CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ – UNICESUMAR

PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESCOLA DE MARINGÁ-PR.

ANGÉLICA CAPELLARI MENEZES CASSIANO

ORIENTADORA: DRA. LUCIA ELAINE RANIERI CORTEZ

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARINGÁ- 2015

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ – UNICESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESCOLA DE MARINGÁ-PR.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como requisito à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

MARINGÁ- 2015

Cassiano, Angélica Capellari Menezes

Perfil epidemiológico das gestantes de Alto Risco atendidas em um Hospital Escola de Maringá- Pr.

Maringá, 2014

70 pág

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Cesumar (UNICESUMAR)

Área de Concentração: Promoção para Saúde

Orientadora: Profª . Drª. Lúcia Elaine Ranieri Cortez

1. Gestação de alto risco; 2.Perfil de saúde; 3- Prevalência

DEDICATÓRIA

A você Wagner Aparecido Cassiano, meu marido, amigo, companheiro e eterno amor... Por ter me incentivado e permanecido ao meu lado durante todo o caminho percorrido. Pela paciência e dedicação ao Davi, nosso filho amado, nos momentos em que estive ausente. Por ter compartilhado angústias e dúvidas estendendo sua mão amiga. Por ter acreditado em minha capacidade quando eu já não acreditava.,,

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força para superar todos os obstáculos.

A minha família linda e amorosa (Papai Plínio, Mamãe Edna e meus irmãos Hellen e Plínio) que sempre estiveram ao meu lado.

Ao Davi, meu filho amado, por ter sido tão compreensivo e cuidadoso, respeitando os meus momentos de ausência e me auxiliando em tudo o que foi necessário.

A minha cunhada Gislaine Cassiano, por estar ao meu lado, cuidando com amor e dedicação de tudo o que me pertence.

Aos meus amigos (próximos e distantes) que sempre souberam a importância desse mestrado e ficaram na torcida, me estimulando a terminar.

Aos meus grandes amigos e companheiros de caminhada, Sandra Mara, Edlaine Carlucci, Ludmila Bolsoni, Ulisses Bueno, Ana Paula e José Alipio Gouveia.

A minha querida professora, amiga e companheira de jornada Cristiane Faccio Gomes, por ter acreditado em minha capacidade sem mesmo me conhecer, por ter sido fiel escudeira do inicio ao fim, por nunca, mesmo com todos os impedimentos, ter me abandonado.

A minha amada orientadora, Dra Lucia Elaine Ranieri Cortez, que assumiu a responsabilidade de estar ao meu lado quando tudo parecia estar perdido, desempenhando seu papel com eficiência e dedicação.

MUITO OBRIGADA!!!

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

PAISM	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PHPN	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E DO NASCIMENTO
MÊS	DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE DA CRIANÇA
DNCR	DEPARTAMENTO NACIONAL DA CRIANÇA
PSMI	PROGRAMA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SISPRENATAL	SISTEMA ELETRÔNICO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE O ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES ATENDIDAS NO SUS
RMM	RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA
CONASS	CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE
CONASEMS	CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DHEG	DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

LISTA DE TABELAS - ARTIGO 2

Tabela 01 – Caracterização da população estudada (n=136), conforme a idade, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, moradia e uso ou não de drogas. 04

Tabela 02 – Distribuição (n=136) proporcional das características reprodutivas das gestantes de alto risco atendidas no hospital universitário de Maringá. 2010-2014.

Tabela 03 – Distribuição das patologias prevalentes na gestação de alto risco atendidas no hospital universitário de Maringá. 2010-2014. 07

Tabela 04 – Associação entre as principais patologias prevalentes com a idade materna e classificação do RN quanto a sua maturidade. 07

Tabela 05 - Associação entre o tipo de parto e a classificação do RN quanto a sua maturidade e o número de consultas de pré-natal. 07

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
INTRODUÇÃO	02
ARTIGO CIENTÍFICO 1- SAÚDE MATERNO INFANTIL NO BRASIL: EVOLUÇÃO E PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	05
RESUMO	05
ABSTRACT	06
INTRODUÇÃO	07
METODOLOGIA	08
EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL NO BRASIL	08
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEITO E DEFINIÇÕES	16
REDE CEGONHA	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ARTIGO CIENTÍFICO 2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, MARINGÁ-PR	26
RESUMO	26
ABSTRACT	27

INTRODUÇÃO 29

METODOLOGIA 32

RESULTADOS 34

DISCUSSÃO 40

CONCLUSÃO 46

REFERÊNCIAS 47

ANEXO PARA ARTIGO – 1

ANEXO A- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DO SERVIÇO PÚBLICO (ENAP). 50

ANEXOS PARA ARTIGO – 2

ANEXO A - FOLHA DE ROSTO 52

ANEXO B- FICHA PARA COLETA DOS DADOS 53

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ 57

ANEXO D- TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE 58

ANEXO E- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 59

ANEXO F - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA 63

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta pelos elementos textuais introdução, metodologia, conclusão e dois artigos científicos, sendo o primeiro uma revisão de literatura a respeito das politicas de saúde Publica destinadas a saúde da mulher e o segundo foi originado da pesquisa realizada no Hospital Universitário de Maringá, Paraná, Brasil.

ARTIGO 1: Saúde materno infantil no brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo ministério da saúde. Descreve e analisa as políticas voltadas a assistência da mulher desde o período do estado novo até os dias atuais. O artigo foi aceito e publicado na Revista do Serviço Público em maio de 2014.

ARTIGO 2: Perfil epidemiológico das gestantes de alto risco atendidas em um Hospital Escola de Maringá-Pr.

Descreve o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco que foram atendidas no ambulatório de alto risco do Hospital Universitário de Maringá entre janeiro de 2010 a janeiro de 2014. Este artigo será submetido à apreciação, visando a publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

Em consonância com as regras do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, os artigos foram redigidos de acordo com as normas da Revista da revista do Serviço Publico (Anexo A) e Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Anexo B).

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde destinadas ao atendimento das necessidades e dos direitos da mulher e da criança são definidas seguindo desde princípios meramente reprodutivos, voltados apenas para a concepção e anticoncepção, até aqueles mais amplos, voltados para garantir uma melhor condição de saúde e de vida (COSTA; BAHIA; CONTI, 2007).

Os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira, principalmente o movimento feminista, contribuíram para a construção de novas políticas públicas a partir da década de 1980. Isso resultou na consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000, pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltada à atenção materno infantil (SANTOS NETO et al., 2008).

A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, significou uma conquista ao colocar em destaque que a saúde da mulher precisava ser abordada em todos os ciclos da vida e não apenas no período da gravidez. A proposta do programa considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, prevenção do câncer e de doenças sexualmente transmissíveis, assistência à adolescente, à menopausa e à anticoncepção (ALMEIDA, 2005).

O PAISM foi apenas o início de uma série de mudanças expressivas que ocorreram na reorientação do modelo assistencial médico-privatista vigente. As ações de saúde ainda eram elementares devido à lógica de financiamento do sistema voltada apenas à produtividade dos serviços (SANTOS NETO et al., 2008).

No ano de 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com o principal objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País (BRASIL, 2005a).

Após a implantação do PHPN, verificou-se que o programa não teve o alcance esperado, pois apresentou dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais. Mulheres ainda relataram a incerteza de vagas nos hospitais e a preocupação com a peregrinação entre os serviços hospitalares (DIAS; DESLANDES, 2006; PARADA; TONETE, 2008).

Na busca pela melhoria da assistência materno infantil, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o programa Rede Cegonha. O Rede Cegonha é uma importante estratégia do Governo Federal, uma vez que objetiva a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e reduza, dessa forma, os índices de mortalidade materno infantil (CAVALCANTI, 2010).

Sabe-se que a gravidez é um acontecimento biologicamente natural e especial na vida da mulher e, na maioria das vezes, sua evolução ocorre sem nenhum problema. Mesmo havendo alterações anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas, o organismo se mantém em equilíbrio dinâmico por mecanismos compensatórios. No entanto, o limite entre a normalidade e a doença é extremamente tênue e o desequilíbrio representa risco elevado de morbimortalidade (MARTINS; REZENDE; VINHAS, 2003).

Uma pequena quantidade de gestantes, que por terem alguma doença, desenvolverem algum problema ou sofrerem algum agravo, apresentam maiores chances de apresentar gestação com evolução complicada tanto para ela como para o bebê. Essa parcela de mulheres é denominada de "gestantes de risco", ou seja, ela ou o feto apresentam maiores chances de adoecer e morrer, quando comparadas com a média da população considerada (BRASIL, 2006).

As gestantes podem ser estratificadas quanto ao risco em três categorias: risco habitual, risco intermediário e alto risco. Os fatores causadores de alto risco gestacional podem ser classificados em quatro grupos: características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis (idade, ocupação, situação conjugal, baixa escolaridade, hábitos de vida como o uso de fumo e álcool etc.), história reprodutiva anterior (morte perinatal, baixo peso ao nascer, abortamento, etc.), doenças obstétricas na gravidez atual (número de fetos, volumes de líquido, gravidez prolongada, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes, etc.) e as intercorrências clínicas (hipertensão, cardiopatias, pneumopatias, infecções e outras) (BRASIL, 2012d).

A não detecção precoce da gestante de risco aumenta consideravelmente o risco de morte. A morte materna é aquela que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez,

devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais (BRASIL, 2007). Destaca-se que 90% dessas mortes são evitáveis se as gestantes forem socorridas a tempo (BRASIL, 2012d).

Diante do exposto, descrever a evolução da atenção à saúde materno infantil no Brasil, bem como dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde é de grande importância, uma vez que nos permite conhecer o atendimento que a as mulheres e gestantes vem recebendo no Brasil. Soma-se a isso, a importância de se estudar a gestação de alto risco, pois, esse tipo de gestação está diretamente ligado a um aumento na morbimortalidade materna e perinatal e isso atrai inúmeros debates e preocupações no Paraná, visto que reflete a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, bem como a operacionalização das políticas públicas voltadas à saúde da mulher. Se as condições geradoras do risco forem identificadas precocemente, elas podem ser minimizadas ou até mesmo eliminadas. Portanto, identificar o perfil de gestantes de risco é uma medida que pode gerar ações preventivas e benéficas, uma vez que se pode, a partir disso, caracterizar e acompanhar as gestantes com maior probabilidade complicações.

ARTIGO CIENTÍFICO 1

Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde

Publicado na Revista do Serviço Público Brasília 65 (2): 227-244 abr/jun 2014

Angélica Capellari Menezes Cassiano;
Edilaine Monique de Souza Carlucci;
Cristiane Faccio Gomes e Rose Mari Bennemann

Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde

RESUMO:

Trata-se de uma revisão de literatura com o objetivo de descrever a evolução da atenção à saúde materno infantil no Brasil desde o Estado Novo até os dias atuais. O levantamento de dados foi realizado em livros, sites do Ministério da Saúde, Legislações do Diário Oficial e artigos das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), Medline e Scientific Eletronic Library (Scielo). As políticas públicas de saúde materno infantil foram definidas seguindo desde os princípios meramente reprodutivos até aqueles mais amplos, voltados para garantir uma melhor condição de saúde e de vida. Nas últimas décadas, com o auxílio do governo e da sociedade, houve uma progressão no atendimento da saúde da mulher e da criança. No entanto, conclui-se que, apesar da evolução observada, o grande desafio ainda se encontra na redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil.

Palavras-chave: política de saúde, mortalidade infantil, política pública, programa social, saúde

Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde

Salud Maternal-Infantil en Brasil: evolución y programas desarrollados por el Ministerio de la Salud

Se trata de una revisión de literatura con el objetivo de describir la evolución de la atención a la salud maternal-infantil en Brasil desde el nuevo estado hasta los días actuales. El levantamiento de los datos fue realizado en libros, sites del Ministerio de la Salud, Legislación del Diario Oficial y artículos de las bases de datos de la Biblioteca Virtual em Salud – BVS/Bireme y la Scientific Eletronic Library - Scielo. Las políticas públicas de salud maternal-infantil fueron definidas desde el principio simplemente reproductivo hasta aquellos más amplio, centrados para garantizar una mejor condición de salud y de vida. Em las últimas décadas, con la ayuda del gobierno y de la sociedad, hubo un progreso en el tratamiento de la salud de la mujer y del niño. Sin embargo se concluye que, a pesar de la evolución observada el grande desafío aún se encuentra en la reducción de la mortalidade materna, neonatal e infantil.

Palabras-clave: política de salud, mortalidad infantil, política pública, programa social, salud

Maternal and child health service in Brazil: the evolution of health care and the public policies of the Ministry of Health

This paper reviews the literature on maternal and child health policies with the objective of describing the evolution of health care for maternal and child health service in Brazil since 1937 to the present day. The data were collected in books, websites of the Ministry of Health, Laws and Articles of the Official Gazette, the Virtual Library data bases in BVS/ Bireme Health, Medline and the Scientific Electronic Library – SciELO. The definition for public policies on maternal and child health ranged from merely reproductive principles to broader ones, in order to ensure better quality of health and life. In recent decades, with the assistance of government and society, there has been advancement in the health care of women and children. However, we conclude that, despite the advancements observed, the greatest challenge still lies in reducing maternal, infant and child mortality rates.

Keywords: health policy, infant mortality, public policy, social program, health

Introdução

As políticas públicas de saúde destinadas ao atendimento das necessidades e dos direitos da mulher e da criança são definidas seguindo desde princípios meramente reprodutivos, voltados apenas para a concepção e anticoncepção, até aqueles mais amplos, voltados para garantir uma melhor condição de saúde e de vida (COSTA; BAHIA; CONTI, 2007).

Os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira, principalmente o movimento feminista, contribuíram para a construção de novas políticas públicas a partir da década de 1980. Isso resultou na consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000, pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltados à atenção materno infantil (SANTOS NETO et al., 2008).

A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, significou uma conquista ao colocar em destaque que a saúde da mulher precisava ser abordada em todos os ciclos da vida e não apenas no período da gravidez. A proposta do programa considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, prevenção do câncer e de doenças sexualmente transmissíveis, assistência à adolescente, à menopausa e à anticoncepção (ALMEIDA, 2005).

O PAISM foi apenas o início de uma série de mudanças expressivas que ocorreram na reorientação do modelo assistencial médico-privatista vigente. As ações de saúde ainda eram elementares devido à lógica de financiamento do sistema voltada apenas à produtividade dos serviços (SANTOS NETO et al., 2008).

No ano de 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com o principal objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País (BRASIL, 2005a).

Após a implantação do PHPN, verificou-se que o programa não teve o alcance esperado, pois apresentou dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais. Mulheres ainda relataram a incerteza de vagas nos hospitais e a preocupação com a peregrinação entre os serviços hospitalares (DIAS; DESLANDES, 2006; PARADA; TONETE, 2008).

Na busca pela melhoria da assistência materno infantil, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o programa Rede Cegonha. O Rede Cegonha é uma importante estratégia do Governo Federal, uma vez que objetiva a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduza, dessa forma, os índices de mortalidade materno infantil (CAVALCANTI, 2010).

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo descrever a evolução da atenção à saúde materno infantil no Brasil, bem como dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a evolução das ações e programas de atenção à saúde materno infantil no Brasil. O levantamento dos dados foi realizado em livros, sites do Ministério da Saúde, Legislações do Diário Oficial e artigos das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), Medline e da Scientific Eletronic Library (Scielo).

A busca foi realizada por meio do método integrado, com utilização dos seguintes descritores: redes de atenção à saúde, atenção primária à saúde, Rede Cegonha, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, humanização do parto, humanização do pré-natal e Sisprenatal. Delimitados os descritores, a seleção dos textos foi realizada por leitura exploratória, com o objetivo de conhecer o material, e, posteriormente, por leitura seletiva, na qual foram excluídos estudos regionais. Por fim, a leitura interpretativa, juntamente com a experiência profissional dos pesquisadores, permitiu um maior significado ao estudo.

Evolução da atenção à saúde materno infantil no Brasil

A história da saúde materno infantil no Brasil foi construída ao longo de várias décadas, recebeu diferentes terminologias e passou por várias gestões. Inicialmente, mulher e criança não ocupavam as posições que atualmente a sociedade e as políticas públicas lhes permitem e garantem (VICTORA et al., 2011).

Entre 1937 e 1945, no governo de Getúlio Vargas, período denominado de Estado Novo, foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno infantil do Brasil. Suas

atividades eram realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES), que objetivava apenas normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil, sem preocupação com as questões relacionadas à reprodução (BRASIL, 2011d).

Em 1940, Getúlio Vargas transferiu para o Departamento Nacional da Criança (DNCr) as responsabilidades relacionadas à saúde da mãe e da criança, sendo esse, então, o primeiro órgão criado para atender exclusivamente à saúde materno infantil (BRASIL, 2011d).

De acordo com Tyrrell (1997), Getúlio Vargas defendia que a reprodução humana era mais importante para a sociedade do que para o indivíduo, uma vez que o motivo principal do Estado e da mulher era melhorar a raça humana com o objetivo de formar homens com condições cada vez melhores para auxiliar no crescimento e desenvolvimento econômico do País. Nesse sentido, toda assistência educacional, sanitária e médica voltada à mulher e à criança tinha por objetivo apenas a busca por uma Nação forte e rica.

Segundo Pereira (1999), para conseguir uma Nação forte e sadia, o DNCr deveria realizar ações para combater a mortalidade infantil, melhorar o pré-natal e voltar a educação para o estímulo a bons hábitos morais e higiênicos. Isso só seria possívelpor meio do reforço alimentar materno e infantil, do ensino da puericultura às mães, da distribuição de merenda escolar e do ensino de práticas de higiene.

Apesar das ações propostas pelo DNCr, o que se verificou foi a manutenção da pobreza, da exploração excessiva da força de trabalho, grave quadro sanitário e educacional e uma redução menor do que a almejada da mortalidade materno infantil (VIEIRA, 2003). Entretanto, mesmo não obtendo os resultados esperados, pode-se observar redução, mesmo que lenta, da mortalidade infantil, de 168 em 1000 nascidos vivos em 1930, para 150 em 1940 (IBGE, 1999), resultado da implantação de algumas políticas sanitárias nos centros urbanos nacionais.

Nessa época, a maior preocupação do governo era a redução da mortalidade infantil como estratégia para aumentar a população, sem se preocupar com a qualidade da reprodução humana e com as condições de saúde da mulher, que era vista apenas como fonte de reprodução e cuja função era voltada exclusivamente para a criação de braços fortes para servir o País, sem direitos pessoais, sociais e econômicos. Não havia um acompanhamento da sua saúde, nem mesmo durante a gravidez. O governo apenas incentivava a procriação em

massa, sem fornecer as condições mínimas necessárias para um bom desenvolvimento gestacional.

Acreditava-se na orientação e responsabilização exclusiva da mãe e da família em relação ao autocuidado e ao cuidado com a criança. A intensificação da melhoria das práticas de higiene e educação sanitária seria suficiente para reduzir os índices de mortalidade infantil. Entretanto a implantação dessas práticas não foi capaz de atingir os objetivos esperados, e a superpopulação, até então estimulada, passou a ser mais um agravante para o precário quadro sanitário e econômico já existente no País.

Em 1964, os militares assumiram o governo e, a partir desse momento, a saúde começou a ser vista de maneira individual e não como um fenômeno coletivo e com ações voltadas exclusivamente para a cura (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No que se refere à atenção dada à saúde da mulher e da criança durante o militarismo, na década de 1975, houve a implantação do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) (BRASIL, 1975). O PSMI tinha dois focos de atuação: o primeiro era a intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial, e o segundo era a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (SANTOS NETO et al., 2008).

De fato, esse programa auxiliou na redução da taxa de mortalidade infantil, que passou de 100 em 1000 nascidos vivos em 1975, para 82,9 em 1980 (IBGE, 1999). No que se refere ao controle da natalidade por meio da esterilização feminina, esse programa também teve sucesso, uma vez que a taxa de fecundidade total apresentou redução. O índice que era de 6,2 filhos para cada mulher, em 1950, caiu, em 1970, para 5,8 e, em 1980, para 4,2 (VIEIRA et al., 2002).

Apesar disso, os programas de saúde passaram a ser fortemente criticados pelo movimento feminista brasileiro, em função do aspecto reducionista que apresentavam. Assim, contribuiu-se para introduzir, na agenda da política nacional, questões como a desigualdade social entre homens e mulheres, sexualidade, dificuldades relacionadas à anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho doméstico (ÁVILA; BLANDER, 1991).

Na tentativa de resolver os problemas sanitários e econômicos ocasionados pelo aumento populacional durante o governo anterior, é lançada, como estratégia principal, a esterilização feminina como método anticoncepcional. Nesse período, acreditava-se que a

redução do número de habitantes seria a medida mais eficaz para melhorar as condições do País.

A atenção prestada à mulher passa a ter um caráter mais individual do que nas décadas anteriores, porém esse atendimento é fragmentado e restrito apenas ao ciclo gravídico, e a mulher permanece sem atenção durante todas as outras etapas de sua vida. A atenção destinada à criança ainda é voltada exclusivamente para o nascimento, ou seja, o que importava era o fato de ela ter nascido viva ou morta, e, a partir desse momento, ela recebia somente o atendimento curativo.

Foi durante o militarismo que o movimento feminista, impulsionado pela percepção das desigualdades sociais existentes entre os gêneros e pela fragmentação da assistência prestada à população feminina, iniciou a busca por estratégias capazes de mudar o quadro existente na época. As mulheres demonstraram, por meio de movimentos sociais organizados, sua insatisfação quanto à violência corporal sofrida em relação ao uso exagerado de cesarianas e esterilizações. Difundiu-se o entendimento de que a prática de castração era apenas uma tentativa ineficaz de solucionar os problemas sociais existentes.

Diante dessas argumentações, em 1983, foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a publicação do documento "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programáticas", em 1984. Esse programa foi uma das maiores conquistas do movimento feminista, resultante da mobilização das mulheres brasileiras em busca da cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público (BRASIL, 1983).

O PAISM foi o primeiro programa lançado pelo Governo Federal com o propósito de planejamento familiar no Brasil (BRASIL, 2011c). Tem seus princípios e diretrizes voltados para a orientação do atendimento integral à saúde das mulheres e inclui, em suas ações, atividades educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde. Atende às necessidades clínico-ginecológicas, pré-natal, parto, puerpério, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 1983; OSIS, 1998).

No âmbito das relações de mercado, o que mais contribuiu para proteger a saúde da mulher e da criança foi a Constituição Federal de 1988, que, em alguns de seus artigos, descreve os direitos reprodutivos adquiridos. Entre eles, destacam-se:

> [...] o direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; a proteção à maternidade e à infância; a licença à

> gestante sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; a licença-paternidade nos termos fixados em lei; a assistência gratuita aos filhos e dependentes, desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas; a proteção especialmente à gestante e ao planejamento familiar (BRASIL, 1988).

Apesar de o pré-natal estar presente no topo de todas as ações relacionadas à assistência da mulher, alguns problemas ainda ficaram pendentes, como o acesso ao serviço médico em algumas regiões do País, a qualidade da atenção, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção, a elevada taxa de mortalidade materna e altos índices de esterilização (COSTA, 1999).

O PAISM foi um dos maiores avanços na atenção à saúde da mulher e da criança. Constituiu um marco histórico de extrema importância para o Brasil, pois é a primeira vez que o governo deixa de pensar somente no tratamento individual e na cura de doenças e inclui, em seu programa, questões referentes à família. A esterilização deixou de ser o método contraceptivo mais usado e se passou a destacar a importância do planejamento familiar e de ações educativas de prevenção à gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. A relevância desse programa se torna ainda maior quando se destaca a proposta social de mudança para a integralidade da atenção à saúde da mulher, que passa a incluir a prevenção e o tratamento de agravos à saúde desde a adolescência até a terceira idade e não apenas durante o período gestacional.

Mesmo com a redução da taxa de mortalidade materna de 68,9 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos em 1980 para 45 óbitos em 1996 (RIPSA, 2004), o Brasil ainda permanecia com índices altíssimos de mortalidade materna quando comparado com os países desenvolvidos, uma vez que, nesses países, ocorriam menos de 10 mortes para cada 100 mil nascidos vivos.

Segundo Tyrrell (1997), após três décadas da implantação do PAISM, as condições das mulheres e crianças do nosso país ainda eram gravíssimas, tendo em vista a persistência dos altos índices de morbimortalidade materna e infantil.

Serruya, Cecatti e Lago (2004) relatam que essa política foi bem estruturada, mas não foi efetivamente implantada em todo o território nacional, e, apesar de proporcionar avanço expressivo dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, sua implantação sofreu

dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu que o programa se transformasse, de fato, em agente transformador da saúde das mulheres.

Diante disso, em junho de 2000, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria/GM nº 569, que teve como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2000a).

O PHPN foi implantado com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido (SANTOS NETO et al., 2008).

A atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada implica a realização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; o acesso facilitado aos serviços de saúde que tenham ações que integrem todos os níveis da atenção; A taxa de mortalidade materna é calculada da seguinte forma: número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (Datasus). Os dados da RIPSA são oficiais, ou seja, não corrigidos, o que pode ocasionar divergência com dados de outras fontes. e a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até o atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005a). Além disso, promove o encorajamento de vínculos afetivos entre mãe e filho logo após o nascimento, e garante uma assistência segura, confiável e suave pelos profissionais durante todo o tempo em que ambos permanecerem na maternidade (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Entre as conquistas adotadas na humanização do parto e nascimento, está a Lei no 11.108, de abril de 2005, que garante à parturiente um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005b). A participação do acompanhante durante o processo de parturição envolve o apoio emocional, importante na medida em que compartilhar o momento do parto e nascimento com o acompanhante pode ser um facilitador do trabalho de parto para a parturiente.

Com a implantação do PHPN, o atendimento destinado à saúde da mulher passa a ter um enfoque diferenciado. Inicia-se uma preocupação com a qualidade do atendimento, estabelecendo a humanização como um dos princípios norteadores da assistência. A gestante, que até esse momento não tinha conhecimento em relação ao lugar em que daria à luz, tem agora o direito de saber qual é a maternidade de referência. Isso lhe dá maior segurança

durante todo o período gestacional, uma vez que ela sabe qual instituição deve procurar caso necessite de atendimento. Ela passa a ter o direito de um acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato. Isso proporciona à mulher maior conforto e segurança durante todo período de internamento. Outra novidade estabelecida pelo programa é o alojamento conjunto, ou seja, todo bebê que nascer com boas condições de saúde deve permanecer em contato com a mãe, durante todo o tempo e não somente durante a amamentação.

Para incentivar a implementação do PHPN pelos Municípios, o Governo Federal estabeleceu, dentro do próprio programa, incentivo financeiro de R$10 para cada atendimento inicial à gestante, e de R$ 40 na conclusão do pré-natal, porém esses valores só seriam repassados se os critérios mínimos estabelecidos pelo programa fossem cumpridos. Esses critérios são:

> Realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação [...] (BRASIL, 2000b, p. 6-7).

Para acompanhar, planejar e avaliar a qualidade do pré-natal e puerpério das mulheres inseridas no PHPN e monitorar o pagamento do incentivo financeiro, foi criado pelo Datasus um software denominado SISPRENATAL (Sistema Eletrônico para Coleta de Informações sobre o Acompanhamento das Gestantes Atendidas no SUS).

O SISPRENATAL foi desenvolvido para permitir o acompanhamento da gestante desde o início da gravidez até o puerpério. Cada município fica responsável por inserir os dados no programa e, se o procedimento é realizado de forma correta, é possível obter uma visão geral das condições de saúde da gestante e não apenas o número absoluto das consultas realizadas. Com a criação do SISPRENATAL foi possível fazer o monitoramento das gestantes em cada região do Brasil, o que facilitou o repasse financeiro de acordo com a necessidade de cada região.

A análise do PHPN, após uma década do lançamento, mostrou que o programa não teve a abrangência esperada, e manteve, em todo território brasileiro, cumprimento inferior das metas estabelecidas e um modelo biomédico de assistência (TREVISAN, 2002; COIMBRA, 2005; SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005).

Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4 consultas de pré-natal para cada parto. Mesmo com o aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência ainda permanecia ruim (BRASIL, 2011c).

As propostas estabelecidas pelo PHPN, de fato, pareciam que seriam, por si só, capazes de modificar o grave quadro de saúde da mulher e da criança brasileira e reduzir os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, mas, infelizmente, o que se observou foi apenas um aumento no número das consultas de pré-natal e não uma melhora significativa da qualidade da assistência. A humanização do atendimento ficou restrita aos grandes centros urbanos, permanecendo a maior parte da população feminina à mercê de um atendimento pouco resolutivo, limitado e pouco humanizado.

Com o reconhecimento de que a redução da mortalidade ainda era um desafio para o Brasil, em março de 2004 foi lançado, pela Presidência da República, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tem como meta reduzir essas mortes em 5% ao ano. Seus princípios estão voltados para o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2004).

Outra preocupação do pacto é a alta taxa de cesarianas, que pode ser um motivo de complicações no parto. A cesariana representa 80% dos partos realizados via planos privados de saúde e 26% no sistema público, o que equivale a uma taxa média de 40%. Essa situação coloca o País entre os líderes mundiais em frequência de cesariana (BRASIL, 2006). Essa intervenção, realizada de forma desnecessária, pode acarretar riscos de complicações como infecções, hemorragias e complicações anestésicas que contribuem para o aumento das taxas de mortalidade materna e podem gerar também complicações para o recém-nascido.

A cesariana, que teve sua prática estimulada em governos anteriores, tornou-se um grande problema de saúde pública e passou a ser desencorajada, dando prioridade para

políticas de incentivo ao parto normal, para tentar corrigir os prejuízos causados pela epidemia de cesarianas. O Brasil ainda sofre as consequências causadas pelo incentivo a essa prática e tenta, através de novas políticas públicas, incentivar o parto natural, uma vez que, com as altas taxas de cesariana e de mortalidade materna e neonatal, pode-se sugerir que ambas estejam associadas, devido aos diversos riscos que essa prática cirúrgica oferece para a gestante e o bebê.

Nas últimas décadas, com o auxílio do governo e da sociedade, o Brasil progrediu muito no atendimento à mulher e à criança. Dados do Ministério da Saúde apontam que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51% (BRASIL, 2011c). Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, e em 2010, e 16,2 óbitos por 1000 nascidos vivos. Apesar do esforço, os níveis da mortalidade permanecem elevados quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico (BRASIL, 2011d).

Como a morbimortalidade é um processo complexo e multifatorial, o Brasil ainda enfrenta muitos desafios para sua redução, entre eles, melhorar a qualidade do pré-natal e das ações de educação em saúde, permitir o acesso, no pré-natal, aos exames necessários, favorecer o conhecimento prévio da gestante do local do parto, fortalecer o atendimento à mulher e à criança no puerpério e o acompanhamento do desenvolvimento da criança (CAVALCANTI, 2010; BRASIL, 2011a).

É com o objetivo de vencer esses desafios e melhorar cada vez mais o atendimento à gestante e à criança, priorizando a atenção continuada à saúde, que o governo vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde materno infantil.

Redes de Atenção à Saúde: conceito e definições

Como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite, instituíram o posicionamento sobre as Redes de Atenção à Saúde. Posicionamento esse que está

materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, pelas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

O planejamento político de redes é uma alternativa cada vez mais presente e está associada a maior flexibilidade, integração e interdependência entre organizações estatais, sociais e empresariais, constituindo saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

As redes de atenção à saúde têm como objetivo garantir a integralidade da atenção à saúde, a partir do gerenciamento de pontos de atenção e diagnóstico, com diferentes níveis de complexidade distribuídos em um território (PINHEIRO FILHO; SARTI, 2012). A integração dos cuidados consiste na coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde e assegura a continuidade dos diferentes serviços requeridos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Rede Cegonha

A partir da perspectiva de promover melhoria na assistência à saúde materno infantil, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, programa que foi normatizado pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Essa estratégia tem como objetivo aplicar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011e).

A Rede Cegonha tem como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; o enfoque de gênero; a promoção da equidade; a participação e mobilização social; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011f). Prevê ações para a ampliação e melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto e transporte, da realização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguro e da atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade. Essas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia:

Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011e).

Cada um desses componentes compreende uma série de ações de atenção à saúde, entre elas: oferecer o teste de HIV, sífilis e teste rápido de gravidez; orientar e ofertar métodos contraceptivos; fornecer o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, exames clínicos e laboratoriais; garantir o direito de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público e vale transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; qualificar os profissionais de saúde; criar centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; permitir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado; oferecer o Samu Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais; e promover ações de incentivo ao aleitamento materno (CARNEIRO**,** 2013).

A proposta do governo é disponibilizar 9,4 bilhões de reais para amparar os dois milhões de gestantes atendidas pelo SUS. Esse valor será aplicado na construção de uma rede de cuidados primários para a saúde da mulher e de crianças, com início do atendimento pela Amazônia e pela região Nordeste, locais que registram as maiores taxas de mortalidade materna e infantil no País (BRASIL, 2011g).

A Rede Cegonha é uma proposta do Governo Federal, mas caberá aos Estados e Municípios a sua aplicação. Até março de 2012, 24 estados haviam aderido ao programa (BRASIL, 2012a). Em setembro desse mesmo ano, o Ministério da Saúde divulgou que os estados do Rio Grande do Norte, Acre, Pernambuco e Mato Grosso seriam beneficiados com R$ 92,9 milhões de recursos para qualificar e ampliar a assistência à gestante e ao bebê com a estratégia da Rede Cegonha. O Estado do Rio Grande do Norte terá R$ 46,8 milhões; o Acre, R$ 18,6 milhões; Pernambuco, R$ 8,5 milhões; e Mato Grosso, R$ 19 milhões (BRASIL, 2012b).

Durante a 2ª Reunião do Comitê de Mobilização Social, o Ministério da Saúde afirmou que, após um ano da fundação da Rede Cegonha, foram realizadas mais de 20 milhões de consultas para o pré-natal. São 133% a mais que os 8,6 milhões registrados em 2003. Isso significa a criação de ações qualificadas desde o pré- natal até a atenção ao parto, o nascimento, o resguardo e o desenvolvimento da criança até dois anos (BRASIL, 2012a).

Outra conquista obtida através da estratégia Rede Cegonha é a ampliação dos exames do teste do pezinho. Assim, a intenção é aumentar e qualificar os serviços e incluir,

gradativamente, a ampliação do acesso aos exames, tratamentos e acompanhamentos de todas as doenças definidas no escopo do Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN (BRASIL, 2012c).

A qualificação profissional também faz parte da estratégia da Rede Cegonha, pois os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia (PRONAENF).

O programa planeja capacitar enfermeiros e obstetras para serem inseridos no SUS, nas regiões que aderiram à estratégia Rede Cegonha. O programa Pronaenf é uma ação que contribui com a Rede Cegonha, qualifica os enfermeiros para prestar um serviço humanizado e de qualidade para a criança e para mulher e capacita os profissionais a atuarem em diferentes momentos: pré-natal, parto, nascimento e pós-parto (BRASIL, 2012d).

A Rede Cegonha é, até então, o programa mais completo já elaborado pelo Governo Federal. Suas ações são voltadas para todas as etapas da vida da mulher e abrange estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém nascido, até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade.

Consolida-se, aqui, a assistência ao parto humanizado e a capacitação de profissionais para exercerem suas funções de forma humanizada e eficiente. Outra grande conquista é a presença do pai durante todo o período gravídico, proporcionando confiança e segurança à gestante. No entanto, mesmo diante dos grandes avanços decorridos da criação da Rede Cegonha, percebe-se que esse programa pode ser considerado como uma junção dos programas anteriormente implantados acrescido de ações para o atendimento das necessidades atuais.

Considerações finais

Desde o início do século XX, a saúde materno infantil esteve presente nas ações de saúde pública com a implantação de diversos programas, que foram se consolidando ao longo dos anos. Esses programas apresentaram estratégias e evoluções, surgidas de acordo com as necessidades da época, no entanto, nem todas as ações foram positivas para o cenário materno infantil. Entre elas podemos destacar o incentivo à cesariana, procedimento que até hoje

permanece com taxas muito altas em todo país e que contribui de forma negativa para a saúde da mãe e da criança.

É importante ressaltar que todos os programas já elaborados possuem um objetivo em comum; diminuir as taxas de morbimortalidade materna e infantil, com ações voltadas para esse propósito. De fato, houve redução nessas taxas, entretanto os índices ainda permanecem altos.

Diante dessas observações, levanta-se a hipótese da necessidade de real efetivação dessas políticas e do acompanhamento da qualidade do serviço prestado. Mesmo com o grande avanço observado nos programas da última década e com a ampliação no número de atendimentos e consultas, não se pode afirmar que a qualidade dos serviços prestados é a mesma que a almejada. Dessa forma, sugere-se que estratégias voltadas para o acompanhamento da qualidade dos serviços sejam formuladas, para que se tenha o máximo possível de certeza de que as políticas elaboradas estão de fato sendo implantadas de forma eficiente**.**

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA – 20 anos de parcerias na saúde e na educação, 6, 2005. Belo Horizonte. Anais. VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. A Contracepção no Brasil 1980-1990. Recife: SOS Corpo, 1991. [Mimeo].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno infantil. Programa nacional de saúde materno infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

. Ministério da Saúde. Programa de assistência integral à saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.p. 292.

. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria no 569, de 1 de julho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto para a redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005. Garantir as parturientes o direito á presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2005b.

. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Parto normal versus cesariana: o papel do Estado e das agencias reguladoras. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2010.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria n° 1.1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2011e.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Presidenta Dilma lança Rede Cegonha, com investimentos de R$ 9,4 bilhões para atendimento a mães e bebês. 2011g. Disponível em http://www2.planalto.gov.br/imprensa/releases/presidenta-dilma-lanca-rede-cegonha-com-investimentos-de-r-9-4- bilhões-para-atendimento-a-mães-e-bebes. Acesso em: 27 de maio de 2013.

. Ministério da Saúde. II Reunião do comitê de mobilização social da rede cegonha. 2012 a. Disponível em http://portal.saude.gov.br/ portal/arquivos/ pdf/ BALANCO_REDECEGONHA_MARCO2012.PDF. Acesso em 24 de maio de 2013.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Mais de R$ 92,9 milhões da rede cegonha para quatro estados. 2012b. Disponível em: http://www2.planalto.

gov.br/imprensa/noticias-de-governo/mais-r-92-9-mi-da-rede-cegonha-para-quatro-estados. Acesso em: 27 de maio de 2013.

. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Rede Cegonha amplia exames do teste do pezinho. 2012c. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude /noticia/8402/162/rede-cegonha-amplia-%3Cbr%3Eexames-do-teste-do-pezinho.html. Acesso em 24 de maio de 2013.

. Ministério da Saúde. Enfermeiros obstetras serão capacitados para assistência às mães e bebês. 2012d. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/09/10/rede-cegonha-capacitara-enfermeiros-obstetras.Acesso em 23 de maio de 2013.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v.17, n.44, p.49-59, 2013.

CAVALCANTI, P. C. S. O modelo lógico da Rede Cegonha. 2010. 25 f. Monografia (Especialista) - Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

COIMBRA, L.C. et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. Brazilian Journal Of Medical And Biological Research, v. 9, n. 40, p.1195- 1202, 2005.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (orgs.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz,1999, p.319-335.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.13-24, dez. 2007.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Caderno de Saúde Pública, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.

FERREIRA, C. E. C. Avaliação da mortalidade materna a partir de dados censitários para o Brasil e regiões em 1980. Disponível em: http://www.abep.nepo. unicamp.br/docs/anais/pdf/1988/T88V04A24.pdf. Acesso em: 30 de maio de 2013.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Evolução e perspectiva da mortalidade infantil no Brasil. Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica, v. 1, n. 2, p. 19-22, 1999.

NAGAHAMA, E.; SSANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Caderno de Saúde Pública, v.14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PEREIRA, A. R. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. Revista Brasileira de História, v. 19, n. 38, p.165-198, 1999.

PINHEIRO FILHO, F. P.; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012.

Revista do Serviço Público Brasília 65 (2): 227-244 abr/jun 2014 Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde RIPSA. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Indicadores e dados básicos.

Brasil, 2004. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 30 de maio de 2013.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. Saúde Sociedade, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. O programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. Caderno de Saúde Pública, v. 5, n. 20, p.1281- 1289, 20 maio, 2004.

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 3, p.103-105, 2005.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. Texto Contexto Enfermagem, v. 4, n. 14, p. 585-593, dez., 2005.

TREVISAN, M. R.et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun., 2002.

TYRRELL, M. A. R. Programas nacionais de saúde materno infantil: impacto social e inserção da enfermagem. Ana Nery Revista de Enfermagem, v. 8, n. 1, p.119-134, jul., 1997.

VIEIRA, G. F. A ação do Departamento Nacional da Criança no Estado Novo: Educação, Saúde e Assistência. 2003. Dissertação (Mestrado) - UFRJ, Rio de Janeiro.

VIEIRA, E. M. et al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 3, p. 263-270, 2002.

VICTORA, C. et al Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet, v. 2, n. 1, p. 32-46, maio, 2011.

ARTIGO CIENTÍFICO 2

Perfil epidemiológico das gestantes de alto risco atendidas em um Hospital Escola de Maringá-Pr.

RESUMO

Objetivo: Verificar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Maringá-PR **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e retrospectivo, referente ao período de janeiro de 2010 a janeiro de 2014, no Hospital Universitário de Maringá (HUM). Foram considerados 136 prontuários no período de 5 anos. Características sociodemográficas, clínicas e obstétricas foram analisadas em relação à significância. As principais patologias encontradas foram comparadas em função da idade materna e a classificação do recém-nascido quanto à maturidade. O tipo de parto foi analisado em função do número de consultas de pré natal e grau de maturidade do recém nascido. Foi realizada estatística descritiva para avaliar a média, desvio padrão e frequência das variáveis quantitativas. Para verificar associação entre as variáveis dependentes e independentes foi utilizado o teste de qui-quadrado. Para todas as associações foi considerado significativo $p<0,05$. **Resultados:** A maioria das gestantes estava na faixa de 15 a 35 anos, possuía o ensino fundamental completo, era casada, possuía casa própria e baixo nível socioeconômico. Em relação aos dados obstétricos verificou-se que a grande parte era primigesta (28,68 %), não teve aborto anterior $p<0,001$ (68,38%), iniciou o pré natal no segundo trimestre (39,71%) e consultou mais de quatro vezes $p<0,001$(41,18%). A principal patologia encontrada foi a Doença Hipertensiva Especifica da Gestação (11,76%) a qual está associada às gestantes com idade entre 15 e 35. A maioria dos nascimentos ocorreu a termo

em ambos os tipos de parto (72,86%), houve maior ocorrência de cesariana, sendo essa diferença significativa em nascimentos pós-termo p<0,01 (100%), menos de três consultas (77,78%) e mais de seis (69,6%). **Conclusão:** Mulheres adultas, de baixa renda e escolaridade, primigestas, sem aborto prévio e com doença hipertensiva gestacional devem ter atenção especial na assistência pré-natal, devido ao risco aumentado para gestação de alto risco

Palavras chave: Gravidez de alto risco; Perfil de saúde; Prevalência.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of high-risk pregnant women attended by the Unified Health System (SUS), Maringá-PR Methods: This was a cross-sectional and retrospective epidemiological study, for the period from January 2010 to January 2014 in University Hospital of Maringá (HUM). We considered 136 records within 5 years. Sociodemographic, clinical and obstetric characteristics were analyzed for significance. The main conditions found were compared on the basis of maternal age and the classification of the newborn as to maturity. The type of delivery was analyzed according to the number of prenatal visits and degree of newborn maturity. Descriptive statistics were performed to evaluate the mean, standard deviation and frequency of quantitative variables. To assess the association between the dependent and independent variables we used the chi-square test. For all associations were considered significant p <0,05. Results: Most patients were in the range of fifteen to thirty-five, had completed elementary school, married, and had own home and low socioeconomic status. As to the obstetric data it was found that a large part were primiparous (28.68%) had no previous abortion p <0.001 (68.38%) initiated prenatal in the

second quarter (39.71%) and consulted more than four times p <0.001 (41.18%). The main pathology found was Specifies Hypertension Disease in pregnancy (11.76%) which is associated to pregnant women aged between 15 and 35. The majority of births occurred at term in both types of delivery (72.86%), there was a higher incidence of cesarean section, with this significant difference in post-term births p <0.01 (100%), less than three visits (77.78%) and more than six (69.6%). Conclusion: Adult women, low income and education, first pregnancy, without abortion and gestational hypertension should receive special attention in prenatal care, because of the increased risk for high-risk pregnancy.

Keywords: high-risk pregnancy; Health profile; Prevalence

INTRODUÇÃO

A gravidez é um acontecimento biologicamente natural e especial na vida da mulher e, na maioria das vezes, sua evolução ocorre sem nenhum problema. Mesmo havendo alterações anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas, o organismo se mantém em equilíbrio dinâmico por mecanismos compensatórios. No entanto, o limite entre a normalidade e a doença é extremamente tênue e o desequilíbrio representa risco elevado de morbimortalidade [1].

Uma pequena quantidade de gestantes, que por terem alguma doença, desenvolverem algum problema ou sofrerem algum agravo, apresentam maiores chances de apresentar gestação com evolução complicada tanto para ela como para o bebê. Essa parcela de mulheres é denominada de "gestantes de risco", ou seja, ela ou o feto apresentam maiores chances de adoecer e morrer, quando comparadas com a média da população. [2]

As gestantes podem ser estratificadas quanto ao risco em três categorias: risco habitual, risco intermediário e alto risco.[3] Os fatores causadores de alto risco gestacional podem ser classificados em quatro grupos: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis (idade, ocupação, situação conjugal, baixa escolaridade, hábitos de vida como o uso de fumo e álcool etc.), história reprodutiva anterior (morte perinatal, baixo peso ao nascer, abortamento, etc.), doenças obstétricas na gravidez atual (número de fetos, volumes de líquido, gravidez prolongada, pré-eclâmpsia e eclampsia, diabetes, etc.) e as intercorrências clínicas (hipertensão, cardiopatias, pneumopatias, infecções e outras).[4]

A não detecção precoce da gestante de risco aumenta consideravelmente o risco de morte [4]. A morte materna é aquela que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez,

devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela mesma, bem como, por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais. [5] Destaca-se que 90% dessas mortes são evitáveis se as gestantes forem socorridas a tempo. [3]

São classificadas segundo as causas em diretas e indiretas. A morte materna por causas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões e tratamento incorreto. As principais causas diretas de óbito materno são as hemorragias, a pré-eclâmpsia/ eclampsia, as infecções e as complicações do aborto. [5]

Morte materna por causas indiretas são aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. As cardiopatias, a hipertensão arterial crônica e a broncopneumonia são as principais causas indiretas de óbito materno. [5]

Segundo dados do Datasus, no Brasil, entre ao anos de 2012 a janeiro de 2014 houve 6609 mortes materna, sendo no estado do Paraná 300. Em relação a Maringá nestes anos foram registradas 16, no entanto, apenas 6 gestantes residiam no município.. [6]

A importância de se estudar a gestação de alto risco deve-se ao fato de estar diretamente ligado a um aumento na morbimortalidade materna e perinatal. Estes dados atraem inúmeros debates e preocupações no Paraná, visto que reflete a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, bem como a operacionalização das políticas públicas voltadas à saúde da mulher. Se as condições geradoras do risco forem identificadas precocemente, elas podem ser minimizadas ou até mesmo eliminadas. Portanto, identificar o perfil de gestantes de risco é

uma medida que pode gerar ações preventivas e benéficas, no acompanhamento às gestantes com maior probabilidade de complicações.

Tendo em vista o grande número de mulheres que evoluem para gestação de alto risco e as consequências que esse tipo de gestação pode trazer para a saúde da mulher da criança e para cofres públicos, esse trabalho tem como proposta verificar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco atendidas pelo SUS em Maringá no período de 2010 a 2014.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e retrospectivo, referente ao período de janeiro de 2010 a janeiro de 2014, no Hospital Universitário de Maringá (HUM), uma vez que essa instituição é referência regional para o atendimento da gestante de alto risco e conta com um ambulatório de assistência clínico-ginecológica, pré-natal e atenção ao puerpério.

A população foi constituída por 236 prontuários de gestantes atendidas no ambulatório de alto risco do HUM, sendo que a amostra compreendeu 136 prontuários, uma vez que, forem excluídos 62 prontuários de gestantes que passaram por consulta no ambulatório de alto risco e após o primeiro atendimento, foram reencaminhadas para acompanhamento do pré natal de baixo risco na unidade de origem. Também foram excluídos da amostra 34 prontuários por estarem com preenchimento incompleto e 4 prontuários de gestantes que ainda não haviam finalizado o pré natal em janeiro de 2014. Observa-se que não houve cálculo amostral, a coleta foi realizada com todos os prontuários que estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de Abril a junho de 2014 e compreendeu duas etapas: inicialmente foi feito o levantamento do número de registro de todas as gestantes atendidas no ambulatório de alto risco no período estabelecido. Esses registros foram obtidos através da busca manual em listas impressas que continham o nome, a data e o município de residência de todas as gestantes atendidas. Nessa etapa o objetivo foi localizar os prontuários e realizar o levantamento do número que seria utilizado para a coleta dos dados, conforme os critérios de inclusão. Posteriormente, os prontuários foram localizados manualmente no setor de arquivos do hospital, separados e analisados um a um. Estando dentro dos critérios de inclusão, a coleta de dados foi realizada.

Para a coleta, foi utilizado um roteiro elaborado pela autora que contemplou as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, profissão, moradia, renda familiar mensal e uso de drogas) e obstétricas (início do pré-natal, número de consultas, intercorrências e internações durante a gravidez, idade gestacional que teve a gravidez interrompida, o tipo de parto, as complicações durante o parto, número e causas dos óbitos maternos).

Os dados obtidos através do roteiro foram transcritos para uma planilha no programa computacional *Microsoft Word Excel 2010*, organizados em tabelas e posteriormente foram analisados através do programa estatístico SPSS 19.0. Foi realizada estatística descritiva para avaliar a média, desvio padrão e frequência das variáveis quantitativas. Para verificar associação entre as variáveis dependentes e independentes foi utilizado o teste de qui-quadrado. Para todas as associações foi considerado significativo $p<0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa com seres humanos da Unicesumar de Maringá, com número do CAAE 19065113.8.0000.

RESULTADOS

A Tabela 1 caracteriza a população estudada sendo que em relação a faixa etária, a maioria delas estava entre quinze a trinta e cinco anos (72,6%), sendo significante em relação às outras faixas de idade. Avaliando-se o grau de escolaridade, 35,29% (n=48) possuíam o ensino fundamental completo e 27,9 % (n=38)) o ensino fundamental incompleto, sendo que este resultado é significativo em relação às outras categorias de escolaridade. Foi observado um maior número de gestantes casadas (47,79%), sendo esta diferença significativa, com renda familiar predominante de até dois salários mínimos (n=82), ou seja, 60,30% das gestantes, e. mais da metade destas morava em residência própria (50,74%). Avaliando-se a utilização de drogas, dezesseis gestantes afirmaram o uso, sendo o cigarro (10,29%) a droga significantemente mais utilizada em relação às demais, foi observado também o uso de mais de uma droga, por uma mesma gestante.

Tabela 01 – Caracterização da população estudada (n=136), conforme a idade, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, moradia e uso ou não de drogas. Maringá (2015).

		N	%	P
Idade				0,001
	<15 anos	02	1,47	
	15 - 35 anos	98	72,06[1]	
	> 35 anos	36	26,47	
Escolaridade				0,029
	Analfabeta	01	0,74	
	Fundamental Completo	48	35,29[2]	
	Fundamental Incompleto	38	27,94[2]	
	Ensino Médio Completo	22	16,18	
	Ensino Médio Incompleto	06	4,41	
	Ensino Superior Completo	13	9,56	
	Ensino Superior Incompleto	08	5,88	

Estado Civíl				0,001
	Solteira	25	18,38	
	Casada	65	47,79[3]	
	Divorciada	07	5,14	
	União estável	39	28,68	
Renda Familar				0,022
	Abaixo de um salário	07	5,15	
	Um salário	26	19,12	
	Entre um e dois salários	49	36,03[5]	
	Entre dois e três salários	32	23,53[5]	
	Acima de três salários	22	16,18	
Moradia				0,001
	Alugada	58	42,64[6]	
	Própria	69	50,74[6]	
	Cedida	09	6,62	
Qual droga				0,001
	Álcool	05	3,67	
	Cigarro	14	10,29[7]	
	Maconha	01	0,73	
	Crack	03	2,20	
	Cocaína	01	0,73	

1- Diferença significativa em relação a outras faixas etárias distribuídas. p<0,005;2- Diferença significativa em relação as outras faixas de escolaridade excluindo a fundamental completo;3- Diferença significativa em relação aos outros tipos de estado civil; 4- Diferença significativa em relação as outras profissões; 5- Diferença significativa em relação a renda "abaixo de um salário; 6- Diferença significativa em relação a moradia cedida; 7- Diferença significativa em relação ao uso de drogas;

Na Tabela 2 podemos observar o perfil reprodutivo da população estudada. A maioria das gestantes (n= 39, 28,68%) vivenciavam a primeira gestação, não havendo diferenças significativas entre os números de gestações. Quanto a ocorrência de abortos anteriores, é visto um número de 93 gestantes sem abortamento prévio (68,38%) e 28 com um aborto

anterior (20,59 %), dados esses significativos (p< 0,001) em relação as gestantes que tiveram dois ou mais abortos. Em relação ao inicio do acompanhamento pré natal, a maioria das gestantes iniciaram no segundo trimestre (39,71%). Quanto ao número de consultas, 112 (82,36%) realizaram mais de 4 consultas, dados esses considerados significativos em relação as gestantes que realizaram até três consultas.

Tabela 02 – Distribuição (n=136) proporcional das características reprodutivas das gestantes de alto risco atendidas no hospital universitário de Maringá. 2010-2014. Maringá (2015).

		N	%	P
Número de gestações anteriores				0,085
	Primigista	39	28,68	
	Segundigesta	34	25,00	
	Tercigesta	27	19,85	
	Quadrigesta	36	26,47	
Número de Abortos anteriores				0,001
	Nenhum	93	68,38*	
	Um	28	20,59*	
	Dois	8	5,88	
	Três ou mais	7	5,15	
Idade gestacional no início do PN				0,185
	Primeiro Trimestre	48	35,29	
	Segundo Trimestre	54	39,71	
	Terceiro Trimestre	34	25,00	
				0,001
Número de consultas Pré Natal	até 3	24	17,65	
	4 -5	56	41,18*	
	6 ou mais	56	41,18*	

* Diferença Significativa em relação às outras variáveis

Entre as principais patologias presentes na população estudada (Tabela 3), em ordem decrescente, a Doença a Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), endocrinopatias, hipertensão crônica e diabetes gestacional . Destaca-se que as patologias podem manifestar-se concomitamente.

Tabela 03 – Distribuição das patologias prevalentes na gestação de alto risco atendidas no hospital universitário de Maringá. 2010-2014.* Maringá (2015).

		F	%	P
				0,078
Diagnóstico profissional	DHEG**	16	11,76	
	Endocrinopatia	14	10,29	
	Hipertensão crônica	14	10,29	
	Diabetes gestacional	12	8,82	
	Abortamento habitual	10	7,35	
	Nefropatia	10	7,35	
	Pneumopatia	10	7,35	
	Cardiopatia	9	6,62	
	Malformação fetal	8	5,88	
	Trabalho de parto prematuro	8	5,88	
	Aborto	7	5,14	
	Doenças infecciosas	7	5,15	
	Toxoplasmose	7	5,15	
	Usuária de drogas	6	4,41	
	Mal passado obstétrico	5	3,68	
	Lúpus	4	2,94	
	Hemorragia da gestação	4	2,94	
	Amniorrexe prematura	2	1,47	
	Depressão	2	1,47	
	Ginecopatias	2	1,47	
	Insuficiência istmo cervical	1	0,74	

* O total difere do n, pois uma patologia pode estar presente concomitantemente a outras.

** Doença Hipertensiva Especifica da Gestação.

A tabela 4 apresenta a associação entre as principais patologias prevalentes com a idade, número de consultas de pré-natal e classificação do RN quanto a sua maturidade. Verificou-se que a idade mais acometida pelas principais patologias clinica foi entre 15 a 35 anos e que essa faixa etária está associada significantemente a presença de DHEG e Hipertensão crônica. Analisando a classificação do RN quanto à maturidade, verificou-se que a maioria dos bebes nasceu a termo, e é visto uma diferença significativa (p<0,001) da ocorrência de hipertensão crônica nas gestantes em relação a maturidade destes RN.

Tabela 04 – Associação entre as principais patologias prevalentes com a idade materna e classificação do RN quanto a sua maturidade. Maringá (2015).

		DHEG	Endocrinopatia	Hipertensão Crônica	P
Idade					0,001
	<15 anos	0	0	0	
	15 a 35 anos	12*	6	11*	
	>35 anos	4	8	3	
					0,001
Classificação do RN quanto a maturidade	Prematuro	9	8	0	
	Termo	6	5	12*	
	Pós-termo	1	1	2	

*Diferença significativa em relação às outras variáveis.

Analisando a tabela 5 em relação à associação entre o tipo de parto e a classificação do RN quanto a sua maturidade e o número de consultas de pré-natal é visto que, a maioria dos

nascimentos ocorreu a termo em ambos os tipos de parto. Foi observado também que independente da maturidade do RN, houve maior ocorrência de cesariana, sendo essa diferença significativa em nascimentos pós-termo. Ao analisar o tipo de parto em relação ao número de consultas de pré-natal verificou-se que independente do número de consultas, a maioria das gestantes teve parto cesariana, sendo essa diferença significativa para as gestantes que realizaram até três consultas e mais de seis.

Tabela 05 - Associação entre o tipo de parto e a classificação do RN quanto a sua maturidade e o número de consultas de pré-natal. Maringá (2015).

	Natural	**Cesariana**	**P**
	F - %	**F - %**	
Classificação do RN quanto a maturidade			0,001
Prematuro	10 - 33,3	20 - 66,7	
A termo	31 - 33,0	63 - 67,0	
Pós termo	0 - 0,0	5 - 100,0*	
Número de consultas pré natal 136			0,001
Até 03	04 - 22,22	14 - 77,78#	
De 4 a 6	20 - 36,6	35 - 63,4	
Mais de 7	17 - 30,4	39 - 69,6#	

* Diferença significativa em relação ao parto natural. # Diferença Significativa em relação ao parto natural.

Ao analisar os dados em relação ao número de óbito fetal e materno, verificou-se que durante o período estudado houve 7 óbitos fetal e nenhum óbito materno.

DISCUSSÃO

Neste estudo a idade materna predominante foi entre os 15 e 35 anos, faixa etária considerada sem maiores riscos, já que uma das características individuais desfavoráveis para a evolução satisfatória da gestação é a idade menor que 15 e maior que 35 anos [3]. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos realizado em Santa Catarina [7] e em Alagoas. [8]

A maioria das gestantes (35,29%) possuía apenas o nível fundamental de educação e . esses dados corroboram aos encontrados em outras pesquisas [7,8,9] e relata-se que baixa escolaridade é fator associado à gestação de alto risco, aumentando a incidência deste tipo de gestação. [10]

Um dos fatores que contribui para o desenvolvimento do risco durante a gestação é a situação conjugal insegura [11, 3], no entanto, neste estudo não foi verificado tal relação, uma vez que, verificou-se que cento e quatro (76,47%) mulheres declararam viver em união conjugal estável, percentuais equivalentes (75%), (77,2%) e (80,4%) aos encontrados respectivamente por outros autores. [12,13,14]

Outro dado importante quando se fala em risco gestacional é o nível socioeconômico, uma vez que a pobreza e a baixa condição educacional são fatores que podem contribuir para que a gestante e sua família desconheçam a importância das consultas de pré-natal, resultando um descuido da saúde física e mental do binômio mãe-filho, acarretando muitas vezes, a morbimortalidade de ambos [3].

O perfil econômico das gestantes atendida no Hospital Universitário de Maringá é de baixa renda, com 83,83% dessa população vivendo com no máximo três salários mínimos. No grupo estudado, 7% das gestantes declararam renda familiar inferior a um salário mínimo, percentual semelhante aos 7,6 % encontrados na população estudada no ambulatório de alto risco da Fiocruz [15] e aos 8% da população brasileira, que vivem em situação de extrema pobreza. [16]

Ao avaliar o consumo de substâncias nocivas durante o período gestacional, verificou-se que o cigarro foi à droga mais consumida, com um percentual de 10,29 %. Em estudo realizado também na cidade de Maringá para verificar a prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes, foi encontrado valor semelhante, ou seja, 9,17% das gestantes consumiram tabaco durante o período gestacional. [17] Já em outro estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, o consumo encontrado dessa substancia foi menor, totalizando 5,5% das gestantes avaliadas. [18]

O uso de drogas lícitas e ilícitas durante o período gravídico é um fator importante a ser investigado e desestimulado, pois pode levar ao crescimento fetal restrito, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no concepto, entre outros. [19]

Quando analisamos a história obstétrica pregressa em relação ao número de gestações anteriores, 97 (71,32%) eram multigestas. Dados encontrados em outros estudos. [15,20,21] também mostram porcentagens semelhantes as quais estão descritas respectivamente: 66,5%, 64,8 % e 52,9 %.

O histórico de aborto anterior é outro fator de risco para a nova gestação.[3] No presente estudo, noventa e três (68,38%) mulheres afirmaram não ter tido aborto prévio, porcentagens muito semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados (68,8%)[16], (68,81%)[13].

A maioria das gestantes (39,71 %) iniciou o pré-natal no segundo trimestre gestacional (entre a 13° semana a 24° semana de gestação), resultado semelhante ao encontrado na literatura[7].

O ideal para um pré-natal de qualidade é uma elevada taxa de cobertura, com seu início no primeiro trimestre de gestação, realização dos exames laboratoriais e de seis ou mais consultas de pré-natal. [22] É um exercício de Medicina Preventiva, buscando principalmente a manutenção da saúde física e mental da grávida e detecção das alterações especificas da gravidez que

possam refletir nocivamente sobre o feto[7] . Neste estudo, o número de gestantes que realizou entre quatro e cinco consultas foi igual ao número de gestantes que realizou seis ou mais, ou seja, 56 (41,18 %), sendo esse valor significativo quando comparado ao número de gestantes que realizou até três consultas. Em estudo realizado por Carvalho, verificou-se valor superior em relação ao número de consultas de pré-natal sendo que 90,3% (n=605) das pacientes pesquisadas confirmaram ter se submetido a 6 ou mais consultas [12] .

Sabe-se que a hipertensão gestacional é a complicação clínica mais comum da gestação, ocorrendo em 10 a 22% das gestações [23,24] e é a patologia de maior morbimortalidade materna e perinatal ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal [25,26]. Neste e em outros estudos [12,20, 27], de fato encontramos que DHEG foi a mais encontrada com um total de 16 gestantes acometidas (11,76 %).

Existe um impacto da idade da mulher sobre os resultados gestacionais e perinatais: as mulheres nos extremos de idade têm em geral resultados menos favoráveis que as chamadas adultas jovens, entre 20 e 35 anos [28], porém ao realizar associação entre as principais patologias encontradas nesse estudo (DHEG, endocrinopatias e hipertensão arterial crônica com a idade das gestantes), verificou-se que a idade mais acometida foi entre 15 a 35 anos e que essa faixa etária está associada a presença de DHEG e hipertensão crônica. Esses dados podem ser justificados ao consideramos que 72,06% das gestantes desse estudo estavam dentro dessa faixa etária.

Em estudo realizado em uma maternidade de Maceió, ao correlacionar a DHEG com à faixa etária, verificou que houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a proporção de Doença Hipertensiva Específica da Gestação por faixa etária. Dos 97 casos, a faixa etária de 20 a 30 anos foi a que apresentou a maior prevalência com 40 casos (41,3%) enquanto que, na faixa etária abaixo de 20 anos houve 35 casos (36,1%). [22]

Já em outro estudo realizado na cidade de São Paulo, de fato confirmou-se que a maior incidência de hipertensão recaiu em gestantes entre os 15 e 19 anos (45,45%) [29], porém não foi verificado correlação entre os valores encontrados.

Ao analisar a relação entre a maturidade do recém-nascido com as principais patologias, verificou-se associação entre os números de bebes que nasceram a termo e a presença de hipertensão arterial crônica materna ou seja, de um total de 23 bebes que nasceram a termo, 12 foram de gestantes com hipertensão arterial crônica.

No entanto, esperava-se encontrar associação entre HAS e prematuridade, pois se sabe que a prematuridade do RN é uma complicação frequente da doença hipertensiva, seja em virtude do trabalho de parto espontâneo ou por procedimento médico de interrupção da gravidez, em razão de comprometimento materno-fetal. [30]

Em pesquisa realizada em um hospital do Rio de Janeiro, constatou maior risco relativo (RR=1,36) para prematuridade em gestante com hipertensão arterial crônica comparado ao grupo com hipertensão gestacional. [31] Outra pesquisa também evidenciou que maior percentual (17,9%) dos RN pré-termos ocorreu entre as gestantes com HAS, evidenciando associação significativa entre a prematuridade e os níveis pressóricos (p=0,013).[32]

Verificou-se que a maioria dos bebes nasceram a termo (72,86%) em ambos os tipos de parto e que independente da maturidade do RN, houve maior ocorrência de cesariana (68,21%), sendo essa diferença significativa em nascimentos pós-termo (100%). Resultados contraditórios são relatados, uma vez que, descreve associação significativa entre prematuridade e nascidos por cesariana (p<0,001). [33]

Embora a maior ocorrência tenha sido de cesarianas, o aumento nesta prevalência não é explicado somente pelo aumento do risco obstétrico, já que foi verificado em outros

estudos[34,35] maior ocorrência de cesariana em grupos de menor risco obstétrico, como as mulheres de estratos sociais mais elevados, com maior escolaridade, maior renda, que compareceram a mais consultas de pré-natal e que foram atendidas em serviços privados e conveniados. Esses achados indicam que a escolha de realizar cesariana não se fundamentou apenas em critérios técnicos, mas mostram que esse tipo de parto tem adquirido um caráter de bem de consumo, que pode ser utilizado por quem possa paga-lo. [36]

Com relação às características do parto verificou-se que a maior parte das gestantes foram submetidas a cesarianas (68,21%) independente do número de consultas de pré natal realizadas. Ao verificar a associação entre essas duas variáveis, houve diferença significativa do número de cesarianas em relação ao número de partos normais para as gestantes que realizaram até três consultas de pré natal (77,78% / 22,22%) e para as que realizaram mais de sete (69,6% / 30,4%).

Já em um estudo realizado na cidade de Londrina verificou-se que as mulheres que realizaram menos de sete consultas no pré-natal evoluíram para o parto vaginal (59,8%), enquanto que, as com mais de sete para o parto cirúrgico (71,3%). [37]

Durante o período estudado, houve 4 óbitos fetais e nenhum óbito materno. Porém ao consultar os dados referentes há mortalidade materna em Maringá [38] constou-se que no mesmo período, houve 9 óbitos materno. Diante desses dados visualizam-se duas possíveis explicações: grande parte das gestantes de alto risco residentes em Maringá e região são atendidas em um hospital filantrópico, o qual não foi alvo do estudo, podendo essas gestantes ter vindo ao óbito neste local. Outra justificativa para divergência dos dados encontrados é que de acordo com os critérios de exclusão, 100 prontuários foram retirados da análise, podendo os casos de óbito estar inseridos dentre os excluídos.

CONCLUSÃO

Ao avaliar o perfil das gestantes de alto risco atendidas no Hospital Universitário de Maringá entre janeiro de 2010 a janeiro de 2014, verificou-se que maioria delas encontrava-se na faixa etária de quinze a trinta e cinco anos, possuíam o ensino fundamental completo, tinham um relacionamento conjugal estável, baixo nível sócio econômico, moravam em residência própria e não consumiram drogas durante a gestação.

Em relação aos dados obstétricos a maior parte era primigesta, não tiveram abortos anteriores, realizaram mais que quatro consultas de pré natal com inicio do acompanhamento no segundo trimestre e via de parto predominante foi a cesariana. A DHEG foi a patologia mais prevalente nesta população. Não se verificou óbito materno e houve 7 óbitos fetais.

Diante do exposto, conclui-se que a importância de se estudar a gestação de alto risco caracteriza-se pelo fato de que esse tipo de gestação está diretamente ligada a um aumento na morbimortalidade materna e perinatal. Se as condições geradoras do risco forem identificadas precocemente, elas podem ser minimizadas ou até mesmo eliminadas. Portanto, identificar o perfil de gestantes de risco é uma medida que permite conhecer a situação local e a partir disso, propor políticas e práticas específicas, a fim de gerar ações preventivas e benéficas para reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal

REFERENCIAS:

1- Martins CA, Rezende LPR, Vinhas DCS. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2003; 5 (1): 49-55.

2- Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério**:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

3- Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

4- Ministério da Saúde (BR). Manual dos comitês de mortalidade materna**.** Brasília:

Ministério da Saúde; 2007.

5- Ministério da Saúde (BR). Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília; 2001.

6- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade materna desde 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. [citado 2014 Fev 14]. Disponível em: <svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>.

7. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24: 293-299.

8. Low S, Batista FM, Souza AI. Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco Recife: Bagaço; 2001.

9. Gouveia HG. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004, vol.12, n.2, pp.

10- Ministério da Saúde (BR). Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília; 2000.

11- Oliveira VJ, Madeira AMF, Penna MM. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz *e a* escuridão. Rev. Rene. 2011; 12(1): 49-56.

12- Carvalho VCP,_ Araujo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2007; 7 (1): 309-317.

13-Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. Psicólogo informação. 2012; 16 (16): 45-69.

14- Pinto LF, Malafaia MF, Borge JÁ, Baccaro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. Cienc saude coletiva. 2005; 10(1): 205-213.

15-Xavier RB et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. Cienc. saude coletiva. 2013; 18 (4): 1161-1171.

16- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).Plano Brasil sem Miséria. [site da Internet][acessado em 2011 out 7]. Disponível em: http://www.brasilsemmiseria.gov.br/conheca-o-plano/

17- Kassada DS et al. [Prevalence of drug abuse among pregnant womem]. Acta Paulista de Enfermagem. 2013; 26 (5): 467-471. Português.

18- Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009; 31 (7): 335-341

19- Passini JR. Consumo de álcool durante a gestação. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(7): 373-5.

20- Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004 ; 12(2): 175-82.

21- Santos CSM, Campos DTA. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro. 2014; 9 (30): 13-22.

22- Ministério da Saúde (BR). Programa Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília; 2002.

23- Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol. 2003; 102: 181- 92. Inglês.

24- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee on Practice BulletinsObstetrics. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol 2002; 33: 159-67. Inglês.

25- Oliveira SMJV. Medida da pressão arterial na gestante. Rev Bras Hipertensão. 1997; 7 (1): 59-63

26- Araújo DAC, Zimmermmann JB, Oliveira LCN, Andrade ATL. Gestaçäo de alto-risco: prevalência de patologias e complicaçöes materno-fetais / High-risk pregnancy: patologies prevalence and fetal-maternal complications. J. bras. ginecol. 1996; 106(8): 315-320. Português.

27- SILVA JLCP, Surita FGC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia, Rio de Janeiro. 2009; 31 (7): 321-325.

28- GONCALVES R. *et al*. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em um Hospital Público de São Paulo**.** Rev. Bras. Enferm. 2005; 58 (1): 61-64.

29- Brown MA, Hague WM, Higgins J, Lowe S, McCowan L, Oats J, Peek MJ, Rowan JA, Walters BN; Austalasian Society of the Study of Hypertension in Pregnancy. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: full consensus statement. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2000; 40(2): 139-55. Inglês.

30- Oliveira CA, Lins CP, S· RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, Amim Junior J. síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006; 6 (1): 93-8.

31- Chaim SRP, Olliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1):53-8.

32- Reis ZSN, et al Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(2): 65-71.

33- Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(1): 34-40.

34- Qualidade e eqüidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil.cad Saúde Pública 2009; 25:2507-16

35- Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(7): 326-34.

36-Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, e Girotto E. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais 2000-2009, Londrina-PR Rev Bras Enferm . 2014; 67 (3): 354-359.

37- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade materna desde 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. [citado 2014 Fev 14]. Disponível em: <svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>.

ANEXOS PARA ARTIGO-1

ANEXO A- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DO SERVIÇO PÚBLICO (ENAP).

DIRETRIZES PARA AUTORES

I. Os artigos devem ter entre seis mil e nove mil palavras, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5, margens superior e inferior de 2,5 cm e laterais de 3,0cm);

II. Devem ser acompanhados de resumo analítico em português, espanhol e inglês, de cerca de 150 palavras, que permita uma visão global e antecipada do assunto tratado, e de três palavras-chave (descritores) em português, espanhol e inglês que identifiquem o seu conteúdo;

III. Tabelas, quadros, gráficos e notas de rodapé devem limitar-se a ilustrar conteúdo substantivo do texto. Notas devem ser devidamente numeradas e constar no pé da página;

IV. Citações de autores no corpo do texto deverão seguir a forma (Autor, data). Referências devem ser listadas ao final do trabalho, em ordem alfabética, observadas as normas da ABNT;

V. Os artigos devem ser encaminhados em formato .docx, .doc, .rtf, .txt, .odt, .odf.

VI. Arquivos com imagens devem ser enviados em alta resolução;

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

2. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

3. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

- A RSP adota a licença Creative Commons (CC) do tipo Atribuição – Uso Não-Comercial (BY-NC).

- A licença permite que outros remixem, adaptem e criem obra licenciada, sendo proibido o uso com fins comerciais.

- As novas obras devem fazer referência ao autor nos créditos e não podem ser usadas com fins comerciais, porém não precisam ser licenciadas sob os mesmos termos dessa licença.

- Ao publicar o artigo na RSP, o autor cede e transfere para a ENAP os direitos autorais patrimoniais referentes ao artigo.

- O artigo publicado na RSP não poderá ser divulgado em outro meio sem a devida referência à publicação de origem.

- O autor que tiver o artigo publicado na RSP deverá assinar o Termo de Concessão de Direitos Autorais (em momento oportuno a editoria da Revista entrará em contato com o autor para assinatura do Termo).

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades.

ANEXOS PARA ARTIGO- 2

ANEXO A- FOLHA DE ROSTO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESCOLA DE MARINGÁ-PR.

AUTORES:

Angélica Capellari Menezes Cassiano (angelicacapellari@hotmail.com)

Enfermeira Neonatologista da Prefeitura de Maringá-Pr. e mestranda da Unicesumar, no mestrado em Promoção da Saúde. Maringá- Pr.

Endereço: Rua Tomás Antônio Gonzaga 120, Jardim Liberdade, Maringá-PR. Cep: 87047-110

Telefones: (44) 30262918/ (44) 98818394

Lucia Elaine Raniaeri Cortez (lercortez@pop.com.br)
Professora, doutora do mestrado em Promoção da Saúde da Unicesumar, Maringá-Pr.

INSTITUIÇÃO: Unicesumar (Centro Universitário Cesumar)

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá- Pr.

FINACIAMENTO: Próprio

ANEXO B- FICHA PARA COLETA DOS DADOS

FICHA PARA COLETA DE DADOS DAS GESTANTES DE ALTO RISCO

Ficha n°_____

IDENTIFICAÇÃO:

1) IDADE:

(1)Menor de 15 anos(2)Entre 15 e 35 anos(3)Maior de 35 anos

2) ESCOLARIDADE:

(1)Analfabeta (2) Ensino fundamental completo (3) Ensino fundamental incompleto

(4) Ensino médio completo(5) Ensino médio incompleto(6) Ensino superior completo

(7) Ensino superior incompleto(8) Não informado

3) ESTADO CIVIL:

(1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada (4) União estável

4) PROFISSÃO:

(1) Do lar (2) Estudante (3) Vendedora (4) Empregada doméstica (5) Auxiliar administrativo

(6) Cozinheira (7) Manicure (8) costureira (9) Outros

6) RENDA FAMILIAR MENSAL:

(1) Um salário mínimo – R$724,00 (2) Entre Um salario e dois salários- $724,00 a $1448,00

(3)Entre dois e três salários -R$1448,00 a R$2172,00 (4) a cima de três salários (6) a baixo de um salario

7) MORADIA:

(1) Alugada (2) Própria (3) cedida

INFORMAÇÃO SOBRE GESTAÇÕES E PARTOS ANTERIORES:

8) GESTAÇÃO ANTERIOR:

(1) Nenhuma (2) Uma (3) Duas (4) Três ou mais

9) NÚMERO DE PARTOS ANTERIORES:

(1) Nenhum (2) Um (3) Dois (4) Três ou mais

10) NÚMERO DE ABORTOS ANTERIORES:

(1) Nenhum (2) Um (3) Dois (4) Três ou mais

11) USO DE ALGUMA DROGA LICITA E/ OU ILÍCITA DURANTE A GESTAÇÃO:

(1) Sim (2) Não

12) SE A RESPOSTA FOI SIM, QUAL?

(1) Álcool (2) cigarro (3) Maconha (4) Crack (5) Pasta base (6) Cocaína (7) outros_____

INFORMAÇÕES SOBRE GESTAÇÃO ATUAL:

13) IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO INÍCIO DO PRÉ NATAL:

(1) Primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre

14) NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ NATAL

(1) até três (2) de quatro a seis (3) 7 ou mais

16) DIAGNÓSTICO DADO PELO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA:

(1) DHEG (2) Hemorragias da gestaçao (3) Abortamento habitual (4) Amniorexe prematura

(5) insuficiência istmo cervical (6) Diabetes gestacional (7) Idade de risco (8) Cardiopatia

(9) Nefropatia (10) Pneumopatia (11) mal passado obstétrico (12) Aborto (13) Trabalho de

parto prematuro (15) ENDOCRINOPATIA (16) toxoplasmose (17) Lupus (18) doenças infecciosas

(19)Ginecopatias (20) HAS Cronica (21) malformação fetal (22) Usuaria de drogas (23) DEPRESSao

17) QUAL A DATA DO INÍCIO DA PATOLOGIA?

(1) Antes da gestação (2) Primeiro trimestre (3) Segundo trimestre (4) Terceiro trimestre

18) QUAL O TRATAMENTO INDICADO?

(1) Medicação (2) Repouso (5) Dieta hipossódica (6) Dieta Hipoglicêmica (9) Curetagem

(10) Acompanhamento em pré natal (11) Redução/ Interrupçcao do fator de risco

19) HOUVE NECESSIDADE DE INTERNAMENTO HOSPITALAR DURANTE A GESTAÇÃO?

(1) Sim (2) Não

20) CASO A RESPOSTA SEJA SIM, QUAL FOI O MOTIVO/ INTEROCORRENCIA?

(1) Sangramento (2) Pressão alta (3) ITU (4) Pielonefrite (5) Hiperêmese gravídica (6)

TPP (7) Dor em baixo ventre (8)Diabetes descompensado (10) AMNIORREXE PREMATURA (11)

outros _____

21) TIPO DE PARTO:

(1) Natural (2) Cesariana

22) COM QUANTAS SEMANAS DE GESTAÇÃO FOI REALIZADO O PARTO?

(1) 20 a 24 semanas (2) 25 a 29 semanas (3) 30 a 35 semanas (4) 36 a 39 semanas

(5) 40 a 42 semanas

23) QUAL A CLASSIFICAÇÃO DO RN EM RELAÇÃO A MATURIDADE?

(1) Prematuro (2) a termo (3) Pós termo (4) natimorto

24) HOUVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO?

(1) Sim (2) Não

25) CASO A RESPOSTA SEJA SIM, QUAL FOI A INTERCORRÊNCIA?

(10) Uso de fórceps (11) laceração perineal

26) HOUVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA NO PÓS PARTO IMEDIATO?

(1) Sim (2) Não

27) CASO A RESPOSTA SEJA SIM, QUAL FOI A INTERCORRÊNCIA?

(1) Hemorragia (2) Aumento da PA (3) Embolia pulmonar (4) Trombose venosa profunda (9) Acretismo placentário

28) QUAL A CONDUTA ADOTADA FRENTE AS INTERCORRÊNCIAS?

(1) Transfusão sanguínea (2) Uso de anti hipertensivo (6) curetagem (7) histerectomia

29) ÓBITO FETAL:

(1) Sim (2) Não

30) ÓBITO MATERNO:

(1) Sim (2) Não

31) CAUSA DO ÓBITO MATERNO:

(1) Eclampsia (2) Hemorragia (3) Infecção (4) Diabetes descompensada (5) Cardiopatia

(6)Outros_____

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

Universidade Estadual de Maringá
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
CENTRO DE ASSESSORIA TÉCNICA-CIENTÍFICA

Solicitação nº 126/2013

Requerente/Proponente:	Angélica Capellari Menezes Cassiano
Solicitação:	**Projeto de Pesquisa "Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas pelo Sistema Único de Saúde residentes em Maringá."**
Docente Orientador:	Dra Cristiane Faccio Correa
PARECER FAVORÁVEL:	(X) **SIM** ( ) **NÃO**

Profª. Drª. Magda Lúcia Felix Oliveira
Superintendente

A solicitação é encaminhada a **COREA** e à **Superintendência do HUM**. O início da pesquisa está **condicionado** à aprovação do Comitê Permanente de Ética Envolvendo Seres Humanos. Após aprovação deverá retornar ao Centro de Assessoria Técnica Científica para liberação e agendamento prévio ao setor de interesse do requerente.

ANEXO D- TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro que, ao ser facultado o acesso às informações sobre exames, observações de dados pessoais de indivíduo oriundos de documentos relativos a prontuários, julgamentos expressos em questionários, resultados de exames clínicos e laboratoriais e demais instrumentos de natureza documental, pertencentes aos arquivos do Hospital Universitário de Maringá, com a finalidade específica de coleta de informações para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa intitulado LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE RESIDENTES EM MARINGÁ-PR de autoria de Cristiane Faccio Gomes, orientadora e Angélica Capellari Menezes Cassiano discente do curso de Mestrado em promoção da saúde, da Unicesumar, será preservada a privacidade e a privacidade e a confidencialidade de tais documentos e dos seus sujeitos.

Declaro, também, que o procedimento proposto, na pesquisa assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos sujeitos, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda, a auto-estima e o prestigio dos envolvidos, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos no protocolo de pesquisa.

Todo o referido é verdade.

Cidade / UF, dia / mês / ano.

Nome e assinatura do orientador da pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Cesumar)
Centro Universitário de Maringá – CESUMAR
Av. Guedner, 1610
Maringá – Paraná

ANEXO E- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas pelo Sistema Único de Saúde e residentes em Maringá-PR.

Pesquisador: angelica capellari menezes cassiano

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19065113.8.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 467.507

Data da Relatoria: 01/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo e com abordagem quantitativa, que objetiva caracterizar o perfil da gestante de alto risco, residentes em Maringá-PR e que foram atendidas pelo SUS no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo será Caracterizar o perfil da gestante de alto risco, residentes em Maringá-PR e que foram atendidas pelo SUS no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores não haverá riscos durante a pesquisa. Quanto aos benefícios, secretaria de saúde de Maringá será beneficiada com esse trabalho pois após o levantamento do perfil das gestantes de alto risco de Maringá, será possível conhecer as características comuns a esse grupo de gestantes e através desses dados, realizar ações de saúde pública capazes de prevenir, melhorar e até mesmo evitar que a maior parte das gestações evoluam para alto risco, reduzindo consequentemente os gastos para o Município e o número de óbitos maternos. As gestantes também serão beneficiadas,uma vez que, percebendo a compatibilidade do perfil da mesma com o perfil das gestantes de alto risco levantados pelo estudo, será dado atenção especial a essa gestante, para conseguir ainda no início do período gestacional reduzir ou eliminar as

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ¿ Térreo
Bairro: Jardim Aclimação **CEP:** 75.000-000
UF: PR **Município:** MARINGA
Telefone: (44)3027-6360 **E-mail:** cep@cesumar.br

chances dela evoluir para uma gestação de risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, quantitativa e de caráter retrospectivo. O local do estudo será o Hospital Universitário de Maringá, uma vez que essa instituição é referência regional para o atendimento da gestante de alto risco e conta com um ambulatório de assistência clínico-ginecológica, pré -natal e atenção ao puerpério. Os dados serão consultados em prontuários hospitalar e no SISPRENATAL (consultados no site do Ministério da Saúde, disponível para consulta na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá) e serão referentes ao período de janeiro de 2010 a janeiro de 2014. Para a coleta de dados será utilizado um instrumento que contemple as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, profissão, ocupação, moradia, renda familiar mensal) e obstétricas (início do pré-natal, número de consultas, intercorrências e internações durante a gravidez, idade gestacional que teve a gravidez interrompida, o tipo de parto, as complicações durante o parto, número e causas dos óbitos maternos). Será assinado o Termo de Proteção de Riscos e Confidencialidade para a coleta de informações dos prontuários hospitalar. A amostra foi calculada através da técnica de amostragem aleatória e estratificada proporcional, considerando um nível de confiança de 95%. É composta por 267 gestantes/prontuários de alto risco que realizaram a assistência pré-natal no no Hospital Universitário de Maringá entre janeiro de 2010 a janeiro de 2014. Para a análise dos dados, será utilizado o teste qui-quadrado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os documentos obrigatórios para a apreciação ética do projeto, tais como: TPRC, Folha de Rosto, Instrumento de Coleta dos Dados, Cronograma das atividades, Orçamentos dos custos, e Autorização do Local de Coleta dos Dados.

Recomendações:

Não há recomendações aos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa se encontra com parecer APROVADO para que os pesquisadores realizem a coleta dos dados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MARINGA, 26 de Novembro de 2013

Assinador por:
Nilce Marzolla Ideriha
(Coordenador)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ¿ Térreo
Bairro: Jardim Aclimação **CEP:** 75.000-000
UF: PR **Município:** MARINGA
Telefone: (44)3027-6360 **E-mail:** cep@cesumar.br

ANEXO F - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Informações gerais

1. A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.
2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou dos equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, as consultorias etc.
3. No texto, deve ser mencionada a submissão e a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração, na seção Métodos, de que os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado. Os autores devem informar, também, que a pesquisa foi conduzida deacordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2008.
5. No caso de trabalhos envolvendo experimentação animal, os autores devem indicar na seção Métodos que foram seguidas as normas contidas no CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br).
6. Todos os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e clínicos (clinical trials) submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa é uma orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine, disponível em http://clinicaltrials.gov/ct/gui.
7. O número de autores de trabalhos completos e relatos de casos é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados.

Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação será avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados. Todos os autores devem ter conhecimento do texto enviado para a revista.

8. O conceito de coautoria é baseado na contribuição de cada um, para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados ou que tenham fornecido apenas suporte material não é justificável.

9. Os autores serão informados, por correspondência eletrônica, do recebimento dos trabalhos. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista serão enviados para análise por revisores indicados pelo editor. Os originais em desacordo com os objetivos da revista ou com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial ou recusados sem análise por revisores.

10. Junto dos arquivos originais, deve ser enviada uma carta de encaminhamento, na qual deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista.

11. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado ou aproximadamente 30.000 caracteres. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso, não ultrapassar 15 páginas de texto ou 18.000 caracteres (ver "Preparo do manuscrito", "Resultados").

12. O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO. O endereço eletrônico de todos os autores deve ser fornecido. Desta forma, os coautores receberão informação sobre a submissão do trabalho e, assim, não será necessária a assinatura de todos na carta de encaminhamento. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é rbgo@fmrp.usp.br. O arquivo correspondente ao trabalho deve ser único e deve conter texto, referências, tabelas e figuras.

Preparo dos manuscritos As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico: http://www.icmje.org/.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.
2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; endereços eletrônicos válidos de todos os autores (opcional, em substituição à carta de encaminhamento); nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de bolsas de estudos, financiamento, fornecimento de drogas, reagentes ou equipamentos. Obrigatoriamente deve ser fornecido o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, o qual é publicado na página inicial do trabalho. Devem ser indicados nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Essas informações pessoais são empregadas apenas para correspondência com a revista e somente são publicadas se houver pedido do(s) autor(es).

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões.

Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo.

Abaixo do texto do resumo indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos (ver item 5 das "Informações Gerais").

Na mesma página do resumo, citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico:http://decs.bvs.br.

O abstract deve ser versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results e conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e dos Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever

os critérios para seleção das pacientes ou Grupo Experimental, inclusive dos Controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados (fabricante, cidade e país). Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.
Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou a tolerabilidade de tratamentos ou drogas devem, necessariamente, incluir Grupo Controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também itens 4 e 5 das "Informações Gerais".

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, no texto, nas tabelas e nas figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também "Tabelas"). Nos Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídas pela "Descrição do caso", mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionados nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. As informações sobre os casos já publicados podem ser tabuladas e exibidas nessa seção para comparações.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham provido apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press", indicando-se periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis online, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print".
Outras publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões).

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

- Artigos em revistas

Ceccarelli F, Barberi S, Pontesilli A, Zancla S, Ranieri E. Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: a case report. Eur J Gynaecol Oncol. 2011;32(2):237-9.

Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos M, Leamon A, et al. Type-specific prevalence of Human Papillomavirus infection among women in the Northwest Territories, Canada. J Infect Public Health. 2011;4(5-6):219-27.

- Artigos com título em inglês e texto em português ou outra língua

Utilizar o titulo em inglês, entre colchetes e no final da referência, indicar a língua na qual o artigo foi publicado.

Prado DS, Santos DL. [Contraception in users of the public and private sectors of health]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;33(7)143-9. Portuguese.

Taketani Y, Mizuno M. [Application of anti-progesterone agents for contraception]. Rinsho Fujinka Sanka. 1988;42(11):997-1000. Japanese.

- Livro

Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

- Capítulos de livro

Picciano MF. Pregnancy and lactation. In: Ziegler EE, Filer LJ, editors. Present knowledge in nutrition. Washington (DC): ILSI Press; 1996. p. 384-95.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de tela, data e hora do acesso. Termos como "serial", "periódico", "homepage" e "monography", por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), este deve ser mencionado no final da referência, além das informações que seguem:

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

- Monograph on the Internet or e-book

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available at: http://www.nap.edu/books/0309074029/html/.

Tabelas

Apresentar as tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e preferencialmente fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser apresentadas em páginas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada e apresentar título e legenda. Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, usar 300 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco), usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas).

São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Digitar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações). Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura, e na ordem em que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e as siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo..