpera no ALOJAMENTO CONJUNTO (AC)			
196. Perímetro torácico (PT)	..... cm		Prontuário () Cartão Cca ()	210. Tempo de encaminamento ao AC	(1) na 1/4 hora (88) S/registro	(2) 1/4 a 1 hora (3) 1 a 2 hs (4) ≥ 3 hs	Prontuário ()
197. Estatura	..... cm		Prontuário () Cartão Cca ()	211. Se RN < 37 sem. fez Canguuru no AC	(1) Sim Quanto tempo após o parto:	(2) Não	Entrevista () Prontuário ()
198. Idade gestacional ao nascer	..... semanas e .....	..... dias	Prontuário () Cartão Cca () Decl. NV ()	212. Procedimentos de Rotina (banho, vacinas, etc) com RN foram realizados	(1) na 1/4 hora (88) S/registro	(2) 1/4 a 1 hora (3) 1 a 2 hs (4) ≥ 3 hs	Prontuário ()
199. Idade gestacional avaliada conforme	(1) a DUM (4) o 1º exame físico New Ballard	(2) com USG (88) S/registro	Prontuário () Cartão Cca () Decl. NV ()	213. Administração Vacina BCG	(1) Sim (88) s/registro	(2) Não Por quê? (99) Não se aplica	Prontuário ()	
			Prontuário () Cartão Cca () Decl. NV ()	214. Administração Vacina anti hepatite B	(1) Sim (88) s/registro	(2) Não Por quê? (99) Não se aplica	Prontuário ()	

215. Administração Vítamina K	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ()	231. Amamentação em livre demanda	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista () Prontuário ()
216. Administração de colírio	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ()	232. Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê	(1) Sim responda questão 233 (2) Não VÁ para questão 234	Entrevista () Prontuário ()
217. Realizado Teste do Pezinho	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ()	233. SE recebeu orientação e apoio de qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar técnico de enf. (3) médico pediatra (4) médico obstetra (5) (6) não recebeu	Entrevista () Prontuário ()
218. Realizado Teste do Olfinho	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ()	234. Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e bebe	(1) Sim Qual? _____ (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
219. Realizado Teste do Coraçãozinho	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ()	235. O profissional observou e avaliou a mamada	(1) Sim (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
220. Realizado Teste da Orelhinha	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (88) s/registro (99) Não se aplica	Prontuário ()	236. Teve dificuldades para amamentar?	(1) Sim Qual? _____ (2) Não VÁ para questão 239	Entrevista () Prontuário ()
221. Recebeu apoio e ajuda para executar 1 ^o cuidados do bebê	(1) Sim responda a questão 222 (2) Não VÁ para questão 223	Entrevista ()	237. SE dificuldades para amamentar qual conduta da equipe	(88) s/registro (99) Não se aplica (1) enfermeiro (2) auxiliar técnico de enf. (3) médico pediatra (4) médico obstetra (5) (6) não recebeu	Entrevista () Prontuário ()
222. SE SIM por qual profissional	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf (4) Enfermeiro ou R. enf (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()	238. SE dificuldades para amamentar recebeu orientação e apoio de qual profissional	(1) Sim Qual? _____ (2) Não VÁ para questão 243	Entrevista () Prontuário ()
223. Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	239. Aspecto das mamas	(1) Flácidas (2) Turgidas (3) Injugitadas (4) não sabe (5) outra.....	Prontuário
224. Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo coto umbilical	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	240. Fissura nos mamilos	(1) Sim responda questões 241 e 242 (2) Não VÁ para questão 243	Prontuário
225. Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e troca de fraldas	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	241. SE fissura nos mamilos qual a conduta da equipe	(88) s/registro (99) Não se aplica (1) enfermeiro (2) auxiliar técnico de enf. (3) médico pediatra (4) médico obstetra (5) (6) não recebeu	Entrevista () Prontuário ()
226. Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	242. SE fissura nos mamilos recebeu orientação e apoio de qual profissional	(1) Sim responda as questões de 244 a 246 (2) Não VÁ para questão 247	Entrevista () Prontuário ()
227. Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (diurese) diária do bebê	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	243. Houve necessidade de ordenhar mamas	(1) Sim responda as questões de 244 a 246 (2) Não VÁ para questão 247	Entrevista () Prontuário ()
228. Conforto ou condições emocionais da puérpera	(1) tranquila - VÁ para questão 231 (2) ansiosa (3) nervosa (4) com dor Se resposta de 2 a 4 responda as questões 229 e 230	Entrevista () Prontuário ()	244. SE necessidade de ordenha quando realizada pela 1 ^a vez	(1) 1 ^o dia pós-parto (2) 2 ^o dia pós-parto (3) outro período. Qual? _____ (4) Não foi realizado	Entrevista () Prontuário ()
229. SE alteração das condições emocionais conhece o motivo	(1) Sim Qual? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()	245. SE ordenha recebeu orientação e apoio de qual profissional	(1) enfermeiro (2) auxiliar técnico de enf. (3) médico pediatra (4) médico obstetra (5) (6) não recebeu	Entrevista () Prontuário ()
230. SE alteração das condições emocionais da puérpera houve conduta da equipe	(1) Sim Qual? _____ (2) Não (99) Não se aplica	Entrevista ()	246. SE necessidade de ordenha realizada em qual setor	(1) na própria maternidade (2) teve que ordenhar sozinho (3) foi encaminhada para o Banco de Leite (4) outro..... (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()

247. Foi orientada como manter a lactação, mesmo que seu filho não esteja sugando (UCI, etc)	(1) Sim responde a questão 248 (2) Não VA para questão 249 (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 248 (2) Não VA para questão 249 (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 248 (2) Não VA para questão 249 (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
248. SE recebeu orientação em como manter a lactação por qual profissional	(1) enfermeiro (3) outro (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) enfermeiro (3) outro (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) enfermeiro (3) outro (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()
249. Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda, sobre a importância do AME por qual profissional	(1) Sim responde a questão 250 (2) Não VA para questão 251 (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 250 (2) Não VA para questão 251 (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde as questões 261 e 262 Qual(is)..... (2) Não - VA para questão 263	Entrevista () Prontuário ()
250. SE orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda, sobre a importância do AME	(1) enfermeiro (3) (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) enfermeiro (3) (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
251. Foi orientada a não utilização de chupetas/mamadeira	(1) Sim responde a questão 252 (2) Não VA para questão 253 (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 252 (2) Não VA para questão 253 (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
252. SE orientada a não utilização de chupetas/mamadeira por qual profissional	(1) enfermeiro (3) (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) enfermeiro (3) (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) Sim responde as questões 264 e 265 Qual(is)..... (2) Não - VA para questão 266	Entrevista () Prontuário ()
253. Foi orientada a oferecer leite materno com xicaras ou copos pequenos, caso tenha problemas para amamentar	(1) Sim responde a questão 254 (2) Não VA para questão 255 (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 254 (2) Não VA para questão 255 (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
254. SE a oferecer leite materno com xicaras ou copos pequenos, caso tenha problemas para amamentar por qual profissional	(1) enfermeiro (3) (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) enfermeiro (3) (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) UTI - tempo .....dias (2) CC e UTI (3) CC e AC/maternidade - tempo.....dias (4) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()
255. Seu bebe recebeu complemento (leite artificial) nas primeiras horas após nascimento	(1) Sim Motivo..... (2) Não (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim Motivo..... (2) Não (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) somente para puerpera Motivo..... (2) somente para bebê Motivo..... (3) para puerpera e bebê (4) outro.....	Entrevista () Prontuário ()
256. Foi orientada sobre a doação de leite para banco de leite	(1) Sim (88) s/registro (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf. (4) Enfermeiro ou R. enf. (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf. (4) Enfermeiro ou R. enf. (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()
257. Teve acompanhante no AC	(1) Sim (2) Não. Por que?.....	Entrevista ()	(1) Sim (2) Não. Por que?.....	Entrevista ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
258. Recebeu informações sobre o direito ao acompanhante	(1) Sim responde a questão 259 (2) Não VA para questão 260	Entrevista ()	(1) Sim responde a questão 259 (2) Não VA para questão 260	Entrevista ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
259. SE recebeu a informação qual profissional falou sobre direito do acompanhante	(1) enfermeiro (3) (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) enfermeiro (3) (2) auxiliar/técnico de enf. (4) não recebeu	Entrevista ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
260. O bebê apresentou alguma intercorrência clínica no AC (ex. DOR, sepsis, infecção, problema respiratório, hipoglicemia, etc)	(1) Sim responde a questão 261 e 262 Qual(is)..... (2) Não - VA para questão 263	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 261 e 262 Qual(is)..... (2) Não - VA para questão 263	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
261. SE bebê apresentou intercorrência clínica no AC quais as condutas	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
262. SE intercorrência com bebê clínica encaminhado p/a	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
263. A puerpera apresentou alguma intercorrência clínica no AC	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
264. SE puerpera apresentou intercorrência clínica no AC quais as condutas	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
265. SE intercorrência clínica com puerpera encaminhado p/a	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) UTI-Neonatal/Pediátrica - tempo.....dias (2) Unidade Cuidados Intermediários - tempo.....dias (3) outro..... - tempo.....dias (99) Não se aplica	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
266. A alta ocorreu	(1) somente para puerpera Motivo..... (2) somente para bebê Motivo..... (3) para puerpera e bebê (4) outro.....	Entrevista () Prontuário ()	(1) somente para puerpera Motivo..... (2) somente para bebê Motivo..... (3) para puerpera e bebê (4) outro.....	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
267. Foi realizada a contrarreferência para retorno puerperal e do bebê	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf. (4) Enfermeiro ou R. enf. (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf. (4) Enfermeiro ou R. enf. (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()
268. Por qual profissional foi realizada a contrarreferência	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf. (4) Enfermeiro ou R. enf. (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()	(1) Médico ou R. médico (2) Médica ou R. médica (3) Enfermeira ou R. enf. (4) Enfermeiro ou R. enf. (5) Outro.....	Entrevista () Prontuário ()	(1) Sim responde a questão 268 (2) Não	Entrevista () Prontuário ()

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Precisaremos encontrar você em **3 momentos** para realizar **entrevista** na maternidade; visitando sua casa **seis meses (entrevista gravada)** e um ano e seis meses após o parto. **Para visitá-la iremos ligar e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade.**

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

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

Esclarecemos ainda, que **você não pagará e nem será remunerada por sua participação**. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os possíveis riscos do estudo se referem: 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 com **Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari**, moro na rua Joana Darc 99, meus telefones são (43)33222904 ou 999141138, email: ropimentaferrari@uel.br ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Em se tratando de **menores de 18 anos** informamos que esta pesquisa atende e respeita os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990, sendo eles: à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Garantimos também que será atendido o Artigo 18 do ECA: “E dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.” Portanto, solicitamos a sua autorização para que ela participe desta pesquisa, bem como a autorização do menor.

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

Data:...../...../.....

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a minha participação voluntária na pesquisa descrita acima. Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

PARA MENORES DE 18 ANOS

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a participação voluntária da CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE sob minha responsabilidade na pesquisa descrita acima. Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

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

Assentimento Livre e Esclarecido do Adolescente

_____, tendo sido totalmente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima. Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Como pesquisador responsável, DECLARO ter realizado todas as orientações necessárias.


Prof. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
Departamento Enfermagem-Centro de Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina-PR
Fone: (43)33712249 ou 999141138
E-mail: ropimentaferrari@uel.br
RG.: 4.919.594-0

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ E DIRETORIAS DAS DUAS REGIONAIS DE SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ofício nº 62/2017

Curitiba, 01 de março de 2017.

Prezada Senhora

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

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

Atenciosamente


Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendente de Atenção à Saúde – SAS

Ilma. Senhora

Profª. Drª. Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

SUPERINTENDENCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SAS

Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4418 Fax 3330-4514
www.saude.pr.gov.br



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO

A gestora do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Inês Weizemann dos Santos, **AUTORIZA** a mestranda da Universidade estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), **TAIGRA MORGANA PICCO**, a realizar coleta de dados junto à Diretoria de Atenção Básica no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização do projeto "Rede Mãe Paranaense na Perspectiva da Usuária: o Cuidado da Mulher no Pré-Natal, Parto, Puerpério e da Criança".

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela mestranda e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que frequenta.

Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas para outros fins que não os de projeto de pesquisa acadêmica.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 17 de novembro de 2017.


Inês Weizemann dos Santos
Secretária Municipal da Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Brasil, 1637, sala 301 - 3º andar – Centro – 85851-000 - Foz do Iguaçu – Paraná

TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saúde@pmfi.pr.gov.br

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ**AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**C.D.06/2017
CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML.

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“REDE MÃE PARANAENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA”, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela professora Adjunta do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari e outros colaboradores, sendo que a pesquisa também será realizada pela Unioeste de Cascavel e Foz do Iguaçu. Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da CNS Nº. 466/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, nº 2.053.304, datado de 09/05/2017. Solicitamos que ao término da pesquisa nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 08 de junho de 2017.


Eliane Sandra VieiraGERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E
QUALIFICAÇÃO DE SERVIDORES
Sueli Inocente
Enfermeira.
GPQS/DGTES/AMS/PML



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA SUPERINTENDENTE
PARECER Nº245
PROCESSO 1595.2017.98

À Pesquisadora

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título: "REDE MÃE PARANAENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA", apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Departamento de 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 24/02/2017

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

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
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

LONDRINA – PARANÁ – BRASIL

Form. Código 34057 – Formato A4 (210X297)



Tel/Fax 43 3174.3100
Rua Suíssa, 220 . Centro
Cambé . Paraná . Cep 86181.270
adm@santacasadecambe.com.br

Cambé, 15 de Agosto de 2017.


A/C
Prof^ª. Dra. Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari.

Prezada Senhora:

Conforme solicitado, vimos por meio deste, informar que está **autorizado** a realização da pesquisa em nossa Maternidade.

Atenciosamente,




Maria das Mercês de M.P. Da Silva
Interventora Judicial



Rolândia, 13 de junho de 2017

Ofício 066/2017

Prezada Professora,

Recebemos a solicitação para inclusão do Hospital São Rafael no projeto de pesquisa com as nossas parturientes. É de interesse desta Instituição a mais abrangente colaboração com V.Sas.. Colocamos-nos à disposição para a execução da referida pesquisa, aguardando orientações da sua equipe.

Atenciosamente



Dr Nilson Giraldi
Diretor Administrativo

Profa. Dra. Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari
ropimentaferrari@uel.br




Ibiporã, 22 de Junho de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Associação da Santa Casa de Ibiporã, situada na Av. Dos Estudantes 921, Centro Ibiporã – PR, inscrita no CNPJ de Nº. 780779060001-00, **autoriza** a Profª. Drª. Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari a realizar o estudo intitulado **“Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”**, abordando a mãe, para aplicar questionário sobre sua gestação, parto e pós-parto.

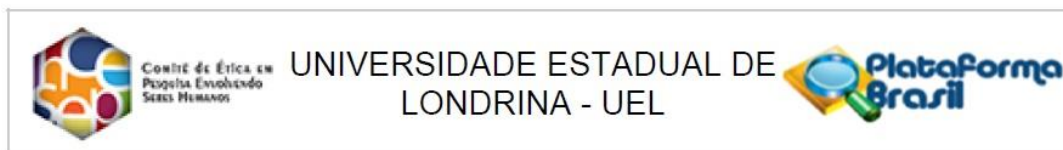
Para tal estudo se faz também necessário, acesso ao prontuário e ao Cartão da Gestante.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.


Luiz Carlos Zani Lopes
Gerente Administrativo

LUIZ CARLOS ZANI LOPES
GER. ADMINISTRATIVO
HOSPITAL CRISTO REI

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

Pesquisador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67574517.1.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

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

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br