



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARCOS BENATTI ANTUNES

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES
DE RISCO GESTACIONAL E RESULTADOS PERINATAIS**

**MARINGÁ
2015**

MARCOS BENATTI ANTUNES

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES
DE RISCO GESTACIONAL E RESULTADOS PERINATAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: o cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Marisa Pelloso

**MARINGÁ
2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A636f	<p>Antunes, Marcos Benatti</p> <p>Fatores sociodemográficos e sua relação com as condições de risco gestacional e resultados perinatais / Marcos Benatti Antunes. -- Maringá, 2015.</p> <p>73 f. : il. algumas color.</p> <p>Orientador: Prof.a Dr.a Sandra Marisa Pelloso. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.</p> <p>1. Saúde da mulher. 2. Saúde materno-infantil. 3. Complicações na gravidez. 4. Gravidez de alto risco. 5. Ambulatório hospitalar. I. Pelloso, Sandra Marisa, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDD 22.ed.610.73678</p>
-------	--

MARCOS BENATTI ANTUNES

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES
DE RISCO GESTACIONAL E RESULTADOS PERINATAIS**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Marisa Pelloso (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof^ª. Dr^ª. Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof^ª. Dr^ª. Ieda Harumi Higarashi
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

DEDICO

À minha mãezinha, **Izabel Antunes Barbosa Benatti** (*in memoriam*), a maior incentivadora de meus estudos, pelo exemplo de bondade, caráter, coragem e tantas outras qualidades que fazem me orgulhar de ser seu filho. Por ter se dedicado de forma incondicional em minha vida e em minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado saúde e forças para concluir essa caminhada de formação acadêmica, a meu pai, Humberto Benatti Souto, por me apoiar, mesmo em alguns momentos não entendendo porque eu ficava tanto tempo sentado em frente ao computador, e à minha querida mãezinha, Isabel Antunes Barbosa Benatti (*in memoriam*), que esteve sempre ao meu lado, apoiando-me muito no início dessa trajetória.

Às minhas irmãs, Inês, Ivone e Virginia, pelo apoio e compreensão nos momentos que mais precisei. Aos meus sobrinhos e cunhados, pelo incentivo sempre presente para que eu pudesse realizar mais esse sonho.

Aos amigos, Ronaldo Zopellaro e Letícia Dantas, pelo companheirismo durante esse percurso. À Kelye Cristina Elias, minha irmã de coração, que me acompanhou e me ajudou muito na coleta de dados dessa pesquisa.

Ao meu companheiro e amigo, Antonio Carlos Monteiro de Miranda, por me ajudar em todas as etapas desta pesquisa, principalmente nos momentos que desanimei e, em especial, no momento que tive a maior perda da minha vida.

À professora Dr^a Sandra Marisa Pelloso, pelo incentivo à carreira acadêmica e todo apoio, suporte e ensinamentos durante essa formação. Uma mãe acadêmica que aconselha e orienta de maneira a deixar este processo acadêmico prazeroso.

Às professoras Dr^a Ieda Harumi Higarashi e Dr^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada, por participarem e contribuírem com seus apontamentos nesse momento tão importante de minha vida e formação acadêmica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pela estrutura; à secretária Cristiane, corpo docente e colegas da turma que conviveram comigo durante estes dois anos.

Ao hospital Santa Casa de Misericórdia de Maringá, o qual forneceu os dados para que essa pesquisa acontecesse.

A todas as gestantes de risco que, mesmo não sabendo, foram as principais protagonistas desse estudo.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram com essa pesquisa, o meu muito obrigado!

A gestante é artista da imaginação e a criança em seu ventre é a tela na qual ela pinta seus quadros.

(Paracelsus, séc. XVI)

ANTUNES, M. B. **Fatores sociodemográficos e sua relação com as condições de risco gestacional e resultados perinatais.** 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Sandra Marisa Pelloso. Maringá, 2015.

RESUMO

A gestação de alto risco é aquela na qual a gestante apresenta fatores de riscos relacionados a condições clínicas pré-existentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas, colocando a vida da mãe e/ou do feto em risco. Objetivando diminuir a incidência desse quadro no Estado do Paraná, criou-se a Rede Mãe Paranaense, que tem como foco uma aproximação precoce com as gestantes, bem como o acompanhamento no pré-natal especializado. Para que esse atendimento especializado ocorra, foram criados os ambulatórios de risco, no sentido de oferecer uma atenção especial com consultas direcionadas à sua condição de risco, garantindo a referência para o parto. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a assistência pré-natal prestada às gestantes de alto risco e sua relação com as condições de risco gestacional e o desfecho materno, fetal e neonatal. Estudo de caráter exploratório, retrospectivo, descritivo de abordagem quantitativa, o qual contou com uma população de 920 mulheres classificadas como alto risco em um ambulatório de referência do sul do Brasil, vinculado a um hospital filantrópico contratualizado ao Sistema Único de Saúde. As gestantes participantes da pesquisa realizaram consultas no primeiro ano de funcionamento do referido ambulatório, setembro de 2012 a setembro de 2013. A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2014. Para a análise dos dados foram utilizados os testes de Qui-quadrado e teste de Fisher. Os resultados encontrados indicam que mulheres com 36 anos ou mais apresentaram risco elevado para hipertensão (28,8%), endocrinopatias (20,6%), mioma uterino (6,9%) e mais de três cesáreas (6,9%). A baixa escolaridade apresentou risco elevado para as mulheres com hipertensão (25,0%), epilepsia (6,4%), mais de três cesáreas (10,8%) e gemelaridade (10,8%). Quando analisados os resultados perinatais de gestantes com síndrome hipertensiva, evidenciaram-se resultados desfavoráveis em relação à morte fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixos índices de Apgar e parto cesáreo. Conclui-se a partir destes resultados que a gestante de alto risco deve ser assistida pela equipe multidisciplinar, principalmente quando apresentar idade superior ao período reprodutivo descrito pela literatura, bem como se possuir síndrome hipertensiva. Vale destacar que a aproximação junto às gestantes a partir de seu histórico permite que os profissionais de saúde e gestores tenham indicadores sobre os possíveis desfechos dessa gestação. Ressalta-se que protocolos e cuidados direcionados devem ser aprimorados neste novo modelo de assistência, a fim de melhorar os desfechos maternos e perinatais e consequentemente reduzir as taxas de morbimortalidade materna, neonatal e infantil.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Saúde materno-infantil. Complicações na gravidez. Gravidez de alto risco. Ambulatório hospitalar.

ANTUNES. MB. **Women with high-risk pregnancies and their relationship with pregnancy risks and the outcome for mother, fetus and neonate.** 73 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Sandra Marisa Pelloso. Maringá, 2015.

ABSTRACT

High-risk pregnancy is one in which the pregnant woman has risk factors related to pre-existing medical conditions and to obstetric and clinical complications which put the lives of the mother and / or fetus at risk. The health authorities of the state of Paraná, Brazil, established the *Rede Mãe Paranaense* which focuses on an early approach to pregnant women and monitors specialized prenatal care so that the occurrence of high-risk pregnancies could be avoided. Risk clinics were established to provide special attention, with specialized visits to the doctor's in risk conditions and ensuring a reference to delivery. Current study analyzes the monitoring of prenatal care provided to high-risk pregnant women and its relationship with pregnancy-risk conditions and maternal, fetal and neonate outcome. The exploratory, retrospective, descriptive analysis with a quantitative approach was directed towards a population of 920 high-risk pregnant women in a reference clinic in southern Brazil, linked to a philanthropic hospital and to the Brazilian National Health System. The pregnant women who participated in current research visited the doctor during the clinic's first year, between September 2012 and September 2013. Data were collected between March and May 2014 and Chi-square and Fisher's tests were performed for data analysis. Results showed that that 36-year old women or older had higher risks for hypertension (28.8%), endocrine disorders (20.6%), uterine myoma (6.9%) and more than three caesarian surgeries (6.9%) . Low schooling indicated high risks for women with hypertension (25.0%), epilepsy (6.4%), more than three caesarian surgeries (10.8%) and multiple births (10.8%). When perinatal results of pregnant women suffering from hypertension were analyzed, unfavorable results were received with regard to fetal death, premature birth, low birth weight, low Apgar scores and cesarean delivery. Results reveal that high-risk pregnant women, especially those over the reproductive age indicated by the literature and those suffering from hypertension, should be assisted by a multidisciplinary team. It should be underscored that in-depth analysis of the clinical history of high risk pregnant women gives to health professionals and managers the necessary indications on the possible outcome of such pregnancies. Specialized protocols and care should be updated in the new assistance model to improve maternal and perinatal results and the subsequent reduction in maternal, fetal and neonatal morbidity and mortality rates.

Keywords: Women's health. Maternal and child health. Pregnancy complications. High-risk pregnancy. Pregnancy complications. Hospital clinic.

ANTUNES, M. B. **Mujeres embarazadas de alto riesgo y su relación con el riesgo de embarazo y condiciones resultado materno, fetal y neonatal.** 73 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Sandra Marisa Pelloso. Maringá, 2015.

RESUMEN

El embarazo de alto riesgo es aquella en la cual la gestante presenta factores de riesgos relacionados a las condiciones clínicas pre-existentes, antecedentes obstétricos e intervenciones clínicas, colocando la vida de la madre y/o del feto en riesgo. Objetivando disminuir la incidencia de ese cuadro en el estado de Paraná, se creó la Red Madre Paranaense, que tiene como foco un acercamiento precoz con las gestantes, así como el acompañamiento en el pre-natal especializado. Para que esa atención especializada sucediera, se criaron los ambulatorios de riesgo, en el sentido de ofrecer una atención especial con consultas direccionadas a su condición de riesgo, garantizando la referencia para el parto. Delante de lo expuesto, el objetivo de este estudio fue analizar la asistencia pre-natal ofrecida a las gestantes de alto riesgo y su relación con las condiciones de riesgo gestacional y el desenlace materno, fetal y neonatal. Estudio de carácter exploratorio, retrospectivo, descriptivo de abordaje cuantitativo, el cual contó con una población de 920 mujeres clasificadas como alto riesgo en un ambulatorio de referencia del sur de Brasil, vinculado a un Hospital filantrópico contractado a Sistema Único de Salud. Las gestantes participantes de la investigación realizaron consultas en el primer año de funcionamiento del referido ambulatorio, septiembre de 2012 a septiembre de 2013. La recolecta de datos ocurrió en el período de marzo a mayo de 2014. Para el análisis de los datos se utilizaron los testes de Chi-cuadrado y test de Fisher. Los resultados encontrados indican que mujeres con 36 años o más presentaron riesgo elevado para hipertensión (el 28,8%), endocrinopatías (el 20,6%), mioma uterino (el 6,9%) y más de tres cesáreas (el 6,9%). La baja escolaridad presentó riesgo elevado para las mujeres con hipertensión (el 25,0%), epilepsia (el 6,4%), más de tres cesáreas (el 10,8%) y patos múltiples (el 10,8%). Cuando analizados los resultados perinatales de gestantes con Síndrome Hipertensiva, se evidenciaron resultados desfavorables en relación a muerte fetal, prematuridad, bajo peso al nacer, bajos índices de Apgar y parto cesáreo. Se concluye a partir de estos resultados que la gestante de alto riesgo debe de ser asistida por el equipo multidisciplinar, principalmente cuando presente edad superior al período reproductivo descrito por la literatura, así como si posee síndrome hipertensiva. Vale destacar que el acercamiento junto a las gestantes a partir de su historial permite que los profesionales de salud y gestores tengan indicadores sobre los posibles desenlaces de ese embarazo. Se hace hincapié que protocolos y cuidados direccionados deben ser mejorados en este nuevo modelo de asistencia, con la finalidad de mejorar los desenlaces maternos y perinatales y consecuentemente reducir las tasas de morbilidad materna, neonatal e infantil.

Palabras-clave: Salud de la mujer. Salud materno-infantil. Complicaciones en el embarazo. Embarazo de alto riesgo. Ambulatorio hospitalario.

APRESENTAÇÃO

Aderindo à formatação sugerida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, os resultados deste estudo estão apresentados sob a forma de manuscritos científicos, visando à publicação dos dados em periódicos.

Manuscrito 1 – “Fatores sociodemográficos e condições de risco em gestantes atendidas em serviço de referência no sul do Brasil”, que tem como objetivo analisar a presença de condições de risco e sua associação com as características sociodemográficas de gestantes atendidas em serviço de referência no sul do Brasil.

Manuscrito 2 – “Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco”, objetivando analisar os resultados perinatais em gestantes de alto risco com síndrome hipertensiva.

Ressalta-se que as demais seções desta dissertação estão estruturadas em introdução, estado da arte, justificativa, objetivos, metodologia, implicação do estudo para a enfermagem, considerações finais e referências.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
GAR	Gestantes de Alto Risco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IRG	Índice de Risco Gestacional
ITU	Infecção do Trato Urinário
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMC	Projeto Mãe Curitibana
PSF	Programa Saúde da Família
RCIU	Retardo do Crescimento Intrauterino
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMP	Rede Mãe Paranaense
RR	Risco Relativo
RS	Regional de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
Sesa	Secretaria de Estado de Saúde do Paraná
SH	Síndrome Hipertensiva
Sinasc	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SISREG	Sistema de Regulação do Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UAP	Unidade de Atenção Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma do pré-natal	21
Figura 2	Fluxograma de atendimento à gestante da 15ª RS, Maringá - PR	28
Figura 3	Mapa da 15ª Regional de Saúde. Paraná-BR	32

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas das gestantes acompanhadas em ambulatório de risco. Maringá, PR, 2014	39
Tabela 2	Condições clínicas pré-existentes das gestantes de alto risco segundo variáveis sociodemográficas. Maringá, PR, 2014	41
Tabela 3	Antecedentes obstétricos das gestantes de alto risco segundo variáveis sociodemográficas. Maringá, PR, 2014	42
Tabela 4	Intercorrências clínicas das gestantes de alto risco segundo variáveis sociodemográficas. Maringá, PR, 2014.....	43

Manuscrito 2

Tabela 1	Análise do grupo I e grupo controle em relação aos resultados perinatais, Maringá, Paraná, 2014	55
Tabela 2	Análise do grupo II e grupo controle em relação aos resultados perinatais, Maringá, Paraná, 2014	55
Tabela 3	Análise do grupo III e grupo controle em relação aos resultados perinatais, Maringá, Paraná, 2014	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	ESTADO DA ARTE	18
2.1	ASSISTÊNCIA INTEGRAL E HUMANIZADA À GESTANTE	18
2.2	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	19
2.3	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	22
2.4	REDE MÃE PARANAENSE	25
3	JUSTIFICATIVA	29
4	OBJETIVOS	30
4.1	OBJETIVO GERAL	30
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5	METODOLOGIA	31
5.1	TIPO DE ESTUDO	31
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	31
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	32
5.4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	33
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	33
6	RESULTADOS	34
6.1	MANUSCRITO 1	35
6.2	MANUSCRITO 2	51
7	IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	62
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	64
	ANEXOS	71

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011), nas últimas décadas, uma mudança significativa ocorreu em relação às causas de óbitos e doenças no mundo. Esta mudança, denominada de “transição da saúde”, afeta homens, mulheres e crianças em todos os países. O resultado desta mudança está pautado em três elementos interdependentes e que se reforçam mutuamente: estruturas demográficas, padrões de adoecimento e fatores de risco.

Uma protagonista desta mudança são as mulheres em idade fértil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, 39,6% da população são mulheres em idade fértil (IBGE, 2014). Um fato importante relacionado a este percentual é o aumento no número de gestações, tornando este período relevante para as mulheres, mas também com o impacto na saúde e no desenvolvimento da próxima geração. Nesta fase, as mulheres enfrentam vários desafios, entre eles as complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério (OMS, 2011). Dentre estas complicações, se destaca a morbimortalidade materna.

As estatísticas de morbimortalidade materna e perinatal representam, de modo geral, uma importante fonte de informação epidemiológica. A morte materna é definida como a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o parto (período puerperal), causada por condições, agravos ou medidas tomadas na gravidez, podendo ser evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2009).

Nos últimos anos, no mundo, ocorreram cerca de 1.600 mortes maternas por dia, aproximadamente 585 mil por ano, das quais, 99% em países em desenvolvimento. Estima-se que todos os dias 800 mulheres morrem de complicações da gravidez ou do parto. Em 2013, esse número caiu para 289 mil, no entanto, ainda é um número elevado. No Brasil, houve redução de 43% nas taxas de mortalidade materna, porém, ainda não se alcançou o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que é reduzir em 75% a mortalidade materna (WHO, 2014a).

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) consideram como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 NV. No Paraná, a RMM apresenta no período de 1991 a 1993 a média de 86,41/100.000 NV; no período de 2004 a 2008, a média da RMM foi de 63,5/100.000

NV e no período de 2009 a 2011 manteve-se em 63,5/100.000 NV, demonstrando estagnação em seus indicadores nos últimos anos (PARANÁ, 2013).

Estudo que incluiu a África, Ásia, América Latina e Oriente Médio, com 314 mil mulheres, mostrou que a medida da prevalência e da gravidade das complicações relacionadas com a gravidez é um fator importante utilizado para a avaliação das causas de mortes maternas, das necessidades das mulheres no que tange aos serviços e na avaliação dos serviços de saúde. Avaliação da prevalência e da severidade das complicações relacionadas com a gravidez constitui-se em medida necessária para identificar os problemas relacionados com a atenção à gestante em nível local, regional e nacional (DUMONT; BOUVIER-COLLE, 2013).

Apesar de o pré-natal ser amplamente discutido em todo mundo, existem aspectos relacionados à qualidade da assistência à gestante de baixo e alto risco que influenciam as taxas de mortalidade. A implantação de modelos assistenciais que visam ao atendimento organizado e sistematizado da população-alvo é importante para reduzir as discrepâncias existentes no sistema de saúde que atende mulheres no período gravídico puerperal.

Alguns estudos demonstram que a melhoria da qualidade do atendimento as gestantes torna-se cada vez mais um fator importante na redução da mortalidade materna e, para tanto, houve o estímulo no aumento da demanda de partos normais institucionais e de boa qualidade (DARMSTADT et al., 2009; WALL et al., 2010; WHO, 2009, 2012). Para estes autores, boa qualidade do atendimento é um conceito multidimensional que inclui, entre outros fatores, o uso apropriado de intervenções clínicas e não clínicas eficazes, infraestrutura de saúde fortalecida e atitude dos profissionais de saúde, conduzindo à satisfação dos pacientes e prestadores de serviços e ao alcance de resultados de saúde.

Para garantir a adequada assistência no pré-natal, é importante a acessibilidade aos serviços, aumentando a oferta de consultas e, em se tratando de gestação de alto risco, o atendimento prioritário, organizado, especializado, periódico, de qualidade e integral.

Neste sentido, a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (Sesa), após análise dos nascimentos e óbitos dos anos de 2006 a 2010 no Estado, propôs a criação e a implantação de ações da Rede Mãe Paranaense (RMP). O objetivo desta rede é a organização de ambulatorios para a realização do pré-natal de alto risco. A RMP foi implementada em maio de 2012 e até o momento não existem estudos que avaliam os resultados maternos e neonatais (PARANÁ, 2012a).

Frente tal cenário, com a finalidade de verificar se a implantação da RMP foi capaz de atender as gestantes de forma multidimensional, detectando riscos e introduzindo as intervenções para a melhora dos resultados maternos e perinatais, este estudo teve como objetivo analisar a assistência pré-natal prestada às gestantes de alto risco e sua relação com as condições de risco gestacional o desfecho materno e perinatal.

2 ESTADO DA ARTE

2.1 ASSISTÊNCIA INTEGRAL E HUMANIZADA À GESTANTE

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se tornado o foco do sistema de saúde, no sentido de estar organizada e aprimorada, a fim de atender todas as necessidades da população. Essa concepção da atenção primária como eixo principal do sistema de saúde tende a superar visões restritas que a consideram unicamente como mais um nível de assistência (MATTA; MOROSINI, 2008).

Entende-se como APS um conjunto de valores, direito ao mais alto nível de saúde com solidariedade e equidade; um conjunto de princípios, marcado pela responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade e participação social, entre outros fatores que aproximam o sistema de saúde da população, constituindo o elemento primordial e fundamental para o início e a continuidade da assistência à saúde (BRASIL, 2010).

Assim, considerando que a APS é o nível mais próximo da população, para a mulher implica na acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (BRASIL, 2010).

No intuito de melhorar o atendimento à gestante, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria/GM nº569 de 01/06/2000 e subsidiado na análise das necessidades da atenção específica à gestante. Além da assistência humanizada, a meta é proporcionar melhores condições de atendimento às gestantes com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2007).

Neste contexto, a gestante precisa ter como referência a Unidade de Atenção Primária (UAP) mais próxima da sua residência, representada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) que organiza as ações voltadas ao pré-natal e acompanhamento por meio da estratégia da saúde da família, garantindo uma proximidade da equipe de saúde com a gestante (PARANÁ, 2012b).

De acordo com o Ministério da Saúde, para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, a UBS, responsável pela APS, tem o dever de atender com qualidade e humanização todas as gestantes pertencentes à sua área de abrangência, dando assistência ao pré-natal de risco habitual e encaminhar ao serviço especializado, as de alto risco, estabelecendo vínculo precoce (até o 4º mês de gestação) juntamente com as equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Recomenda-se também a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2012a, PARANÁ, 2012a, SÃO PAULO, 2010).

A atenção com qualidade e humanização é de fundamental importância no pré-natal e no puerpério, pois permite que os profissionais da saúde adquiram um olhar mais amplo e holístico sobre o processo saúde/doença, a fim de facilitar a aproximação no contexto social, econômico, cultural e físico em que vive a gestante, estimulando a valorização da saúde materna e neonatal, dos direitos humanos, onde se incluem os direitos reprodutivos e dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2006). Deste modo, a humanização contempla as atividades de comunicação em saúde, uma vez que as trocas de informações e experiências podem ser a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Considera-se que a melhor forma de comunicação é por meio do cartão da gestante, onde são registradas todas as informações referentes ao processo gestacional, proporcionando a comunicação entre as equipes da APS e demais níveis de atenção (HUÇULAK; DALCUCHE; PETERLINE, 2013).

2.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Desde a década de 1980, com a ampliação da formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Ministério da Saúde tem definido alguns pontos básicos e se preocupado com a abordagem da saúde da mulher de forma integral. A preocupação tem como foco os indicadores epidemiológicos relativos à saúde da mulher, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade por causas evitáveis e a ampliação do direito reprodutivo, oferecendo às mulheres condições para decidirem sobre a sua capacidade reprodutiva (BRASIL, 2002).

No Brasil, embora a cobertura do pré-natal tenha aumentado nas últimas décadas, permanece o desafio de garantir assistência qualificada à mulher. Tal melhoria se refere à mudança de atitude dos profissionais de saúde e à eficiência e organização dos serviços (SÃO PAULO, 2010).

Atualmente, no Brasil, a consulta pré-natal é para muitas mulheres a única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde. Desta forma, a APS deve aproveitar este momento, atuando na promoção à saúde materna e neonatal, preocupando-se também com a recuperação da saúde, quando houver necessidade (BRASIL, 2010).

Segundo o documento da Área Técnica de Saúde da Mulher, o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gestação, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal, com abordagens psicossociais, educativas e preventivas (BRASIL, 2012a).

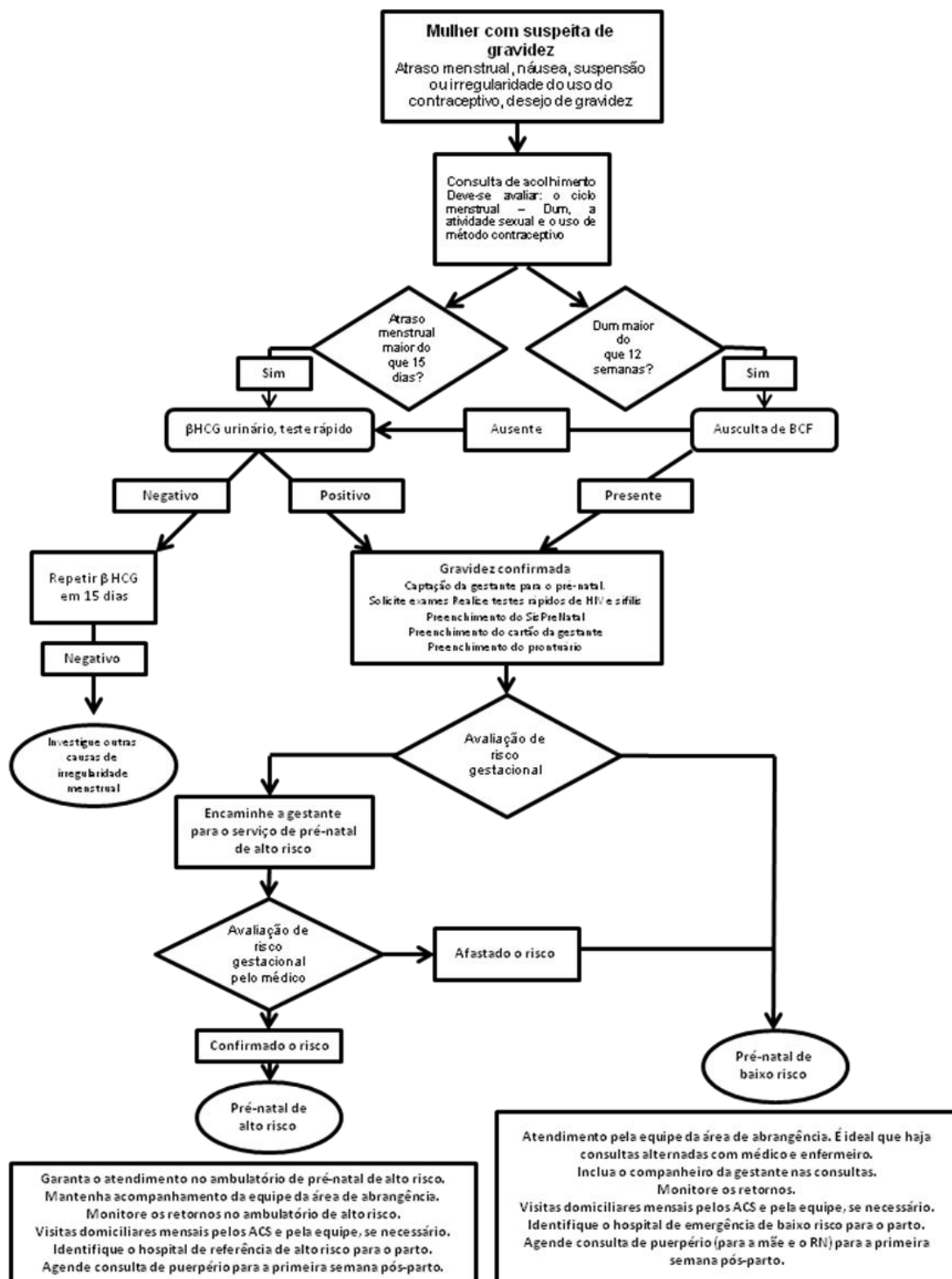
A assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, sendo um conjunto de atividades direcionadas à promoção da saúde, associadas ao desfecho perinatal. É uma prática de extrema necessidade para identificar problemas e complicações referentes à gestação (BRASIL, 2012a; BARROS et al., 2010). Para Wehby et al. (2009), a assistência pré-natal é uma intervenção utilizada para evitar ou reduzir os riscos de morte para mãe e a criança.

Para melhorar a assistência pré-natal, além de sua classificação quanto ao risco gestacional e encaminhamento ao serviço especializado, é necessário estabelecer com a gestante uma comunicação acolhedora e dialógica. Para tanto, é preciso considerar seu contexto familiar, cultural, social e individual, valorizando seus sentimentos, emoções e história de saúde. Essas ações permitem prestar atendimento de qualidade e humanizado, planejando os cuidados, realizando educação em saúde e prevenindo complicações que colocam em risco sua saúde e do neonato, estabelecendo, assim, o vínculo entre o pré-natal e o local do parto (BRASIL, 2006).

Desta forma, o cuidado no período gestacional necessita de profissionais ativos em todo o processo, oferecendo conhecimento científico, humanização da assistência e intenso respeito às gestantes (OLIVEIRA, F. S. et al., 2012).

No sentido de flexibilizar a assistência, organizar os serviços e facilitar o processo de trabalho, o MS propõe o fluxograma de atendimento à gestante (BRASIL, 2012a).

Figura 1 – Fluxograma do pré-natal



Fonte: Brasil (2012a).

2.3 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Das estatísticas de saúde monitoradas pela OMS, a mortalidade materna é aquela que exibe maior discrepância entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (EZEGWUI et al., 2013). A enorme diferença na taxa de mortalidade materna (RMM) entre países ricos e pobres é uma das maiores disparidades de qualquer estatística de saúde pública, incluindo a mortalidade de crianças (HOGAN et al., 2010). No mundo, a estimativa para 2010 foi de 287.000 mortes de mulheres por causas relacionadas com a gravidez e o parto (WHO, 2012).

Quando se discute sobre morte materna, vem à tona a perda da mulher e/ou de seu filho na hora do parto decorrente de alguma complicação e em alguns casos, ainda, sem o esclarecimento acerca da causa exata deste óbito. Neste sentido, esse assunto deve ser tratado com melhor acompanhamento (PELLOSO; TAVARES, 2006).

Por ser um fenômeno fisiológico, a perspectiva é de que o período gestacional, na maioria dos casos, não gere complicações. Não obstante, este fato e, apesar de todo cuidado, existem casos de mulheres que, durante este período, apresentam problemas de saúde, algum agravo ou desenvolvem problemas gestacionais, tendo evolução desfavorável tanto para o neonato quanto para a mãe. Estas mulheres fazem parte do grupo denominado de “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012b).

Assim, entende-se por gestação de alto risco aquela na qual a gestante apresenta fatores de risco relacionados a condições clínicas pré-existentes e intercorrências clínicas, colocando a vida da mãe e/ou do feto em risco (PARANÁ, 2012a).

Segundo o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, publicado pelo fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF, 2011), uma gestação é de alto risco quando a mulher apresenta histórico de patologias, doenças adquiridas durante a gravidez e/ou problemas em outras gestações. No entanto, aspectos relacionados a fatores socioeconômicos e individuais também podem desencadear o risco, necessitando de um pré-natal melhor assistido.

Ao considerar uma gestação normal, o profissional precisa estar atento a algum sinal que possa tornar esta gestação de alto risco. Por isso, logo no início do pré-natal e durante toda a gestação, deve proceder a uma avaliação holística, examinando esta gestante

como um todo, de modo a identificar precocemente problemas que podem colocar em risco a vida da mulher e do neonato (BRASIL, 2012b).

Existem fatores de risco que podem indicar o acompanhamento imediato da gestante em pré-natal de alto risco. Segundo o caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde, o pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações com critérios de risco, tornando-as mais suscetíveis a complicações, intercorrências e morte materna e/ou fetal (BRASIL, 2012a). Quando identificado algum destes critérios, o profissional de saúde poderá intervir evitando futuras complicações ao binômio (HERCULANO, 2010).

Segundo o manual técnico da gestação de alto risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), os fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação são classificados em:

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, sendo extremo das idades (maior de 35, menor de 15anos), ou menarca há menos de 2 anos, altura menor que 1,45m, peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30), anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos, situação conjugal insegura, conflitos familiares, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, hábitos de vida, exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse (BRASIL, 2012b, p. 12).

Relacionado ao histórico reprodutivo anterior, o manual destaca aspectos como:

Abortamento habitual, morte perinatal explicada e inexplicada, história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado, parto pré-termo anterior, esterilidade/infertilidade, intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade e grande multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, diabetes gestacional, cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores) (BRASIL, 2012b, p. 13).

Condições clínicas pré-existentes:

[...] hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias), hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local), doenças autoimunes, ginecopatias, neoplasias (BRASIL, 2012b, p. 13).

Outros fatores e complicações que também podem levar a uma gestação de alto risco, mas que surgem no período gestacional:

Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos. Doença obstétrica na gravidez atual: Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclampsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, insuficiência istmo-cervical, aloimunização, óbito fetal. Intercorrências clínicas: doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (Infecção do trato urinário (ITU), doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.), doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação atual (cardiopatias, endocrinopatias) (BRASIL, 2012b, p. 13).

Esses fatores, frequentemente, estão associados à morte materna, que em muitos casos são evitáveis. De modo geral, são indicadores de desenvolvimento dos países, por estarem ligados a qualidade de vida, situação socioeconômica e a atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde de cada país (WESTERLING, 2011; WHO, 2010).

A aproximação do profissional de saúde com a paciente é de extrema importância, tendo em vista que o acompanhamento inadequado pode ser prejudicial à gestante. Nesse sentido, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, podem aprimorar seus cuidados com uma visão holística, adequando a assistência na dimensão educacional e no planejamento familiar. A enfermagem ainda pode atuar no sentido de reduzir complicações por meio de orientação no pré-natal e puerpério, a partir da compreensão dos fatores socioeconômicos e culturais de cada gestante de risco de sua área de abrangência (DOURADO; PELLOSO, 2007). Para o MS, uma atuação eficiente da equipe de profissionais que assistem as mulheres e as crianças, visando à identificação de problemas só é possível por meio da utilização de instrumentos discriminatórios no processo de recomendar, gerar, fornecer cuidados diferenciados, de qualidade e humanizado (BRASIL, 2012b).

A avaliação de risco não é tarefa fácil e simples de ser executada pelo profissional de saúde. A referência ao risco gestacional é associada a qualquer situação de perigo ou que aumente a probabilidade de uma patologia ou agravo à saúde da mulher e/ou neonato. Os primeiros sistemas de avaliação de risco foram elaborados com base na observação e experiência, mas mesmo sendo analisados, ocorrem dúvidas quanto sua efetividade,

havendo necessidade do desenvolvimento e estudos de novos sistemas de avaliação (BRASIL, 2006).

Neste contexto, para o MS, o enfoque de risco está respaldado no fato de que nem toda a pessoa tem a mesma probabilidade de adoecer e morrer, sendo maior ou menor para uns do que para outros (BRASIL, 2012b).

Na gestação, a presença de fatores de risco qualifica a gestante para um atendimento prioritário, organizado. Porém, é preciso que os profissionais que a assistem saibam identificar as situações de risco, conheçam os fatores de risco da gestação identificados durante o pré-natal em todas as etapas do atendimento (anamnese, exame físico geral e ginecológico) para direcionar o atendimento qualificado (BRASIL, 2012b).

No intuito de diminuir aspectos ligados à gestação de alto risco, o governo paranaense cria programas para esse público, entre eles o Projeto Mãe Curitibana (PMC) e a Rede Mãe Paranaense.

2.4 REDE MÃE PARANAENSE

Várias ações do governo federal, estadual e municipal foram incrementadas para atender essa parcela da população e diminuir estatísticas vergonhas para o país. No Paraná, foi criado, na esfera municipal, o PMC. O sucesso da experiência do PMC na redução da mortalidade materna infantil com ações relacionadas ao pré-natal, ao parto e à criança, levou o Estado do Paraná a implantar o programa RMP. Este programa é um conjunto de ações que envolvem aproximação precoce com as gestantes, bem como o acompanhamento no pré-natal (PARANÁ, 2012a).

A RMP é uma rede prioritária no plano estadual de saúde (2011 a 2014) como estratégia na redução de indicadores de morte evitável infantil (61%) e materna (81%) (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Segundo a Sesa, a rede tem que:

Garantir o acesso à atenção materno-infantil, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade, por meio de uma rede de atenção organizada em todo o estado do Paraná (PARANÁ, 2012a, p. 13).

O governo do Paraná priorizou a RMP a fim de organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de superar a fragmentação da atenção e qualificar a gestão, conforme a portaria 4.279 de 30/12/2010 do Ministério da Saúde (MS). Nas oficinas realizadas por ocasião da implantação desta rede, em 2012, o principal objetivo foi capacitar todas as equipes da APS, para que estas cumpriram a função de responsabilização pela atenção à saúde da família, com especial foco nas mulheres e crianças e a responsabilização pela redução da mortalidade infantil e materna em cada município do Paraná (PARANÁ, 2012a).

O Estado do Paraná conta com quatro macrorregionais (leste, norte, oeste e noroeste) e 22 Regionais de Saúde (RS), distribuídas entre os 399 municípios e localizadas nas maiores cidades do Estado. A 15ª RS tem como sede a cidade de Maringá, abrangendo 29 municípios de sua região (PARANÁ, 2012a).

Segundo a linha guia da RMP, o público-alvo para o atendimento são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade. De acordo com os dados do IBGE/2010, eram 177.557 mulheres e, segundo dados do Sinasc (Sistema Nacional de Nascidos Vivos), foram 152.350 nascidos vivos no Estado do Paraná no ano de 2011 (PARANÁ, 2012a).

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (Sesa), com a RMP, a gestante deve ter no mínimo sete consultas, sendo seis no pré-natal e uma no puerpério. A Sesa ressalta também a importância da realização de 17 exames e da classificação de risco das gestantes e das crianças; evidencia a necessidade da garantia de ambulatório especializado e a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital, conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2012a).

A atenção primária precisa estar preparada para a captação precoce da gestante, para o acompanhamento pré-natal com risco habitual. É de fundamental importância que o profissional médico ou enfermeiro seja capaz de identificar o risco e encaminhar a gestante a um ambulatório especializado vinculado à rede (PARANÁ, 2012a).

Foi realizado um estudo, em 2011, sobre a viabilidade da população a ser atendida nos hospitais selecionados como referência da microrregião, destacando que estes seriam referência para procedimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade, funcionando 24 h com médicos pediatras, gineco-obstetra, anestesistas, equipe de enfermagem e serviço de apoio diagnóstico com análises clínicas, raios-X e ultrassonografia (PARANÁ, 2012a).

A partir deste estudo, a 15ª RS firmou compromisso com os gestores pertencentes aos municípios da microrregião, referenciando os municípios menores a encaminhar as gestantes com risco habitual à realização de consultas de urgência ou parto, e quando identificada a presença de risco gestacional, esses hospitais, por meio de contato direto, encaminham a gestante aos hospitais de referência à gestação de risco (PARANÁ, 2012a).

No início de 2012, na 15ª RS existia apenas um ambulatório de alto risco, que atendia somente 32 consultas/mês, o que não era suficiente para atender a demanda dos municípios referenciados. Com a implantação da rede, ampliou-se o atendimento deste ambulatório para seis municípios e foi referenciado mais um hospital, contando assim com mais um ambulatório, atendendo os outros 26 municípios da 15ª RS (PARANÁ, 2012a).

Este ambulatório pertence à atenção secundária e é vinculado ao hospital Santa Casa de Maringá, o qual iniciou seus atendimentos em setembro de 2012 e abrange mais de 80% da população da 15ª RS, razão pela qual foi eleito como local de realização do presente estudo.

Os ambulatórios são pontos de atenção especializados que devem atuar de maneira integrada à atenção primária e terciária, e têm como finalidade oferecer suporte às equipes da Atenção Primária de Saúde (APS), com relação ao atendimento às gestantes de alto risco (PARANÁ, 2012a).

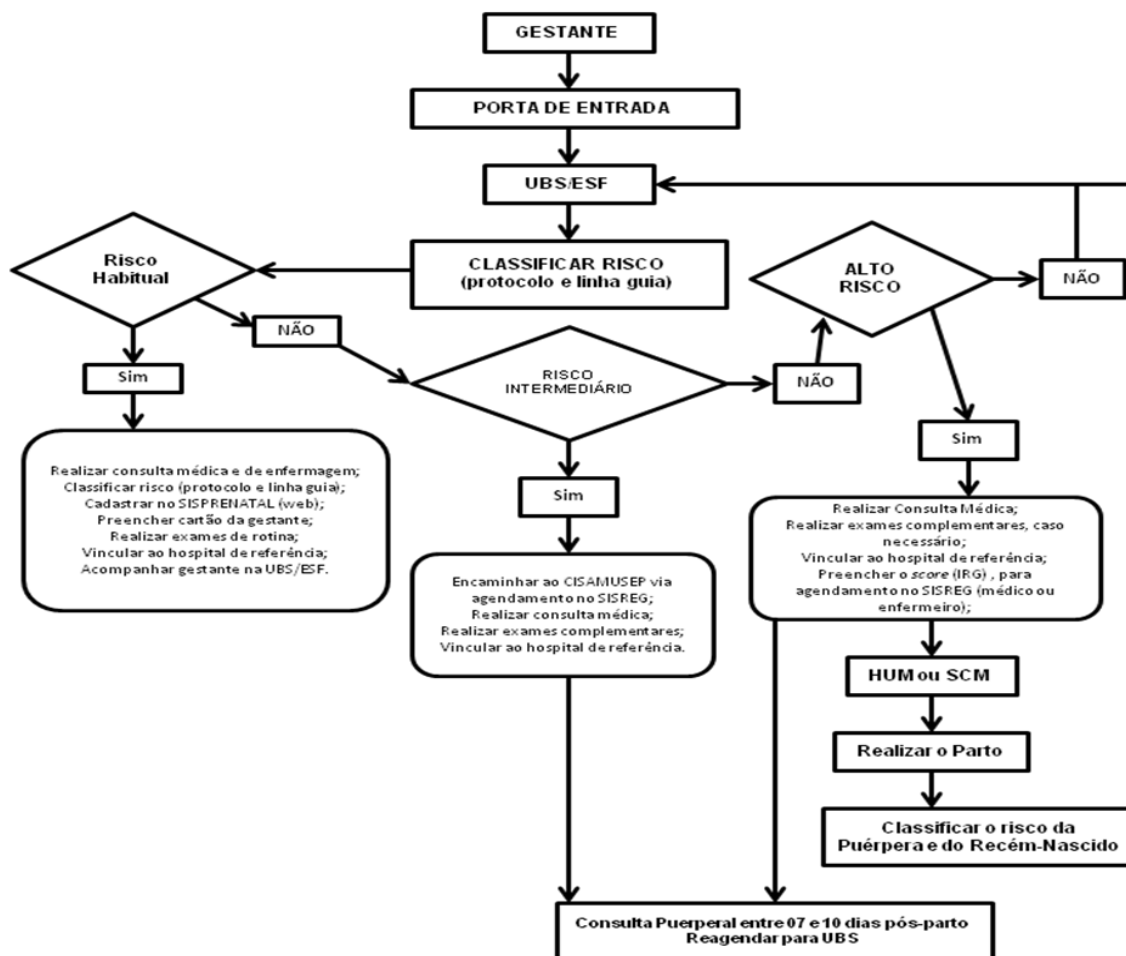
Nas macrorregionais, os hospitais referenciados na RMP precisam ter UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatórios para o pré-natal de risco e garantia no atendimento das gestantes de alto risco a eles vinculados (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Almejando discutir a criação, implantação, implementação destes ambulatórios e criação do fluxo de atendimento das gestantes de alto risco (figura 1), criou-se um grupo com representantes dos dois hospitais referenciados de alto risco, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Regional de Saúde, com a prioridade de não ultrapassar 30 dias de espera para atendimento (PARANÁ, 2012a).

Para atingir este objetivo, foi formulado um instrumento de avaliação do risco gestacional com pontuação, denominado Índice de Risco Gestacional (IRG), contendo: 1) condições clínicas pré-existentes; 2) antecedentes obstétricos e 3) intercorrências clínicas, para uso das UBS de Maringá e da 15ª RS, em que um único item pontuado classifica a gestante como alto risco, permitindo que a UBS agende a gestante por classificação de prioridade no ambulatório de alto risco. O encaminhamento dessas gestantes aos ambulatórios acontece segundo agendamento via Sistema de Regulação do Ministério da

Saúde (Sisreg), pela APS, conforme o *score* do “Instrumento de avaliação de Risco Gestacional para Agendamento” pelo profissional enfermeiro e/ou médico. O ambulatório é responsável pelo acompanhamento da gestante de risco, bem como pela assistência pré-natal até o momento do parto (PARANÁ, 2012a).

Figura 2 – Fluxograma de atendimento a gestante da 15ª RS, Maringá - PR



Fonte: Paraná (2012a).

3 JUSTIFICATIVA

Segundo a OMS (2011), a ampliação do acesso a serviços que poderiam fazer a diferença para a saúde da mulher se mostra irregular e desigual. Os níveis de cobertura de ações básicas são ainda precários, com necessidade de melhorar também na qualidade.

A alta incidência de mortalidade e morbidade materna torna-se cada vez mais preocupante e se reflete nos indicadores da qualidade da assistência prestada à população. A necessidade de se reduzir estes índices em três quartos, no período de 1990 a 2015, é o quinto objetivo do desenvolvimento do milênio (UNICEF, 2013).

Para o alcance desta meta são necessárias ações, como a qualificação de profissionais, de programas que atendam e identifiquem os grupos vulneráveis das gestantes com doenças pré-existentes e riscos gestacionais. Neste sentido, a atuação do enfermeiro nos programas de assistência pré-natal de baixo e alto risco, com ações humanizadas e de qualidade é de extrema importância para a melhora dos níveis de saúde e melhora nos indicadores.

Assim, se faz necessário realizar uma avaliação da efetividade, funcionalidade e resolutividade do programa específico para atendimento destas gestantes por meio da identificação de fatores determinantes como doenças pré-existentes, antecedentes obstétricos, intercorrências clínicas e fatores sociodemográficos que favoreçam a implantação de estratégias para resolutividade do problema.

Para o acompanhamento da RMP, Huçulak e Peterlini (2014) propõem a utilização do painel de bordo, que “permite quantificar o desempenho das ações a partir do estabelecimento de indicadores quantitativos que fazem o balanceamento entre quatro perspectivas definidas no mapa estratégico”.

Desta forma, este estudo se justifica no sentido de analisar o acompanhamento da assistência pré-natal prestada às gestantes de alto risco atendidas no primeiro ano da implantação da RMP.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência pré-natal prestada às gestantes de alto risco e sua relação com as condições de risco gestacional e o desfecho materno e perinatal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- caracterizar as gestantes segundo as variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e pessoais;
- verificar, por meio da estratificação dos riscos, as condições que levaram à inclusão da gestante no ambulatório;
- verificar a associação entre os fatores sociodemográficos com as condições de risco gestacional e
- identificar as condições de risco de gestantes hipertensas e o desfecho perinatal.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

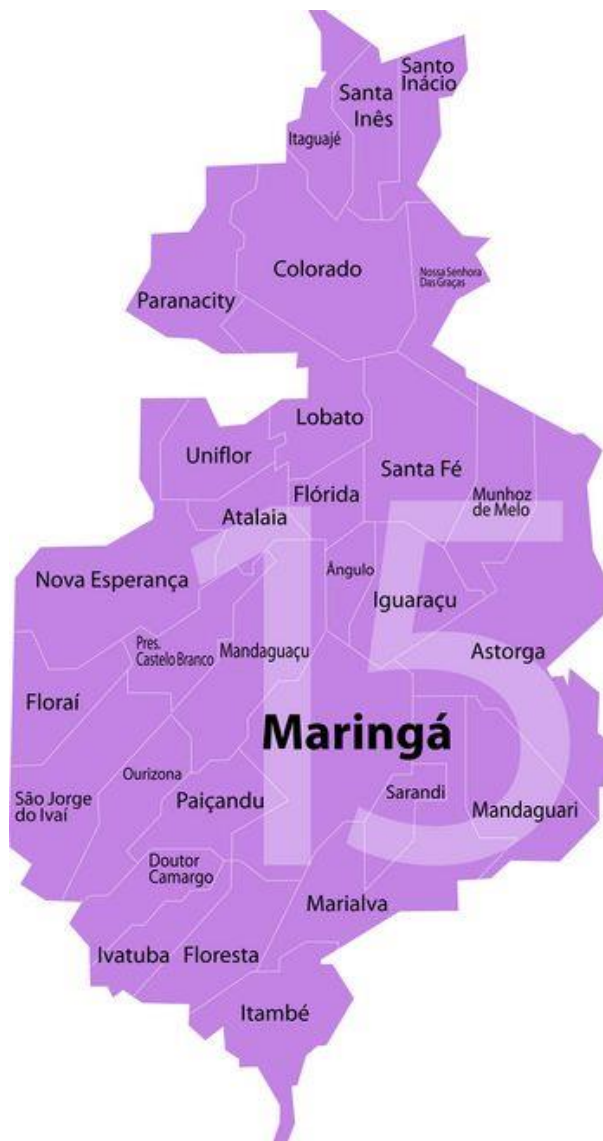
O presente estudo é de caráter exploratório, retrospectivo, descritivo de abordagem quantitativa.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no ambulatório de obstetrícia do hospital e maternidade Santa Casa de Maringá. O hospital é referência para atendimento de gestantes de alto risco do Sistema Único de Saúde. Em 10 de setembro de 2012 foi implantada a RMP na 15^o RS, sendo o referido serviço incluído como ambulatório de alto risco.

A 15^a RS está localizada na região Noroeste do Paraná, composta por 30 municípios e tem como sede a cidade de Maringá. O ambulatório em questão atende parte da população de Maringá e 24 municípios da 15^a RS: Mandaguaçu, Sarandi, Marialva, Mandaguari, Colorado, Itaguajé, Lobato, Nossa Senhora das Graças, Paranacity, Santo Inácio, Santa Inês, Astorga, Ângulo, Flórida, Iguaçu, Munhoz de Mello, Santa Fé, Nova Esperança, Atalaia, Florai, Ourizona, Presidente Castelo Branco, São Jorge do Ivaí e Uniflor.

Figura 3 – Mapa da 15ª Regional de Saúde. Paraná-BR



Fonte: Paraná (2014).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Para determinação dos sujeitos, foi considerado o total das gestantes atendidas e classificadas como alto risco do ambulatório de gestação de alto risco da Santa Casa de Maringá, totalizando 920 mulheres. A fonte de dados desta população foi composta pelos registros de cadastro hospitalar e no Sisreg (sistema de regulação de consulta do Mistério

da Saúde), incluindo prontuários, relatórios e o *score* de classificação de risco (ANEXO A).

5.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2014, abarcando os registros no período de setembro de 2012 (implantação do referido programa) até setembro de 2013, configurando assim um ano de funcionamento do ambulatório de alto risco.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário para a transcrição das informações necessárias ao estudo. Posteriormente, os mesmos foram transferidos para uma planilha do programa *Microsoft Office Excel 2010*[®].

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente com o auxílio dos softwares Open Epi versão 3.03 e Epi Info, versão 3.5.1. Os dados foram submetidos aos testes Qui-quadrado (χ^2) e teste exato de Fisher. Todas as discussões foram realizadas em nível de 5% de significância ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

A realização do presente estudo foi autorizada pelo hospital e maternidade Maria Auxiliadora – Santa Casa de Maringá, segundo autorização emitida em 25 de junho de 2013 (ANEXO B).

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, conforme preconizado nas Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012c) e aprovada conforme parecer n°681317/2014.

Por tratar-se de estudo, realizado a partir de dados de prontuários clínicos, foi solicitada a liberação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados no formato de dois manuscritos científicos, visando uma melhor organização e a posterior publicação dos dados.

Manuscrito 1 – Fatores sociodemográficos e condições de riscos em gestantes atendidas em serviço de referência no sul do Brasil, que tem como objetivo analisar a presença de condições de risco e sua associação com as características sociodemográficas de gestantes atendidas em serviço de referência no sul do Brasil.

Manuscrito 2 – Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco, objetivando analisar os resultados perinatais em gestantes de alto risco com síndrome hipertensiva.

6.1 MANUSCRITO 1

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE RISCO EM
GESTANTES ATENDIDAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO SUL DO
BRASIL**

**SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND RISK CONDITIONS IN PREGNANT
WOMEN CARED FOR BY A SERVICE CENTER OF REFERENCE IN THE SOUTH
OF BRAZIL**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONDICIONES DE RIESGO EN LAS
MUJERES EMBARAZADAS INSCRIPTAS EN EL SERVICIO DE REFERENCIA EN
EL SUR DE BRASIL**

RESUMO

Objetivou-se analisar a presença de condições de riscos e sua relação com as características sociodemográficas de gestantes atendidas em um serviço de referência no sul do Brasil. Estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, realizado a partir de prontuários de 920 gestantes atendidas em pré-natal de risco em ambulatório de referência. As variáveis ‘desfechos’ foram os riscos gestacionais classificados em: condições pré-existentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas e as variáveis independentes foram características sociodemográficas da mulher. Mulheres com 36 anos ou mais apresentaram risco elevado para hipertensão (28,8%), endocrinopatias (20,6%), mioma uterino (6,9%) e mais de três cesáreas (6,9%). A baixa escolaridade apresentou risco elevado para as mulheres com hipertensão (25,0%), epilepsia (6,4%), mais de três cesáreas (10,8%) e gemelaridade (10,8%). Identificaram-se os riscos prevalentes na gestação de risco e possíveis ações que os ambulatórios poderão realizar para minimizar os desfechos desfavoráveis e melhorar a qualidade do serviço e da assistência.

DESCRITORES: Saúde da mulher; Gravidez de alto risco; Complicações na gravidez; Ambulatório hospitalar.

ABSTRACT

Current paper analyzes risk conditions and their associations with the social and demographic characteristics of pregnant women in a health center of reference in southern Brazil. The exploratory and descriptive study with a quantitative approach was undertaken from the clinical charts of 920 pregnant women receiving pre-natal risk care from an outpatient clinic of reference. Variables comprised pregnancy risks, classified as: pre-existing conditions, obstetric history and clinical complications; the independent variables were the socio-demographic characteristics of the pregnant women. Women aged 36 or more had a high risk for hypertension (28.8%), endocrinopathologies (20.6%), uterine

myoma (6.9%) and three or more cesarean deliveries (6.9%). Low schooling level proved to be risky for women with hypertension (25.0%), epilepsy (6.4%), three or more cesarean deliveries (10.8%) and twin births (10.8%). The prevailing risks in the risk pregnancy were identified, coupled to possible measures that the clinics could take to minimize the unfavorable outcomes and improve quality in care and assistance.

DESCRIPTORS: Women's health; High-risk pregnancy; Pregnancy complications; Outpatient hospital clinic.

RESUMEN

Se tuvo por objetivo analizar la presencia de condiciones de riesgos y su relación con las características sociodemográficas de gestantes atendidas en un servicio de referencia en el sur de Brasil. Estudio exploratorio, descriptivo de abordaje cuantitativo realizado a partir de prontuarios de 920 gestantes atendidas en pre-natal de riesgo en ambulatorio de referencia. Las variables desenlace fueron los riesgos gestacionales clasificados en: condiciones pre-existentes, antecedentes obstétricos y variaciones clínicas. Las variables independientes fueron características sociodemográficas de la mujer. Mujeres con 36 años o mayores presentaron riesgo elevado para hipertensión (el 28,8%), endocrinopatías (el 20,6%), mioma uterino (el 6,9%) y más de tres cesáreas (el 6,9%). La baja escolaridad presentó riesgo elevado para las mujeres con hipertensión (el 25,0%), epilepsia (el 6,4%), más de tres cesáreas (el 10,8%) y partos múltiples (el 10,8%). Se identificaron los riesgos prevalentes en la gestación de riesgo y posibles acciones que los ambulatorios podrán realizar para disminuir los desenlaces desfavorables y mejorar la calidad del servicio y de la asistencia.

DESCRIPTORES: Salud de la mujer; Embarazo de alto riesgo; Complicaciones en el embarazo; Ambulatorio hospitalario.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna em todo mundo caiu 45% entre 1990 e 2013, porém, cerca de 9.300 mulheres ainda morrem anualmente por essa causa. Para a OMS, mais de uma em cada quatro mortes maternas são por condições pré-existentes, como diabetes, HIV, malária, obesidade e que podem ser agravadas na gravidez. Esses números são semelhantes aos óbitos por hemorragia grave durante a gestação e o parto (WHO, 2014).

Apesar da diminuição no índice de mortalidade por complicações na gravidez, parto e puerpério, é preciso ainda atenção, uma vez que os países em desenvolvimento não estão sendo capazes de alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de reduzir a mortalidade materna em 75% até 2015 (WHO, 2014).

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil em todo o país, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, pela portaria nº 1.459 de 2011, a Rede Cegonha. Este programa propõe melhor atendimento às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, assim como ao recém-nascido e às crianças até os dois anos de idade. Objetiva também

qualificar as redes de atenção materno-infantis, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade das ações (BRASIL, 2011).

No Estado do Paraná foi criada a RMP, que se apresenta como um conjunto de ações que envolvem desde a aproximação precoce com as gestantes, acompanhamento no pré-natal na atenção primária até, quando em situação de risco, o acompanhamento na atenção secundária em ambulatórios de risco, garantindo também o parto e consultas de emergência na atenção terciária (PARANÁ, 2012).

A RMP prevê ações de atenção primária nos 399 municípios do Paraná e, nas atenções secundária e terciária, a implantação de ambulatórios para o atendimento de gestante e criança de risco nas 22 regiões de saúde do Estado (PARANÁ, 2012).

A presença de fatores de risco associada à gestação pode contribuir com o desencadeamento de patologias. Na maioria das vezes, uma gestação evolui de maneira natural, sem intercorrências clínicas. Entretanto, quando a mulher apresenta doenças pregressas ou algumas intercorrências neste período, a gestação se torna de risco, com evolução desfavorável, expondo a vida da mãe e/ou do feto a maiores chances de agravos (BRASIL, 2012b).

Algumas pesquisas discutem o aumento de comorbidades relacionadas com a gravidez (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012; FRIDMAN et al., 2014), mas até onde sabemos, ainda não existem estudos que avaliam a associação entre os fatores sociodemográficos e condições pré-clínicas e clínicas de gestantes de risco com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e neonatal e melhorar a assistência.

Desse modo, o objetivo deste estudo foi analisar a presença de condições de risco e sua relação com as características sociodemográficas de gestantes atendidas em um serviço de referência no sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo, com base documental de abordagem quantitativa, realizado com gestantes atendidas em consultas de pré-natal de risco no ambulatório da RMP de um hospital filantrópico de Maringá, Paraná, Brasil.

A população foi representada por todas as mulheres atendidas e classificadas como alto risco, no período de setembro de 2012 a setembro de 2013, configurando um ano de atendimento no ambulatório. Os dados foram coletados dos relatórios emitidos a partir dos prontuários das gestantes e *score* de classificação de risco, um instrumento utilizado pela

atenção primária de saúde para encaminhamento da gestante ao ambulatório (atenção secundária). As informações foram registradas em um formulário previamente elaborado, denominado Gestantes de Alto Risco (GAR) e disponibilizado em planilha eletrônica do *Microsoft Excel 2010*.

As variáveis independentes referentes à mulher foram: idade, raça, estado civil, escolaridade e religião. As variáveis ‘desfechos’ foram as condições de risco gestacional, apresentadas pelas gestantes no *score*, as quais foram classificadas em três grupos:

- condição clínica pré-existente, composto por hipertensão arterial (leve, moderada e grave), cardiopatias (doença valvar cardíaca, doença de chagas, cardiopatias congênitas e cardiopatias isquêmicas), pneumopatias (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e embolia pulmonar), nefropatias (insuficiência renal crônica e insuficiência renal aguda), endocrinopatias (diabetes controlada por dieta, diabetes com uso de insulina, hipotireoidismo e hipertireoidismo), hemopatias (talassemia, anemia falciforme e púrpura trombocitopenêmica), doenças autoimunes (trombose venosa profunda, trombofilias, lupus eritematoso sistêmico), doenças infecciosas (infecção HIV/aids, hepatite, toxoplasmose, tuberculose e hanseníase), epilepsia, conização, mioma uterino, neoplasias, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, psicose e depressão grave e drogas lícitas e ilícitas.
- Antecedentes obstétricos, composto por mortes fetais e neonatais, baixo peso ao nascer (< 2.500 g), mais de três cesáreas, acretismo placentário, hemorragia de segundo semestre (placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta), pré-eclâmpsia, cerclagem anterior, amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, parto prematuro e aborto de repetição.
- Intercorrências clínicas, compostas por infecção do trato urinário (complicada, de repetição e pielonefrite), rubéola, toxoplasmose, doença hipertensiva específica da gestação, retardo do crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, aminiorrexe prematura (< de 37 semanas), isoimunização RhD, malformação fetal confirmada, macrossomia (do conceito com patologias) e gemelaridade.

Para a compilação dos dados e análise estatística foi utilizado o software Epi Info, versão 3.5.1, programa de domínio público criado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Os dados foram submetidos aos testes Qui-quadrado (χ^2) e Teste Exato

de Fisher. Todas as discussões foram realizadas em nível de 5% de significância ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo parecer nº 681.317/2014.

RESULTADOS

A amostra contou com 920 gestantes classificadas como alto risco e acompanhadas no ambulatório especializado. A população estudada apresentou média de $28,34 \pm 6,82$ anos (idade mínima de 12 e máxima de 47 anos) e concentrou-se na faixa etária de 19-35 anos 75,9% (698) mulheres, seguindo de 17,4% (160) com idade de 36 anos ou mais. A maioria das mulheres 60,1% (549) era casada ou viviam em união estável, 37,4% (342) eram solteiras e ainda 0,5% (5) eram gestantes viúvas. Em relação à escolaridade, 77,8% (716) estudaram mais de oito anos. Quanto à religião, 67,20% (564) eram católicas e 28,80% (265) evangélicas ou protestantes, 63,04% (580) declararam-se brancas (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas das gestantes acompanhadas em ambulatório de risco. Maringá, PR, 2014

Variáveis	n	%
Idade		
10 a 18	62	6,7
19 a 35	698	75,9
36 ou mais	160	17,4
Cor		
Branca	580	63,0
Preta	43	4,7
Parda/morena	296	32,2
Amarela	1	0,1
Estado civil		
Casada/união estável	549	60,1
Solteira	342	37,4
Separada/divorciada	18	2,0
Viúva	5	0,5
Escolaridade		
< 8 anos	204	22,2
≥ 8 anos	716	77,8
Religião		
Católica	564	67,2
Evangélica/protestante	265	31,6
Sem religião	10	1,2

A análise das condições clínicas pré-existentes das gestantes de acordo com as variáveis sociodemográficas está apresentada na tabela 2. Gestantes com idade de 36 anos ou mais apresentaram frequência superior de doenças hipertensivas, endocrinopatias e

mioma uterino. A epilepsia esteve presente entre aquelas com idade entre dez e 18 anos. Em relação ao estado civil, 38,9% das gestantes separadas/divorciadas apresentaram doenças hipertensivas, 16,7% obesidade mórbida e 11,1% realizaram cirurgia bariátrica. Entre as solteiras, 9,6% apresentaram dependência de drogas lícitas/ilícitas. 60,0% das gestantes viúvas apresentaram endocrinopatias. Quanto à escolaridade, mulheres com < 8 anos de estudo foram caracterizadas em sua maioria com hipertensão arterial e epilepsia. Um total de 10,0% das gestantes que não apresentaram religião foi caracterizado com presença de neoplasias.

A tabela 3 nos mostra a associação entre antecedentes obstétricos e variáveis sociodemográficas. Mulheres com idade de 36 anos ou mais apresentaram valores significativos para mais de três cesáreas (6,9%) e aborto de repetição (10,6%). A pré-eclâmpsia esteve presente entre as gestantes de 19 a 35 anos. Em relação à cor, gestantes que se declararam de cor parda/morena apresentaram maior frequência de mortes fetais e neonatais. Uma única gestante que se declarou de cor amarela apresentou BPN < 1.500 g e hemorragia do segundo semestre. Gestantes com estado civil separada/divorciada possuíram mais de três cesáreas e as viúvas apresentaram pré-eclâmpsia.

As intercorrências clínicas e sua associação com as variáveis sociodemográficas demonstraram que gestantes com idade de dez a 18 anos apresentaram Retardo de Crescimento Intrauterino (RCIU), trabalho de parto prematuro malformação fetal. Em relação à escolaridade, 10,8% daquelas com < 8 anos de estudos tiveram gestação gemelar. Quanto à religião, as mulheres sem religião apresentaram toxoplasmose e amniorrexe prematura (tabela 4).

Tabela 2 – Condições clínicas pré-existent* das gestantes de alto risco segundo variáveis sociodemográficas. Maringá, PR, 2014

Variáveis	Hipertensivas n (%)	p	Endocrinopatias n (%)	p	Epilepsia n (%)	p	Mioma uterino n (%)	p	Neoplasias n (%)	p	Obesidade mórbida n (%)	p	Cirurgia Bariátrica n (%)	p	Dep. drogas lícitas/ilícitas n (%)	p
Idade		<0,001		0,006		0,03		0,003		0,65		0,08		0,13		0,92
10 a 18	5 (8,1)		2 (3,2)		3 (4,8)		-		1 (1,6)		1 (1,6)		-		4 (6,5)	
19 a 35	114 (16,3)		114 (16,3)		26 (3,7)		16 (2,3)		5 (0,7)		42 (6,0)		6 (0,9)		39 (5,6)	
36 ou mais	46 (28,8)		33 (20,6)		-		11 (6,9)		2 (1,3)		15 (9,4)		4 (2,5)		10 (6,3)	
Cor		0,06		0,11		0,15		0,67		0,92		0,51		0,70		0,82
Branca	109 (18,8)		91 (15,7)		13 (2,2)		17 (2,9)		5 (0,9)		36 (6,2)		8 (1,4)		31 (5,3)	
Preta	13 (30,2)		9 (20,9)		1 (2,3)		-		-		5 (11,6)		-		2 (4,7)	
Parda/morena	43 (14,5)		48 (16,2)		15 (5,1)		10 (3,4)		3 (1,0)		17 (5,7)		2 (0,7)		20 (6,8)	
Amarela	-		1 (100,0)		-		-		-		-		-		-	
Estado civil		0,04		0,007		0,30		0,18		0,19		0,03		0,01		0,001
Casada	106 (19,3)		92 (16,8)		13 (2,4)		17 (3,1)		4 (0,7)		40 (7,3)		6 (1,1)		18 (3,3)	
Solteira	51 (14,9)		44 (12,9)		15 (4,4)		8 (2,3)		3 (0,9)		14 (4,1)		2 (0,6)		33 (9,6)	
Separada/divorciada	7 (38,9)		7 (38,9)		-		2 (11,1)		1 (5,6)		3 (16,7)		2 (11,1)		1 (5,6)	
Viúva	1 (20,0)		3 (60,0)		-		-		-		1 (20,0)		-		-	
Escolaridade		0,002		0,82		0,002		0,24		0,44		0,70		0,08		0,07
< 8 anos	51 (25,0)		32 (15,7)		13 (6,4)		4 (2,0)		1 (0,5)		14 (6,9)		-		17 (8,3)	
≥ 8 anos	114 (15,9)		117 (16,3)		16 (2,2)		23 (3,2)		7 (1,0)		44 (6,1)		10 (1,4)		36 (5,0)	
Religião		0,39		0,60		0,85		0,30		0,01		0,37		0,77		0,15
Católica	98 (17,4)		87 (15,4)		16 (2,8)		15 (2,7)		4 (0,7)		33 (5,9)		7 (1,2)		37 (6,6)	
Evangélica/Protestante	55 (20,8)		47 (17,7)		7 (2,6)		12 (4,5)		3 (1,1)		21 (7,9)		2 (0,8)		9 (3,4)	
Sem religião	1 (10,0)		1 (1,0)		-		-		1 (10,0)		-		-		1 (10,0)	

* As condições clínicas: cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, hemopatias, doenças autoimunes, doenças infecciosas, conização, psicose e depressão grave não apresentaram associação significativa com as variáveis.

Tabela 3 – Antecedentes obstétricos* das gestantes de alto risco segundo variáveis sociodemográficas. Maringá, PR, 2014

Variáveis	Morte fetais e neonatais n (%)	p	BPN < 1500 kg n (%)	p	Mais de 03 cesáreas n (%)	p	Hemorragia do 2º semestre n (%)	p	Pré-eclampsia n (%)	p	Amniorrexe prematura n (%)	p	Aborto de repetição n (%)	p
Idade		0,20		0,36		0,006		0,57		0,04		0,26		0,02
10 a 18	2 (3,2)		2 (3,2)		-		1 (1,6)		-		-		-	
19 a 35	61 (8,7)		42 (6,0)		18 (2,6)		28 (4,0)		62 (8,9)		12 (1,7)		54 (7,7)	
36 ou mais	10 (6,3)		13 (8,1)		11 (6,9)		5 (3,1)		12 (7,3)		5 (3,1)		17 (10,6)	
Cor		0,01		0,001		0,62		<0,001		0,44		0,08		0,22
Branca	39 (6,7)		36 (6,2)		15 (2,6)		22 (3,8)		41 (7,1)		9 (1,6)		38 (6,6)	
Preta	-		2 (4,7)		2 (4,7)		-		3 (7,0)		3 (7,0)		6 (14,0)	
Parda/morena	34 (11,5)		18 (6,1)		12 (4,1)		11 (3,7)		30 (10,1)		5 (1,7)		27 (9,1)	
Amarela	-		1 (100,0)		-		1 (100,0)		-		-		-	
Estado civil		0,54		0,08		<0,001		0,41		0,01		0,61		0,14
Casada	39 (7,1)		26 (4,7)		15 (2,7)		16 (2,9)		38 (6,9)		11 (2,0)		51 (9,3)	
Solteira	32 (9,4)		29 (8,5)		7 (2,0)		17 (5,0)		30 (8,8)		5 (1,5)		18 (5,3)	
Separada/divorciada	2 (11,1)		1 (5,6)		5 (27,8)		1 (5,6)		3 (16,7)		1 (5,6)		1 (5,6)	
Viúva	-		1 (20,0)		1 (20,0)		-		2 (40,0)		-		-	
Escolaridade		0,08		0,002		0,10		0,84		0,29		0,18		0,33
< 8 anos	22 (10,8)		22 (10,8)		10 (4,9)		8 (3,9)		20 (9,8)		6 (2,9)		19 (9,3)	
≥ 8 anos	51 (7,1)		35 (4,9)		19 (2,7)		26 (3,6)		54 (7,5)		11 (1,5)		52 (7,3)	
Religião		0,54		0,16		0,77		0,009		0,50		0,02		0,48
Católica	47 (8,3)		32 (5,7)		16 (2,8)		16 (2,8)		43 (7,6)		6 (1,1)		40 (7,1)	
Evangélica/Protestante	19 (7,2)		16 (6,0)		9 (3,4)		12 (4,5)		24 (9,1)		10 (3,8)		25 (9,4)	
Sem religião	-		2 (20,0)		-		2 (20,0)		-		-		1 (10,0)	

*Os antecedentes obstétricos: acretismo, cerclagem anterior, trabalho de parto prematuro e parto prematuro não apresentaram associação significativa com as variáveis.

Tabela 4 – Intercorrências clínicas* das gestantes de alto risco segundo variáveis sociodemográficas. Maringá, PR, 2014

Variáveis	Toxoplasmose n (%)	p	Retardo de crescimento intrauterino n (%)	p	Trabalho de parto prematureo n (%)	p	Aminorrexe prematura n (%)	p	Malformação fetal n (%)	p	Gestações gemelares n (%)	p
Idade		0,38		0,01		0,03		0,79		<0,001		0,42
10 a 18	-		4 (6,5)		6 (9,7)		1 (1,6)		8 (12,9)		3 (4,8)	
19 a 35	6 (0,9)		10 (1,4)		25 (3,6)		7 (1,0)		29 (4,2)		56 (8,0)	
36 ou mais	-		2 (1,3)		4 (2,5)		1 (0,6)		2 (1,3)		9 (5,6)	
Cor		0,50		0,81		0,75		0,79		0,63		0,26
Branca	4 (0,7)		10 (1,7)		25 (4,3)		7 (1,2)		22 (3,8)		43 (7,4)	
Preta	1 (2,3)		-		1 (2,3)		-		1 (2,3)		-	
Parda/morena	1 (0,3)		6 (2,0)		9 (3,0)		2 (0,7)		16 (5,4)		25 (8,4)	
Amarela	-		-		-		-		-		-	
Estado civil		0,70		0,44		0,39		0,12		0,75		0,54
Casada	5 (0,9)		7 (1,3)		17 (3,1)		3 (0,5)		23 (4,2)		40 (7,3)	
Solteira	1 (0,3)		9 (2,6)		17 (5,0)		3 (1,5)		16 (4,7)		28 (8,2)	
Separada/divorciada	-		-		-		1 (5,6)		-		-	
Viúva	-		-		-		-		-		-	
Escolaridade		0,60		0,78		0,92		0,37		0,59		0,03
< 8 anos	1 (0,5)		4 (2,0)		8 (3,9)		1 (0,5)		10 (4,9)		22 (10,8)	
≥ 8 anos	5 (0,7)		12 (1,7)		27 (3,8)		8 (1,1)		29 (4,1)		46 (6,4)	
Religião		<0,001		0,91		0,24		0,007		0,56		0,16
Católica	3 (0,5)		9 (1,6)		15 (2,7)		6 (1,1)		27 (4,8)		51 (9,0)	
Evangélica/Protestante	1 (0,4)		4 (1,5)		11 (4,2)		1 (0,4)		10 (3,8)		14 (5,3)	
Sem religião	1 (1,0)		-		1 (10,0)		1 (10,0)		1 (10,0)		1 (10,0)	

*As intercorrências clínicas: ITU complicada, rubeola, DHEG, placenta prévia, isoimunização RhD e macrossomia não apresentaram associação significativa com as variáveis.

DISCUSSÃO

A inexistência de estudos que abordem a associação de todas as condições de risco de gestantes descritas pelo Ministério da Saúde (MS) com fatores sociodemográficos da mulher é de suma importância para justificar o estudo que possibilita identificar comorbidades relacionadas com a gestação nas condições de doenças pré-existentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas na atual gestação. Esses resultados poderão auxiliar os ambulatórios da RMP na implementação e melhoria da assistência ao pré-natal de risco, contribuindo com a redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

Mediante os resultados encontrados nesta pesquisa, constatou-se que as doenças hipertensivas, endocrinopatias e mioma uterino são as condições pré-existentes mais frequentes em gestantes de risco com idade de 36 anos ou mais. Outra análise retratou que essa relação acerca de um maior risco obstétrico em gestantes com idade avançada é decorrente da frequência aumentada de doenças crônicas, hipertensão, *diabetes mellitus* e miomas que acarretam em riscos potenciais na gestação (SANTOS et al., 2009).

Outro resultado encontrado nesta pesquisa foi de que mulheres com idade avançada possuem mais de três cesáreas em seu histórico de antecedente obstétrico. Coerente a isso, uma pesquisa realizada com 2.441 prontuários de partos assistidos, constatou que mulheres submetidas à cesariana na atual gestação passaram pelo mesmo procedimento em gestações anteriores (RP = 3,19; IC95%: 2,64; 3,84) (OSAVA et al., 2011). Vale destacar ainda que, quanto maior a idade da mulher, maior a taxa de cesariana; sendo assim, mulheres com 35 anos ou mais apresentam o dobro de prevalência desta intervenção do que aquelas com menos de 20 anos (PÁDUA et al., 2010) e as com idade maior que 44 anos, associarem a um riscos de até quatro vezes mais (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Na faixa etária de mulheres com 36 anos ou mais, identificou-se a prevalência de abortos de repetição como antecedentes obstétricos, dados que estão de acordo com a literatura recente, os quais apontam que o risco de abortamento aumenta com a paridade, bem como com a idade materna. Em mulheres acima de 40 anos, esse fator potencializa em aproximadamente 26% (FEBRASGO, 2010; BRASIL, 2012b).

A gravidez em idade superior a 35 anos é um fator de risco gestacional pré-existente que está aumentando mundialmente, exigindo atenção especial dos profissionais quanto ao seu seguimento, com o objetivo de minimizar eventos adversos e o risco de mortalidade materna e infantil (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Entre as gestantes de 19 a 35 anos, a pré-eclâmpsia foi o antecedente obstétrico prevalente. Outro estudo corrobora com valores significativos, associando essas variáveis (OR=4,38; IC95%=3,02-6,34) (SANTOS et al., 2009). Por outro lado, essa prevalência em gestantes com idade avançada chega até 74% em mulheres com 44 anos (SARNO, 2009).

O resultado encontrado de prevalência da pré-eclâmpsia como antecedente obstétrico indica que essa recorrência está presente em gestantes em idade fértil, devendo os profissionais da APS atentam-se à estratificação de risco nas consultas de pré-natal e visitas domiciliares, a fim de identificar precocemente as gestantes que já passaram pela experiência de vivenciarem uma gravidez de risco e encaminharem à atenção secundária para atendimento especializado.

Com relação às mulheres com idade entre dez e 18 anos, constataram-se dados significativos para a epilepsia (4,8%) como condições clínicas pré-existentes, resultado este acima da ocorrência a gravidez (0,3 a 0,7%), por se tratar de uma doença neurológica rara entre mulheres grávidas e que causa diversos problemas clínicos (BORTHEN et al., 2009; BROSH et al., 2011).

Neste sentido, essas gestantes devem ser acompanhadas com atenção específica a medicação de uso contínuo na gravidez. As drogas antiepilépticas podem ocasionar outros riscos à gestação, como o aborto, parto prematuro, e sangramento vaginal, sendo o melhor tratamento durante a gravidez a monoterapia com a menor dose possível (NIJAFI et al., 2012).

A malformação fetal neste estudo, também se destacou entre as gestantes de dez a 18 anos. Nessa perspectiva, e em concordância do resultado encontrado em pesquisa realizada com 2.859 prontuários de recém-nascidos, que identificou 1,19% de casos com algum tipo de malformação com maior frequência na faixa etária de 14 a 20 anos (35,29%), o que pode decorrer do maior índice de mães jovens em sua amostra. Entretanto, vale destacar que, em nosso estudo, o maior índice da amostra foi de gestantes entre 19-35 anos (75,9%) e de 6,7% entre 10-18 anos (SILVA; FELISMINO; DANTAS, 2008).

Neste contexto, sugerem-se mais estudos que comparem a faixa etária com outras variáveis, no sentido de desvelar a influência da gestação na adolescência com malformações fetais. Ressalta-se a importância da assistência da equipe multiprofissional à mulher durante esta gestação no sentido de fornecer ajuda psicológica para o enfrentamento e entendimento da situação.

Cabe destacar que em nossa pesquisa, o Retardo do Crescimento Intrauterino (RCIU) e o trabalho de parto prematuro foram intercorrências clínicas que apresentaram significância entre adolescentes na faixa etária de dez a 18 anos. Outro estudo que se propôs a analisar 335.590 mães no período de 2002 a 2011, em Taiwan, constatou que as mães adolescentes de 16-19 anos e as ≤ 15 anos, sobretudo aquelas com idade entre 10-15 anos, apresentaram risco significativamente maior de RCIU (OR = 1,37, 95 CI%: 1,00-1,89) e parto prematuro (OR = 2,98, 95% CI: 2,48-3,58) em comparação ao grupo com idade > 20 anos (HUANG et al., 2014).

Vale salientar que a morbidade perinatal é cinco vezes maior para os fetos com RCIU. A prevenção, apesar das limitações pela dificuldade em determinar o agente causal, melhora a qualidade de vida desde o nascimento até a idade adulta. Gestantes com este fator de risco necessitam de maior atenção em relação ao crescimento fetal, medidas da altura uterina, e exames ultrassonográficos (NETO; CÓRDOBA; PERAÇOLI, 2011).

Com relação à etnia, outro dado levantado por essa pesquisa constatou que mulheres com antecedentes obstétricos e que se declararam de cor parda/morena apresentaram maior frequência de mortes fetais e neonatais. Outra análise sobre o mesmo tema evidenciou que a cor preta e parda da mãe eleva o risco de óbitos neonatais. Sinaliza ainda que esses resultados são expressões de disparidades sociais, podendo ser um fator limitante de acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010).

Ao associarmos o estado civil com as condições de doenças pré-existentes, mulheres separadas/divorciadas apresentaram resultados significativos para doenças hipertensivas e cirurgia bariátrica. Quando associada a antecedentes obstétricos, apresentou relevância para mais de três cesáreas. Porém, em alguns estudos, não se verificou relação significativa entre estado civil e essas variáveis (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008; PÁDUA et al., 2010). Outra condição pré-clínica relevante encontrada em mulheres separadas/divorciadas foi a obesidade mórbida, aspecto que, discutido por outros autores, parecem sinalizar que mulheres separadas, divorciadas ou viúvas apresentaram mais chances de serem obesas (ARAÚJO; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2007). Já em mulheres solteiras, a condição pré-clínica prevalente foi a dependência de drogas lícitas/ilícitas, em concordância com outro estudo que, ao entrevistar 25 gestantes usuárias de drogas, verificou que 56% eram solteiras e relataram que além de se sentirem julgadas, não receberam apoio e nem acompanhamento adequado para o enfrentamento do problema (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014).

Embora poucos estudos enfatizem a importância da relação estável e a presença do parceiro no contexto reprodutivo, sobretudo pelo suporte emocional (CARVALHO; BRITO; SANTOS, 2011), ressalta-se que situação conjugal instável é mais um fator de risco na gestação e que pode gerar complicações obstétricas, tendo em vista a ausência do parceiro para compartilhar as responsabilidades sobre a vida do filho (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Ao associar a escolaridade e as condições pré-existentes neste estudo, constatou-se que mulheres com < 8 anos de estudo representam fator significativo para hipertensão arterial e epilepsia. Já em outra investigação, não houve relação entre escolaridade e síndromes hipertensivas (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008) e nem estudos que associassem a baixa escolaridade e a epilepsia. Porém, no que se refere à hipertensão arterial, uma análise sobre os níveis pressóricos em 94 gestantes constatou que a baixa escolaridade é um fator de risco para síndrome hipertensiva (GOMES et al., 2013).

A gemelaridade como intercorrência clínica também se destacou em mulheres com baixa escolaridade (< 8 anos de estudos). No entanto, não foram encontrados estudos que evidenciassem esta associação. Os achados se deram apenas em uma pesquisa que relatou as várias teorias apresentadas para explicar os determinantes da gemelaridade, como a herança genética, fatores ambientais como idade materna, paridade, grupo étnico, antecedentes obstétricos, indução da ovulação, classe social, entre outros, porém em nenhum momento foi citada a baixa escolaridade (RAMOS; CUMAN, 2009).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde apresenta a variável baixa escolaridade como fator desfavorável à realização do pré-natal e na gravidez, justificando a deficiência no entendimento das orientações dos profissionais de saúde, sendo este um fator de risco que deve ser acompanhado mais de perto (BRASIL, 2012a).

Ao realizar o levantamento da variável religião, os resultados apontaram que as gestantes que declararam não ter religião apresentaram neoplasias como condições pré-existentes, hemorragias do segundo semestre como antecedentes obstétricos e toxoplasmose e amniorrexe prematura como intercorrências clínicas. Para as que se classificaram como evangélicas/protestantes, observou-se amniorrexe prematura como intercorrência clínica. Mediante esses resultados, não foram encontrados estudos que relacionassem religião com esses riscos gestacionais, entretanto, apenas um afirma que religião não interfere na qualidade de vida da gestante (REZENDE; SOUZA, 2012). Enquanto outro evidencia que o apelo religioso é acentuado na gestante de alto risco, sendo

um fator de encorajamento, possivelmente por apresentar doença prévia ou intercorrência que pode afetar a sua saúde e a do seu filho (DOURADO; PELLOSO, 2007).

A limitação do presente estudo deve-se ao fato de envolver dados secundários, o que depende dos registros realizados pelos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou identificar os riscos prevalentes na gestação de alto risco e possíveis ações que os ambulatórios especializados poderão realizar para minimizar os desfechos desfavoráveis e melhorar a qualidade do serviço e da assistência multidisciplinar, incluindo a redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

Os resultados apresentados evidenciaram riscos elevados em condições clínicas pré-existentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas que poderão auxiliar na realização de protocolos de atendimento e assistência segmentada por parte da equipe de saúde, no sentido de acompanhar mais de perto as gestantes de alto risco, atribuindo mais consultas, e permitindo que o profissional supra todas as dúvidas e anseios das gestantes, a fim de evitar a ocorrência de mais riscos e comorbidades.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, C. M.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, J. G. Fatores associados à combinação do índice de massa corporal e circunferência da cintura em mulheres. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 242-247, 2007.

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.

BORTHEN, I. et al. Complications during pregnancy in women with epilepsy: Population-based cohort study. **BJOG**, Londres, v. 116, n. 13, p. 1736-1742, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF, 2012b.

- BROSH, K. et al. Teratogenic determinants of first-trimester exposure to antiepileptic medications. **J. Popul. Ther. Clin. Pharmacol.**, Canadá, v. 18, n. 1, p. 89-98, 2011.
- CARVALHO, J. B. L.; BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. S. Percepção do homem sobre a atenção recebida dos profissionais que assistem a companheira com síndromes hipertensivas. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 322-329, 2011.
- DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-74, 2007.
- FEBRASGO-Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério**. São Paulo, SP, 2010.
- FRIDMAN, M. et al. Trends in maternal morbidity before and during pregnancy in California. **Am. J. Public Health**, Oxford, v. 104, n. S1, p. S49-S57, 2014.
- GOMES, A. S. et al. Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 923-931, 2013.
- GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Maternal complications in women with advanced maternal age. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, p. 275, 2012.
- HUANG, C. C. et al. Comparison of medical issues in antenatal and perinatal periods in early youth, adolescent, and young adult mothers in Taiwan: a 10-year nationwide study. **BMC Pregnancy Childbirth**, Londres, v. 14, n. 1, p. 260, 2014.
- KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Percepção e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 428-434, 2014.
- NAJAFI, M. R. et al. The course and outcome of pregnancy and neonatal situation in epileptic women. **Adv. Biomed. Res.**, Mumbai, v. 1, n. 1, p. 4, 2012.
- NETO, A. R. M.; CÓRDOBA, J. C. M.; PERAÇOLI, J. C. Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU). **Com. Cienc. Saude**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 21-30, 2011.
- OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, 2010.
- OSAVA, R. H. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1036-1043, 2011.
- PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70, 2010.
- PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha guia: mãe paranaense**. Curitiba: SESA, 2012.

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

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

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SARNO, M. A. C. **Associação entre antecedentes mórbidos, dopplervelocimetria de artérias uterinas, anticorpos antifosfolipídeos e resultados perinatais adversos em um grupo de gestantes**. 2009. 130 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2009.

SILVA, M.; FELISMINO, D. C.; DANTAS, I. C. Malformações fetais: estudo retrospectivo na maternidade da fundação assistencial da Paraíba no município de Campina Grande. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, Paraíba, v. 8, n. 1, p. 232-239, 2008.

WHO-World Health Organization. **World health statistics 2014**. Geneva, 2014.
Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 27 out. 2014.

6.2 MANUSCRITO 2

SÍNDROME HIPERTENSIVA E RESULTADOS PERINATAIS EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**HYPERTENSIVE SYNDROME AND PERINATAL RESULTS IN HIGH-RISK PREGNANCIES****SÍNDROME HIPERTENSIVA Y RESULTADOS PERINATALES EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO****RESUMO**

O presente estudo teve como objetivo analisar os resultados perinatais de gestantes de alto risco com síndrome hipertensiva. Estudo transversal, de base documental, envolvendo 920 gestantes acompanhadas em um ambulatório de atendimento de gestação de alto risco. Foi considerada a hipertensão arterial como condições pré-existentes, pré-eclâmpsia como antecedente obstétrico e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) como intercorrência clínica. As variáveis foram: prematuridade, baixo peso ao nascer, Apgar baixo no 1° e 5° minutos, morte fetal, morte infantil, parto normal e parto cesária. Da amostra estudada, 25,32% (233) apresentaram síndrome hipertensiva; 14,36% (134) foram classificadas com hipertensão arterial como condição pré-existente (grupo 1), 6,73% (62) com pré-eclâmpsia como antecedente obstétrico (grupo 2); 4,02% (37) apresentaram DHEG como intercorrência clínica (grupo 3) e um total de 30,65% (282) de gestantes de risco normotensas (grupo 4). No grupo 1 constatou-se risco elevado para: Apgar baixo no 1° e 5° minutos e morte fetal. O parto normal foi fator de proteção. No grupo 2 verificou-se risco elevado para: Apgar baixo no 1° e 5° minutos e parto cesárea e como fator de proteção o parto normal. No grupo 3, constituíram risco elevado prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no 1° e 5° minutos. As síndromes hipertensivas na gestação relacionaram-se com resultados perinatais desfavoráveis, evidenciando a necessidade de cuidados especializados à gestante, por meio de um pré-natal especializado e de qualidade.

DESCRITORES: Saúde materno-infantil; Complicações na gravidez; Gestação de alto risco; Hipertensão.

ABSTRACT

Current study analyzes perinatal results of high-risk pregnancies in women with hypertension. It is a cross-sectional study, based on documents, performed on 920 pregnant women monitored by an outpatient clinic for high-risk pregnancies. Arterial hypertension was considered as a pre-existing condition, pre-eclampsia as obstetric history and Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) as clinical complications. The variables were: prematurity, low birth weight, low Apgar score at 1 and 5 minutes, fetal death, infant death, normal delivery and cesarean delivery. Further, 25.32% (233) of the sampled pregnant women suffered from the Hypertension Syndrome; 14.36% (134) were classified

with arterial hypertension as a pre-existing condition (Group 1); 6.73% (62) with pre-eclampsia as obstetric history (Group 2); 4.02% (37) had HDP as a clinical complication (Group 3) and a total of 30.65% (282) were pregnant women with normotension risks (Group 4). Group 1 constituted high risk for low Apgar score at 1 and 5 minutes, and fetal death. Normal delivery was a protective factor. Group 2 constituted high risk for low Apgar score at 1 and 5 minutes and cesarean delivery. Normal delivery was a protective factor. Group 3 had high risks for prematurity, low birth weight and low Apgar score at 1 and 5 minutes. The hypertension syndrome in pregnancy was associated with unfavorable perinatal results, revealing the need for specialized care to pregnant women through specialized and quality pre-natal care.

DESCRIPTORS: Maternal and child health; Complications in pregnancy; High-risk pregnancy; Hypertension.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los resultados perinatales de gestantes de alto riesgo con Síndrome Hipertensiva. Estudio transversal, de base documental, involucrando 920 gestantes acompañadas en un ambulatorio de atención de gestación de alto riesgo. Se consideró la hipertensión arterial como condiciones pre-existentes, pre-eclampsia como antecedente obstétrico y Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación (DHEG) como variación clínica. Las variables fueron: prematuridad, bajo peso al nacer, Apgar bajo en el 1° y 5° minutos, muerte fetal, muerte infantil, parto normal y parto cesáreo. De la muestra estudiada, el 25,32% (233) presentaron Síndrome Hipertensiva; el 14,36% (134) fueron clasificadas con hipertensión arterial como condición pre-existente (Grupo 1), el 6,73% (62) con pre-eclampsia como antecedente obstétrico (Grupo 2); el 4,02% (37) presentaron DHEG como variación clínica (Grupo 3) y un total del 30,65% (282) de embarazo de riesgo normo tensas (Grupo 4). En el Grupo 1 se constató riesgo elevado para: Apgar bajo en el 1° y 5° minutos y muerte fetal. El parto normal fue factor de protección. En el Grupo 2 se verificó riesgo elevado para: Apgar bajo en el 1° y 5° minutos y parto cesáreo y como factor de protección el parto normal. En el Grupo 3 constituyeron riesgo elevado prematuridad, bajo peso al nacer y Apgar bajo en el 1° y 5° minutos. Las Síndromes Hipertensivas en la gestación se relacionaron con resultados perinatales desfavorables, evidenciando la necesidad de cuidados especializados a la gestante, por intermedio de un pre-natal especializado y de calidad.

DESCRIPTORES: Salud materno-infantil; Complicaciones en el embarazo; Gestación de alto riesgo; Hipertensión.

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas (SH) são a segunda causa de morte materna em todo o mundo, perdendo apenas para as hemorragias (SAY et al., 2014). Cerca de 800 mulheres morrem todos os dias por complicações na gravidez ou relacionadas ao parto. Em 2013, 289 mil mulheres morreram durante a gravidez ou parto e a maioria das mortes foi considerada evitável (WHO, 2014). Além disso, as SH podem provocar sérias complicações para a saúde materna, como encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, comprometimento renal, coagulopatias e associação com pré-eclâmpsia. O feto também

fica em situação de risco, podendo apresentar restrição do crescimento intrauterino, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso e prematuridade (HENRIQUE et al., 2012; BRASIL, 2010).

Até onde sabemos, não existem estudos sobre os resultados perinatais em gestantes com síndromes hipertensivas, com foco nas condições clínicas pré-existentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas na atual gestação; condições essas avaliadas pela política pública de atenção à gestante de alto risco implantada no Estado no Paraná.

É uma política de assistência à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério que tem como objetivo a redução da mortalidade materna e infantil e está estruturada com base nas ações de captação precoce da gestante de risco, acompanhamento no pré-natal e estratificação de risco das gestantes e das crianças, atendimento em ambulatório especializado para gestantes e crianças de risco até um ano de idade e garantia de referência hospitalar para o parto, por meio de um sistema de vinculação ao hospital (PARANÁ, 2012).

Nos países nórdicos, a hipertensão arterial crônica elevou em 5,5 vezes o risco de o recém-nascido ser pequeno para a idade gestacional prematuro e em 1,5 vezes de o recém-nascido ser pequeno para a idade gestacional a termo (CATOV et al., 2008). Um estudo realizado no Estado do Paraná apontou que em 397 óbitos infantis, 16,8% dos óbitos foram atribuídos à hipertensão arterial na gestação (SANTANA et al., 2011).

Considerando a elevada incidência desse agravo na gestação e seu impacto no desfecho perinatal, o presente estudo teve como objetivo analisar os resultados perinatais de gestantes de alto risco com síndrome hipertensiva.

MÉTODO

Estudo transversal, de base documental, realizado com 920 gestantes acompanhadas pelo ambulatório de alto risco da RMP do hospital Santa Casa de Maringá, entre setembro de 2012 e setembro de 2013. Esse período constitui-se em recorte intencional, referente ao primeiro ano de implantação dessa política pública de saúde no município.

Os dados foram coletados entre maio e agosto de 2014, por meio de consulta aos prontuários da gestante e do recém-nascido atendidos naquela instituição.

A variável 'desfecho' foi síndrome hipertensiva, a qual é definida como a pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg, baseada na média de pelo menos duas medidas;

podendo, ainda ser classificada em: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional, também conhecida como Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) (BRASIL, 2010).

De acordo com a estratificação de risco utilizada na região, as gestantes do presente estudo foram classificadas em: grupo I - gestantes com condição clínica pré-existente de hipertensão arterial crônica; grupo II - gestantes com antecedente obstétrico de pré-eclâmpsia; grupo III - gestantes com DHEG na gestação atual e grupo IV - gestantes normotensas (grupo controle).

As variáveis relacionadas ao recém-nascido foram: baixo peso ao nascer (< 2.500 g), baixo Índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida (< 7), prematuridade (idade gestacional < 37 semanas), tipo de parto (normal e cesárea), óbito fetal e óbito infantil.

Na análise, verificou-se a relação entre a síndrome hipertensiva, utilizando-se os grupos citados anteriormente e os resultados perinatais. A análise estatística foi realizada com auxílio do Software Open Epi, versão 3.03, comparando-se o risco relativo (RR) no intervalo de confiança (IC) a 95% e para associação das variáveis utilizou-se o teste Qui-quadrado ao nível de significância quando $p < 0,05$.

A pesquisa respeitou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (resolução CNS 466/2012) e foi aprovada conforme parecer nº681317/2014.

RESULTADOS

Entre as 920 gestantes que participaram do estudo, 25,32% (233) apresentaram síndrome hipertensiva em algum momento da vida, o que fez com que elas fossem encaminhadas para o ambulatório de alto risco para acompanhamento pré-natal especializado. Em relação aos grupos de análise, observou-se que 14,36% (134) gestantes com hipertensão arterial (grupo I); 6,73% (62) possuíam pré-eclâmpsia como antecedente obstétrico (grupo II); 4,02% (37) apresentaram DHEG como intercorrência clínica na gestação atual (grupo III) e, por fim, 30,65% (282) das gestantes foram consideradas normotensas, e, portanto, fizeram parte do grupo controle (grupo IV).

Quando comparado o grupo I com o grupo controle, observou-se risco relativo aumentado para índice de Apgar abaixo de 7 no 1º minuto (RR= 1,88, $p=0,00008$) e 5º minuto (RR= 2,48, $p=0,00001$); e morte fetal (RR=2,36, $p=0,03287$). O parto normal

(RR=0,64, p=0,01263) mostrou-se como fator de proteção em mulheres com hipertensão arterial (tabela 1).

Tabela 1 – Análise do grupo I e grupo controle em relação aos resultados perinatais, Maringá, Paraná, 2014

Variáveis	Grupo				RR	IC (RR)	p
	Hipertensão arterial (n=134)		Controle (n=282)				
	n	%	n	%			
Prematuridade (<37 semanas)	43	32,1	70	24,8	1,27	0,95-1,70	0,11950
Baixo peso ao nascer (<2.500 g)	23	17,2	38	13,5	1,21	0,84-1,72	0,32030
Apgar 1° minuto (<7)	35	26,1	31	11	1,88	1,42-2,49	0,00008*
Apgar 5° minuto (<7)	17	12,7	6	2,1	2,48	1,87-3,31	0,00001*
Morte fetal	3	2,2	1	0,4	2,36	1,32-4,23	0,03287*
Morte infantil	1	0,7	-	-	-	-	-
Parto normal	27	20,1	90	31,9	0,64	1,45-0,93	0,01263*
Cesárea	103	76,9	191	67,7	1,38	0,97-1,94	0,05582

RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança

Na análise do grupo II, as gestantes com pré-eclâmpsia na gestação anterior apresentaram risco elevado de ter um recém-nascido com índice de Apgar menor que 7 no 1° minuto (RR= 2,33, p=0,00072) e 5° minuto de vida (RR= 2,96, p=0,00335). O parto cesárea foi considerado fator de risco desfavorável ao desfecho perinatal (RR=4,41, p=0,00012), enquanto o parto normal mostrou-se como fator de proteção (tabela 2).

Tabela 2 – Análise do grupo II e grupo controle em relação aos resultados perinatais, Maringá, Paraná, 2014

Variáveis	Grupo				RR	IC (RR)	p
	Pré-eclâmpsia (n=62)		Controle (n=282)				
	n	%	n	%			
Prematuridade (<37 semanas)	21	33,9	70	24,8	1,42	0,89-2,27	0,14370
Baixo peso ao nascer (<2.500 g)	9	14,5	38	13,5	0,05	1,07-0,57	0,82890
Apgar 1° minuto (<7)	17	27,4	31	11	2,33	1,46-3,17	0,00072*
Apgar 5° minuto (<7)	6	9,7	6	2,1	2,96	1,60-5,48	0,00335*
Morte fetal	1	1,6	1	0,4	2,81	0,69-11,42	0,23870
Morte infantil	-	-	-	-	-	-	-
Parto normal	4	6,5	90	31,9	0,18	0,07-0,49	0,00004*
Cesária	57	91,9	191	67,7	4,41	1,83-10,67	0,00012*

RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança

Na tabela 3, as mulheres que apresentaram DHEG como intercorrência clínica na gestação atual demonstraram risco aumentado para prematuridade (RR=2,06, p=0,01759),

baixo peso ao nascer (RR=2,33, p=0,00993), baixo índice de Apgar no 1º minuto (RR=2,51, p=0,00614) e 5º minuto de vida (RR=3,04, p=0,03888), quando comparado com as gestantes do grupo controle.

Tabela 3 – Análise do grupo III e grupo controle em relação aos resultados perinatais, Maringá, Paraná, 2014

Variáveis	Grupo				RR	IC (RR)	p
	DHEG (n=62)		Controle (n=282)				
	n	%	n	%			
Prematuridade (<37 semanas)	16	43,2	70	24,8	2,06	1,13-3,76	0,01759*
Baixo peso ao nascer (<2.500 g)	11	29,7	38	13,5	2,33	1,23-4,40	0,00993*
Apgar 1º minuto (<7)	10	27	31	11	2,51	1,32-4,79	0,00614*
Apgar 5º minuto (<7)	3	8,1	6	2,1	3,04	1,14-8,07	0,03888*
Morte fetal	-	-	1	0,4	-	-	-
Morte infantil	1	2,7	-	-	-	-	-
Parto normal	7	18,9	90	31,9	0,53	0,24-1,17	0,10620
Cesária	29	78,4	191	67,7	0,61	0,29-1,29	0,18830

RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança

DISCUSSÃO

O estudo permitiu identificar a presença de resultados perinatais desfavoráveis em gestantes com síndrome hipertensiva como condição clínica pré-existente, antecedente obstétrico e também como intercorrência clínica na gestação atual, o que ressalta a importância dessa investigação.

A prevalência de gestantes com síndromes hipertensivas mostrou-se superior (25,32%) à encontrada em outros estudos (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008; QUEIROZ, 2014), os quais revelam uma taxa de 5 a 10% e 17,6%, respectivamente. Porém, em estudo realizado em uma instituição hospitalar de referência para gestação de alto risco, a taxa de gestantes com síndrome hipertensiva foi de 32,7% (MORAES et al., 2010).

O cuidado da gestante hipertensa, por meio de um acompanhamento pré-natal de qualidade, é de extrema importância para a redução das complicações e mortes maternas por hipertensão arterial (VETTORE, 2011), além de impactar nas condições de nascimento do recém-nascido (BRASIL, 2010).

Nos três grupos analisados, os baixos índices de Apgar no 1º e 5º minuto de vida do recém-nascido foram identificados como resultados perinatais desfavoráveis, concordando com um estudo (OLIVEIRA et al., 2012) que apresentou associação entre o escore de

Apgar com fatores epidemiológicos, mortalidade neonatal e extremo baixo peso. Sendo assim, o Apgar é uma importante ferramenta de avaliação da vitalidade do recém-nascido, na qual valores abaixo de sete indicam anóxia moderada ou grave e necessidade de intervenção imediata (SANTOS; PASQUINI, 2009).

A morte fetal foi identificada como desfecho adverso no grupo de gestantes com hipertensão arterial como condição clínica pré-existente, embora estudo, que analisou 79 óbitos de recém-nascidos, cuja mãe possuía hipertensão arterial, identificou apenas 1,3% de casos relacionados com hipertensão arterial pré-existente (SAVIATO et al., 2008).

Gestantes hipertensas apresentam risco 2,5 vezes maior para morte fetal quando comparadas às não hipertensas, e a não realização do acompanhamento pré-natal também é fator de risco isolado tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (KLEIN et al., 2012). Nesse sentido, é extremamente relevante a oferta de uma assistência de qualidade no pré-natal, com identificação precoce dos agravos à saúde da mãe e do feto e controle rigoroso dos níveis pressóricos (GOMES et al., 2013).

Tanto no grupo 1 quanto no grupo 2, as mulheres com hipertensão arterial com condição clínica pré-existente e as com pré-eclâmpsia com antecedente obstétrico, respectivamente, apresentaram o parto normal como fator de proteção, ou seja, as gestantes que tiveram parto normal, tiveram menos chance de apresentar síndrome hipertensiva.

Estudo realizado na Holanda com 756 mulheres hipertensas ou com pré-eclâmpsia apresentou resultados favoráveis à indução do parto a partir da 37ª semana de gestação (KOOPMANS et al., 2009). Entretanto, no agravamento da hipertensão, intervenções imediatas devem ser realizadas, incluindo o parto cesáreo para evitar ameaças progressivas à mãe e ao neonato (LEVY, 2006).

Neste estudo, a cesárea mostrou associação significativa para os grupos 1 e 2. Pesquisas realizadas em hospitais brasileiros sobre fatores associados à realização de cesariana demonstraram que 15.354 mulheres com parto entre 2004 e 2005, apresentando a hipertensão e/ou pré-eclâmpsia como um dos fatores, tiveram relação direta à maior razão de prevalência de cesariana (PÁDUA et al., 2010).

O acompanhamento pré-natal especializado e multiprofissional auxilia na decisão clínica da melhor via de parto a ser submetida à gestante de alto risco, no sentido de minimizar os agravos à saúde da mãe e do feto (HENRIQUE et al., 2012).

A pré-eclâmpsia afeta cerca de 3 a 5% das mulheres grávidas, podendo ser recorrente em futuras gestações (COSTA et al., 2011), o que justifica a estratificação de

risco como antecedente obstétrico. Em outro estudo (HERNÁNDEZ-DÍAZ; TOH; CNATTINGIUS, 2009) constatou-se que o risco de pré-eclâmpsia foi de 4,1% na primeira gestação e 1,7% em gestações posteriores. No entanto, este estudo mostra que o risco foi de 14,7% na segunda gravidez para as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia na primeira gravidez e 31,9% para as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia nas duas gestações anteriores.

A recorrência da pré-eclâmpsia ou a evolução da doença para eclâmpsia são intercorrências clínicas classificadas como DHEG e responsáveis pelas altas taxas de morbimortalidade materna e fetal (BRASIL, 2010).

Gestantes com síndrome hipertensiva grave apresentam risco aumentado para parto prematuro, recém-nascido com baixo peso ao nascer, recém-nascido pequeno para idade gestacional, admissão em UTI neonatal, mortalidade neonatal e/ou natimortalidade (CARVALHO; MELO; ZUMMERMMANN, 2008).

Neste estudo, a prematuridade apresentou valor significativo no grupo de gestantes que apresentaram como intercorrência clínica, a DHEG. Corroborando com este resultado, alguns autores, ao analisarem 5.602 prontuários em um hospital de São Paulo, evidenciaram a prematuridade como sendo uma das principais repercussões perinatais de gestantes com DHEG, aumentando a taxa de morbidade e mortalidade perinatal, com possibilidade de sequelas imediatas ou tardias (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008).

Quanto ao baixo peso ao nascer, estudos relatam que mães com DHEG tiveram 2,6 vezes mais chances de darem à luz a bebês com baixo peso (FRANCIOTTI; MAYER; CANCELIER, 2010). Diante desses achados, denota-se a importância do acompanhamento especializado no período gestacional e puerperal, pois o baixo peso ao nascer também está associado à prematuridade e pode trazer consequências para o recém-nascido a curto e longo prazo (SILVA et al., 2011; MAIA; SOUZA, 2010).

Esse acompanhamento deve ser realizado por médicos e enfermeiros, independentemente do nível da atenção à saúde no qual atuam, no intuito de implementar a comunicação entre os serviços de saúde que a gestante de alto risco utiliza (CORRÊA; DÓI, 2014).

A limitação do presente estudo deve-se ao fato de envolver dados secundários, o que depende dos registros realizados pelos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

As síndromes hipertensivas na gestação relacionam-se com resultados perinatais desfavoráveis, evidenciando a necessidade de cuidados especializados à gestante, por meio de pré-natal especializado e de qualidade.

O aumento no risco de morte fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, cesáreas e baixos índices de Apgar encontrados em gestantes com síndrome hipertensiva merece reflexão por parte dos profissionais no sentido de rever as condutas realizadas e propor uma atenção de qualidade e humanizada, diminuindo as intercorrências. Novas estratégias de saúde voltadas para a identificação precoce de agravos durante o pré-natal, seguimento individualizado e tratamento adequado devem ser consideradas pela política pública de atenção à gestante de alto risco implantada recentemente.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília, DF, 2010.
- CARVALHO, M. A. B.; MELO, V. H.; ZIMMERMANN, J. B. Resultados perinatais de gestantes com síndrome hipertensiva da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais: estudo controlado. **Rev. Med. Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 18, n. 4, p. 260-266, 2008.
- CATOV, J. M. et al. Chronic hypertension related to risk for preterm and term small for gestational age births. **Obstet. Gynecol.**, Hagerstown, v. 112, n. 2, pt. 1, p. 290-296, 2008.
- CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-58, 2008.
- CORRÊA, A. C. P.; DÓI, H. Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. **Cienc. Cuid. Saude.**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 104-110, 2014.
- COSTA, F. S. et al. Early screening for preeclampsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 367-375, 2011.
- FRANCIOTTI, D. L.; MAYER, G. N.; CANCELIER, A. C. L. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 39, n. 3, p. 63-69, 2010.
- GOMES, A. S. et al. Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 923-931, 2013.

- HENRIQUE, A. J. et al. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 1000-1010, 2012.
- HERNÁNDEZ-DÍAZ, S.; TOH, S.; CNATTINGIUS, S. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. **BMJ**, Londres, v. 338, p. b2255, 2009.
- KLEIN, C. J. et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 11-16, 2012.
- KOOPMANS, C. et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pré-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled Trial. **Lancet**, Londres, v. 374, n. 9694, p. 979-988, 2009.
- LEVY, D. M. Emergency caesarean section: best practice. **Anaesthesia**, Londres, v. 61, n. 8, p.786-791, 2006.
- MAIA, R. R. P.; SOUZA, J. M. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 735-744, 2010.
- MORAES, J. L. et al. Prevalência de síndrome hipertensiva gestacional em maternidade de referência: estudo descritivo. **Online Braz. J. Nurs.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2971/676>>. Acesso em: 14 out. 2013.
- OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 22-28, 2012.
- PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70, 2010.
- PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha guia: mãe paranaense**. Curitiba: SESA, 2012.
- PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Rev. Edu. Meio Amb. Saude**, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 1, p. 208-222, 2008.
- QUEIROZ, M. R. **Ocorrência de síndromes hipertensivas na gravidez e fatores associados na região Sudeste do Brasil**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 556-562, 2011.
- SANTOS, L. M.; PASQUINI, V. Z. A importância do Índice de Apgar. **Rev. Enferm. UNISA**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 39-43, 2009.

SAVIATO, B. et al. Morte materna por hipertensão no estado de Santa Catarina. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 37, n. 4, p. 56-64, 2008.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet**, Londres, v. 2, n. 6, p. 323-333, 2014.

SILVA, C. A. et al. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 328-335, 2011.

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

WHO-World Health Organization. **World health statistics 2014**. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 27 out. 2014.

7 IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Neste estudo, as implicações da pesquisa para a enfermagem estão direcionadas na forma da assistência prestada à gestante de alto risco por meio do processo de enfermagem. Para uma assistência de qualidade, é necessário identificar, descrever, compreender, explicar e prever como se dão os padrões de resposta da mulher frente ao risco gestacional no que se refere às consultas realizadas no pré-natal de risco, aos exames oferecidos e realizados, aos riscos identificados, ao acompanhamento no ambulatório e no hospital que realizou ou realizará o parto.

Além do papel da equipe de enfermagem, em todo o processo do pré-natal no ambulatório de risco, cabe a ela contribuir com a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no processo de gestão da RMP, individualizando suas intervenções e contribuindo para estudos de qualificação e melhorias desta rede, permitindo novos estudos nesta área e ainda contribuir para o melhor desfecho nos resultados maternos e perinatais.

Vale destacar que a partir dos resultados encontrados neste estudo, a equipe de enfermagem poderá aprimorar os processos realizados no ambulatório de risco, focando suas ações nos problemas mais evidentes e possíveis de serem evitados, garantindo a melhor assistência à mãe e ao bebê.

Entre os profissionais envolvidos, destaca-se a participação da enfermagem no âmbito da prevenção da mortalidade materna por meio de ações educativas e assistenciais nos ambulatórios de risco e a figura do enfermeiro na promoção e execução de ações de prevenção de morte materna evitável, sendo um desafio deste profissional na atenção à saúde. Ressalta-se que o profissional enfermeiro para realizar estas ações precisa conhecer os objetivos, fluxo e clientela da rede, bem como a importância do seu papel para o sucesso da RMP.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se a partir deste estudo que políticas públicas voltadas ao atendimento à gestante de alto risco podem contribuir com a redução da taxa de morbimortalidade materna, fetal e neonatal. A atenção neste momento tão especial, que na maioria das vezes evolui de maneira natural e sem intercorrências clínicas, deve, a partir da presença de fatores de risco e do desencadeamento de patologias, gerar um cuidado específico a essa gestação.

Vale destacar a importância de uma equipe multiprofissional disponível à mulher durante a gestação, no sentido de fornecer ajuda psicológica, auxílio e apoio na decisão clínica da melhor via de parto. A presença do profissional de enfermagem destaca-se a partir da prevenção da mortalidade materna, por meio de ações educativas e assistenciais nos ambulatórios de risco, bem como no aprimoramento dos processos realizados e focando suas ações nos problemas mais evidentes e possíveis de serem evitados, garantindo melhor assistência à mãe e ao bebê.

A possibilidade de a gestante de alto risco ter mais consultas com atenção adequada na assistência pré-natal, recebendo atendimento prioritário, organizado, especializado, periódico, de qualidade e integral, permite que ela sinta-se mais segura e preparada para todo o processo gestacional. A partir da possibilidade de acesso aos serviços, com o aumento da oferta de consultas e acompanhamento especializado, possivelmente ocorrerá a minimização dos agravos, melhorando a qualidade do atendimento durante o pré-natal, parto e puerpério.

Dos resultados encontrados neste estudo, destacou-se a presença de mulheres com síndromes hipertensivas, o que está relacionado ao aumento no risco de morte fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, cesáreas e baixos índices de Apgar. Estes achados merecem atenção por parte dos profissionais no sentido de reavaliar as condutas realizadas e propor atenção qualificada e humanizada, dirimindo as intercorrências. Principalmente no tocante às novas estratégias de saúde voltadas para a identificação precoce de agravos durante o pré-natal, seguimento individualizado e tratamento adequado, devem ser considerados pela política pública de atenção à gestante de alto risco.

Por fim, vale destacar a importância do acompanhamento especializado junto às gestantes de alto risco, a partir da identificação dos riscos prevalentes ligados a condições clínicas pré-existentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas, a fim de perceber a importância de protocolos de atendimento.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. M.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, J. G. Fatores associados à combinação do índice de massa corporal e circunferência da cintura em mulheres. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 242-247, 2007.
- ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.
- BARROS, F. C. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**, Londres, v. 10, suppl. 1, p. S3, 2010.
- BORTHEN, I. et al. Complications during pregnancy in women with epilepsy: Population-based cohort study. **BJOG**, Londres, v. 116, n. 13, p. 1736-1742, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2006. Manual técnico.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão 2003 a 2006**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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**, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466 de 2012**. Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012c.

BROSH, K. et al. Teratogenic determinants of first-trimester exposure to antiepileptic medications. **J. Popul. Ther. Clin. Pharmacol.**, Canadá, v. 18, n. 1, p. 89-98, 2011.

CARVALHO, J. B. L.; BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. S. Percepção do homem sobre a atenção recebida dos profissionais que assistem a companheira com síndromes hipertensivas. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 322-329, 2011.

CARVALHO, M. A. B.; MELO, V. H.; ZIMMERMANN, J. B. Resultados perinatais de gestantes com síndrome hipertensiva da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais: estudo controlado. **Rev. Med. Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 18, n. 4, p. 260-266, 2008.

CATOV, J. M. et al. Chronic hypertension related to risk for preterm and term small for gestational age births. **Obstet. Gynecol.**, Hagerstown, v. 112, n. 2, pt. 1, p. 290-296, 2008.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-58, 2008.

CORRÊA, A. C. P.; DÓI, H. Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 104-110, 2014.

COSTA, F. S. et al. Early screening for preeclampsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 367-375, 2011

DARMSTADT, G. L. et al. 60 Million non-facility births: who can deliver in community settings to reduce intrapartum-related deaths? **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, Baltimore, v. 107, n. 1, p. 89-112, 2009.

DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-74, 2007.

DUMONT, A.; BOUVIER-COLLE, M. H. Care assessment's difficult relation with maternal mortality. **Lancet**, Londres, v. 381, n. 9879, p. 1695-1696, 2013.

EZEGWUI, H. et al. Investigating maternal mortality in a public teaching hospital, abakaliki, ebonyi state, Nigeria. **Ann. Saude Med. Sci. Res.**, Nigéria, v. 3, n. 1, p. 75-80, 2013.

FEBRASGO-Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério. São Paulo, SP, 2010.

FRANCIOTTI, D. L.; MAYER, G. N.; CANCELIER, A. C. L. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 39, n. 3, p. 63-69, 2010.

FRIDMAN, M. et al. Trends in maternal morbidity before and during pregnancy in California. **Am. J. Public Health**, Oxford, v. 104, n. S1, p. S49-S57, 2014.

GOMES, A. S. et al. Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 923-931, 2013.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Maternal complications in women with advanced maternal age. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, p. 275, 2012.

HENRIQUE, A. J. et al. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 1000-1010, 2012.

HERCULANO, M. M. S. **Avaliação da assistência pré-natal de mulheres com síndromes hipertensivas gestacional**. 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

HERNÁNDEZ-DÍAZ, S.; TOH, S.; CNATTINGIUS, S. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. **BMJ**, Londres, v. 338, p. b2255, 2009.

HUÇULAK, M. C.; DALCUCHE, M. G.; PETERLINI, O. L. G. Rede mãe paranaense: relato de experiência na gestão de resultados. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 6., 2013, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: CONSAD, 2013. 1 CD-ROM.

HUANG, C. C. et al. Comparison of medical issues in antenatal and perinatal periods in early youth, adolescent, and young adult mothers in Taiwan: a 10-year nationwide study. **BMC Pregnancy Childbirth**, Londres, v. 14, n. 1, p. 260, 2014.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede mãe paranaense: relato de experiência. **Revista Espaço Para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**. Brasília, DF, 2014. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/13042004sintese2003html.shtm>>. Acesso em: 22 out. 2014.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Percepção e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 428-434, 2014.

KLEIN, C. J. et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 11-16, 2012.

- KOOPMANS, C. M. et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pré-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled Trial. **Lancet**, Londres, v. 374, n. 9694, p. 979-988, 2009.
- LEVY, D. M. Emergency Caesarean section: best practice. **Anaesthesia**, Londres, v. 61, n. 8, p. 786-791, 2006.
- MAIA, R. R. P.; SOUZA, J. M. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 735-744, 2010.
- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção primária à saúde**. 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 22 out. 2013.
- MORAES, J. L. et al. Prevalência de síndrome hipertensiva gestacional em maternidade de referência: estudo descritivo. **Online Braz. J. Nurs.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2971/676>>. Acesso em: 14 out. 2013.
- NAJAFI, M. R. et al. The course and outcome of pregnancy and neonatal situation in epileptic women. **Adv. Biomed. Res.**, Mumbai, v. 1, n. 1, p. 4, 2012.
- NETO, A. R. M.; CÓRDOBA, J. C. M.; PERAÇOLI, J. C. Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU). **Com. Cienc. Saude**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 21-30, 2011.
- OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, 2010.
- OLIVEIRA, F. S. et al. A organização do trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 368-375, 2012.
- OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 22-28, 2012.
- OMS-Organização Mundial de Saúde. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Nova Iorque, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 06 out. 2014.
- OSAVA, R. H. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1036-1043, 2011.
- PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70, 2010.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha guia: mãe paranaense**. Curitiba: SESA, 2012a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Oficinas do Plano Diretor de Atenção Primária: Formação e Qualificação Profissional de APS. **Oficina 2: Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2012b.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano estadual de saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba, 2013.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Rev. Edu. Meio Amb. Saude**, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 1, p. 208-222, 2008.

PELLOSO, S. M.; TAVARES, M. S. G. A problemática familiar e a morte materna. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 5, supl., p. 19-25, 2006.

QUEIROZ, M. R. **Ocorrência de síndromes hipertensivas na gravidez e fatores associados na região Sudeste do Brasil**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

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

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

SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 556-562, 2011.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SANTOS, L. M.; PASQUINI, V. Z. A importância do Índice de Apagar. **Rev. Enferm. UNISA**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 39-43, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo, SP, 2010.

SARNO, M. A. C. **Associação entre antecedentes mórbidos, dopplervelocimetria de artérias uterinas, anticorpos antifosfolípeos e resultados perinatais adversos em um grupo de gestantes**. 2009. 130 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2009.

SAVIATO, B. et al. Morte materna por hipertensão no estado de Santa Catarina. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 37, n. 4, p. 56-64, 2008.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet**, Londres, v. 2, n. 6, p. 323-333, 2014.

SILVA, C. A. et al. Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 328-335, 2011.

SILVA, M.; FELISMINO, D. C.; DANTAS, I. C. Malformações fetais: estudo retrospectivo na maternidade da fundação assistencial da Paraíba no município de Campina Grande. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, Paraíba, v. 8, n. 1, p. 232-239, 2008.

UNICEF-Fundo das Nações Unidas Para a Infância. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. São Paulo, SP, 2011.

UNICEF-Fundo das Nações Unidas Para a Infância. **Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio 2013**. Nova Iorque, 2013.

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

WALL, S. N. et al. Reducing intrapartum-related neonatal deaths in low- and middle-income countries-what works? **Semin. Perinatol.**, Nova Iorque, v. 34, n. 6, p. 395-407, 2010.

WEHBY, G. L. et al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy Plan.**, Oxford, v. 24, n. 3, p. 175-188, 2009.

WESTERLING, R. Commentary: evaluating avoidable mortality in developing countries – an important issue for public health. **Int. J. Epidemiol.**, Londres, v. 30, n. 5, p. 973-975, 2011.

WHO-World Health Organization. **Systems thinking for health systems strengthening**. Geneva, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2014.

WHO-World Health Organization. **Maternal mortality**. Geneva, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

WHO-World Health Organization. **Tendências da mortalidade materna: 1990-2010**. Geneva, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2013.

WHO-World Health Organization. **Maternal mortality**. Geneva, 2014a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/2014>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

WHO-World Health Organization. **World health statistics 2014**. Geneva, 2014b.
Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 27
out. 2014.

ANEXOS

ANEXO A

AValiação DO RISCO GESTACIONAL PARA AGENDAMENTO DE CONSULTA NO AMBULatório DE ALTO RISCO
Índice de Risco Gestacional (IRG)

1. Condição clínica pré-existente:		<input type="checkbox"/> 2
Hipertensão Arterial:		
Hipertensão arterial leve	<input type="checkbox"/> 1	
Hipertensão arterial moderada à grave	<input type="checkbox"/> 2	
Cardiopatias:		
Doença valvar cardíaca	<input type="checkbox"/> 2	
Doença de chagas	<input type="checkbox"/> 2	
Cardiopatias congênicas	<input type="checkbox"/> 2	
Cardiopatias isquêmicas	<input type="checkbox"/> 2	
Pneumopatias:		
Asma	<input type="checkbox"/> 1	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	<input type="checkbox"/> 2	
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/> 2	
Nefropatias:		
Insuficiência renal aguda	<input type="checkbox"/> 2	
Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> 2	
Endocrinopatias:		
Diabetes controlada com dieta	<input type="checkbox"/> 1	
Diabetes em uso de insulina	<input type="checkbox"/> 2	
Hipertireotismo	<input type="checkbox"/> 2	
Hipotireotismo	<input type="checkbox"/> 2	
Hemopatias:		
Talassemia	<input type="checkbox"/> 1	
Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> 2	
Púrpura trombocitopênica	<input type="checkbox"/> 2	
Doenças autoimunes:		
Trombose venosa profunda	<input type="checkbox"/> 2	
Trombofilias	<input type="checkbox"/> 2	
Lupus eritematoso sistêmico	<input type="checkbox"/> 2	
Doença infecciosas:		
Infecção HIV / Aids	<input type="checkbox"/> 1	
Hepatite	<input type="checkbox"/> 1	
Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> 1	
Tuberculose	<input type="checkbox"/> 1	
Hanseníase	<input type="checkbox"/> 1	
Outras patologias:		
Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1	
Conização	<input type="checkbox"/> 2	
Mioma uterino	<input type="checkbox"/> 1	
Neoplasias	<input type="checkbox"/> 1	
Obesidade mórbida	<input type="checkbox"/> 2	
Cirurgia bariátrica	<input type="checkbox"/> 2	
Psicose e depressão grave	<input type="checkbox"/> 1	
Dependência de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> 2	
Dependência de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> 2	
2. Antecedentes obstétricos		
Mortes fetais e neonatais	<input type="checkbox"/> 1	
Baixo peso aos nascer < 2500g	<input type="checkbox"/> 2	
3. Intercorrências clínicas		
Infecção do trato urinário complicada (pielonefrite, repetição)	<input type="checkbox"/> 2	
Rubeola	<input type="checkbox"/> 1	
toxoplasmose	<input type="checkbox"/> 1	
Doença Hipertensiva específica da gestação	<input type="checkbox"/> 2	
Retardo do crescimento intra-uterino	<input type="checkbox"/> 1	
Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> 2	
Placenta prévia	<input type="checkbox"/> 2	
amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas)	<input type="checkbox"/> 2	
Isoimunização RhD	<input type="checkbox"/> 2	
Má formação fetal confirmada	<input type="checkbox"/> 1	
Macrossomia do concepto com patologias	<input type="checkbox"/> 1	
Gestações múltiplas	<input type="checkbox"/> 1	
TOTAL		

Vermelho	Agendamento da consulta em até 10 dias	>= 7
Amarelo	Agendamento da consulta em até 20 dias	7 à 6
Verde	Agendamento da consulta em até 30 dias	<= 5

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO

Santa Casa de Misericórdia de Maringá, entidade filantrópica, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 79.115.762/0001-93, com sede sito a Rua Santos Dumont nº 555, Maringá/PR, neste ato representado pelo membro da Comissão de Ética Médica, Dr. Ricardo Issao Otani, informar que foi deferida a solicitação referente coleta de dados para a composição de projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da Rede Mãe Paranaense na Assistência ao Pré-Natal de Risco em um Ambulatório da Região Noroeste do Paraná." a ser realizado pelo acadêmico: Marcos Benatti Antunes.

O aluno deverá encaminhar um RELATÓRIO FINAL para a Santa Casa, no término de sua pesquisa.

Maringá-PR, 25 de junho de 2013.

Dr. Ricardo Issao Otani
Comissão de Ética Médica

Recebido em 16/07/2013.
Marcos Benatti