

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Karla Lauriane Coutinho

**RESULTADO MATERNO E PERINATAL DE GESTAÇÕES DE ALTO RISCO
ACOMPANHADAS POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS, 2014-2015**

**Juiz de Fora
2017**

Karla Lauriane Coutinho

**RESULTADO MATERNO E PERINATAL DE GESTAÇÕES DE ALTO RISCO
ACOMPANHADAS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS, 2014-2015**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, *Stricto Sensu*, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Betânia Maria Fernandes.

**Juiz de Fora
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Coutinho, Karla Lauriane.

Resultado materno e perinatal de gestações de alto risco acompanhadas por enfermeiras obstetras, 2014-2015. / Karla Lauriane Coutinho. -- 2017.

96 f. : il.

Orientadora: Betânia Maria Fernandes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Gestação de alto risco. 2. Assistência pré-natal. 3. Enfermeira Obstetra. I. Fernandes, Betânia Maria, orient. II. Título.

Karla Lauriane Coutinho

**RESULTADO MATERNO E PERINATAL DE GESTAÇÕES DE ALTO RISCO
ACOMPANHADAS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS, 2014-2015**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, *Stricto Sensu*, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em: 18 / 08 / 17

Betânia Maria Fernandes

Profª Drª Betânia Maria Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Granado N. Gama

Profª Drª Silvana Granado Nogueira da Gama
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENPS/Fiocruz
1ª Examinadora

Zuleyza Maria Lessa Pacheco

Profª Drª Zuleyza Maria Lessa Pacheco
Universidade Federal de Juiz de Fora
2ª Examinadora

Prof. Dr. Antônio José Ledo Alves da Cunha
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Suplente

Profª Drª Maria das Dores de Souza
Universidade Federal de Juiz de Fora
Suplente

Amada Vó Regina,

Dedico esta pesquisa à senhora, que foi a melhor pessoa que conheci em toda a minha vida, de caráter, carinho e amor inigualáveis.

Mesmo não estando fisicamente entre nós, sinto sua presença constante ao meu lado. Fico feliz em ter a certeza de que sua essência permanece em mim e de que, em outras vidas, poderei novamente estar dentro do seu abraço.

Eternamente em meu coração!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, concededor de todos os meus sonhos, por estar me guiando para a realização de um deles, o mestrado. Agradeço por cada oração atendida, pelo apoio, aprendizagem e proteção.

Aos meus pais, Antônio Carlos Coutinho e Laura de Oliveira Coutinho, meus alicerces de amor, que, desde criança, me demonstraram a importância dos estudos. Vocês são meus grandes incentivadores, minha gratidão por cuidarem dos meus filhos durante todo o tempo em que estive fora de casa em busca dos meus ideais.

Aos meus amados filhos, Renato Jr. e Kauã Lucas, por compreenderem minha ausência e me amarem de forma tão pura e verdadeira. Vocês são os motivos dos meus sonhos e cada conquista foi, é e será por vocês.

À minha irmã Cássia, meu sobrinho e afilhado Gabriel, que tão carinhosamente me chama de “dindinha”; João Miguel, o caçulinha da família Coutinho, e a todos os meus familiares pelo carinho, apoio e orações.

Ao meu amor, Bruno, pelo companheirismo, incentivo, cuidado, carinho e ombro amigo. Obrigada pelas diversas vezes que pegou estrada, mesmo cansado, e foi a Juiz de Fora comigo. Só tenho a agradecer a Deus por ter guardado o seu amor para mim, você faz meus dias mais felizes. Amo você!!!

Às minhas amigas, em especial a Marcela pelos conselhos, sorrisos, choros e pelo carinho e torcida de sempre. À Larissa, prima-amiga, por ter me acolhido em Juiz de Fora, sua companhia foi essencial. Cássia e meus cunhadinhos Fernando e Maria, gratidão pela acolhida no período de coleta de dados em Belo Horizonte.

À professora Dr.^a Betânia Maria Fernandes, gratidão pela confiança como sua mestrande, por cada orientação e palavra amiga. A Enfermagem Obstétrica me proporciona a alegria de conhecer mulheres, famílias, gestantes, bebês e defensor de uma assistência humanizada, e você é uma delas.

Às professoras doutoras Silvana Granado Nogueira da Gama, Maria das Dores de Souza, “Dora” e Zuleyce Maria Lessa Pacheco e professor Dr. Antonio José Ledo

Alves da Cunha, por aceitarem participar da minha banca de exame de qualificação e defesa final. Suas valiosas contribuições enriqueceram não só minha pesquisa, como também minha bagagem de conhecimento para a vida profissional.

Aos demais mestres do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora pelo empenho, conhecimentos e experiências compartilhadas.

Ao Hospital Sofia Feldman, na pessoa da Enfermeira Obstetra Ludmilla Tabora Moreira Assis, responsável pelo serviço de Pré-Natal de Alto Risco, instituição que novamente me recebeu de portas abertas. A vocês todo meu carinho e admiração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de estudos concedida para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas do mestrado, gratidão pela acolhida, pelo apoio e troca de experiências, aprendi e cresci muito com essa turma também, foi um prazer ter conhecido cada um de vocês.

RESULTADO MATERNO E PERINATAL DE GESTAÇÕES DE ALTO RISCO ACOMPANHADAS POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS, 2014-2015

RESUMO

O objetivo desta pesquisa consistiu em avaliar o resultado materno e perinatal de um serviço de pré-natal de alto risco com a participação da enfermeira obstetra como integrante da equipe multidisciplinar. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir do estudo de coorte não concorrente. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Sofia Feldman situado na cidade de Belo Horizonte/MG. Foram utilizados no estudo os prontuários de gestantes do pré-natal de alto risco, que tiveram atendimento prestado pela enfermeira obstetra por no mínimo três consultas, no período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015, com o desfecho da gestação no cenário da pesquisa. Após aprovação do comitê de ética em pesquisa, os dados foram obtidos por meio de um instrumento elaborado para análise dos prontuários, contendo as variáveis a serem estudadas. Este foi adaptado em uma planilha *Microsoft Excel*. As variáveis quantitativas foram descritas como mediana, 1º quartil (1ºQ) e 3º quartil (3ºQ), valor mínimo e valor máximo; já as variáveis qualitativas, pela frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). Para testar a relação entre as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado (X^2), sendo calculada a razão de chances (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%). O tamanho do efeito foi avaliado pelo V de Cramer, utilizando a classificação proposta por Cohen. Os resultados evidenciaram que as gestantes tinham idade média de 32 anos, a maioria se declarou parda, solteira e com ensino médio completo ou incompleto. Iniciaram o pré-natal em média com 16 semanas e três dias de gestação; 62,2% realizaram mais de sete consultas de pré-natal; a mediana foi de oito consultas, sendo a metade realizada pela enfermeira obstetra e a outra metade pelo médico. Os principais motivos de encaminhamento ao Pnar foram a hipertensão arterial (31%) e diabetes (19%). Foram observadas intercorrências em 25% das gestantes que resultaram em internação hospitalar, as mais frequentes foram pré-eclâmpsia (20,4%) e o descontrole glicêmico (14,8%). As intercorrências no puerpério ocorreram em 30 puérperas (14,2%), sendo a hemorragia responsável por 36,6% dos casos. O tipo de parto mais frequente foi o parto normal (54,6%), na posição semissentada em 59% dos casos, com a presença do acompanhante em 97,2% dos partos. Houve 3,5% de episiotomia e 60% de lacerações de 1º grau. Metade dos partos foram realizados exclusivamente pelo médico obstetra e observou-se associação significativa entre o tipo de via de parto e o profissional que assistiu ao parto ($X^2 = 174,102$; gL = 2; $p < 0,0001$), em 100% dos casos em que a assistência ao parto é compartilhada entre a enfermeira obstetra e o médico obstetra, a via de parto é o normal. A média da idade gestacional no momento do parto foi de 39 semanas e três dias, a prematuridade aconteceu em 10% dos nascidos vivos, 20% apresentaram baixo peso e 3% Apgar < 7 no 5º minuto. Dos recém-nascidos, 82,3% foram colocados pele a pele com a mãe e 64,7% iniciaram o aleitamento materno na sala de parto. Observou-se que a gravidez gemelar, a realização de menos de sete consultas de pré-natal e as intercorrências durante a gravidez aumentam a chance de prematuridade, com efeito de moderada magnitude. Não houve mortalidade materna nesta pesquisa; a taxa de mortalidade neonatal foi de nove por mil nascidos vivos e as mortes fetais 13/1.000 nascidos vivos. Conclui-se sobre a eficácia da cobertura pré-natal de gestantes com maior risco reprodutivo quando o início do acompanhamento ocorreu no primeiro trimestre gestacional. O número médio de consultas pré-natais foi de oito e a metade delas foi atendida pela enfermeira obstetra. Houve 54,6% de partos normais e correlação entre a via de parto e o profissional que o assistiu. A presente pesquisa traz subsídio para a formulação de políticas de saúde, para tomada de decisão por gestores e reflexões sobre a atuação da enfermeira obstetra/obstetriz no Pnar e na assistência ao parto no Brasil.

Palavras-chave: Gestação de Alto Risco; Assistência Pré-natal; Enfermeira Obstetra.

MATERNAL AND PERINATAL RESULTS OF HIGH-RISK MANAGEMENT ACCOMPANIED BY OBSTETRIC NURSES, 2014-2015

ABSTRACT

This research aimed to evaluate the maternal and perinatal results of a high-risk antenatal care (ANC) with the participation of the obstetrical nurse as a member of the multidisciplinary team. It is an observational, descriptive and retrospective study, with a quantitative approach, based on a non-concurrent cohort study. The research was developed at the Hospital Sofia Feldman located in the city of Belo Horizonte / MG. The medical records of high-risk prenatal pregnant women were used in the study, which were attended by the obstetrical nurse for at least 03 consultations, in the period from January 1, 2014 to December 31, 2015, with the outcome of gestation in the research scenario. After the approval of the Research Ethics Committee, the data were obtained by means of an instrument prepared to analyze the medical records containing the variables to be studied, which was adapted in a *Microsoft Excel* spreadsheet. Quantitative variables were described as the median, the 1st quartile (Q_1) and the 3rd quartile (Q_3), the minimum value and the maximum value; And the qualitative variables, by the absolute frequency (n) and the relative frequency (%). To test the relationship between the qualitative variables, the chi-square test (X^2) was used, and the odds ratio (OR) with a 95% confidence interval (95% CI) was calculated. The size of the effect was evaluated by Cramer's V, when the scale Cohen is using. The results showed that the pregnant women had a mean age of 32 years old, most of them declared themselves to be pardo, single and with complete or incomplete secondary education. They started the High-risk ANC on average at 16 weeks and three days of gestation, 62.2% were submitted to more than seven prenatal visits, the median was eight visits, the first half performed by the obstetrical nurse and the other half by the doctor. The main reasons for the referral to the High-risk ANC were hypertension (31%) and diabetes (19%). Intercurrences were observed in 25% of the pregnant women that resulted in hospital admission; the most frequent being preeclampsia (20.4%) and glycemic control (14.8%). The interurrences in the puerperium occurred in 30 puerperae (14.2%), with hemorrhage accounting for 36.6% of the cases. The most frequent type of delivery was normal delivery (54.6%), in the semi-sitting position in 59% of the cases, and the presence of an accompanying person was guaranteed in 97.2% of the deliveries. There was 3.5% of episiotomy and 60% of 1st degree tears. 50% of the deliveries were performed exclusively by the obstetrician and a significant association between the type of delivery and the professional who performed the delivery ($X^2 = 174,102$; $gl = 2$; $p < 0,0001$), in 100% of the cases in which the delivery care is shared with the obstetrician the birth route is the normal delivery. The mean gestational age at delivery was 39 weeks and three days; prematurity occurred in 10% of live births, 20% presented low birth weight and 3% Apgar < 7 at the 5th minute. 82.3% of the newborns were placed skin to skin with their mother and 64.7% started breastfeeding in the delivery room. It has been observed that for the twin pregnancies, less than seven prenatal consultations and interurrences during pregnancy increase the chance of prematurity with a moderate magnitude effect. There was no maternal mortality in this study. The neonatal mortality rate was 9 per thousand live births and the fetal deaths 13/1000 live births. It was possible to conclude on the efficacy of prenatal coverage of pregnant women with higher reproductive risk when the onset of follow-up occurred in the first trimester of pregnancy. The average number of prenatal visits was eight and the obstetrician nurse attended half of them. There were 54.6% of normal deliveries and a correlation between the delivery route and the attending professional. The present research provides support for the formulation of health policies, for decision making by managers and reflections on the work of the obstetrician / obstetrician nurse in the Pnar and the delivery assistance in Brazil.

Key words: High-risk Pregnancy; Prenatal Care; Obstetrical Nurse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-Diagrama da seleção dos prontuários.....	47
Figura 2- Motivos de encaminhamento ao Pnar.....	52
Figura 3- Relação entre a via de parto e o profissional que assistiu ao parto em gestantes do Pnar.....	54
Figura 4- Posição do Parto Normal.....	55
Figura 5- Indicações de Cesariana.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas e gestacionais do grupo estudado	50
Tabela 2- Resultados Maternos.....	53
Tabela 3- Resultados Perinatais.....	56
Tabela 4- Variáveis associadas à prematuridade em gestantes do Pnar.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EO	Enfermeira Obstetra
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
HG	Hipertensão Gestacional
HSF	Hospital Sofia Feldman
IBM	<i>International Business Machines</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
MTGAR	Manual Técnico de Gestação de Alto Risco
Nasf	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
Nice	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
Paism	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PE	Pré-eclâmpsia
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
Pnar	Pré-Natal de Alto Risco
PNB	Pesquisa Nascer no Brasil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna

RN	Recém-nascido
Same	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SPSS	<i>Statistical Package the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UNPA	Fundo de População das Nações Unidas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER.....	20
3.1.1	Marcos Internacionais	20
3.1.2	Políticas Públicas Nacionais, Atenção Pré-Natal e Enfermagem	21
3.2	PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	26
3.2.1	A Enfermeira Obstetra no Pré-Natal de Alto Risco	32
3.2.2	A experiência do Pré-Natal de Alto Risco assistido por Enfermeiras Obstetras no Hospital Sofia Feldman	38
4	DELINEAMENTO METODOLÓGICO	43
4.1	DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO.....	43
4.2	HIPÓTESE.....	43
4.3	CENÁRIO.....	44
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	44
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	44
4.6	PROCESSO DE COLETA DOS DADOS.....	46
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
5	RESULTADOS	50
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, GESTACIONAIS PRÉVIAS E ATUAIS.....	50
5.2	RESULTADOS MATERNOS.....	52
5.3	RESULTADOS PERINATAIS.....	56
6	DISCUSSÃO	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICES	88
	ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher que ocorre durante a gravidez, parto ou no puerpério (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; BRASIL, 2014a; SAY et al., 2014). É um indicador que reflete a realidade social de um país e seus resultados contribuem na avaliação do nível de desenvolvimento humano e das condições de saúde de uma população (CARVALHO et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta uma redução mundial de 44% de mortes maternas, de 532 mil casos em 1990 para 303 mil em 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). O avanço é real, no entanto, apenas nove países atingiram a meta definida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de reduzir a morte materna em 75%, entre os anos de 1990 a 2015, de acordo com o último estudo realizado pela OMS. Sendo assim, a direção da Saúde da Mulher e da Criança da OMS afirma que essa redução não é o suficiente e ressalta o comprometimento em trabalhar no sentido de reduzir ao mínimo a mortalidade materna até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No Brasil, houve uma redução de 43% da razão de mortalidade materna entre os anos de 1990 a 2013, não atingindo a meta dos ODM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A razão de mortalidade materna brasileira também está em queda, embora as condições de saúde preexistentes e as doenças crônicas na gestação ainda sejam um problema grave, levando muitas mulheres a óbito (PORTAL BRASIL, 2014). A Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) do Ministério da Saúde (MS) destaca que a hipertensão relacionada à gestação é a principal causa de morte materna no país, independentemente da faixa etária, seguida da hemorragia (BRASIL, 2014b).

Na década de 80, MS elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), com o compromisso de implementar ações de saúde para reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, assim como ações que assegurassem os direitos humanos das mulheres, tendo como princípios norteadores a promoção da saúde e a sua integralidade, buscando alicerçar avanços no campo dos direitos reprodutivos e sexuais. Mesmo com o aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência ainda era precária, o que é confirmado pelo fato de a hipertensão ser a causa mais frequente de mortalidade materna no país (BRASIL, 2011; CARVALHO et al., 2015).

Fortalecendo o reconhecimento da importância da assistência pré-natal, no ano de 2000, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estruturado para a prática de assistência ao pré-natal, regulação, organização e investimentos na área hospitalar e a sistemática de assistência ao parto (BRASIL, 2000; FERNANDES; ANDRADE; RIBEIRO, 2011).

Nessa mesma perspectiva, em 2004, o MS adotou o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal como forma de enfrentamento dessa problemática e como garantia de que as políticas nacionais fossem executadas e respondessem às necessidades materno-fetais (BRASIL, 2004). Também objetivando a redução da mortalidade e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, em 2011, a Rede Cegonha foi lançada como estratégia para oferecer bem-estar, qualidade de vida e saúde durante a gestação, o parto, puerpério e da criança até os dois anos de vida (BRASIL, 2013a).

Embora a gestação seja considerada um fenômeno fisiológico, desenvolvendo na maioria dos casos sem intercorrências, há uma probabilidade de surgir complicações com evolução desfavorável. Tais complicações podem ser originadas de um agravo durante a gravidez ou devido a doenças preexistentes, ocorrendo, nesses casos, uma gestação classificada como de alto risco (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; PETRONI et al., 2012).

Portanto, o pré-natal deve buscar identificar situações de risco, com o objetivo de amenizar e até mesmo impedir um desfecho desfavorável da gestação. O momento oportuno para a identificação de tais fatores ocorre durante a assistência pré-natal e até mesmo durante uma visita domiciliar, sendo vital para a assistência uma coesão da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b). A classificação de risco fundamenta-se no fato de que nem todas as mulheres têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer. Estabelece-se um enfoque de cuidados que vão desde o mínimo, para aquelas sem problemas ou com pouco risco de sofrer danos, até o máximo, para aquelas com alta probabilidade de passar por agravos à saúde (BRASIL, 2012b).

Após a classificação da situação de risco gestacional, a gestante é encaminhada ao serviço de referência no acompanhamento ao pré-natal de alto risco (Pnar), no nível secundário ou terciário de atenção, no qual receberá cuidados individualizados de uma equipe multidisciplinar qualificada conforme a complexidade de cada caso. Faz-se necessário que essa gestante mantenha o vínculo e acompanhamento do pré-natal também na Atenção Básica (AB) por meio de consultas médicas e de enfermagem, ações educativas, , visita domiciliar ou busca ativa, de

acordo com as necessidades e o grau de risco de cada gestante (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015).

A enfermeira obstetra poderá ter uma atuação fundamental e imprescindível como membro da equipe multidisciplinar, para prestar um cuidado qualificado a cada situação no sentido de reduzir a morbimortalidade materna e promover a saúde reprodutiva. Destaca-se que a “existência de profissionais de saúde competentes e possuidores de destrezas específicas em obstetrícia é fundamental se quisermos alcançar os objetivos internacionais com relação à saúde materna e neonatal” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS, 2014, p.17). O objetivo da assistência ao pré-natal de alto risco é oferecer cuidado e interferir na evolução de uma gestação que possui maior chance de um desfecho desfavorável, de forma a diminuir o risco tanto para a mãe quanto para o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas (BRASIL, 2012b).

O *National Health Service* (NHS), do Reino Unido, considerado o melhor modelo internacional de serviços públicos de saúde do mundo, tem o cuidado pré-natal organizado por *midwives*, o que equivaleria, no Brasil, às obstetizas ou enfermeiras obstetras. Essas profissionais são responsáveis por todo acompanhamento do pré-natal de baixo risco, parto e pós-parto imediato. Possuem autonomia profissional para realizar todos os procedimentos, orientações, cuidados e exames rotineiros do pré-natal de acordo com o protocolo do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (NORMAN; TESSER, 2015).

Esse modelo de assistência resultou na humanização do pré-natal, parto e pós-parto, diminuindo as taxas de morbimortalidade materna e também a violência obstétrica. A avaliação do risco gestacional também é realizada por *midwives* e, caso haja algum problema obstétrico ou suspeita, é acionada a equipe de médicos obstetras de referência e o acompanhamento do pré-natal passa a ser compartilhado (NORMAN; TESSER, 2015).

No Brasil, no que diz respeito ao pré-natal de alto risco, a enfermeira compõe a equipe multidisciplinar de atendimento a essas gestantes, respaldada pela Lei do Exercício Profissional, porém o médico obstetra tem o papel decisivo na conduta, acompanhamento da gestante e também na atuação da equipe multidisciplinar (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Em 2011, foi criado pelo governo de Minas Gerais o Projeto Mãe de Minas, com o objetivo de monitorar a atenção às gestantes e às crianças no primeiro ano de vida. A esse projeto foram integradas no ano de 2013 ações de saúde a fim de identificar com prontidão os óbitos maternos e infantis potencialmente evitáveis, definindo ações de melhoria da assistência ambulatorial e hospitalar. Entre essas ações está a organização da assistência e atribuições de serviços e profissionais inseridos na linha de cuidados, baseando-se na estratificação de risco gestacional. No que se refere ao mapeamento do pré-natal, destacam-se as consultas de enfermagem alternadas com o profissional médico, com no mínimo uma consulta de enfermagem a cada mês para as gestantes estratificadas como de alto risco (MINAS GERAIS, 2013).

O Protocolo da Atenção Básica para a Saúde das Mulheres, publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, dá ênfase às atribuições específicas das enfermeiras, justificando que, “observadas as disposições legais da profissão, algumas de suas atividades são referendadas pela existência de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal” (BRASIL, 2015, p.10).

Aliados ao objetivo de qualificar as ações de saúde, os protocolos oferecem respaldo ético-legal para a atuação dos (as) trabalhadores (as) da AB. A enfermeira, compondo a equipe mínima da Saúde da Família, juntamente com médico, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, desenvolve atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme as atribuições estabelecidas na “Portaria nº 2.488/2011, obedecendo também à regulamentação do trabalho em enfermagem, pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, bem como às Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 159/1993 e nº 358/2009” (BRASIL, 2015, p.10).

Por outro lado, há uma lacuna no que se refere à atuação da enfermeira obstetra no pré-natal de alto risco. Ao analisar o Manual de Gestação de Alto Risco, identifica-se que não há nenhuma citação referente à consulta de enfermagem, no entanto refere o atendimento da gestante pela “equipe de saúde” sem especificar os membros desta, recomendando também o acompanhamento pelas equipes da estratégia de saúde da família ou da atenção básica tradicional, em conjunto com os serviços de referência especializados, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou ambulatórios especializados (BRASIL, 2012b).

Refletindo sobre pré-natal de alto risco e a inserção da enfermeira obstetra neste serviço enquanto prestação do cuidado qualificado, diante da escassez de

publicações nacionais que abordam a temática e da minha vivência profissional como enfermeira obstetra, surgem os seguintes questionamentos como motivadores para a proposição deste estudo: Como é a assistência no pré-natal de alto risco realizada por enfermeiras obstetras? Quais as contribuições de um profissional qualificado na assistência ao pré-natal de alto risco em relação aos resultados maternos e perinatais?

Assim têm-se como objeto de estudo “resultados maternos e perinatais de um serviço de pré-natal de alto risco com a participação da enfermeira obstetra”. Tal investigação justifica-se pela necessidade premente da redução da morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, que está relacionada diretamente com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e no nível de complexidade necessário. Por isso, conhecer a assistência da enfermeira obstetra neste tipo de serviço e os resultados maternos e perinatais poderá contribuir e apontar o aprimoramento da assistência de enfermagem à gestante no Pnar.

2 OBJETIVOS

- **Geral:**

Avaliar o resultado materno e perinatal de um serviço de pré-natal de alto risco com a participação da enfermeira obstetra como integrante da equipe multidisciplinar, 2014 – 2015.

- **Específicos:**

- 1) Descrever os principais motivos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco.
- 2) Descrever as principais intercorrências que resultaram em internações durante o período gestacional.
- 3) Estimar a prevalência de prematuridade associada aos fatores de risco gestacional.
- 4) Estimar a prevalência de parto normal como desfecho de uma gestação de alto risco e do profissional que assistiu ao parto.
- 5) Estimar a prevalência de morbimortalidade materna e neonatal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher

3.1.1 Marcos Internacionais

Resultado da conquista pelos Direitos Humanos e da luta pela cidadania, os direitos sexuais e reprodutivos foram reconhecidos em lei e, nas últimas décadas, avançaram na legislação nacional e internacional. A Organização das Nações Unidas (ONU) foi a responsável por promover convenções internacionais em que foram estabelecidos estatutos comuns que garantiam os direitos básicos à vida, adotados em 1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos (BRASIL, 2013b; MILLER; ROSEMAN, 2013).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ambas realizadas pela ONU, são consideradas marcos referenciais em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, apontando questões sobre a saúde da mulher (BRASIL, 2013b).

Realizada na cidade do Cairo, em 1994, assumindo acordos com 179 países, a CIPD ancorou o conceito internacional dos direitos reprodutivos, definindo a saúde reprodutiva como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como a ausência de doenças ou enfermidades, no que se relaciona ao sistema reprodutivo e suas funções e processos” (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2004, p.45). Nesta Conferência, foram definidas estratégias e metas sobre população e desenvolvimento, com foco nas desigualdades de gênero, meio ambiente e direitos humanos, incluindo nestes a gravidez segura, assim como o direito de apoio para a reprodução (BRASIL, 2013b; MILLER; ROSEMAN, 2013).

Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Pequim/China, os acordos estabelecidos pela CIPD foram reafirmados e os direitos sexuais e reprodutivos passaram a fazer parte dos princípios dos Direitos Humanos (BRASIL, 2013b).

No ano 2000, na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, líderes mundiais de 189 países, inclusive o Brasil, reuniram-se para adotar a Declaração do Milênio da ONU. A partir da Declaração, as nações, em uma nova parceria global, comprometeram-se em reduzir a pobreza extrema com base numa série de oito

objetivos, conhecidos como “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM), os quais deveriam ser alcançados até 2015 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

Dois dos oito objetivos estabelecidos tinham relação direta com a saúde materna e infantil, sendo eles: “a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade infantil” (BRASIL, 2013b, p.18).

O Brasil atingiu a meta dos ODM apenas em relação ao objetivo número quatro, a redução da mortalidade infantil, estando à frente de muitos países. Entretanto não alcançou o quinto objetivo, melhoria da saúde materna, em que uma das metas era reduzir em três quartos a razão da mortalidade materna (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

No propósito de desenvolver um conjunto de princípios jurídicos sobre a aplicação da legislação internacional às violações de Direitos Humanos, embasados na orientação sexual e identidade de gênero, a Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos elaboraram um projeto para dar mais coerência e clareza às obrigações dos estados (CORRÊA; FREITAS, 2007; BRASIL, 2013b).

Em 2006, o projeto foi adotado por unanimidade em uma reunião realizada em Yogyakarta, Indonésia, com representantes de 25 países, ficando conhecido como Princípios de Yogyakarta, que deram mais coerência e clareza às obrigações dos estados quanto aos Direitos Humanos (CORRÊA; FREITAS, 2007; BRASIL, 2013b).

Os marcos internacionais supracitados contaram com a presença de vários países e seus representantes assumiram o compromisso de que, ao elaborarem políticas e ou programas nacionais destinados à população e ao desenvolvimento, se pautariam nos direitos sexuais e reprodutivos firmados nas conferências (BRASIL, 2013b).

3.1.2 Políticas Públicas Nacionais, Atenção Pré-natal e a Enfermagem

As políticas públicas de saúde são consideradas diretrizes que orientam e regem um conjunto de procedimentos, medidas e ações de atividades governamentais (SOUZA, 2006). São utilizadas como ferramenta de tomada de decisões do Estado e têm como finalidade o enfrentamento de questões de interesse público,

especificamente voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (ASSIS; FERNANDES, 2011).

As políticas de atenção à saúde da mulher foram incorporadas no Brasil no início do século XX, limitadas às questões da gravidez e do parto, com a visão da mulher detentora somente do seu papel social de mãe e doméstica. Nas décadas de 30 a 70, nos programas materno-infantis, essa visão restrita sobre as mulheres permanecia, baseando-se somente na especificidade biológica da mulher, verticalizando a atenção, sem integração com outros programas governamentais. Isso resultou na desagregação da assistência e em resultados precários nos indicadores de saúde da mulher (ASSIS; FERNANDES, 2011; BRASIL, 2011; REIS, 2012).

Nos anos de 1970, em meio ao regime ditador, começaram a se formar no Brasil os movimentos feministas, que contestavam as condições das mulheres na sociedade. Porém, devido ao regime repressor da época, essas mulheres reuniam-se às escondidas e mantinham contato com brasileiras estudantes ou exiladas que residiam no exterior para discutirem o feminismo e seus modelos em outros países (BRITTO, 2014).

Em 1975, a ONU anunciou a criação do Ano Internacional da Mulher e, em 1976, a Década da Mulher, tais marcos favoreceram uma atuação mais efetiva dos movimentos feministas no Brasil. Estes, por sua vez, passaram a usar a imprensa como meio de comunicação, além de se organizar em congressos e encontros, como o que aconteceu em 1979, no Rio de Janeiro, nomeado 1º Encontro Nacional de Mulheres (BRITTO, 2014).

Os programas materno-infantis vigentes no Brasil foram fortemente criticados pelos movimentos feministas do país que passaram a reivindicar políticas e ações que extrapolassem o período gravídico-puerperal e que abordassem as particularidades de cada ciclo da vida, assim como as condições econômicas, culturais, sociais e afetivas. O movimento de mulheres, com forte atuação no campo da saúde, argumentava as desigualdades nas condições de vida, nas relações sociais e nas relações de gênero, contribuindo para adicionar na agenda da política nacional essas questões anteriormente não abordadas (BRASIL, 2011).

Incorporando um ideário feminista e introduzindo um novo enfoque nas políticas públicas de saúde, em 1984, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), oferecendo às mulheres, pela primeira vez, sua condição de sujeito de direito, considerando todas as etapas de suas

vidas, incluindo desde ações educativas e preventivas, o processo saúde e doença, até a recuperação. Centralizado na equidade e integralidade das ações, o novo programa englobou a assistência clínica ginecológica, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, câncer de mama e de colo de útero, climatério, entre outras identificadas por meio do perfil populacional (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013b).

No contexto da mulher como um sujeito de direito, foi incluída na Constituição Federal de 1988, no Título VIII da Ordem Social, a responsabilidade do Estado referente ao planejamento familiar. Essa responsabilidade foi posteriormente regulamentada pela Lei nº 9.263 de 1996, determinando em um de seus artigos a garantia da assistência à concepção e à contracepção (BRASIL, 2013b).

Fundamentado na assistência específica à mulher durante a gestação, parto e pós-parto e na atenção ao recém-nascido, no ano 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Articulado com as Secretarias de Saúde do Distrito Federal, estaduais e municipais, com o objetivo voltado para ações de promoção, prevenção e a assistência à saúde das gestantes e dos recém-nascidos, a fim de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e garantir o acesso, a cobertura e a qualidade desde o pré-natal até a assistência ao neonato (BRASIL, 2000).

Em 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), definindo o método de regionalização da atenção à saúde e elaborando meios para fortalecer o SUS. A norma também remodelou as medidas de habilitação da assistência para os municípios e estados, aumentando assim a responsabilidade e o comprometimento dos mesmos. No âmbito da saúde da mulher, em reconhecimento às dificuldades para a consolidação do SUS e das lacunas existentes na atenção à saúde dessa população, a Noas estipula para os municípios a garantia de ações básicas mínimas de planejamento familiar, pré-natal e puerpério e da prevenção do câncer de colo uterino. E ainda, por meio da organização dos territórios estaduais, a garantia de acesso às ações de maior complexidade (BRASIL, 2011).

Duas décadas após o lançamento do Paism, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), no ano de 2004, articulando e ampliando ações de saúde da política vigente, para atenção a grupos como mulheres negras, indígenas, rurais, presidiárias, lésbicas e mulheres com

deficiência, grupos anteriormente suprimidos das políticas públicas de saúde (REIS, 2012; BRASIL, 2013b).

No sentido de qualificar a assistência do SUS nos serviços de planejamento familiar, confirmação da gravidez, acompanhamento pré-natal, atenção ao parto e puerpério e desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de idade, o Governo Federal, lançou, em 2011, a estratégia Rede Cegonha. Esta tem como objetivo principal a redução da mortalidade materna e infantil e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de homens, mulheres, adolescentes e jovens (BRASIL, 2013a).

A estratégia institucionalizou e sistematizou o que o país vem construindo e discutindo desde a elaboração do Paism, um modelo de atenção ao parto e nascimento com base no pioneirismo e na experiência de profissionais da área como médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetrizas, instituições de saúde, formuladores de políticas públicas de saúde, grupos feministas, gestantes, ativistas, gestores, entre outros (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b).

Desde então, a Rede Cegonha é a estratégia nacional vigente responsável por toda a assistência às mulheres durante seu ciclo gravídico-puerperal, incluindo o abortamento, e às crianças até os dois anos de idade (BRASIL, 2013a).

Entre os países da América Latina, o Brasil destaca-se como uma forte liderança governamental no que se refere às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na assistência pré-natal, ao parto e puerpério e no planejamento familiar (RICHARDSON; BIRNA, 2013).

A assistência pré-natal de qualidade é considerada um importante elemento da atenção ao ciclo gravídico-puerperal. A adesão e a qualidade dessa assistência estão diretamente associadas a desfechos perinatais favoráveis. Para que isso aconteça, é primordial que a assistência pré-natal seja realizada por meio de condutas acolhedoras, de fácil acesso aos serviços, desde o ambulatorial até os de alta complexidade através da detecção precoce de patologias e situações de risco, de ações preventivas e educativas e do serviço de referência entre o pré-natal e o local do parto (VIELLAS et al., 2014).

Para que se tenha atenção pré-natal com qualidade, ela não deve somente estar direcionada a procedimentos clínicos, deve dispor de uma infraestrutura adequada, recursos financeiros, materiais e humanos, contando com uma equipe multidisciplinar capacitada para atender à necessidade de cada gestante (SANTOS et al., 2016). A porta de entrada das gestantes para o atendimento pré-natal é a Unidade

Básica de Saúde (UBS), ponto estratégico para um acompanhamento contínuo e longitudinal (BRASIL, 2012a).

O acesso ao pré-natal no início da gestação, preferencialmente no primeiro trimestre, é fundamental para a articulação dos profissionais da equipe de saúde com a assistência integral à gestante, além de esse acesso precoce ao serviço ser utilizado como um indicador de avaliação da qualidade da AB. A captação precoce da gestante ao pré-natal é primordial para realizar a estratificação do risco gestacional, traçar o plano de cuidados e intervenções adequadas que possam garantir a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2016a).

O acolhimento da gestante no pré-natal da AB, realizado com uma postura prática e profissional, facilita a construção e o estreitamento de uma relação de confiança entre a usuária e a equipe de saúde. Sendo este realizado por meio de uma escuta qualificada, de forma individualizada que permita a gestante partilhar sua história, torna-se o momento em que o profissional realiza a classificação de risco gestacional. Portanto, o acolhimento não deve ser visto como uma mera etapa do processo de atendimento, ele deve ocorrer em todas as consultas e momentos de atenção à gestante (BRASIL, 2012b).

A gestação que evolui de forma fisiológica, sem oferecer riscos ao binômio mãe-filho, pode ser considerada de baixo risco ou de risco habitual. Uma vez assim classificada, o acompanhamento pré-natal pode ser realizado na sua totalidade na Atenção Primária à Saúde (APS), nas UBS. Nesses casos, a gestante é acompanhada por uma equipe multiprofissional composta por agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e odontólogos (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016a). A atenção multiprofissional é indispensável para o cuidado às gestantes, pois intensifica a prevenção de agravos e está diretamente relacionada à redução dos riscos de morbimortalidade materna e perinatal (ALVES et al., 2015).

Respaldado pela lei do Exercício Profissional, que é regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, “o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde” (BRASIL, 2012a, p.49). A consulta de enfermagem no pré-natal é referenciada pelas gestantes como um atendimento humanizado e com alto grau de satisfação no que se refere à acolhida, à escuta ativa, ao respeito, ao exame físico, às orientações, à resolubilidade das condutas e ao envolvimento da própria gestante no processo de identificação de seus agravos de saúde (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Entretanto, em um estudo realizado por Viellas et al. (2014), utilizando dados da pesquisa Nascer no Brasil realizada em 2011 e 2012, mostra que, mesmo que a cobertura da atenção pré-natal no Brasil seja praticamente universal, ainda há restrição na assistência realizada pela enfermeira no país. A maior concentração dessa assistência foi evidenciada em regiões onde há menor disponibilidade de médicos, sendo estas em cidades do interior, região Norte e Nordeste e entre mulheres indígenas.

3.2 Pré-natal de Alto Risco

A gestação é um fenômeno fisiológico, considerada como uma experiência de vida saudável, permeada de expectativas, sentimentos, emoções e de mudanças físicas no corpo da mulher. Ainda que, na maioria das vezes, sua evolução se dê de forma natural, sem intercorrências, a gestação também é um fenômeno limítrofe, podendo causar riscos tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2012b; LUZ et al., 2015).

A idade gestacional é usada para orientar o período gestacional em relação às semanas de gestação e auxilia os profissionais envolvidos na assistência pré-natal e do parto a prestarem os cuidados pertinentes a cada fase da gestação. Uma gravidez com idade gestacional menor que 37 semanas é considerada pré-termo; de 37 a 42 semanas, a termo; e pós-termo as gestações que se prolongam além das 42 semanas (BRASIL, 2012b).

Em reunião conjunta entre a *National Institute of Child Health and Human Development*, a *American Academy of Pediatrics*, o *American College of Obstetricians and Gynecologists*, o *March of Dimes*, a *Society for Maternal-Fetal* e a *World Health Organization (WHO)*, em 2012, na cidade de Bethesda, Estados Unidos, foi discutida uma nova redefinição de gestação a termo sob a ótica derivada da variação do desempenho perinatal (SPONG, 2013).

Após os estudos analisados nessa reunião e discussões sobre a temática, determinou-se que a melhor definição para os períodos gestacionais seria gestação pré-termo aquela que antecede 37 semanas; gestação a termo inicial, entre 37 e 38 semanas e 6 dias; gestação a termo, de 39 até 40 semanas e 6 dias; gestação a termo tardio de 41 até 41 semanas e 6 dias e a gestação pós-termo aquela com 42 semanas ou mais. Asseguradas essas recomendações, o estudo aponta uma melhora

significativa na saúde dos neonatos (SPONG, 2013). Porém, no Protocolo da Atenção Básica de Saúde das Mulheres de 2016, essa redefinição não foi adotada (BRASIL, 2016a).

Como outra medida no que se refere à idade gestacional, no sentido de prevenir a prematuridade iatrogênica por cesárea eletiva, o Conselho Federal de Medicina determinou, por meio da Resolução nº 2.144/2016, que cesariana a pedido das gestantes de risco habitual no Brasil somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, salvo em casos com indicação clínica (BRASIL, 2016d).

Cerca de 15% a 20% das gestantes podem apresentar complicações independentemente do período gestacional em que estejam, seja por uma comorbidade materna preexistente, algum agravo de saúde ou por desenvolverem problemas relacionados com a própria gravidez. Uma vez que apresentem tais complicações, são classificadas como gestação de alto risco, aumentando a probabilidade de uma evolução desfavorável (BRASIL, 2012b; LUZ et al., 2015; PETRONI et al., 2012; TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

Uma gestação de risco habitual, que está transcorrendo sem complicações, pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou até mesmo durante o trabalho de parto. Diante disso, a classificação e a reclassificação de risco gestacional devem acontecer a cada consulta de pré-natal e durante o trabalho de parto, para que, por meio de intervenções precoces e precisas, se evitem retardos assistenciais que podem causar morbidade grave e até mesmo a morte materna e ou perinatal (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016a).

Por meio de estudos científicos, pesquisadores tentaram criar um sistema de pontuação ou tabela para classificar as gestantes de alto risco, mas, apesar de seus esforços, não conseguiram produzir nenhuma classificação capaz de prever os problemas de forma acurada. Entretanto, existem fatores geradores de risco mais comuns na população que devem ser identificados nas gestantes de forma a alertar a equipe de saúde. Esses fatores devem ser vistos pela equipe como um sinal de vigilância maior, pois, devido a eles, podem surgir complicações no decorrer da gestação (BRASIL, 2012b).

São diversos os fatores que geram risco gestacional e muitos deles podem estar presentes na vida da mulher ainda antes da ocorrência da gestação. Sendo assim, o acesso aos serviços de saúde das mulheres em idade reprodutiva e principalmente aquelas que apresentam situações de vulnerabilidade é de suma

importância para que recebam orientações quanto ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional antes de engravidarem (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; PETRONI et al., 2012).

Os fatores que geram risco durante a gestação podem ser classificados em diferentes categorias, são elas: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; condições clínicas preexistentes; exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual e as intercorrências clínicas (BRASIL, 2012b; LUZ et al., 2015; TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

Entre os fatores de risco gestacionais presentes na mulher anteriormente à gestação, destacam-se as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis como: idade menor que 15 anos ou menarca há menos de dois anos e idade maior que 35 anos; peso pré-gestacional menor que 45 e maior que 75kg, considerando o índice de massa corporal (IMC) menor que 19 e maior que 30; menos de 1,45m de estatura; presença de anormalidades nos órgãos reprodutivos; baixa escolaridade e conflitos familiares; situação conjugal insegura; tabagismo e etilismo; dependência de drogas ilícitas ou lícitas e exposição a riscos ocupacionais (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016a).

No que se refere aos fatores de risco relacionados à história reprodutiva anterior, é importante que a equipe da assistência pré-natal se atente aos casos de abortamento habitual, história de recém-nascido malformado ou com crescimento restrito, morte perinatal explicada e inexplicada, parto prematuro, esterilidade/infertilidade, nuliparidade e grande multiparidade, intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, diabetes gestacional, síndrome hemorrágica ou hipertensiva e duas ou mais cesáreas anteriores ou história de outra cirurgia uterina (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016a).

Em relação às condições clínicas preexistentes, a hipertensão arterial, pneumopatias, cardiopatias, nefropatias, hemopatias, endocrinopatias principalmente diabetes e tireoidopatias, epilepsia, doenças autoimunes, doenças infecciosas, ginecopatias e neoplasias são também consideradas como de risco gestacional (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016a; LUZ et al., 2015).

Acrescentando aos fatores de risco gestacional, o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (MTGAR, 2012), ainda se refere a condições ou complicações que podem surgir durante a gravidez, tornando-a de alto risco. Essas complicações estão

relacionadas com o surgimento de condições como o desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez pós-termo; diabetes gestacional; pré-eclâmpsia e eclampsia; hemorragias da gestação; ganho ponderal inadequado; amniorrexe prematura; aloimunização; insuficiência istmo-cervical e óbito fetal.

As intercorrências clínicas que podem acontecer durante a gestação e ser consideradas de alto risco são: o contato da gestante com doenças infectocontagiosas como doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, sífilis, infecção do trato urinário, entre outras, assim como a ocorrência de doenças clínicas, como cardiopatias, endocrinopatias, diagnosticadas pela primeira vez durante a gestação (BRASIL, 2012b).

Os profissionais envolvidos com a assistência às gestantes devem estar atentos e ser capazes de avaliar a presença desses fatores de risco gestacional. Na maioria dos casos, confirmado um ou mais fatores não significa o encaminhamento da gestante a serviços com recursos propedêuticos avançados, mas sim uma atenção maior por parte da equipe de saúde, maior frequência às consultas de pré-natal e intervalos menores entre as visitas domiciliares (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016a).

Uma equipe preparada e qualificada na assistência à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal garante resultados favoráveis no desfecho da gestação; essa assistência está relacionada diretamente com a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Quando identificam os fatores de risco em qualquer momento do pré-natal, esses profissionais podem prestar um primeiro atendimento à gestante, orientar e sanar suas dúvidas, agir em situações imprevistas e até mesmo determinar o momento em que necessitará de uma assistência especializada (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016a).

O encaminhamento ao pré-natal de alto risco deve ser realizado prioritariamente pela AB e a equipe deve assegurar o cuidado dessa gestante até sua vinculação ao serviço para qual foi referenciada (BRASIL, 2013c). A mulher que é encaminhada para o acompanhamento da gestação no serviço de referência ao pré-natal de alto risco deve manter o vínculo com a equipe da AB, estabelecendo uma comunicação dinâmica entre as equipes, uma contrarreferência, conforme exposto na figura do fluxograma do pré-natal na AB (ANEXO A).

Dessa forma, a equipe da AB que iniciou o pré-natal pode continuar sua assistência oferecendo suporte emocional, social, atividades educativas, visitas domiciliares mais frequentes, além de importante papel no reforço para a frequência nas consultas do pré-natal de alto risco e orientações para maior adesão aos tratamentos instituídos (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013c; BRASIL, 2016a).

Uma vez encaminhada ao Pnar, no nível secundário ou terciário de atenção, a gestante será acompanhada por uma equipe de saúde multidisciplinar qualificada conforme a complexidade de cada caso (BRASIL, 2016a). O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco descreve que as gestantes de risco devem ser encaminhadas primeiramente aos ambulatórios de referência ou aos Núcleos de Apoio   Saúde da Família (Nasf) e posteriormente aos ambulatórios de nível terciário para aquelas que necessitem de atendimento com especialistas (BRASIL, 2012b).

Os Núcleos de Apoio   Saúde da Família são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Foram criados pelo MS com o intuito de ampliar a abrangência, a territorializa o, resolubilidade e as finalidades das a o es da aten o básica. Esses núcleos atuam em conjunto com as equipes de saúde da família, contribuindo para a integralidade do cuidado aos usuários (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014c).

As a o es voltadas para a aten o integral   saúde da mulher compõem as diretrizes do Nasf, e o pré-natal de risco   assistido por esses núcleos quando são referenciados pela AB. A enfermeira obstetra não é citada como profissional que pode compor o Nasf, no entanto a forma o dessas equipes é definida pelos gestores municipais de acordo com as prioridades locais e necessidades das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2010).

Por outro lado, conforme a portaria da Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco, o Pnar pode ser realizado na UBS, desde que haja uma equipe especializada ou matriciamento (BRASIL, 2013c). A assistência do Pnar tem como finalidade diminuir o risco a que a mãe e o feto estão expostos ou reduzir suas possíveis consequências adversas, interferindo no decorrer dessa gesta o que possui maior probabilidade de uma evolu o e desfecho desfavoráveis. Entretanto, todos os profissionais que prestam assistência a essa gestante devem estar preparados para lidar com quaisquer fatores que afetem adversamente a gesta o, seja desde fatores obstétricos e clínicos até mesmo socioecon micos ou emocionais (BRASIL, 2012b).

Mediante o exposto, a gestante tem por direito ser informada do curso da sua gravidez e orientada quanto aos cuidados, atitudes e comportamentos que ela deve assumir a fim de melhorar sua saúde e, conseqüentemente, a saúde do feto. A família, o (a) companheiro (a), amigos e pessoas próximas também devem ser preparados para lidar com essa gestante, pois o estado emocional da mulher grávida que é classificada como de alto risco, rotulada como diferente das demais, manifesta-se principalmente através de ansiedade, negação, medo, regressão, ambivalência, somando-se o próprio componente estressante como um fator de risco associado ao então identificado (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

A Portaria nº 1.020, publicada em 29 de maio de 2013, instituiu as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçã de Alto Risco, além de ter definido os critérios para a implantação e habilitaçã dos serviços de referênci ao Pnar. De acordo com o artigo 9º dessa portaria, os estabelecimentos de saúde que atendem o pré-natal de alto risco deverão:

- I - acolher e atender a gestante de alto risco referenciada;
- II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento;
- III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestaçã de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas ;
- IV - realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes;
- V - garantir a realizaçã dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos na Portaria nº 650/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário;
- VI - garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internaçã, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde;
- VII- manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulaçã pelas Centrais de Regulaçã;
- VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso;
- IX - alimentar os sistemas de informaçã disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c, p.4).

Os princípios e diretrizes do Pnar estabelecidos pela portaria supracitada, no seu artigo 3º, vã ao encontro dos princípios do SUS, envolvendo a universalidade, a equidade e integralidade da assistênci. A regionalizaçã da atençã à saúde das gestantes de alto risco deve ocorrer com articulaçã entre os diversos pontos de

atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação de cada local que atende ao Pnar (BRASIL, 2013c).

Ainda no 3º artigo dessa portaria, como diretrizes para o atendimento ao Pnar, descrevem-se a humanização da atenção em tempo oportuno e de acordo com as necessidades e condições clínicas de cada gestação; o acolhimento com classificação e reclassificação de risco e vulnerabilidade em todos os momentos e pontos de atenção; a regulação de acesso; o controle social e a importância da atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2013c).

3.2.1 A Enfermeira Obstetra no Pré-Natal de Alto Risco

Segundo a Opas (2014), para a redução eficaz e sustentável da mortalidade materna e perinatal, é essencial o fortalecimento dos serviços de obstetrícia. Esse fortalecimento se dá por meio da presença de profissionais de saúde qualificados e dotados de uma gama de destrezas no atendimento especializado à saúde da mulher.

Entende-se por profissionais de saúde qualificados aqueles com formação e habilitação para exercer a obstetrícia, médico, enfermeira ou obstetrix. Esses profissionais recebem capacitação fundamental para dominarem com habilidade necessária os cuidados à mulher e seu recém-nascido durante a gestação, o parto e pós-parto. O papel fundamental que estes profissionais ocupam na redução dos riscos obstétricos e neonatais foi reconhecido pela OMS, pela Confederação Internacional de Partejas e pela Federação Internacional de Obstetrícia e Ginecologia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014).

No Brasil as enfermeiras obstetras têm formação específica regulamentada, conforme previsto pela Lei do Exercício Profissional, possuem título de pós-graduação *Stricto* ou *Lato Sensu* em Enfermagem Obstétrica. A Resolução do Cofen n. 0516 de 2016 normatiza a atuação e as responsabilidades dessas profissionais e descreve suas competências:

- I – Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
- II – Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
- III – Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;

IV – Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

V – Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;

VI – Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;

VII – Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;

VIII – Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;

IX – Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;

X – Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;

XI – Emitir a Declaração de Nascido Vivo (DNV), conforme a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, que regula a expedição e a validade nacional da Declaração de Nascido Vivo.

XII – Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;

XIII – Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;

XIV – Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;

XV – Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de enfermagem, considerando as evidências científicas e o modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;

XVI – Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, como: comissão de controle de infecção hospitalar, de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;

XVII – Participar de ações interdisciplinares e Intersetoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;

XVIII – Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em atendimento ao imperativo da Portaria GM/MS nº 1.119, de 05 de junho de 2008, ou outra que a substitua (BRASIL, 2016b, p.92).

Cabe ainda privativamente aos enfermeiros obstetras e obstetrias a emissão de laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) procedentes da realização

de parto normal sem distócias; “identificação de distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica” (BRASIL, 2016b. p.92); quando necessário, realização de episiotomia, episiorrafia, aplicação de anestésicos locais e rufias de lacerações de primeiro e segundo grau; e realização da assistência obstétrica à mulher e ao recém-nascido, acompanhando-os desde a internação até a alta (BRASIL, 2016b).

Nesse sentido, importantes organizações como o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a OMS apontam que a inserção de obstetras e enfermeiras obstetras na assistência à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal promove a eficiência e melhoria da atenção obstétrica. Essas profissionais são capacitadas para a assistência adequada das situações obstétricas de risco ou não (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2014; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Resultados de uma revisão sistemática de 22 ensaios do Grupo Cochrane de Gravidez e Parto, envolvendo 15.288 mulheres, com o objetivo de avaliar o apoio contínuo às parturientes durante o parto, apontam que modelos de assistência que envolvem enfermeiras obstetras e obstetras estão associados à maior satisfação das mulheres, menores taxas de intervenções e maiores chances de ter um parto vaginal espontâneo (HODNETT et al., 2012).

O movimento de humanização do parto e nascimento e de transformação do modelo assistencial não teria progredido no Brasil sem a atuação das enfermeiras obstetras/obstetras. Há publicações nacionais que evidenciam esse tipo de assistência e o impacto positivo provocado por essas profissionais nos resultados maternos e perinatais (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Os centros de parto normal, desvinculados de ambientes cirúrgicos, em que a responsabilidade pela assistência seja de enfermeiras obstetras e obstetras no Brasil, apresentam bons resultados maternos e perinatais. Isso é constatado pelas baixas taxas de transferências maternas e boa vitalidade dos recém-nascidos (SILVA et al., 2013). Assim como em partos hospitalares acompanhados por enfermeiras obstétricas, estas colocam em prática ações de humanização do parto e nascimento, preconizadas pelo MS e pela OMS (REIS et al., 2016).

Um estudo de quatro hospitais do SUS aponta que a assistência obstétrica no modelo colaborativo, em que acontece a integração do médico e da enfermagem

obstétrica, diminui intervenções durante a assistência ao parto, como a redução do uso de ocitocina e da ruptura artificial das membranas. Além disso, proporciona o aumento do uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto (VOGT, S. E., SILVA, K. S. D., DIAS, M. A., 2014).

A Pesquisa Nascer no Brasil, maior inquérito nacional em relação à temática, conclui que os benefícios da assistência ao parto e nascimento, como a adoção de boas práticas e redução das intervenções obstétricas, são maiores quando a assistência acontece por meio do trabalho colaborativo entre médicos e enfermeiras obstetras/obstetizas. Aponta ainda que a introdução de novas abordagens na assistência ao parto no Brasil pode ser o primeiro passo para um atendimento mais qualificado e efetivo no país (GAMA et al., 2016).

Pesquisas de outros países, como Portugal e os do Reino Unido, apontam claros sinais de relevância à luz do contexto assistencial de enfermeiras obstetras/Obstetizas e *midwives* (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013). Em Portugal, a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica desempenha papel fundamental dentro da equipe multidisciplinar, pois é visualizada como uma profissional mais capacitada para desenvolver atividades com as mulheres grávidas e suas famílias, ajudando-as a vivenciarem a gestação e o nascimento de forma mais natural e saudável. Cabe a essas enfermeiras cuidar da mulher durante o pré-natal, potencializando sua saúde, identificando e tratando precocemente as complicações, e ainda promover o bem-estar do binômio mãe-filho centradas na relação interpessoal durante o exercício da profissão (MARTINS; REMOALDO, 2014).

Para as mulheres participantes desse estudo, a enfermeira especialista, também conhecida como parteira pelas portuguesas, é reconhecida como uma amiga, na qual encontram suporte fundamental para auxiliar a vivência de todo o processo da gravidez. A escuta e o envolvimento da gestante no seu próprio cuidado, oferecido pela enfermeira, são considerados primordiais durante a assistência prestada desde o pré-natal até o puerpério (MARTINS; REMOALDO, 2014).

No Reino Unido, o cuidado pré-natal, o parto e pós-parto imediato são acompanhados e realizados integralmente pelas *midwives*, com base nas diretrizes do Nice. Originalmente criado em 1999, o Nice é um órgão público não departamental, que tem a responsabilidade de elaborar orientações e protocolos com padrão de qualidade para os profissionais que prestam e comissionam serviços de saúde e

assistência social (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008).

As diretrizes do Nice inicialmente foram estabelecidas apenas para a Inglaterra. No entanto, por meio de acordos, estenderam-se aos países do Reino Unido. Tais diretrizes fazem recomendações baseadas em evidências científicas, desde a prevenção ao gerenciamento, oferecendo atendimento social a adultos e crianças e planejando serviços de saúde que visam à promoção de cuidados integrados (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017).

Esse modelo de assistência oferecido pelas *midwives* no Reino Unido possibilitou a humanização do pré-natal, parto e pós-parto e diminuiu os índices de violência obstétrica e de mortalidade materna e perinatal (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008).

Embora no Reino Unido prevaleçam as *midwives*, com formação exclusiva para cuidados com a gestação, parto, pós-parto e cuidados neonatais, também atuam as *nurses midwives*, que são profissionais com graduação em enfermagem e com especialização em obstetrícia. As profissões se equivalem, porém com formações diferentes (NORMAN; TESSER, 2015).

Fortalecendo a assistência das *midwives*, o *National Health Service* (NHS) organizou o cuidado pré-natal por meio de atendimentos comunitários e hospitalares. As enfermeiras obstetras são agrupadas em equipes regionalizadas e utilizam várias estruturas do NHS para prestar assistência, como os espaços físicos dos centros de saúde, as clínicas das obstetrias, as maternidades e até mesmo o domicílio das gestantes. Tal dinâmica de atendimento aumentou a chance de as gestantes terem seus partos assistidos por uma das profissionais que acompanharam o pré-natal. Dessa forma, é possível planejar o parto consolidando a humanização da assistência de acordo com o desejo de cada mulher (NORMAN; TESSER, 2015).

Nos atendimentos comunitários, as *midwives* são responsáveis por toda a assistência do pré-natal de risco habitual e do pós-parto imediato. A avaliação e a classificação do risco gestacional são realizadas por elas, que possuem autonomia para prestar todos os cuidados, orientações e realizar procedimentos e exames rotineiros seguindo os protocolos do Nice. As gestantes classificadas como de risco habitual seguem o acompanhamento integral do pré-natal com as *midwives*, já aquelas que apresentam alguma suspeita ou que foram identificadas com risco gestacional passam a ter um acompanhamento pré-natal compartilhado com a equipe

de médicos obstetras de referência (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008; NORMAN; TESSER, 2015).

Portanto, esse modelo assistencial é considerado como uma linha de frente de cuidados, assegurando um relacionamento longitudinal de meses com a gestante, personalizando o cuidado. Esse modelo também diminuiu as tarefas das equipes da APS, ficando estas com maior disponibilidade de tempo para a assistência destinada a outros pacientes, pois as enfermeiras obstetras atuam independentemente da rotina da equipe da atenção primária (NORMAN; TESSER, 2015).

Nessa temática, foi realizada uma pesquisa na base de dados eletrônica *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register* em 2013, comparando modelos de assistência liderados por obstetras de outros tipos de modelo de assistência obstétrica para gestantes, parturientes e seus bebês, envolvendo 16.242 mulheres. Foi identificado pelos autores que os benefícios da assistência prestada por obstetras envolvem: maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, menores taxas de episiotomias durante o parto, além de aumentar as chances de a gestante ser assistida no parto por uma obstetra já conhecida e de ter um parto normal sem intervenções desnecessárias (SANDALL et al., 2013). O estudo ainda concluiu que a taxa de satisfação materna foi maior no grupo atendido pelas obstetras, além de o modelo de assistência liderado por obstetras ter uma tendência de custo mais baixo que os outros tipos de assistência (SANDALL et al., 2013).

No cenário brasileiro, ainda há uma escassez de publicações sobre a assistência da EO no atendimento ao pré-natal de alto risco. Os manuais e protocolos de atendimento ao pré-natal de alto risco publicados pelo MS apontam que a gestante de risco deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar, sem discriminar quais os membros desta. O último manual técnico sobre o acompanhamento das gestações de alto risco publicado pelo MS em 2012, que é a referência utilizada atualmente pelos profissionais de saúde que prestam assistência a essas gestantes, não traz nenhuma citação sobre a consulta de enfermagem, tampouco da EO (BRASIL, 2012b).

Entretanto, uma publicação do governo estadual de Minas Gerais destaca a consulta de enfermagem dentro dos fluxogramas de atendimento à gestante de alto risco. Uma nota técnica conjunta dos novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante do Programa Viva Vida e do Projeto Mães de Minas aponta que gestantes estratificadas como de alto risco devem ter as consultas de pré-

natal compartilhadas entre médicos e enfermeiros, sendo que a consulta de enfermagem deve ocorrer no mínimo uma vez ao mês (MINAS GERAIS, 2013).

No Rio de Janeiro, o guia de referência da atenção pré-natal descreve que todos os membros das equipes devem estar envolvidos nos cuidados às gestantes. Aquelas que apresentam risco gestacional que pode ser manejado na APS devem ter um apoio especializado, seja por parecer do médico obstetra ou acompanhamento conjunto com o Nasf, e as consultas devem ser alternadas entre enfermeiro e médico (RIO DE JANEIRO, 2016).

No Estado de São Paulo, conforme o manual técnico de saúde da mulher nas UBS, a enfermagem está inserida no acompanhamento pré-natal das gestantes de alto risco, somente por meio de grupos educativos e visitas domiciliares, ficando a consulta privativa ao profissional médico (SÃO PAULO, 2016).

3.2.2 A experiência do Pré-Natal de Alto Risco assistido por enfermeiras obstetras no Hospital Sofia Feldman- Belo Horizonte, Minas Gerais.

O Hospital Sofia Feldman (HSF) situa-se na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, a instituição tem seu perfil de atendimento na assistência às mães e seus filhos e atende uma população acima de 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, em Belo Horizonte. Realiza cerca de 900 partos ao mês, possuindo 150 leitos, distribuídos em 60 leitos obstétricos, 41 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, 36 de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e 13 leitos de outras clínicas. As internações são realizadas através da Central de Internações da Secretaria Municipal de Saúde (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015).

O hospital preconiza um modelo de assistência no qual a enfermeira obstetra atua desde o pré-natal, incluindo o pré-natal de alto risco, até o puerpério, além de contar com equipes multi e interdisciplinares de atenção humanizada ao parto e nascimento. Esse modelo é referência multiplicada pelo MS em maternidades de várias regiões do país e internacionalmente (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015).

O Pnar desse hospital completou, no final do ano de 2016, quatro anos de existência e atende em média 450 consultas mensais, distribuídas em primeiras consultas e retornos. As UBS encaminham as gestantes para a central de marcação de consultas da prefeitura e esta agenda o atendimento, ficando a marcação dos

retornos sob a responsabilidade do próprio hospital (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015).

As experiências positivas vivenciadas pelas gestantes durante os cuidados pré-natais conduzem a uma gravidez saudável para o binômio mãe-filho. Essas experiências significam a normalidade física e sociocultural da mulher durante a gravidez, incluindo a prevenção ou até mesmo o tratamento dos riscos e doenças, além de uma transição eficaz para o parto (BRASIL, 2016a; VIELLAS et al., 2014).

Entre os cuidados de saúde reprodutiva, a assistência pré-natal é o alicerce para uma maternidade saudável. É no decorrer deste cuidado que os profissionais de saúde têm a oportunidade de assistir a mulher grávida, sua família e a comunidade. O estabelecimento de um vínculo, por meio da comunicação efetiva entre a equipe e a gestante, possibilita, além da assistência acerca de suas questões fisiológicas, um momento em que seus aspectos comportamentais, socioculturais e psicológicos também são acompanhados e avaliados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

A assistência pré-natal mediante o contexto da assistência integral à saúde da mulher deve ser planejada de forma que atenda às reais necessidades das gestantes. Esse planejamento dispõe da utilização e aplicabilidade de conhecimentos técnico-científicos, implementação oportuna de práticas baseadas em evidências científicas e dos meios e recursos, sejam humanos ou materiais, disponíveis para cada caso (BRASIL, 2012a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Nessa perspectiva, o ambulatório do HSF iniciou, no segundo semestre de 2012, a assistência ao pré-natal de alto risco. A iniciativa deu-se por meio do compromisso social do referido hospital, visto que todas as maternidades da cidade de Belo Horizonte, referência em alto risco, deveriam possuir o atendimento ao Pnar. Os distritos sanitários norte e nordeste da cidade estavam sem referência a este tipo de assistência, o hospital então, sendo o responsável pela cobertura do atendimento, assumiu os cuidados ao pré-natal das gestantes de alto risco dessas regiões (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015).

A Prefeitura, diante da necessidade de aumentar o número de vagas para atendimentos ao Pnar, tanto de Belo Horizonte quanto das cidades do interior, pactuou com o HSF a abertura do serviço de Pnar. Estabeleceu-se o atendimento a 90 primeiras consultas mensais para a região norte e nordeste, ficando sob a responsabilidade da central de marcação de consultas municipal agendar o

atendimento no ambulatório do hospital, das gestantes encaminhadas das unidades básicas de saúde (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015). Em comum acordo com o HSF, por decisão da Prefeitura, os casos de gestantes soropositivas devem ser contrarreferenciados para acompanhamento pré-natal em ambulatório especializado do Hospital das Clínicas (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

A assistência ao Pnar do HSF tem como objetivo acolher, tratar, esclarecer e oferecer informações à mulher e sua família para promover mudanças em seu estilo de vida e diminuir o risco materno e fetal durante o período perinatal. O Pnar é composto por uma equipe multiprofissional, sendo o atendimento específico das consultas realizado por enfermeiras obstétricas e médicos obstetras, contando com a assistência das especialidades clínicas para o auxílio na tomada de decisões e condução dos casos (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

Com o intuito de discutir cada caso específico, tomar decisões e uniformizar as condutas dos profissionais, as enfermeiras e médicos obstetras e os residentes envolvidos na assistência reúnem-se ao final de cada dia de atendimento. Afim de nortear uma atuação mais coesa da equipe e oferecer uma assistência eficiente e de qualidade, foram elaborados protocolos clínicos embasados pelos manuais do MS, para orientar o diagnóstico e tratamento das patologias. As reuniões com a equipe de apoio, como nutricionista, psicólogo, terapeuta, assistente social e as especialidades médicas, são agendadas de acordo com a demanda (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

O calendário de atendimento das consultas de pré-natal deve ser elaborado de acordo com os períodos gestacionais que apontam maior risco materno e perinatal. O ideal é manter uma periodicidade entre as consultas para garantir a realização de todas as ações propostas durante os atendimentos e, sempre que possível, seguir um cronograma de agendamento (BRASIL, 2012a).

No que tange ao Pnar, as consultas devem ser mais frequentes, no propósito da vigilância constante ao bem-estar do binômio mãe-filho (BRASIL, 2012b). No cronograma do Pnar do HSF, as consultas do primeiro e do segundo trimestre ocorrem a cada três semanas e, no terceiro trimestre, a cada 15 dias. As consultas médicas e de enfermagem são intercaladas e as consultas da equipe de apoio e com as especialidades médicas são agendadas de acordo com o grupo no qual a gestante está inserida e de acordo com a necessidade da mesma e/ou do profissional envolvido no atendimento (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

As atribuições das enfermeiras obstetras frente ao Pnar são norteadas pelos protocolos de pré-natal do MS, são elas: acompanhar e orientar a gestante e sua família sobre a importância da assistência pré-natal, a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa no caso de faltas frequentes das gestantes às consultas; oferecer o cartão da gestante e mantê-lo devidamente preenchido; realizar o cadastramento da gestante no sistema de informação; realizar a consulta de pré-natal intercalada com o médico; solicitar exames complementares e prescrever medicamentos desde que ambos estejam padronizados para o programa de pré-natal; realizar testes rápidos e orientar sobre o calendário vacinal das gestantes; realizar a classificação de risco gestacional a cada consulta e orientação quanto aos fatores de risco e vulnerabilidade; coletar o exame citopatológico do colo uterino e realizar o exame clínico das mamas; desenvolver ações educativas em grupo ou individuais (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016a).

Entre as atribuições da EO no atendimento tanto do pré-natal de risco habitual quanto do Pnar, tem-se a consulta de enfermagem. Essa é uma atividade que caracteriza a prática profissional da classe e colabora na definição do papel da enfermagem (PRIMO et al., 2015). Inserida na dimensão do assistir, a consulta de enfermagem durante o pré-natal é referida como o cuidado direto à gestante. A EO torna-se corresponsável pela assistência qualificada e humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal e a mulher grávida é atendida como a protagonista do seu próprio tratamento (SILVA et al., 2016).

Na primeira consulta do Pnar no HSF, as enfermeiras obstetras realizam a anamnese completa, em que são abordados os aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e a situação da gestação atual. O exame físico completo é realizado em todas as consultas e consta da avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros, inspeção de pele e mucosas, seguido do exame ginecológico e obstétrico. A anamnese nas consultas subsequentes é sucinta, focada na abordagem dos aspectos que envolvem o bem-estar fetal e materno. São ouvidas as possíveis queixas, ansiedades e dúvidas da gestante e as mesmas são interrogadas quanto a sua alimentação, hábitos intestinal e urinário, movimentação fetal, queixas ginecológicas específicas e perdas vaginais (BRASIL 2012a; BRASIL 2016a; HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

A cada consulta, os riscos obstétricos e perinatais são reavaliados. As anotações de enfermagem são registradas no prontuário e no cartão de pré-natal da

gestante. O prontuário é multiprofissional e contém fichas específicas elaboradas para o atendimento ao Pnar (BRASIL 2012a; HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

As atividades educativas são atribuídas à equipe multiprofissional e a enfermagem do HSF participa ativamente dessas ações por meio de grupos educativos que acontecem durante os cuidados pré-natais. Os grupos são compreendidos como espaços de escuta, compartilhamento de experiências, sentimentos e sensações, possibilitando a construção de saberes entre profissionais e usuários (ANDRADE et al., 2013; BRASIL, 2012a).

Os grupos educativos e as oficinas de apoio se condensaram no “Curso do Casal Grávido”, que ocorre mensalmente na referida instituição aos fins de semana, para que haja maior adesão dos companheiros e tem duração de quatro horas. Esse curso é oferecido para as gestantes do Pnar e também para as gestantes de risco habitual. Os assuntos abordados vão ao encontro dos aspectos que são orientados pelo MS, desde os que envolvem a gestação em si, como alterações fisiológicas e emocionais, sexualidade, hábitos e estilo de vida saudáveis, importância do acompanhamento pré-natal, direitos sociais (lei do acompanhante, licença-maternidade, direitos políticos, sexuais e reprodutivos); o parto e sua fisiologia, caráter eletivo de cesarianas, amamentação, triagem neonatal, cuidados com o recém-nascido e o puerpério (BRASIL, 2012a; HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A seguir constam a trajetória metodológica utilizada para operacionalizar a presente investigação.

4.1 Delineamento da investigação

Caracteriza-se como um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir do estudo de coorte não concorrente. Segundo Medronho et al. (2009), nos estudos de coorte não concorrente, tanto a exposição como o desfecho de interesse já ocorreram antes do início do estudo.

Nos estudos de coorte, a situação dos participantes quanto ao desfecho e à exposição de interesse é determinante para a seleção do estudo, no qual o pesquisador estabelece datas de início e final do seguimento dos participantes. Nesse período, há a coleta de informações sobre as variáveis e o desfecho a ser estudado. Em coorte não concorrente, também denominada coorte retrospectiva ou histórica, a identificação dos grupos expostos é feita no passado, no momento em que houve a ocorrência do desfecho (MEDRONHO et al., 2009).

O presente estudo insere-se na área de concentração da linha de pesquisa sobre Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

4.2 Hipótese

Foi elaborada a seguinte hipótese e sua correspondente de nulidade:

H1: A assistência ao Pnar com a participação das enfermeiras obstetras contribui para melhores resultados maternos e perinatais. (H0: A assistência ao Pnar com a participação das enfermeiras obstetras não contribui para melhores resultados maternos e perinatais).

4.3 Cenário

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte/MG, instituição na qual a EO faz parte da equipe multidisciplinar de atendimento ao pré-natal de alto risco.

4.4 Participantes da pesquisa

Foram considerados **critérios de elegibilidade** prontuários de gestantes do pré-natal de alto risco que tiveram atendimento prestado pela EO por no mínimo três consultas, no período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015, com o desfecho da gestação no cenário da pesquisa.

Foram considerados como **critérios de não participação**: prontuários de gestantes do Pnar que retornaram ao serviço de pré-natal de risco habitual.

4.5 Variáveis do estudo

A variável independente da pesquisa foi o resultado materno e perinatal de um Pnar com a participação da enfermeira obstetra. As variáveis dependentes ou desfechos primários avaliados estavam relacionados com os dados sociodemográficos: faixa etária, cor/etnia, ocupação, situação conjugal, escolaridade.

Dados referentes a assistência ao Pnar: paridade (nº de gestações anteriores, nº e via de partos anteriores, nº de abortos), motivos do encaminhamento ao Pnar e a idade gestacional com que foi encaminhada, número total de consultas (≥ 7 consultas) e o número de consultas realizadas por cada profissional (enfermeira obstetra e médico) e intercorrências durante a gestação que resultaram em internação hospitalar.

Desfecho da gestação: idade gestacional no parto (< 37 ou ≥ 37 semanas), a OMS classifica prematuros ou pré-termos os nascimentos ocorridos antes de 37 semanas de gestação. Via de parto, episiotomia, laceração, profissional que assistiu o parto, posição do parto, presença de acompanhante no parto, intercorrências no puerpério, morte materna e causa.

Dados do recém-nascido: nascido vivo ou morto; índice de Apgar (< 7 no 5º minuto), a Escala ou Índice de Apgar é um sistema de pontuação desenvolvido por

Virgínia Apgar em 1949, para avaliar a vitalidade do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto de vida, após o nascimento. Consiste na avaliação da frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, cor da pele e irritabilidade reflexa, quantificando sinais clínicos de depressão neonatal, tais como bradicardia, apneia, hipotonia, cianose ou palidez (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2015).

A pontuação da escala de Apgar pode variar de zero, valor mínimo, a dez, valor máximo. Sua aplicação pode ser utilizada como parâmetro para estabelecer o diagnóstico de asfixia neonatal, portanto é inadequado usá-la isoladamente; a pontuação também permite avaliar a resposta às manobras de reanimação neonatal e sua eficácia. Quando o Apgar é <7 no 5º minuto, é recomendado realizá-lo a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2015).

Peso (<2.500g), são considerados recém-nascidos de baixo peso aqueles com peso inferior a 2.500g. contato pele a pele após nascimento, amamentação na sala de parto, local de encaminhamento do recém-nascido após o parto (alojamento conjunto, Unidade de Cuidados Intermediários – UCI, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI e Programa de Internação Domiciliar Neonatal – PID-NEO), óbito neonatal e fetal.

Os óbitos neonatais são definidos como a morte de um RN entre zero e 27 dias completos de vida. São divididos em óbito neonatal precoce, de zero a seis dias de vida completos, e óbito neonatal ocorrido entre sete e 27 dias de vida completos (BRASIL, 2009).

Óbito fetal é definido como a morte do feto ocorrida antes da completa expulsão ou extração do produto da concepção do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. De acordo com a idade gestacional, foi classificado em óbito fetal precoce, ocorrido entre a 22ª e 28ª semana gestacional e óbito fetal tardio para os fetos acima de 28 semanas de gestação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000; BRASIL, 2009).

4.6 Processo de coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de um instrumento elaborado para a análise dos prontuários, contendo as variáveis a serem estudadas (APÊNDICE A). Este foi adaptado em uma planilha *Microsoft Excel*. A análise documental consistiu na avaliação dos prontuários das gestantes atendidas no Pnar, com desfecho da gestação no cenário do estudo.

A amostra da população da pesquisa corresponde ao conjunto de todos os prontuários das gestantes do Pnar que foram acompanhadas no período 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015 que atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

A seleção dos prontuários deu-se inicialmente por meio do livro de registro de consultas do Pnar, no qual são anotadas todas as primeiras consultas das gestantes que são encaminhadas para o acompanhamento da gestação de alto risco no ambulatório do HSF.

Foram contabilizadas 1.316 primeiras consultas no período proposto para o estudo. No entanto 205 gestantes foram contrarreferenciadas ao serviço de pré-natal de risco habitual, tendo sido, por conseguinte, excluídas da pesquisa conforme os critérios de não participação, totalizando, assim, 1.111 prontuários.

Após o período que as gestantes são acompanhadas no Pnar, os prontuários são armazenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same), sem uma ordem preestabelecida para arquivamento, e estavam guardados em duas caixas distintas.

O primeiro critério analisado nesses prontuários foi o número de consultas do Pnar realizadas por enfermeiras obstetras, sendo que, para inclusão no estudo, o número mínimo seria de três consultas realizadas por essa profissional.

Cada consulta ao Pnar é anotada em uma ficha de atendimento que é anexada ao prontuário, como não havia nenhum registro do número de consultas por cada profissional, essa verificação foi realizada por meio do carimbo e assinatura do profissional que prestou o atendimento na consulta. O procedimento de verificação foi realizado em cada um dos 1.111 prontuários, sendo registrado o número do prontuário da gestante, a data do primeiro atendimento no Pnar, as iniciais do nome da gestante e o número de consultas pela EO e pelo médico obstetra. Após a análise, 864 prontuários foram excluídos, nestes foram evidenciadas gestantes que realizaram somente a primeira consulta e não retornaram ao serviço e 247 foram selecionados para a pesquisa.

A partir da seleção dos prontuários, iniciou-se a análise do segundo critério de inclusão na pesquisa, o desfecho da gestação no cenário de estudo. Por meio do número do prontuário e acesso ao *software* SPDATA que o hospital utiliza como um dos meios para a gestão da instituição, foi possível identificar quais as gestantes do Pnar que tiveram seus partos no hospital, 220 prontuários. Destes, quatro não foram encontrados, totalizando 216 prontuários selecionados para a pesquisa – Figura 1.

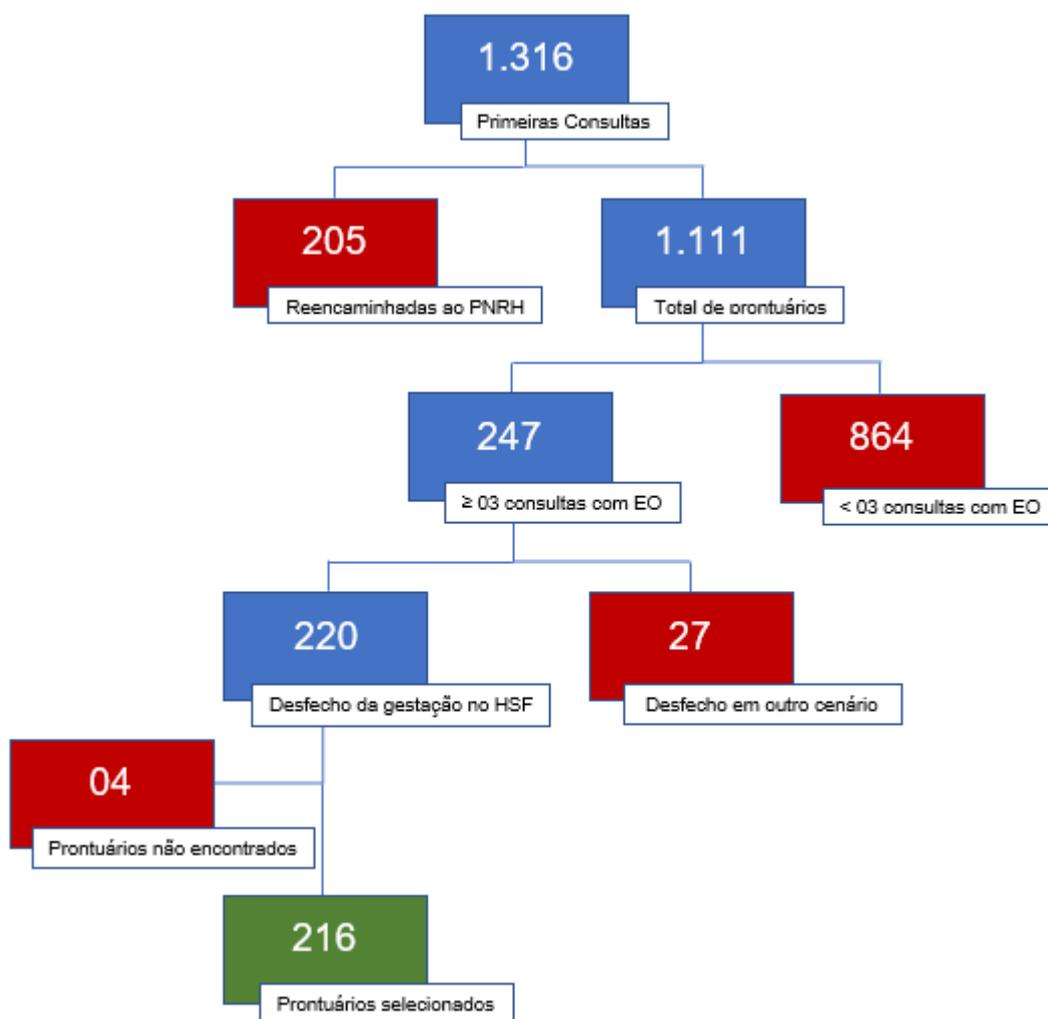


Figura 1: Diagrama da seleção dos prontuários.

A coleta dos dados aconteceu em três etapas, pois os prontuários do Pnar eram referentes aos atendimentos ambulatoriais e os prontuários que continham informações sobre as internações das gestantes, os partos e internações dos recém-nascidos eram hospitalares. Portanto, existiam dois prontuários diferentes para cada gestante, sendo um ambulatorial e o outro hospitalar, porém ambos mantinham o mesmo número de cadastro do prontuário.

Na primeira etapa, foram coletados os dados referentes às variáveis sociodemográficas e do atendimento ao Pnar por meio dos prontuários ambulatoriais. Para a segunda etapa da coleta, foi necessário acesso aos livros de registro de partos e aos prontuários hospitalares, os mesmos também se encontravam arquivados no Same. Foi construída uma lista com o número de cadastro dos prontuários solicitados a qual foi entregue previamente ao funcionário do setor, que procedeu à separação desses registros para acesso da pesquisadora. Para análise das variáveis registradas nos livros, foi necessário saber a data de internação de cada gestante para a assistência ao parto. Essa informação foi obtida via acesso ao *software* SPADTA.

Na terceira etapa, analisaram-se as variáveis referentes aos recém-nascidos que permaneceram internados e esses dados foram obtidos também por meio do acesso ao *software* SPDATA.

4.7 Análise dos dados

As variáveis quantitativas foram descritas como mediana, 1º quartil (1ºQ) e 3º quartil (3ºQ), valor mínimo e valor máximo; já as variáveis qualitativas, pela frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Para testar a relação entre as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado (χ^2), sendo calculada a razão de chances (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%). O tamanho do efeito foi avaliado pelo *V* de Cramer, utilizando a classificação proposta por Cohen (1992).

Todas as análises foram realizadas e consolidadas no programa da *International Business Machines* (IBM), o *Statistical Package the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. O valor de $p \leq 0,05$ foi adotado para significância estatística.

4.8 Aspectos éticos

A presente investigação seguiu rigorosamente os preceitos da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013d). Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovada sob o parecer n.1.685.051 (ANEXO B), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição

Coparticipante, o Hospital Sofia Feldman, aprovada sob o parecer n.1.773.431 (ANEXO C).

A coleta dos dados somente se iniciou após autorização dos Comitês de Ética supracitados. O risco envolvido na pesquisa diz respeito aos procedimentos de coleta de dados nos prontuários, e foram assegurados a confidencialidade e o sigilo das informações obtidas.

5 RESULTADOS

A seguir constam os resultados da presente investigação.

5.1 Características sociodemográficas, gestacionais prévias e atuais

As características sociodemográficas e gestacionais prévias da amostra estão apresentadas na Tabela 1. A maioria das mulheres se declarou de cor parda, solteira e com ensino médio completo. A média de idade das gestantes foi de 32 anos, variando de 16 a 44 anos. No histórico de gestação anterior, as gestantes tiveram em média duas gestações, com variação de uma a oito. O número de partos normais anteriores foi maior do que o de cesarianas. O número total de partos anteriores variou de um a cinco, tendo sido verificado ainda que 30% das gestantes já tiveram pelo menos um aborto, com variação de um a quatro.

Tabela 1– Características sociodemográficas e gestacionais prévias do grupo estudado (n = 216).

Característica	N	%
Cor/Etnia		
Branca	22	10,2
Parda	186	86,1
Preta	8	3,7
Estado Civil		
Solteiras	108	50,0
Casadas	92	42,6
Outros	16	7,4
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	25	11,6
Fundamental Completo	43	20,0
Médio Incompleto	16	7,4
Médio Completo	115	53,5
Superior Incompleto	4	1,7
Superior Completo	13	5,8

Continua

Continuação

	Mediana (1 ^o Q – 3 ^o Q) N	Mínimo – Máximo %
Idade (anos)	32 (26 – 37)	16 – 44
< 20 anos	7	3,2
20 a 34 anos	133	61,6
≥ 35 anos	76	35,2
N ^o de gestações	2 (2 – 3)	1 – 8
1	52	24,1
2	64	29,6
3 ou mais	100	46,3
N ^o de partos	2 (1 – 2)	1 – 5
N ^o de partos normais	2 (2 – 2)	1 – 5
N ^o de cesarianas	1 (1 – 2)	1 – 5

Os principais motivos de encaminhamento das gestantes ao Pnar foram: hipertensão arterial (31%) e diabetes (19%) – Figura 2. Entre os distúrbios da tireoide, destacam-se o hipotireoidismo e o hipertireoidismo (8%); epilepsia e motivos psicológicos como depressão e síndrome do pânico (5%).

Cabe destacar outros motivos, tais como: anemia, asma, acidente vascular cerebral isquêmico, cirurgia bariátrica prévia, cisto corpo lúteo, ectasia da pelve renal fetal, hidronefrose fetal, herniação do saco gestacional, incompetência istmo-cervical, malformação fetal, polidrâmnio, talassemia, toxoplasmose, útero bicorno e didelfo, trombose, mioma, nefrolitíase.

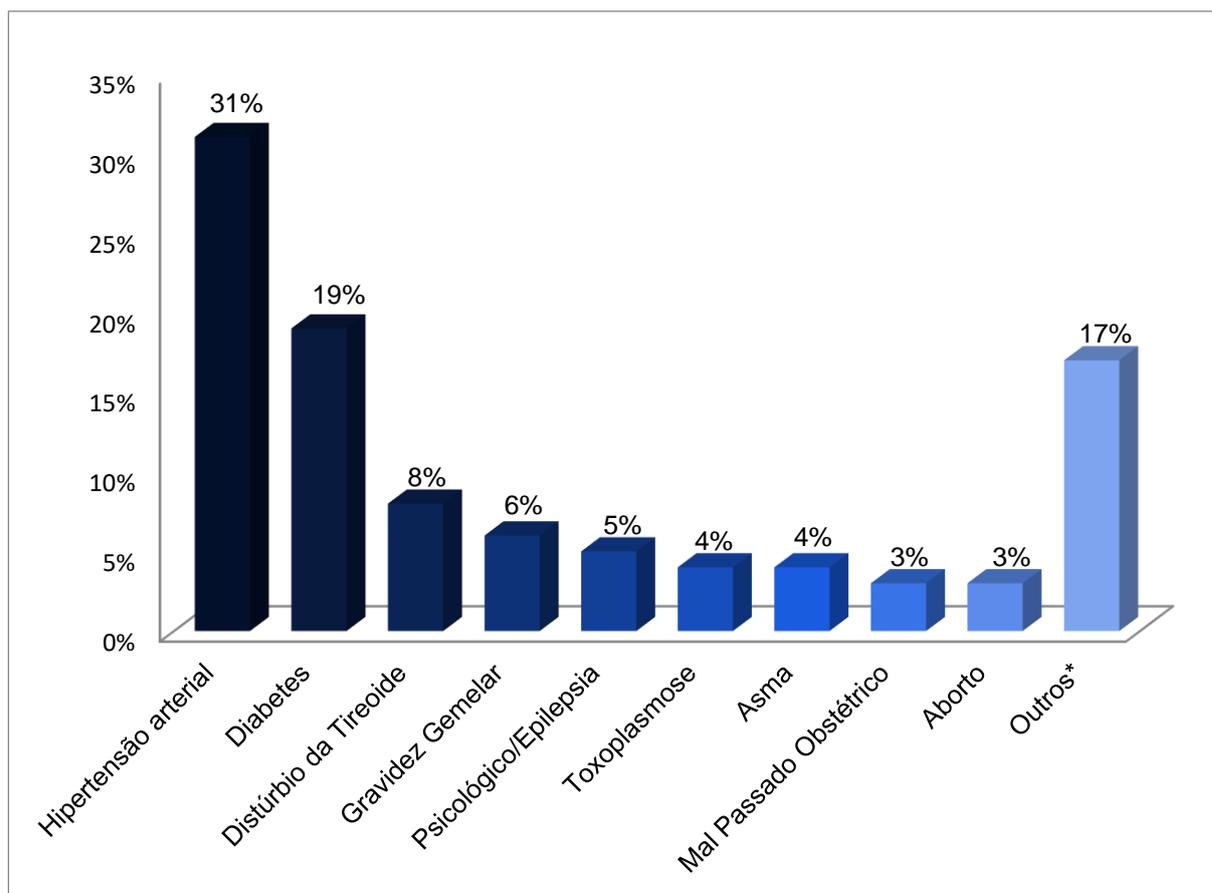


Figura 2: Motivos de encaminhamento ao Pnar (n=216).

5.2 Resultados Maternos

Na Tabela 2, são apresentados os resultados maternos. As gestantes iniciaram o Pnar em média com 16 semanas e 3 dias de gravidez. A maior parte realizou mais de sete consultas no Pnar. A mediana foi de oito consultas, sendo a metade realizada pelo médico e a outra metade realizada pela EO.

Durante a gravidez, foram observadas intercorrências em 25% das gestantes que resultaram em internação hospitalar, sendo as causas mais frequentes: a pré-eclâmpsia, o descontrole glicêmico e crises hipertensivas.

O tipo de parto mais frequente foi o parto normal (54,6%), sendo que a posição mais usual durante o parto normal foi a semissentada (59%) – Figura 4. A episiotomia foi realizada em apenas quatro parturientes (3,5%), devido ao uso do fórceps. Por

¹ Mal Passado Obstétrico, termo utilizado como diagnóstico em casos encaminhados ao Pnar do HSF. No decorrer do acompanhamento pré-natal, os profissionais investigam a história obstétrica pregressa da gestante e associam a terminologia como antecedentes de abortos de repetição e óbito perinatal.

outro lado, houve 60% de casos de laceração, tendo sido mais comum a laceração de grau 1 – Tabela 2.

Quatorze gestantes (6,5%) tiveram gestação gemelar, sendo que, em três, a via de parto foi o normal. Na maioria dos casos (97,2%), houve presença de acompanhante durante o parto e 50% dos partos foram assistidos exclusivamente pelo médico obstetra, destes a frequência de partos normais foram nove e de cesariana 100 – Tabela 2.

Trinta puérperas (14,2%) tiveram intercorrências no puerpério, logo após o parto ou resultantes de internações posteriores nesse período, sendo a hemorragia responsável por 36,6% dos casos. Não houve mortalidade materna nesta amostra.

Tabela 2 – Resultados Maternos (n = 216).

	Mediana (1 ^o Q – 3 ^o Q) N	Mínimo – Máximo %
Idade gestacional de início Pnar		
Semanas	16 (11 – 23)	5 – 37
Dias	3 (2 – 5)	1 – 6
≤16 semanas completas	115	53,2
17 a 28 semanas completas	77	35,7
≥ 29 semanas completas	24	11,1
Nº de Consultas Pré-Natal	8 (6 – 10)	4 – 15
Com médico	4 (2 – 5)	1 – 10
Com enfermeira obstetra	4 (3 – 5)	3 – 11
Nº de Consultas Pré-Natal ≥ 7	143	62,2
Intercorrências na Gestação (sim)	54	25,0
Pré-Eclâmpsia	11	20,4
Descontrole Glicêmico	8	14,8
Crise Hipertensiva	8	14,8
Outros	27	50,0
Via de Parto		
Normal	118	54,6
Cesariana	98	45,4
Episiotomia (sim)	4	3,5
Laceração (sim)	71	60,2
Grau 1	44	62,0
Grau 2	24	33,8
Grau 3	3	4,2
Gestação Gemelar (sim)	14	6,5
Acompanhante no parto (sim)	208	97,2

Continua

Continuação

	Mediana (1ºQ – 3ºQ) N	Mínimo – Máximo %
Profissional que assistiu o parto (Normal/Cesárea)		
Médico	9 / 100	50,0
Enfermeira obstetra	77 / 0	36,0
Médico e enfermeira obstetra	30 / 0	14,0
Intercorrências Puerpério (sim)	30	14,2
Hemorragia	11	36,6
Pré-eclâmpsia	3	10,0
Pielonefrite	3	10,0
Outras	13	43,4
Mortalidade Materna (sim)	0	0,0

Observou-se associação significativa entre o tipo de via de parto e o profissional que assistiu ao parto ($X^2 = 174,102$; gL = 2; $p < 0,0001$). O tamanho do efeito observado foi de elevada magnitude ($V = 0,90$), sugerindo que, nos casos em que a assistência ao parto é feita exclusivamente pelo médico, 89,7% da via de parto predominante é a cesariana e, em 100% dos casos em que a assistência ao parto foi compartilhada entre a EO e o médico obstetra, a via de parto foi vaginal – Figura 3.



Figura 3: Relação entre o tipo de parto e o profissional que assistiu o parto em gestantes do Pnar.

A seguir consta os resultados das posições do parto normal- Figura 4.

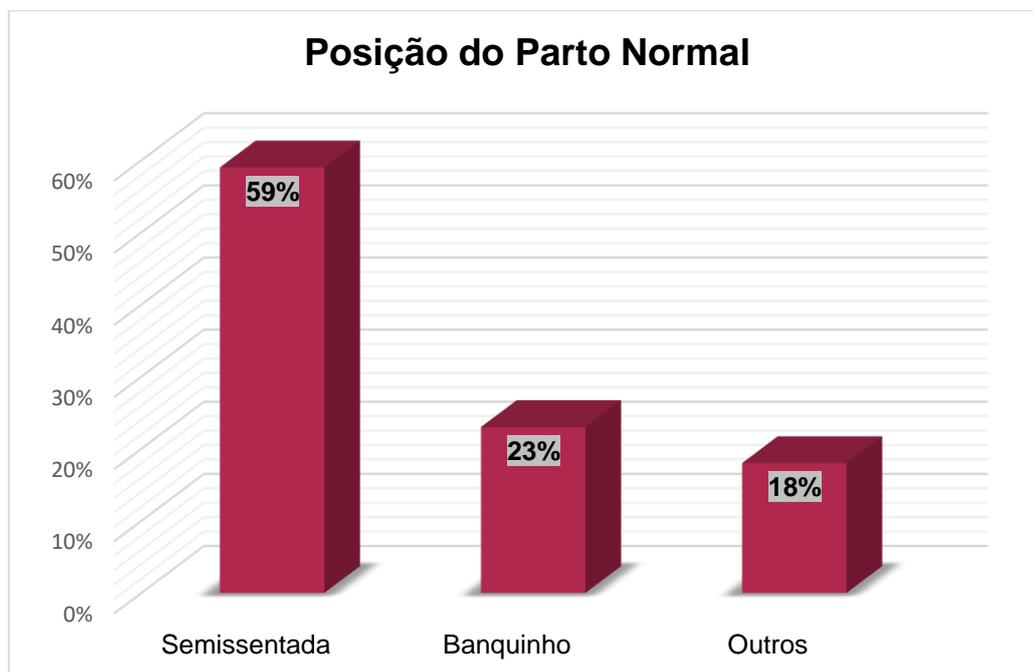


Figura 4: Posição do Parto Normal (n = 118).

Em relação à cesariana, as principais indicações foram: cesárea iterativa (39,6%), falha de indução (11,9%), gravidez gemelar (5,9%), pré-eclâmpsia (5,9%) e outras causas (36,6%) – Figura 4.

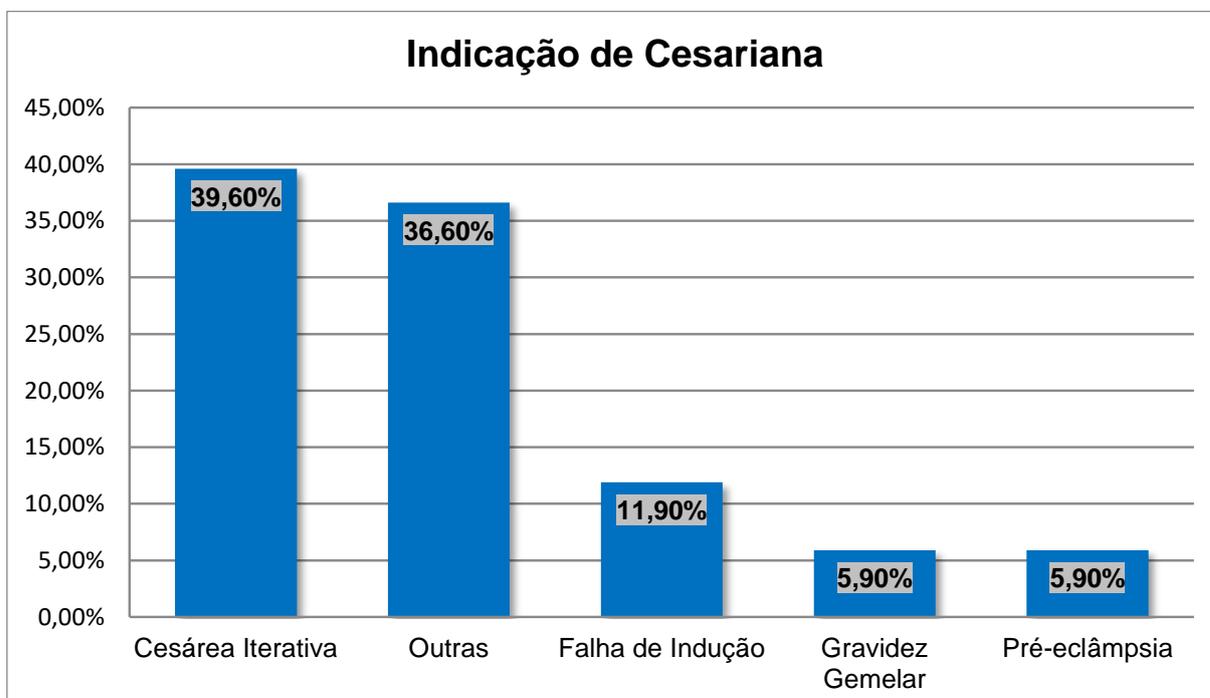


Figura 5: Indicação de Cesariana (n = 98).

5.3 Resultados Perinatais

Na tabela 3, estão apresentados os resultados perinatais. Em média, a idade gestacional no momento do parto foi de 39 semanas e 3 dias. Vinte e três nascidos vivos (10,0%) foram prematuros. Cerca de 20% apresentaram baixo peso ao nascer e apenas 3% apresentaram APGAR<7 no 5º minuto. Na maioria dos casos, os nascidos vivos foram colocados em contato pele a pele com a mãe (82,3%), receberam aleitamento materno na sala de parto (64,7%) e a maioria ficou em alojamento conjunto (86,0%).

Tabela 3 – Resultados Perinatais (n = 230).

	Mediana (1ºQ – 3ºQ) N	Mínimo – Máximo %
Idade Gestacional		
Semanas	39 (38 – 39)	29 – 41
< 37 semanas	23	10,6
38 a 39 semanas	72	33,3
≥ 39 semanas	121	56,1
Peso RN (g)	3080 (2690 – 3416)	475 – 4610
APGAR 1ºminuto	9 (8 – 9)	0 – 10
APGAR 5ºminuto	10 (9 – 10)	0 – 10
Prematuridade (sim)	23	10,0
APGAR <7 5ºmin (sim)	7	3,0
Baixo Peso < 2500g (sim)	36	15,8
Destino do RN ao nascer		
Alojamento Conjunto	192	86,0
UCI	20	9,0
UTI	9	4,0
PID-NEO	2	1,0
Pele a pele com a mãe (sim)	186	82,3
Aleitamento na sala de parto	66	64,7
Desfecho do RN		
Morte fetal	3	13/1000
Óbito neonatal	2	9/1000

A taxa de mortalidade neonatal foi de nove óbitos por mil nascidos vivos, tendo sido observadas ainda três mortes fetais tardias (13/1000), que ocorreram entre 34 e 36 semanas de gestação.

Foi observado ainda que a gravidez gemelar ($X^2= 24,213$; $gL = 1$; $p<0,0001$; $V = 0,34$), realização de menos de sete consultas no Pnar ($X^2 =9,380$; $gL = 1$; $p=0,002$; $V = 0,21$) e as intercorrências durante a gravidez ($X^2 = 36,195$; $gl = 2$; $p<0,0001$; $V = 0,41$) aumentaram a chance de prematuridade – Tabela 4. Destas, a pré-eclâmpsia e o descontrole glicêmico durante a gravidez aumentam em média seis vezes o risco de prematuridade dos nascidos vivos. Os tamanhos de efeito observados foram de moderada magnitude.

Tabela 4: Variáveis associadas à prematuridade em mulheres do Pnar.

Variável	Categoria	Casos de Prematuridade		p-valor	OR	IC95%
		N	%			
Gravidez Gemelar	Não	16	8,0	-	-	-
	Sim	7	50,0	<0,001*	11,6	3,6 – 37,1
Intercorrência Durante Gravidez	Não	5	3,2	-	-	-
	Sim	18	32,1	<0,001*	14,5	5,1 – 41,5
Pré-Eclâmpsia	Não	19	9,3	-	-	-
	Sim	4	36,4	0,005*	5,6	1,5 – 20,7
Crise Hipertensiva	Não	22	10,6	-	-	-
	Sim	1	12,5	0,87	1,2	0,1 – 10,2
Descontrole Glicêmico	Não	20	9,7	-	-	-
	Sim	3	37,5	0,01*	5,6	1,2 – 25,2
Nº de Consultas	>7	7	5,4	-	-	-
	≤ 7	16	18,6	0,002*	4,0	1,6 – 10,1

*Diferenças significativas através do teste X^2 ($p<0,05$).

6 DISCUSSÃO

A idade média das gestantes acompanhadas no Pnar foi de 32 anos, variando entre 16 a 44 anos, era de cor parda, solteira e com escolaridade entre ensino médio incompleto e completo. O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (MTGAR) aponta que idade menor que 15 anos e maior que 35 anos são características individuais que predispõem ao risco gestacional, assim como as condições sociodemográficas desfavoráveis (BRASIL, 2012b).

O MS adota a classificação da OMS como idade da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos (VIEIRA et al., 2017). Na variação de idade do grupo de gestantes, a mínima foi de 16 anos. Entretanto, as adolescentes que são acompanhadas no Pnar apresentam outros fatores de risco associados   idade, pois de acordo com o MTGAR, a adolescência em si não é fator de risco para a gestação, podendo o acompanhamento pré-natal, nesses casos, ser realizado pela equipe da AB. Todavia ressalta a possibilidade de risco psicossocial relacionado à aceitação ou não da gestação (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

A faixa etária máxima foi de 44 anos. Gestações após os 35 anos de idade são denominadas gestações tardias. Observa-se um aumento crescente na frequência de gravidez entre mulheres na faixa etária de 35 a 45 anos, esse aumento associa-se às mudanç as ocorridas na vida das mulheres em relação a sexualidade, realização profissional, melhor nível socioecon mico e até mesmo a relação conjugal, com o adiamento do casamento (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011; GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Não obstante, gestações tardias são consideradas pelo MS como de risco gestacional, pois estão relacionadas a uma frequência maior de doenç as cr nicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial, além de complicações advindas do próprio processo da gestação, como anomalias cromoss micas, gestação múltipla, abortamentos, pr -eclâmpsia e a mortalidade materna. Dessa forma, as gestações tardias demandam atenção especial no acompanhamento pré-natal com equipe qualificada, a fim de diminuir a chance de ocorrência de eventos adversos (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011; GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Uma revisão integrativa de publicações nacionais e internacionais na temática gestação em idade avançada descreve que as mulheres após os 35 anos percebem-se mais maduras e preparadas para planejar e conceber uma gestação. Aponta que

os riscos são percebidos de formas diferentes pelas gestantes e pelos profissionais de saúde. Sendo que os profissionais os avaliam de forma objetiva, baseados em protocolos que norteiam a prática, “enquanto as gestantes empregam uma noção subjetiva de risco, medindo-o de acordo com seus próprios valores e experiências anteriores” (ALDRIGHI, 2016, p.517).

No que tange à história reprodutiva pregressa, as gestantes tiveram em média duas gestações, sendo o parto normal o mais comum. O número de gestações apresentou uma variação entre primigestas, ou seja, primeira gestação, e grandes multigestas, aquelas com cinco ou mais gestações; 30% das gestantes tiveram pelo menos um aborto, com variação entre um a quatro. Mulheres que apresentam antecedentes de abortamento habitual devem ser acompanhadas no Pnar devido ao risco gestacional (BRASIL, 2012a; BRASIL,2012b).

O Caderno de Atenção Básica nº 32 da Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco e o MTGAR, ambos de 2012, definem abortamento habitual como a perda espontânea e sucessiva de três ou mais gestações, o que difere do Protocolo da Atenção Básica – Saúde das Mulheres, de 2016, que altera esse número e define abortamento habitual como duas ou mais perdas gestacionais precoces e consecutivas (BRASIL 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016a).

Os resultados deste estudo quanto ao principal motivo de encaminhamento das gestantes ao Pnar, hipertensão arterial 31%, coincide com o principal motivo de mortalidade materna no Brasil, a hipertensão relacionada à gestação (BRASIL, 2014b).

Os distúrbios hipertensivos durante a gravidez apresentam complicações entre 5% e 10% dos casos e, conseqüentemente, aumentam os riscos de morbimortalidade materna e perinatal (BERHAN; ENDESHAW, 2015; VEST; CHO, 2014; LO; MISSION; CAUGHEY, 2013; HUTCHEON; LISONKOVA; JOSEPH, 2011). Tais distúrbios são responsáveis pela segunda causa de morte materna por causas diretas no mundo, sendo que mais de 99% destas mortes ocorrem em países menos desenvolvidos (HUTCHEON; LISONKOVA; JOSEPH, 2011; VON DADELSEN; MAGGE, 2016).

Um estudo de coorte realizado em hospitais de ensino do Sul da Etiópia identificou, entre os anos de 2008 e 2013, 1.098 mulheres admitidas com síndromes hipertensivas na gravidez, 60,3% diagnosticadas com pré-eclâmpsia e 34,1% com eclâmpsia. A taxa de mortalidade foi de 5%, sendo a eclâmpsia a causa mais frequente (78,4%). Evidenciou que ausência da assistência pré-natal, multiparidade,

alto nível de creatinina, uso de diazepam como anticonvulsivante, não tratamento com anti-hipertensivo e eclampsia aumentam o risco de mortalidade materna (BERHAN; ENDESHAW, 2015).

Na Austrália, um estudo apontou que a hipertensão gestacional, incluindo casos de pré-eclâmpisa e eclampsia, e o diabetes mellitus gestacional são complicações que trazem consequências graves para o binômio mãe-filho, como parto prematuro, hemorragias, insuficiência hepática, indução ao parto e maiores taxas de cesarianas, além da morte materna (CHEN et al., 2012). Em consenso com este estudo, uma revisão integrativa sobre o resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica ainda acrescenta como consequências a restrição do crescimento fetal, o descolamento prematuro da placenta e o óbito fetal (HENRIQUE et al., 2012).

Os autores ainda acordam que a identificação precoce dessas complicações maternas durante a gravidez é imprescindível para o planejamento dos serviços de saúde; afim de oferecer um acompanhamento pré-natal especializado, mutiprofissional e com seguimento individualizado (CHEN et al., 2012; HENRIQUE et al., 2012; FERNANDES et al., 2015).

É preconizado pelo MS, por meio do PHPN, que, para um adequado acompanhamento pré-natal, as gestantes devem iniciá-lo até o 4º mês de gestação e realizar minimamente seis consultas, sendo distribuídas preferencialmente em uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2000). Vale ressaltar que o acompanhamento pré-natal de gestantes classificadas como de alto risco poderá ser diferente em conteúdos, objetivos, tipo de equipe que oferece a assistência e na frequência do número de consultas, daquelas classificadas como de risco habitual (BRASIL, 2012b).

No que concerne ao número de consultas e à idade gestacional de início do pré-natal, os resultados deste estudo são semelhantes aos encontrados na Pesquisa Nascer no Brasil (PNB), um grande estudo nacional que avaliou, entre outros aspectos, a assistência pré-natal de baixo e alto risco gestacional; nesta pesquisa, 75,8% das gestantes iniciaram o pré-natal até a 16ª semana e o percentual das que compareceram a seis ou mais consultas foi de 73,1% (VIELLAS et al., 2014). Mostrando que a cobertura mínima pré-natal tem atendido à maioria das gestantes, do mesmo modo tem se conseguido captá-las precocemente.

Os resultados referentes à frequência de consultas foram concordantes com os estudos do perfil das gestantes de alto risco de Divinópolis/MG, onde 69,2% das mulheres realizaram seis ou mais consultas, com o estudo da adequação da assistência pré-natal do município do Rio de Janeiro, onde esse valor foi de 79,2% e ainda com a pesquisa de uma unidade com estratégia saúde da família de São Paulo, em que o resultado foi de 84,1% (LUZ et al., 2015; DOMINGUES et al., 2012; CORRÊA et al., 2014).

Neste estudo, 50% das consultas foram assistidas pela enfermeira obstetra, resultados que divergem dos encontrados na PNB, na qual 75,6% das consultas foram realizadas pelo profissional médico (VIELLAS et al., 2014).

Entretanto, a PNB evidencia que gestantes das regiões Norte e Nordeste e mulheres indígenas tiveram metade das consultas realizadas por enfermeiros, provavelmente pela indisponibilidade de médicos nessas regiões. E conclui que a assistência pré-natal realizada por enfermeiros no país ainda é restrita (VIELLAS et al., 2014).

As intercorrências durante a gestação, resultando em internação hospitalar, foram observadas em 25% do total de gestantes acompanhadas no Pnar. Entre as intercorrências, as mais frequentes foram a pré-eclâmpsia e o descontrole glicêmico, ambos diretamente relacionados aos principais motivos de encaminhamento ao Pnar desta pesquisa. As intercorrências no puerpério, sofridas logo após o parto ou decorrentes de internações posteriores, corresponderam a , tendo sido a hemorragia de maior ocorrência..

Os dados acima divergem dos encontrados em outro estudo, realizado em um hospital de referência a gestações de alto risco de Ribeirão Preto/SP. Onde mostram percentuais superiores aos achados deste estudo. As internações por intercorrências clínico-obstétricas durante a gestação e por complicações no pós-parto corresponderam a 43,1% e 41,4% respectivamente. Tal estudo não faz menções de quais intercorrências foram mais frequentes na gestação e no puerpério (FERNANDES et al., 2015).

Ao analisar a via de parto, nesta pesquisa, foi observado que o parto normal foi mais frequente que a cesariana. Resultados semelhantes aos encontrados no estudo do perfil das usuárias do programa “Casa das Gestantes” em Belo Horizonte/MG, em que a frequência de parto normal em gestantes de alto risco foi de 53,4% e de cesarianas 46,6% (PIMENTA et al., 2012).

Entretanto, os resultados divergem do estudo do Hospital de Ribeirão Preto/SP, em que a via de parto prevalente foi a cesariana, em 58,6%; de Divinópolis/MG, com taxas de 59,6% e do estudo de abrangência nacional que envolveu 23.940 puérperas, no qual a taxa de cesariana em primíparas foi de 55,4% e em múltiparas, 48%, mesmo sem considerar o risco gestacional (FERNANDES et al., 2015; LUZ et al., 2015; DOMINGUES et al., 2014).

Apesar de o parto normal ter sido o mais frequente deste estudo, a taxa de cesariana (45,4%) ainda é elevada, considerando a recomendação da OMS de que taxas de cesarianas superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2015; BETRAN et al., 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Entretanto, há de se considerar que o grupo estudado foi composto por mulheres com gestações de alto risco e a taxa elevada de cesarianas pode estar relacionada às condições da saúde clínica e obstétrica dessas gestantes, ainda assim, mais baixa que a média nacional para o mesmo período (57%) (BRASIL, 2014e).

Entre as indicações de cesarianas deste estudo, destacam-se a cesárea iterativa, falha de indução, as gestações gemelares e quadros de pré-eclâmpsia. Cesariana iterativa é caracterizada como uma cirurgia não emergencial realizada em mulheres que já se submeteram a uma cesárea anteriormente (iterativa I), duas (iterativa II) ou mais (BRASIL, 2015). A indicação de cesariana iterativa está relacionada com as condições maternas e fetais, principalmente nos casos de inviabilidade do parto normal. Ainda de acordo com a política adotada pelo HSF, a mulher com cesáreas anteriores tem direito de escolha da via de parto e recebe orientação profissional quanto aos riscos e benefícios. Quando optam por uma nova cesariana, a mesma é agendada com 40 semanas de gestação (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

Estudos realizados em Maringá/PR e Itajaí/SC apresentaram indicação de cesárea iterativa superior ao encontrado nesta pesquisa, 77,6% e 87,3% respectivamente. No estudo de Itajaí/SC, esse percentual ainda aumenta para 98,7% em cesarianas realizadas no setor privado (LAVADO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016a).

Um estudo oriundo da coorte nacional da PNB comparou a prevalência de cesáreas e desfechos neonatais em dois modelos distintos de atenção ao parto em hospitais privados brasileiros. Os resultados das taxas de cesarianas foram superiores aos encontrados no presente estudo, 47,8% em hospitais onde existe um trabalho

colaborativo entre enfermeiras obstétricas e médicos e 90,8% nos hospitais do modelo de atenção padrão (TORRES et al., 2014).

No Brasil, o percentual de cesarianas aumentou rapidamente nas últimas três décadas, atingindo uma taxa de 57% em 2014, variando entre 40% nos serviços públicos e 85% no setor privado (BRASIL, 2014e). A operação cesariana tem sido associada a múltiplos riscos para a saúde da mulher e às causas de morbimortalidade materna quando comparada ao parto vaginal. No entanto essa via de parto torna-se essencial para a saúde do binômio mãe-filho quando realizada com indicações baseadas nas evidências científicas existentes (BRASIL, 2015; PIMENTA et al., 2012; ESTEVES-PEREIRA et al., 2016).

Nesse sentido, frente ao contexto nacional, o MS, diante do uso excessivo e desnecessário desse tipo de cirurgia, estabeleceu diretrizes a fim de orientar questões relacionadas às vias de parto, indicações e condutas aos profissionais de saúde, gestores e às mulheres brasileiras (BRASIL, 2015).

As diretrizes recomendam cesariana no caso de apresentação pélvica, entretanto recomendam a versão cefálica externa com 36 semanas completas de gestação a fim de adaptar o feto na apresentação cefálica, favorecendo o parto normal. Nas gestações múltiplas em que o primeiro feto não esteja em apresentação cefálica e gestação com mais de dois fetos, a recomendação é de cesariana (BRASIL, 2015; SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010). Na presente pesquisa, o percentual de cesarianas em gestações gemelares foi de 78,6%.

A cesárea programada também é indicada nos casos de placenta prévia, acretismo placentário e inserção baixa da placenta. Diante do diagnóstico de descolamento da placenta, é indicada a cesariana de urgência (BRASIL, 2015).

Nos casos de gestantes soropositivas, para prevenir a transmissão vertical, a cesariana é indicada quando a gestante não fez uso de antirretrovirais e/ou com carga viral alta ou desconhecida. Em relação à infecção por herpes simples, a recomendação é de que a cesariana seja programada nos casos de infecção primária ativa durante o terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2015; SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

No que tange à cesariana prévia, as diretrizes destacam que se devem considerar as preferências da gestante, com orientação profissional quanto aos riscos e benefícios de uma nova cesariana e do parto normal. As evidências apontam que o trabalho de parto e o parto vaginal em gestantes com cesárea prévia são

recomendados na maioria das situações, inclusive naquelas com três ou mais cesarianas prévias, com excessão para os casos de óbito fetal (BRASIL, 2015).

Os autores ainda recomendam que a assistência ao parto normal nesses casos seja em ambiente hospitalar, com monitorização fetal intermitente e possibilidade de acesso imediato à cesariana em caso de emergência. Os resultados desta pesquisa evidenciaram que o maior percentual (39,6%) de indicação de cesariana foi devido a cesarianas prévias (BRASIL, 2015).

A cesariana intraparto é recomendada nos casos de distócia ou falha de progressão do trabalho de parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal, como posições posteriores e transversas persistentes, apresentações de face e córmica e quando há padrão não tranquilizador da frequência cardíaca fetal (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Em relação aos profissionais que atenderam os partos, nesta investigação, 50% destes foram assistidos exclusivamente pelo médico e, em 50% dos casos, houve a assistência da enfermeira obstetra, 36% somente pela EO e 14% em trabalho compartilhado entre EO e médico.

Os resultados são divergentes aos apontados em pesquisa realizada em hospitais-maternidade da rede pública do Rio de Janeiro, onde, em duas maternidades distintas, 68,5% e 43,07% dos partos foram acompanhados por EO. Contraste maior foi o resultado encontrado na PNB, de que os partos assistidos por EO e obstetizes representam somente 15% dos nascimentos no território nacional, sendo mais frequentes nas regiões Norte e Sudeste (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017; LEAL et al., 2014a).

Na região Sudeste há um grande movimento por mudanças do modelo de assistência ao parto com inserção da EO. No entanto, no Norte, ainda existem localidades sem a presença do médico, levando à maior inserção da enfermeira nos partos vaginais (VIELLAS et al., 2014).

Observou-se uma associação significativa entre a via de parto e o profissional que assistiu o parto neste estudo ($X^2 = 174,102$; gL = 2; $p < 0,0001$), com tamanho do efeito observado de elevada magnitude ($V = 0,90$). Esses resultados sugerem que, em 89,7% dos casos em que a assistência ao parto é realizada exclusivamente pelo profissional médico, a via de nascimento predominante é a cesariana. Na presença da enfermeira obstetra, quando a assistência é compartilhada entre esta profissional e o médico, os partos, na sua totalidade (100%), foram normais. Tal fato foi

corroborado pela indicação de cesariana ser uma prerrogativa do ato médico (BRASIL, 2015).

A resolução que normatiza a atuação e as responsabilidades das EO descreve, entre suas competências, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, avaliação das condições maternas e fetais, assistência ao parto normal fisiológico, sem distócias, e a assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2016b).

A PNB e as melhores evidências científicas de modelo de assistência ao parto liderado por EO e obstetras apontam que esses profissionais “são os responsáveis primários pela realização de partos vaginais, aumentam as chances de partos espontâneos e diminuem as intervenções desnecessárias, sem comprometer a saúde das mulheres e dos bebês” (LEAL et al., 2014a).

O relatório “Estado da Obstetrícia no Mundo”, coordenado pelo Fundo de População das Nações Unidas, OMS e Confederação Internacional de Parteiras, aponta que parteiras, enfermeiras obstetras e obstetras são a chave para a melhoria da assistência obstétrica mundial, visto que contribuem para evitar aproximadamente dois terços da mortalidade materna e neonatal (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2014).

No Brasil, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda aos gestores de saúde a implementação do modelo de cuidado que inclua a EO e obstetraz na assistência ao parto normal de risco habitual. Nesse contexto, os médicos obstetras atuam dando auxílio no atendimento imediato em casos de risco e complicações, por meio da assistência obstétrica denominada modelo colaborativo (BRASIL, 2016c; VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

A assistência de EO e obstetras tem como pressuposto que a gestação e o parto são eventos saudáveis e fazem parte do ciclo de vida da mulher. Essa vivência deve acontecer de forma natural e a presença contínua dessas profissionais pode propiciar o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico do parto, além do suporte emocional (BRASIL, 2016c; VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

A PNB evidenciou que a presença de EO e obstetras na assistência ao parto aumenta a frequência da aplicabilidade de boas práticas às parturientes, como uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, livre deambulação no trabalho de parto, oferecimento de dieta e o uso do partograma (GAMA et al., 2016). Além disso, aumenta a satisfação das mulheres quanto ao atendimento recebido e as taxas de início precoce do aleitamento materno (BRASIL, 2016c). Em relação às intervenções

obstétricas, houve redução das taxas de episiotomia, manobras de Kristeller, realização de amniotomia e analgesia (GAMA et al., 2016).

A pesquisa aponta que, em hospitais que trabalham com o modelo colaborativo entre médicos e EO/obstetrizes, as taxas de cesarianas são inferiores (41,4%) quando comparadas às de hospitais que não contam com essas profissionais na equipe (58,4%). Essa redução pode ser um reflexo da autonomia profissional de EO/obstetrizes, que, por sua vez, assumem o cuidado do trabalho de parto e parto, possibilitando aos médicos atuarem nos casos de risco e/ou emergenciais (GAMA et al., 2016).

As gestantes que tiveram uma gestação de risco podem evoluir para um parto fisiológico e ser assistidas por EO. Na instituição onde foi realizada a pesquisa, todas as evoluções dos partos são monitoradas por EO e, na assistência ao parto de parturientes classificadas como de alto risco, as decisões e condutas são compartilhadas com os médicos obstetras (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2017).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal foi elaborada em 2016, com o objetivo de consolidar e padronizar sistematicamente evidências e informações científicas direcionadas às práticas clínicas utilizadas na assistência ao parto normal. No âmbito das posições da parturiente, neste estudo, 59% dos partos normais ocorreram na posição semissentada. A diretriz enfatiza que os profissionais devem orientar a gestante a não assumir as posições supina, semissupina e o decúbito dorsal durante o parto. Cabe ressaltar que a posição recomendada é aquela que a mulher se sentir mais confortável, a posição de quatro apoios, lateral, posição de cócoras ou outra assumida durante o parto (BRASIL, 2016c).

Resultados da pesquisa nacional evidenciam que 92% dos partos ocorreram na posição de litotomia, todavia esta foi menos frequente em partos atendidos por enfermeiras obstetras (87,5%). A diretriz citada acima apontou que há uma redução média de 4,29 minutos na duração do segundo período do trabalho de parto quando são adotadas as posições verticais, como a posição sentada, semissentada e cócoras, quando comparadas com o uso da posição supina, decúbito dorsal ou litotomia (LEAL et al., 2014a; GAMA et al., 2016; BRASIL, 2016c).

As posições verticais ainda estão relacionadas a uma redução na frequência de partos instrumentalizados, do uso de episiotomia, da dor e menos padrões anormais da frequência cardíaca fetal. No uso de tais posições, observou-se um aumento de lacerações de segundo grau e de perda sanguínea (BRASIL, 2016c).

No que diz respeito à episiotomia, a frequência deste estudo foi de 3,5%, percentual muito inferior ao que é recomendado pela OMS (10%) e sua realização foi de acordo com uma das situações em que essa intervenção ainda é indicada, o uso do fórceps. Outra pesquisa evidenciou resultado semelhante ao deste estudo (5,24%), entretanto o percentual de episiotomia no cenário brasileiro é de 56,1% em partos de risco habitual e de 48,6% em partos de alto risco (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017; LEAL et al., 2014b).

Na Inglaterra, em uma coorte apontou-se a baixa prevalência de episiotomia quando a assistência ao parto é realizada por profissional não médico, 19,3% em hospitais que adotam a assistência pelo modelo colaborativo e 8,6% em Centros de Parto Normail onde a assistência é realizada pelas *midwives* (BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011).

Um ensaio clínico randomizado sobre o uso da episiotomia seletiva e um protocolo de não episiotomia concluiu que não há diferença em relação aos resultados maternos e perinatais do uso ou não deste procedimento. Portanto, encorajam a necessidade de analisar se, de fato, há qualquer indicação para a realização de episiotomia. As autoras ainda ressaltam que o uso rotineiro desse procedimento é considerado uma forma de violência obstétrica, principalmente se for realizado sem consentimento informado (AMORIM et al., 2017).

Corroborando com a Lei nº 11.108, de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante a assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto, em 97,2% dos casos deste estudo, houve a presença do acompanhante durante o parto.

Estudos como o realizado em um centro obstétrico de um hospital universitário de Porto Alegre/RS apresentam resultados semelhantes ao constatado nesta pesquisa, em que 90,6% das mulheres estavam acompanhadas durante o parto. Em contrapartida, dados de uma pesquisa nacional destacam resultados inferiores, 24,5% das mulheres relataram que, em nenhum momento da assistência ao parto, tiveram acompanhante; 75,5% tiveram o acompanhante em algum momento da internação e, em apenas 18,8% das mulheres, foi garantida a presença contínua do acompanhante (DINIZ et al., 2014; SILVA et al., 2013; GONÇALVES et al., 2015).

No que diz respeito à mortalidade materna, esta não foi encontrada nos 216 prontuários analisados neste estudo. Em 2015, a OMS apontou uma redução de 44%

dos casos de morte materna, um decréscimo de 532 mil mortes no ano de 1990 para 303 mil em 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) nacional apresentou uma queda de 143 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 1990, para 61 por 100 mil nascidos vivos em 2012, o que corresponde uma redução de 57% dos óbitos. Nos anos de 2015 e 2016, conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), os óbitos maternos declarados corresponderam 1.738 e 1.484 casos respectivamente; destes, 232 óbitos foram notificados em Minas Gerais (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2017).

Conforme a OMS, as hemorragias representam a principal causa de morte materna mundial, seguida das doenças hipertensivas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; SAY et al., 2014). No Brasil, essa ordem se inverte, sendo a hipertensão relacionada à gravidez a primeira causa de morte materna no país, seguida da hemorragia (BRASIL, 2014b).

Apesar de a maioria das mortes maternas serem evitáveis, as taxas de mortalidade materna ainda permanecem altas, principalmente nos países em desenvolvimento. Os resultados desse indicador apontam a disparidade do acesso das mulheres aos serviços de saúde e a desigualdade social, demonstrando a necessidade de implantação de políticas de saúde que ampliem a cobertura dos cuidados à mulher no ciclo gravídico puerperal, bem como o planejamento familiar (ZUREICK-BROWN et al., 2013; FERNANDES et al., 2015).

Quanto aos resultados perinatais, a média da idade gestacional no momento do parto, via vaginal ou cesariana, foi de 39 semanas e três dias, classificada como gestação a termo (BRASIL, 2012b; SPONG, 2013). Segundo as evidências científicas e o MS, cesarianas programadas não são recomendadas antes de 39 semanas completas de gestação devido risco de desconforto respiratório neonatal (BRASIL, 2015).

A taxa de prematuridade desta pesquisa foi de 10%, percentual correspondente a 23 nascidos vivos, inferior à taxa de 11,5% evidenciada pela PNB (LEAL et al., 2016), assim como à encontrada no estudo do perfil de gestantes de alto risco de Divinópolis/MG, em que a prematuridade foi de 15,4% em idades gestacionais entre 32 e 36 semanas e de 1,9% até 32 semanas incompletas. Diferente também da taxa apresentada pelo estudo do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá/MG, com 34,09% de partos prematuros em gestações de alto risco (LUZ et al., 2015; TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

Estima-se que, a cada ano, cerca de 15 milhões de crianças nascem prematuras, mais de um bebê para cada dez nascidos vivos. Entre as principais causas de prematuridade, destacam-se as gestações múltiplas, infecções e doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Globalmente, a OMS aponta a prematuridade como a principal causa de morte em crianças com menos de 5 anos, responsável por cerca de um milhão de óbitos em 2015. Neste cenário, o Brasil está entre os dez países com as taxas mais elevadas de prematuridade, assim como a Índia, China, Nigéria, os quais são responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; BLENCOWE et al., 2012).

Nesta pesquisa, cerca de 16% dos recém-nascidos (RN) apresentaram baixo peso ao nascer e apenas 3% obtiveram índice de Apgar < 7 no 5º minuto de vida. No estudo do programa “Casa das Gestantes” de Belo Horizonte/MG, o percentual de Apgar<7 foi equivalente ao encontrado nesta pesquisa, 2,8%. Entretanto o percentual de baixo peso dos recém-nascidos foi muito superior (80,7%) (PIMENTA et al., 2012).

Outra pesquisa realizada em uma maternidade do Rio de Janeiro, em que os partos foram atendidos por enfermeiras obstetras, evidenciou resultados inferiores, com percentuais de 3,2% de peso ao nascimento menor que 2.500g e 0,5% de nota de escala de Apgar <7 no 5º minuto de vida. O estudo não faz menção se os partos foram de gestantes de baixo ou alto risco (REIS et al, 2016).

O baixo peso é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil, com maior incidência nas idades extremas da mãe, <15 e >35 anos (BRASIL, 2014d).

Recém-nascidos com baixo peso ao nascer (2.500g) e os prematuros, podem ser utilizados como critérios para identificação de RN de risco apontados na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil publicada em 2004 (BRASIL, 2014d; BRASIL, 2004).

Em relação às boas práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido, um dado que merece destaque ocorreu em 82,3% dos partos, o bebê foi colocado em contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento e 64,7% iniciaram a amamentação ainda na sala de parto.

A pesquisa “Nascer no Brasil” apresentou resultados inferiores ao deste estudo, a prática do contato pele a pele mãe-filho no cenário brasileiro ainda é baixa, a maior frequência foi a encontrada na Região Sul do país (32,5%). Assim como a oferta do

seio materno ao bebê na sala de parto (16,1%) em todas as regiões do Brasil, mesmo em hospitais com o título Amigo da Criança (24%) (MOREIRA et al., 2014).

Entretanto, na mesma pesquisa que analisou dados de um hospital privado, onde houve a assistência da enfermeira obstetra/obstetriz durante o parto, o contato pele a pele (37,7%) e o aleitamento materno na primeira hora após o parto (65,8%) são mais frequentes quando comparados com hospitais em que essas profissionais não fazem parte da equipe, 12,8% e 11,9% respectivamente (TORRES et al., 2014).

O parto normal aparece na PNB com destaque como “protetor para a maioria das boas práticas estudadas: contato pele a pele precoce, oferta do seio materno na sala de parto, amamentação na primeira hora de vida e ida para o alojamento conjunto com a mãe” (MOREIRA et al., 2014, p.S136).

Ao analisar o local de encaminhamento do RN após o nascimento, neste estudo, 86% dos recém-nascidos ficaram em alojamento conjunto com a mãe, 9% foram encaminhados à Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e 4% para Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Os resultados divergem dos encontrados no estudo “Casa das Gestantes” do HSF, onde somente 31,1% dos recém-nascidos permaneceram em alojamento conjunto com a mãe e 62,8% foram encaminhados à UTI ou UCI (PIMENTA et al., 2012). Os resultados também divergem dos evidenciados no cenário nacional, mostrando-se superiores aos da PNB, que analisou todos os nascimentos, incluindo os de baixo-risco, em que 64,2% dos RNs ficaram com a mãe no alojamento conjunto (LEAL et al., 2014a).

Em relação à prematuridade, foi evidenciado que a gravidez gemelar ($X^2=24,213$; $g_L = 1$; $p<0,0001$; $V = 0,34$), realização de menos de sete consultas no Pnar ($X^2 = 9,380$; $g_l = 1$; $p=0,002$; $V = 0,21$) e as intercorrências durante a gravidez ($X^2 = 36,195$; $g_l = 2$; $p<0,0001$; $V = 0,41$) aumentam a chance de prematuridade. Destas, a pré-eclâmpsia e o descontrole glicêmico durante a gestação aumentam em média seis vezes o risco de prematuridade dos nascidos vivos. Os tamanhos de efeito observados foram de moderada magnitude.

O estudo tipo caso-controle de Porto Alegre/RS, assim como um estudo brasileiro multicêntrico realizado em 20 maternidades referências, incluindo 2.682 partos prematuros espontâneos comparados a uma amostra de 1.146 de partos a termo, evidenciaram que a gestação múltipla e o pré-natal inadequado apresentam associação com a prematuridade, indo ao encontro da relação entre os fatores que

aumentam as chances de prematuridade evidenciados nesta pesquisa (OLIVEIRA et al., 2016b; PASSINI et al., 2014).

Os estudos acima citados consideraram como pré-natal inadequado a primeira consulta realizada após as 16 semanas. O parâmetro adotado por Oliveira et al. (2016b) para inadequação em relação ao número de consultas foi de quatro ou menos até as 37 semanas de gestação e Passini et al. (2014) menos de seis consultas até o momento do parto (OLIVEIRA et al., 2016b).

O estudo multicêntrico ainda evidenciou que a gestação gemelar aumentava em 15 vezes as chances de partos prematuros e um estudo transversal realizado em Imperatriz/MA apontou que a assistência pré-natal inadequada, menos de cinco consultas até 28 semanas de gestação, ou ausência do acompanhamento pré-natal aumentam em quatro vezes as chances de prematuridade (PASSINI et al., 2014; ALMEIDA et al., 2012).

Resultados da prevalência e fatores de risco relacionados ao nascimento pré-termo da PNB demonstraram que o parto prematuro espontâneo associou-se às gestações múltiplas e cuidados pré-natais inadequados, como o encontrado nesta investigação, à infecção, ao descolamento prematuro da placenta, ao crescimento intrauterino restrito e à malformação fetal (LEAL et al., 2016).

No que tange às intercorrências durante a gravidez associadas à prematuridade, o estudo da maternidade referência ao alto risco de Teresina/PI apresentou resultado semelhante ao desta pesquisa, apontando a pré-eclâmpsia como a intercorrência mais frequente (46,2%). No estudo de Itajubá/MG, a pré-eclâmpsia representa 25,5% das intercorrências obstétricas associadas ao parto prematuro (GONZAGA et al., 2016; TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

No estudo de cinco hospitais de saúde materno-infantil em Pequim, China, complicações durante a gestação, como placenta prévia, diabetes gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez, estão associadas aos casos de prematuridade (ZHANG et al., 2012).

Nesta pesquisa, a taxa de mortalidade neonatal foi de 9 por mil nascidos vivos, sendo observadas ainda três mortes fetais tardias (13/1.000), que ocorreram entre 34 e 36 semanas de gestação

O estudo transversal da mortalidade perinatal em gestantes de alto risco de Porto Velho/RO aponta taxas de óbitos perinatais superiores às encontradas nesta

pesquisa (35,68/1000). Do total de óbitos perinatais, 47,9% corresponderam a óbitos fetais e 52,1% a óbitos neonatais (SILVA; MONTEIRO, 2014).

Um caso-controle do Hospital Geral de Caxias do Sul/RS evidenciou resultado superior ao deste estudo em relação à taxa de óbitos fetais correspondente a 16,8/1000 nascidos vivos (KLEIN et al., 2012). Em contrapartida, a PNB apresentou uma taxa de mortalidade neonatal de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, com maior concentração nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (30,5%) (LANSKY et al., 2014).

Apesar de a incidência de mortalidade neonatal estar em declínio, é necessário um reforço das políticas públicas quanto à qualificação da atenção à saúde perinatal, a fim de uma redução significativa da mortalidade neonatal no Brasil. A assistência pré-natal qualificada, com profissionais capacitados para a implementação das práticas baseadas em evidências científicas, é citada pelos autores como fator de proteção para a saúde da mãe e do bebê. Baixo número de consultas ou a ausência do acompanhamento pré-natal associa-se ao aumento do risco de óbitos fetais. Inferem que a rede de atenção à saúde materna e perinatal deve garantir à gestante e ao RN acessibilidade adequada e no nível de complexidade necessário, desde o pré-natal até o parto, sendo estes assistidos dentro dos princípios da humanização (LANSKY et al., 2014; FONSECA; COUTINHO, 2010; JACINTO; AQUINO; MOTA, 2013; BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar o resultado materno e perinatal de um serviço de pré-natal de alto risco com a participação da enfermeira obstetra como integrante da equipe multidisciplinar por meio dos desfechos gestacionais de gestantes que tiveram acompanhamento pré-natal de alto risco, tendo no mínimo três consultas com a enfermeira obstetra evidenciou-se a eficácia da cobertura pré-natal de gestantes com maior risco reprodutivo quando o início do acompanhamento ocorreu no primeiro trimestre gestacional, uma vez que essas gestantes foram as que mais necessitaram de início precoce à assistência pré-natal de qualidade e no nível de complexidade necessário.

Outro resultado positivo da assistência é referente ao número de consultas pré-natais, as gestantes frequentaram em média oito consultas, sendo metade atendida pelo médico e a outra metade pela enfermeira obstetra. A equipe predefinida e a organização do serviço do Pnar possibilitam maior vínculo da gestante com a equipe de profissionais que a acompanha, estabelecem uma relação de confiança e evitam a fragmentação do cuidado.

Os resultados da pesquisa evidenciaram que os principais motivos de encaminhamento ao Pnar foram por diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes, doenças que representam a principal causa de morte materna no Brasil. Destarte, reafirma-se a necessidade premente de uma assistência de enfermagem de qualidade e especializada na atenção pré-natal, assim como de toda equipe envolvida na assistência. Destaca-se o fato de a equipe do Pnar no cenário ter como rotina, ao final de cada dia de atendimento, discutir os casos com objetivo de uniformizar as condutas e, em conjunto, propor o plano de cuidados específico para cada gestante.

Não obstante, houve uma porcentagem de 25% de internação hospitalar por intercorrências durante a gestação, sendo pré-eclâmpsia e descontrole glicêmico as mais frequentes. Ainda assim, os resultados mostraram-se inferiores quando comparados com outros estudos.

Mesmo se tratando de gestantes de alto risco, pontos positivos do estudo foram a maior porcentagem de parto normal como desfecho das gestações, em relação à cesariana, e a associação significativa entre a via de parto e o profissional que o assistiu, sugerindo que, em 100% dos casos em que assistência ao parto é

compartilhada entre a enfermeira obstetra e o médico obstetra, os partos foram normais.

Foram evidenciadas boas práticas aplicadas durante a assistência ao parto, como a livre escolha do posicionamento para o parto, contato pele a pele mãe e filho após o nascimento, amamentação na sala de parto e presença contínua do acompanhante de escolha da gestante. Outro achado que merece ser mencionado foi o número reduzido de episiotomia, inferior ao que a OMS recomenda.

Relacionado aos desfechos perinatais, a maioria dos recém-nascidos de gestantes classificadas como de alto risco, nasceram com peso adequado, receberam nota de Apgar maior que sete no quinto minuto de vida e ficaram em alojamento conjunto com a mãe. A permanência do recém-nascido com a mãe logo após o nascimento é primordial para o estabelecimento do vínculo afetivo e o sucesso do aleitamento materno.

As taxas de mortalidade neonatal e de prematuridade se mostraram inferiores às do território nacional, assim podemos inferir que o acompanhamento pré-natal e a assistência ao trabalho de parto e parto com a participação da enfermeira obstetra, podem ser indicadores de qualidade.

Os pontos fortes do estudo incluem o fato de o cenário onde a pesquisa foi desenvolvida ser uma instituição de referência nacional e internacional no atendimento ao parto e nascimento, cujo modelo de assistência inclui a autonomia e a atuação da enfermeira obstetra. Além disso, destaca-se a população de estudo com um perfil diferenciado, específico e de critérios de inclusão bem definidos.

Não obstante os pontos positivos verificados na pesquisa e dos resultados favoráveis das variáveis analisadas, uma limitação evidenciada foi a falta de registro nos livros de partos de algumas variáveis, principalmente as relacionadas ao recém-nascido. Os dados registrados são realizados por diversos profissionais, além disso, há um atraso no preenchimento, o que gera perda de informações, fato que pode ser explicado pela alta demanda no serviço. Outra limitação foi a forma de organização dos prontuários no Same.

Uma possível restrição desta pesquisa prende-se à impossibilidade de comparar com resultados de outros serviços semelhantes, no qual a enfermeira obstetra faça parte da equipe, por ser esta apenas uma especificidade do cenário do estudo.

Os resultados deste estudo demonstram o benefício da assistência em equipe, tanto no pré-natal de alto risco quanto no parto. A inserção da EO poderá contribuir para a melhoria dos indicadores da saúde da mulher no Brasil, tanto na redução da morte materna como nos altos índices de cesárea no país, assim como na promoção de uma atenção qualificada.

Espera-se que os resultados desta pesquisa despertem a atenção de formuladores de políticas de saúde e de gestores, para a reflexão sobre a atuação da enfermeira obstetra/obstetriz no Pnar e também na assistência ao parto, assim como para a ampliação do número de enfermeiras obstetras na assistência pré-natal no Brasil e a formulação de protocolos que incluam estas profissionais no pré-natal de alto risco.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012.
- ALVES, C. N. et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.265-271, 2015.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The Apgar Score. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. **Pediatrics**, Illinois, v. 136, n. 4, p. 1-6, 2015.
- AMORIM, M. M. et al. Selective episiotomy vs. Implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reproductive Health**, London, v. 14, n.1, p. 01-10, 2017. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0315-4>>. Acesso em: 18 maio 2017.
- AMORIM, M. M. R., SOUZA, A. S. R., PORTO, A. M. F. Indicações de cesarianas baseadas em evidências: parte I. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1585.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.
- ANDRADE, A. C. V. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **Mundo Saúde**, São Paulo v. 37, n. 4, p. 439-49, 2013.
- ASSIS, L. T. M.; FERNANDES, B. M. Saúde da mulher: a Enfermagem nos programas e políticas públicas nacionais no período de 1984 a 2009. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3 p. 356-364, 2011.
- BARBOSA, T. L. A., GOMES, L. M. X., DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/21108/13934>> Acesso em: 09 mar. 2016.
- BERHAN, Y., ENDESHAW, G. Maternal mortality predictors in women with hypertensive disorders of pregnancy: a retrospective cohort study. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 25, n. 1, p. 89-98, 2015. Disponível em: <<https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/112820>>. Acesso em: 01 maio 2017.
- BETRAN, A. P. et al. WHO Statement on caesarean section rates. **BJOG: Na International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 5, p. 667-670, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034743/>>. Acesso em: 01 maio 2017.

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**, 343, d7400. p. 01-13, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22117057>>. Acesso em: 05 maio 2017.

BLENCOWE, H. et al. National, regional, and world wide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **The Lancet**, v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>>. Acesso em: 29 maio 2017.

BRANDÃO, I. C. A., GODEIRO, A. L. S., MONTEIRO, A. I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 596-602, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5807>>. Acesso em: 04 maio 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviço de Atenção Materna e Neonatal**: segurança e qualidade. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília: ANVISA, 2014a. 108 p. (Série - Tecnologia em Segurança de Saúde).

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Saúde integral da Mulher**: dados. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher/dados>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de atenção à gestante**: a operação cesariana: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 101 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 381 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 13 jun. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 232 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Nascimentos por residência da mãe, por ano e tipo de parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 21 ago. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 02 abr. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 320 p. (Caderno de Atenção Básica n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. Rede Cegonha. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 154 p. (Caderno de Atenção Básica n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 5ª ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 304 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2ª ed., 2014d. 194 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 302p. (Caderno de Atenção Básica n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Banco de Dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade**. Mortalidade Materna: 2015 e 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 24 maio 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ªed., 2009. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Resolução COFEN nº 0516 de 24 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 27 jun.2016b.

BRASIL. Resolução CFM nº 2.144 de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 22 de jun. 2016d.

BRITTO, M. A.F. A participação dos movimentos de mulheres na mudança do paradigma do controle da natalidade no Brasil até 1984. **Revista Perspectivas do Desenvolvimento: um enfoque multidimensional**, v.2, n.3, p.1-19, 2014.

CAETANO, L. C., NETTO, L., MANDUCA, J. N. L. Gravidez depois dos 35 anos: Uma revisão sistemática da literatura. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 579-587, 2011.

CARR, M., RIESCO, M. Rekindling of Nurse-Midwifery in Brazil: Public Policy and Childbirth Trends. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 52, n. 4, p. 406-411, 2007.

CARVALHO, M. L.et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar de estudos experimentais: Animais e humanos**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2 p. 178-184, 2015.

CHEN, J. S. et al. Prevalence of pre-eclampsia, pregnancy hypertension and gestational diabetes in population-based data: Impact of different ascertainment methods on outcomes. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 52, n. 1, p. 91-95, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035037>>. Acesso em: 02 maio 2017.

COHEN, J. A power primer. **Psychological bulletin**, v. 112, n. 1, p. 155-159, 1992.

CORRÊA, M. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. esp, p. 24-32, 2014.

CORRÊA, S., FREITAS, J. **Princípios de Yogyakarta**: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. S. I, s. n, 2007, 38p. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S140-S153, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S101-S116, 2014.

ESTEVES-PEREIRA, A. P. et al. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. **PLoSOne**, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153396>>. Acesso em: 10 maio 2017.

FERNANDES, B. B. et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 192-199, 2015.

[FERNANDES, B. M.](#), ANDRADE, A. M., RIBEIRO, L. C. Avaliação do pré-natal de risco habitual realizado por enfermeiras obstetras de uma casa de parto. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 01, n. 01, p. 17-29, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-24433>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

FONSECA, S. C., COUTINHO, E. S. F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controlado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 240-252, 2010.

GAMA, S. G. N. et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, London, v. 13, n. S3, p. 225-233, 2016. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0236-7>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

GONÇALVES, A. C. et al. O acompanhante no centro obstétrico de um hospital universitário do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 159-167, 2015.

GONÇALVES, Z. R., MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, p. 275-279, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

GONZAGA, I. C. A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, 2016.

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

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during Childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews (online)**, Oxford, v.17, n.10, p. 1-59, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076901>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **O hospital**. Belo Horizonte: HSF, 2015. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>> Acesso em: 10 nov. 2015.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Proposta de assistência pré-natal a gestação classificada como alto risco**. Belo Horizonte, 2017. Não publicado.

[HUTCHEON, J.A.](#), [LISONKOVA, S.](#), [JOSEPH, K. S.](#) Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**. v. 25, n. 4, p. 391-403, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21333604>>. Acesso em: 01 maio 2017.

JACINTO, E., AQUINO, E. M. L., MOTA, E. L. A. Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 846-853, 2013.

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

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S192-S207, 2014.

LAVADO, M. M. et al. Fatores associados à via de parto atual em mulheres com cesariana prévia. **ACM: arquivos catarinenses de medicina**, Florianópolis, v. 44, n. 3, p. 11-22, 2015.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S17-S47, 2014b.

LEAL, M. C. et al. Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa. Informe ENSP, Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

LEAL, M. C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, London, v. 13, supl.3, p. 163-174, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073982/>>. Acesso em: 29 maio 2017.

LO, J. O., MISSION, J. F., CAUGHEY, A. B. Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**. v. 25, n. 2, p. 124-132, 2013. Disponível em: <http://journals.lww.com/coobgyn/Abstract/2013/04000/Hypertensive_disease_of_pregnancy_and_maternal.6.aspx>. Acesso em: 01 maio 2017.

LUZ, B. G. et al. O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013/14. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 3, n. 3, p. 137-143, 2015. Disponível em: <<http://201.20.109.36:2627/index.php/medicina/article/view/177>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MARTINS, M. F. S. V., REMOALDO, P. C. A. C. Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 360-365, 2014.

MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. 2ª. Edição. São Paulo: Atheneu, 2009.

MILLER, A. M., ROSEMAN, M. J. Direitos sexuais e reprodutivos nas Nações Unidas: frustração ou realização? **Questões de Saúde Reprodutiva**. Campo Grande, v. 7, n. 6, p. 32-48, 2013. Disponível em: <<http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsr6.pdf#page=34>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Associação de ginecologistas e obstetras de minas gerais. Nota técnica conjunta. **Atenção à saúde da gestante: novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante**. Belo Horizonte: SES, 2013. (Programa Viva Vida. Projeto Mães de Minas).

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S128-S139, 2014.

NARCHI, N. Z., CRUZ, E. F., GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Clinical guideline 62. **Antenatal care for uncomplicated pregnancies**. NICE, 2008. Last updated january 2017. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **About NICE: Who we are**. NICE, 2017. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

NORMAN, A. H.; TESSER, C.D. Obstetrias e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p.1-7, 2015. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1106>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

OLIVEIRA, L. L. et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 382-389, 2016b.

OLIVEIRA, R. R. et al. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 733-740, 2016a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, décima revisão**. 8ª ed. São Paulo: Edusp; 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS, p. 01-08, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra: OMS, p. 01-10, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia**. Montevideu: Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva - CLAP/SMR, 2014. 285 p.

PASSINI, R. et al. Brazilian multicentre study on preterm birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. **PLoSOne**. v.9, n. 10, p. e109069, 2014. Disponível em:

<<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0109069>>. Acesso em: 29 maio 2017.

PETRONI, L. M. et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 535-541, 2012.

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

PORTAL BRASIL. OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PRIMO, C. C. et al. Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 6, n. 1/4, p. 17-23, p. 17-23, 2015. Disponível em:

<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/571>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Nações Unidas no Brasil. **Os objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Os 8 Objetivos do Milênio (ODM)**. Brasília: Nações Unidas no Brasil, 2017. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home.html>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

REIS, A. T., SANTOS, R. S., PASCHOAL JÚNIOR, A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.16, n.1, p. 129-135, 2012.

REIS, C. S. C. et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 4972-4979, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/bde-29708>>. Acesso em: 25 maio 2017.

RICHARDSON, E., BIRNA, A-E. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos na América Latina: uma análise de tendências, compromissos e conquistas. **Questões de Saúde Reprodutiva**. v. 7, n. 6, p. 49-62, 2013. Disponível em: <<http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsr6.pdf#page=34>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coleção Guia de Referência Rápida. **Atenção ao Pré-Natal: Rotinas para gestantes de baixo risco**. 1ª ed. Rio de Janeiro: SMS, 2016.

SANDALL J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2013;8. Art. No. CD004667. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/abstract>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

SANTOS, S. M. P. et al. Acessibilidade ao serviço de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 01-10, 2016.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. 4ª ed. São Paulo: SMS, 2016. 96 p.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. e323-e333, 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

SILVA, C. S. et al. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de pesquisa (Online): cuidado é fundamental**, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SILVA, F. M. B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1031-1038, 2013.

SILVA, R. C. A. F., MONTEIRO, P. S. Mortalidade perinatal em gestantes de alto risco em um hospital terciário. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 2, n. 1, p. 23-28, 2014. Disponível em: <<http://revistaopiniaojuridica.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/41>>. Acesso em: 09 maio 2017.

SOUZA, A. S. R., AMORIM, M. M. R., PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 460-468, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a459-468.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

SPONG, C.Y. Defining “Term” Pregnancy: Recommendations From the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. **JAMA**, v. 309, n. 23, p. 2445-2446, 2013. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1685467>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

TEIXEIRA, L. A., VASCONCELOS, L. D., RIBEIRO, R. A. F. Prevalência de Patologias e Relação com a Prematuridade em Gestação de Alto Risco. **Revista Ciências em Saúde**, v. 5, n. 4, p. 35-42, 2015. Disponível em: <http://186.225.220.234:8484/rcsfmit/ojs2.3.33/index.php/rcsfmit_zero/article/view/409>. Acesso em: 10 mar. 2016.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S220-S231, 2014.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994**. UNFPA, 2004. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **The State of the World's Midwifery: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health**. UNFPA, 2014. 228 p. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/sowmy>>. Acesso em: 09 jun 2017.

VARGENS, O. M. C., SILVA, A. C. V., PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 01-08, 2017.

VEST, A. R., CHO, L. S. Hypertension in Pregnancy. **Current Atherosclerosis Reports**. v. 16, n. 3, 2014. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11883-013-0395-8>>. Acesso em: 01 maio 2017.

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

VIEIRA, B. D. G. et al. A prevenção da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1504-1512, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13994>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

VOGT, S. E., SILVA, K. S. D., DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista Saúde Pública**. v. 48, n. 2, p. 304-313, 2014.

VON DADELSEN, P., MAGGE, L. A. Preventing deaths due to the hypertensive disorders of pregnancy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**. v. 36, p. 83-102, 2016. Disponível em: <[http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934\(16\)30031-1/pdf](http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934(16)30031-1/pdf)> Acesso em: 01 maio 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. Geneva: WHO, reviewed november, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em: 29 maio 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: WHO, 2015.

ZHANG, Y.P. et al. Risk factors for preterm birth in five Maternal and Child Health hospitals in Beijing. **PloSOne**, v. 7, n. 12, p. e52780, 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0052780>>. Acesso em: 29 maio 2017.

ZUREICK-BROWN, S. et al. Understanding Global Trends in Maternal Mortality. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 39, n.1, p. 01-20, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886625/>>. Acesso em: 25 maio 2017.

APÊNDICE A



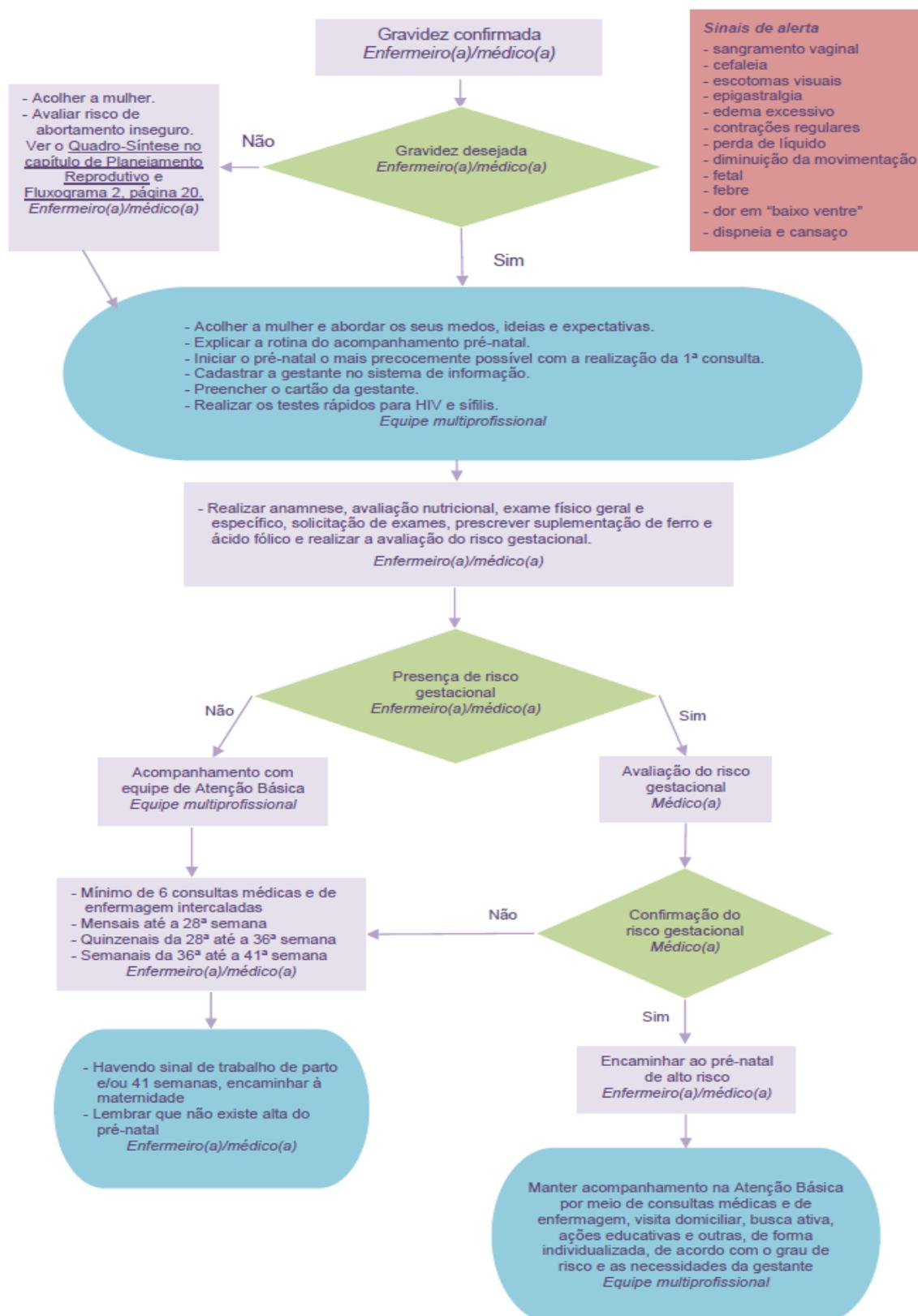
Universidade Federal de Juiz de Fora- Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Enfermagem

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

Nº DO PRONTUÁRIO:	Data: __/__/____			
I IDENTIFICAÇÃO				
Nome (iniciais):	Data de nascimento: __/__/__	Idade		
Ocupação:	Cor/Etnia:	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena
Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> separada/divorciada <input type="checkbox"/> outros especificar				
Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeta <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo				
II ANTECEDENTES OBSTRÉTRICOS				
G:	P:	A:	PN:	C:
III ASSISTÊNCIA AO PNAR				
Motivo do encaminhamento				
Idade gestacional que foi encaminhada ao PNAR				
Número de consultas realizadas com:				
<input type="checkbox"/> Enfermeiro obstetra				
<input type="checkbox"/> Médico obstetra				
Total de consultas:				
Complicações e/ou internações durante a gestão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Data(s) da(s) internação(ões):				
Idade Gestacional:				
Motivo:				
IV DESFECHO DA GESTAÇÃO				
Idade gestacional do parto				
Via do parto: <input type="checkbox"/> Normal				
Episiotomia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Laceração: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se parto normal, profissional que o assistiu no parto:				
Acompanhamento durante o parto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem?				
Cesária: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Indicação:				
Intercorrências:				
Durante o parto <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
Durante o puerpério. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
Morte materna <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar causa:				
V INFORMAÇÕES DO RECÉM-NASCIDO				
Condições do recém-nascido:				
Prematuro: (<37 semanas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Nascimento: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> natimorto				
Apgar: 1º : 5º Peso:				
Contato pele a pele logo após o nascimento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Amamentação na primeira hora de vida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Pós-parto				
Alojamento conjunto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Óbito neonatal: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
<input type="checkbox"/> Precoce: < 7 dias <input type="checkbox"/> Tardio: > 7 dias até < 28 dias				

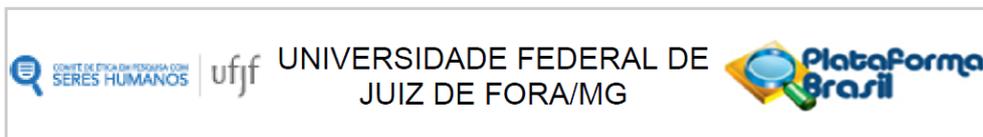
ANEXO A – Fluxograma do pré-natal na atenção básica

Fluxograma 1 – Pré-Natal na Atenção Básica^{2,7}



Fonte: BRASIL, 2016a.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DA ENFERMEIRA OBSTETRA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Pesquisador: BETANIA MARIA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57288916.3.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.685.051

Apresentação do Projeto:

- Os pesquisadores apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.
- Apresentam comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.
- O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

Objetivo da Pesquisa:

O objeto de estudo está bem delineado. Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia atende ao(s) objetivo(s) proposto(s) e informa:

- tipo de estudo;
- procedimentos que serão utilizados
- número de participantes

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.685.051

- critérios de inclusão e exclusão
- forma de recrutamento
- modo de coleta de dados
- tipo de análise
- cuidados éticos

As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização

O cronograma mostra

- o agendamento das diversas etapas da pesquisa

O orçamento

- lista a relação detalhada dos custos da pesquisa
- apresenta o responsável pelo financiamento

O instrumento de coleta de dados é pertinente aos objetivos delineados e preserva o participante do constrangimento.

- Apresenta autorização para utilização de dados secundários, junto ao termo de confidencialidade.

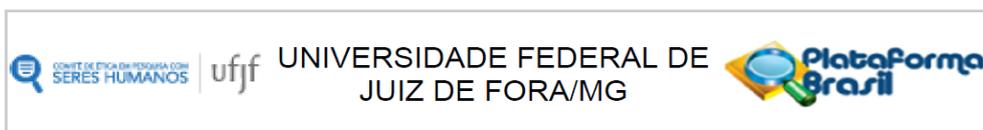
O TCLE

- Está em linguagem adequada, clara para compreensão do participante
- Apresenta justificativa e objetivos
- Descreve suficientemente os procedimentos
- Apresenta campo para a identificação dos participantes
- Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao participante
- Assegura liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades
- Garante sigilo e anonimato
- Explicita
 - riscos e desconfortos esperados
 - Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
 - Forma de contato com o pesquisador
 - Forma de contato com o CEP
 - O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa,

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.685.051

estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Setembro de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.685.051

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727515.pdf	18/08/2016 14:32:50		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo_c_2.pdf	18/08/2016 14:32:18	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	20/06/2016 15:13:12	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modelo_CEP.doc	20/06/2016 15:11:36	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_B.pdf	17/06/2016 01:20:45	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A_TCLE.doc	17/06/2016 01:20:10	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Outros	APENDICE_C.docx	08/06/2016 17:31:51	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Outros	APENDICE_B.docx	08/06/2016 16:26:48	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	08/06/2016 16:24:04	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/06/2016 21:52:15	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 18 de Agosto de 2016

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DA ENFERMEIRA OBSTETRA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Pesquisador: BETANIA MARIA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57288916.3.3001.5132

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.773.431

Apresentação do Projeto:

O projeto refere-se a uma pesquisa que atende ao requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Betânia Maria Fernandes. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado a partir do estudo de coorte não concorrente que se propõe analisar o cuidado da enfermeira obstetra num pré-natal de alto risco, descrever suas atribuições e avaliar os resultados maternos e perinatais de um serviço de pré-natal de alto risco que tem a enfermeira obstetra como integrante da equipe multidisciplinar. Serão sujeitos do estudo Enfermeiras obstetras e Médicos Obstetras que integram a equipe de atendimento ao Pré Natal de Alto Risco (PNAR) do Hospital Sofia Feldman e que atendem ao pré-natal de alto risco há mais de 6 meses. Serão incluídos no estudo todos os profissionais que atendem no PNAR. Para a coleta de dados será realizada análise dos prontuários das gestantes atendidas no PNAR do ano de 2013 a 2015, com desfecho da gestação no cenário do estudo. No instrumento de análise dos prontuários constam as variáveis sociodemográficas e referentes ao pré-natal como: faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação, número de consultas realizadas por cada profissional, número total de consultas, motivos do encaminhamento ao PNAR, vacinação, uso de medicação, via de parto, índice de prematuridade e índice de morbimortalidade materna e perinatal. Para a pesquisa nos prontuários

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.773.431

foi calculada uma amostra representativa de 1200 prontuários. A seleção desses 1200 prontuários será realizada aleatoriamente por meio de sorteio. Os dados serão gerenciados por meio do programa SPSS 18.0, com análise descritiva de frequência absoluta, consolidados em tabelas e gráficos.

Objetivo da Pesquisa:

analisar o cuidado da enfermeira obstetra num pré-natal de alto risco, descrever suas atribuições e avaliar os resultados maternos e perinatais de um serviço de pré-natal de alto risco que tem a enfermeira obstetra como integrante da equipe multidisciplinar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco envolvido na pesquisa diz respeito aos procedimentos de coleta de dados. As pesquisadoras explicitaram que irão assegurar o anonimato dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo encontra-se bem sustentado pela literatura. Metodologia adequada ao objeto de estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

Folha de rosto;

Projeto Detalhado

Termo de consentimento

Recomendações:

Aprovação do projeto considerando a versão modificada enviada pelas pesquisadoras na qual consta adequação da coleta de dados e cronograma de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação do projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_727515.pdf	18/08/2016 14:32:50		Aceito

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi **CEP:** 31.844-130
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 **Fax:** (31)3408-2218 **E-mail:** lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.773.431

Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo_c_2.pdf	18/08/2016 14:32:18	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727515.pdf	20/06/2016 15:14:00		Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	20/06/2016 15:13:12	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modelo_CEP.doc	20/06/2016 15:11:36	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_C.pdf	17/06/2016 01:21:12	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_B.pdf	17/06/2016 01:20:45	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A_TCLE.doc	17/06/2016 01:20:10	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727515.pdf	08/06/2016 17:58:08		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727515.pdf	08/06/2016 17:46:28		Aceito
Outros	APENDICE_C.docx	08/06/2016 17:31:51	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Outros	APENDICE_B.docx	08/06/2016 16:26:48	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	08/06/2016 16:24:04	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/06/2016 21:52:15	KARLA LAURIANE COUTINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Outubro de 2016

Assinado por:
Erika da Silva Dittz
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiinfeldman.org.br