

**UNIVERSIDADE BRASIL
PÓS GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA BIOMÉDICA**

FLÁVIA GARCIA PIRES

**O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA
GESTAÇÃO EM PARTURIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL SÃO
LUIZ EM CÁCERES – MT.**

**THE IMPACT OF PERFORMING PRENATAL ON THE OUTCOME OF
PREGNANCY ON PARTURIENTS ATTENDED AT THE SÃO LUIZ
HOSPITAL IN CÁCERES - MT.**

São Paulo – SP

2020

FLÁVIA GARCIA PIRES

**O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA
GESTAÇÃO EM PARTURIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL SÃO
LUIZ EM CÁCERES – MT.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica da Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Engenharia Biomédica.

Prof(a). Dr(a). Priscila Pereira Fávero
Orientador(a)

Prof(a). Dr(a). Hélder Cássio de Oliveira
Coorientador(a)

São Paulo – SP
2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Brasil,
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

P744i PIRES, Flavia Garcia

O impacto da realização do pré-natal no desfecho da gestação em
no Hospital São Luiz em Cáceres – MT / Flavia Garcia Pires. -- São
Paulo: Universidade Brasil, 2021.

83 p.: il. color.

Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-
graduação do Curso de Engenharia Biomédica da Universidade Brasil.

Orientação: Prof. Dra. Priscila Pereira Fávero.

Coorientação: Prof. Dr. Helder Cássio de Oliveira.

1. Pré-natal. 2. Gestação. 3. Parto. I. Fávero, Priscila Pereira. II.
Oliveira, Helder Cássio de. III Título.

CDD 620.82

TERMO DE APROVAÇÃO



TERMO DE APROVAÇÃO

FLÁVIA GARCIA PIRES

**“O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA
GESTAÇÃO EM PARTURIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE SÃO LUIZ EM
CÁCERES - MT”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre no Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica** da Universidade Brasil, pela seguinte banca examinadora:

Prof.(a). Dr.(a) Priscila Pereira Fávero (presidente-orientadora)

Prof.(a). Dr.(a) Fernanda Roberta Marciano (UNIVERSIDADE BRASIL)

Prof.(a). Dr(a) Helder Cássio de Oliveira (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER)

Prof.(a). Dr(a) Jancineide Oliveira de Carvalho (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI)

São Paulo, 30 de novembro de 2020

Presidente da Banca Prof(a). Dr(a) Priscila Pereira Fávero

Houve alteração do Título: sim () não ():

FOLHA DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO



Termo de Autorização

Para Publicação de Dissertações e Teses no Formato Eletrônico na Página WWW do Respeetivo Programa da Universidade Brasil e no Banco de Teses da CAPES

Na qualidade de titular(es) dos direitos de autor da publicação, e de acordo com a Portaria CAPES no. 13, de 15 de fevereiro de 2006, autorizo(amos) a Universidade Brasil a disponibilizar através do site <http://www.universidadebrasil.edu.br>, na página do respectivo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, bem como no Banco de Dissertações e Teses da CAPES, através do site <http://bancodeteses.capes.gov.br>, a versão digital do texto integral da Dissertação/Tese abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira.

A utilização do conteúdo deste texto, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, fica condicionada à citação da fonte.

Título do Trabalho: **“O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA GESTAÇÃO EM PARTURIENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL DE SÃO LUIZ EM CÁCERES - MT”**

Houve alteração do Título: sim () não (X)

Autor(es):

Discente: **Flávia Garcia Pires**

Assinatura: _____

Orientador(a): **Prof. Dr. Priscila Pereira Fávero**

Assinatura: _____

Coorientador(a):

Assinatura: _____

Data: 30/11/2020

Dedico este trabalho aos meus pais Emilson e Aparecida, que com muita humildade e esforço contribuíram na minha formação intelectual para estar neste momento importante da minha vida. Também dedico ao meu querido esposo Luiz e às minhas filhas maravilhosas Luiza e Lívia.

Agradeço à minha Orientadora, **Prof^a. Doutora Priscila Pereira Fávero**, obrigada por acreditar em mim e pelos tantos conselhos e incentivos durante todo tempo de mestrado. Tenho certeza que não chegaria neste ponto sem o seu apoio.

Ao meu Coorientador, **Prof. Doutor Helder Cássio de Oliveira**, obrigada por me apoiar nos momentos de desânimos, medos, sempre me mostrando que a dedicação geraria um futuro de sucesso.

Aos membros da banca examinadora, **Prof^a. Doutora Priscila Pereira Fávero, Prof. Doutor Helder Cássio de Oliveira, Prof^a. Doutora Fernanda Roberta Marciano e Prof^a. Doutora Jacineide Oliveira de Carvalho**, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação. Agradeço ainda, pelos conhecimentos sólidos que os nobres professores compartilharam à esta dissertação.

Aos **Professores da Universidade Brasil**, que não mediram esforços para transmitir, compartilhar conhecimento de qualidade, incentivar e encorajar ao banco de pesquisa. Agradeço em especial ao **Prof. Doutor Lázaro Pinto Medeiros Neto**, que não mediu esforços compartilhando conhecimentos, humanismo, conselhos, erros e acertos para evolução desta dissertação, meu obrigado!

Em nome do **Corpo Clínico do Hospital São Luiz de Cáceres**, agradeço a todos os colaboradores que de forma gentil, prestativa e sempre à disposição, contribuíram de forma decisiva para realização desta dissertação. Em especial, agradeço à **Enfermeira Sra. Jéssica Garcia da Silva**, pelo apoio imensurável.

Aos meus **Colegas de Mestrado**, que nessa efêmera jornada passaram de simples colegas e parte integrante das lutas, vitórias, derrotas, medos, incertezas, mas que fez fortalecer os laços de amizades duradouras.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A assistência pré-natal realizada durante toda a gestação possui grande importância no que se refere à garantia da saúde materna e do recém-nascido. Toda a abordagem realizada junto à gestante tem como princípio conscientizá-la sobre os aspectos relacionados a gestação, bem como a realização de diversas avaliações que garantam a sua saúde. No entanto, a forma como está assistência é oferecida a população pode variar devido a inúmeros fatores, tais como formação profissional adequada, fatores sociodemográficos, entre outros. Desta forma, é importante se estabelecer formas de classificação ou avaliação sobre como o serviço é oferecido com foco na melhoria do mesmo. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a forma de assistência pré-natal oferecida na cidade de Cáceres, Mato Grosso, de forma a identificar possíveis pontos a serem melhorados, bem como associar o desfecho da gestação com o tipo de pré-natal realizado. Para isso, foram avaliadas gestantes que deram entrada no hospital São Luiz de Cáceres – MT e evoluíram para o trabalho de parto. A avaliação foi realizada pela coleta de dados no prontuário da gestante contidas no livro de ocorrências de anotações da pediatria do hospital. A análise dos dados foi feita de forma a classificar o tipo de pré-natal de acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda (TAKEDA, 1993) e pelo Ministério da Saúde (2002, 2006), correlacionando o desfecho da gestação com o tipo de pré-natal realizado. Os dados foram analisados por meio de análises multivariadas, além da aplicação do teste qui-quadrado para obtenção do nível de significância ($p \leq 0,05$) entre as variáveis estudadas. Foi possível observar pelo Índice de Kessner que das 596 gestantes avaliadas, 63,8% tiveram o pré-natal classificado como adequado, 12,2% inadequado e 20,8% como intermediários, uma vez que não cumpriram todas as exigências para serem classificados como adequados ou inadequados. Pelos parâmetros do Ministério da Saúde, das 596 gestantes, 58,4% tiveram um pré-natal adequado, 15,9% inadequado e 22,5% intermediário. Em ambos os casos, 2,2% das gestantes não realizaram nenhum tipo de assistência durante a gestação e 1% tiveram as informações ignoradas no preenchimento do prontuário. Desta forma, espera-se que este estudo sirva como parâmetro para se identificar como a assistência pré-natal está sendo realizada no hospital público do município de Cáceres – Mato Grosso, permitindo o aprimoramento deste procedimento, caso seja necessário, visando

sempre à garantia da saúde da gestante e do recém-nascido, além de servir como parâmetro para a avaliação da assistência pré-natal em outros locais do país.

Palavras chave: Pré-natal, Gestação, Parto.

ABSTRACT

Prenatal care performed throughout pregnancy is of great importance in terms of ensuring maternal and newborn health. The whole approach taken with the pregnant woman has the principle of raising her awareness of aspects related to pregnancy, as well as carrying out various assessments that guarantee her health. However, the way in which this assistance is offered to the population can vary due to numerous factors, such as adequate professional training and sociodemographic factors. Thus, it is important to establish ways of classifying or evaluating how the service is offered with a focus on improving it. Therefore, the objective of this study is to evaluate the form of prenatal care offered in the city of Cáceres, Mato Grosso, to identify possible points to be improved, as well as to associate the outcome of pregnancy with the type of prenatal care performed. For this, pregnant women who were admitted to the hospital and progress to labor in a public hospital in the city of Cáceres - MT were evaluated. The evaluation was carried out by the information collected from the medical record of the pregnant woman present in the files of the obstetrics sector of the evaluated hospital. Data analysis was performed to classify the type of prenatal care according to the Kessner Index modified by Takeda (TAKEDA, 1993), in addition to the data recommended by the Ministry of Health (2002, 2006), correlating the outcome of pregnancy with the type of prenatal care performed. The data were analyzed using multivariate analyses, in addition to the application of the chi-square test to obtain the level of significance ($p < 0.05$) between the variables studied. It was possible to observe through the Kessner Index that of the 596 pregnant women evaluated, 63.8% had prenatal care classified as adequate, 12.2% inadequate and 20.8% as intermediaries, since they did not meet all the requirements to be classified as adequate or inadequate. According to the parameters of the Ministry of Health, of the 596 pregnant women, 58.4% had adequate prenatal care, 15.9% inadequate and 22.5% intermediate. In both cases, 2.2% of the pregnant women did not perform any assistance during pregnancy, and 1% had their information ignored when filling out the medical record. Thus, it is expected that this study will serve as a parameter to identify how prenatal care is being carried out in the public hospital in the municipality of Cáceres - Mato Grosso, allowing the improvement of this procedure, if necessary, always aiming at ensuring the health

of pregnant women and newborns, in addition to serving as a parameter for the evaluation of prenatal care in other places in the country.

Keywords: Prenatal care, Gestation, Child-birth.

DIVULGAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO

A implementação de um pré-natal de qualidade é imprescindível para a garantia da saúde materna-infantil. No entanto, nem toda assistência é prestada como preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Portanto, avaliar como está sendo oferecido este serviço durante o período gestacional é muito importante, pois nos traz ciência da realidade municipal, estadual e até federal dos serviços de saúde. Foi verificado que entre o período de janeiro a maio de 2020, a maioria dos pré-natais realizados em Cáceres, Mato Grosso, foram considerados adequados pelos Índices de Kessner modificado por Takeda e pelos parâmetros do Ministério da Saúde. Contudo, uma alta taxa de gestantes com pré-natal inadequados e intermediários foram observados. Portanto, este trabalho possibilitou entender a realidade da assistência pré-natal na cidade de Cáceres, indicando que melhorias devem ser implementadas para todas as gestantes tenham direito a uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo a saúde materno infantil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Indicadores da assistência pré-natal em Cáceres, MT.....	29
Figura 2: Indicadores do número de nascidos vivos por número de consultas em Cáceres, MT.....	30
Figura 3: Número de óbitos fetais relacionados a idade materna em Cáceres, MT.....	31
Figura 4: Cidades com maiores índices de mortes maternas por causa obstétrica direta.....	32
Figura 5: Incidência de óbitos de mulheres em idade fértil associada à maternidade.....	33
Figura 6: Incidência de óbitos de mulheres em idade fértil associada à maternidade.....	33
Figura 7: Incidência de óbitos maternos por faixa etária na cidade de Cáceres - MT (2013-2017).....	34
Figura 8: Incidência de óbitos maternos por estado civil na cidade de Cáceres - MT (2013-2017).....	35
Figura 9: Incidência de óbitos maternos por escolaridade na cidade de Cáceres - MT (2013-2017).....	35
Figura 10: Incidência de óbitos maternos por cor/raça na cidade de Cáceres - MT (2013-2017).....	36
Figura 11: Painel de monitoramento da mortalidade materna entre os anos de 2013 a 2019. *Resultados preliminares.....	37
Figura 12: Número de gestações anteriores na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.....	42
Figura 13: Característica dos partos e do desfecho gestacional na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.....	42
Figura 14: Quantidade de gestações únicas e gemelares na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.....	43
Figura 15: Início da assistência pré-natal por semana gestacional na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.....	44
Figura 16: Início da assistência pré-natal por trimestre na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.....	44

Figura 17: Número de consultas por gestação na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.....	45
Figura 18: Tipos de parto e assistência no desfecho da gestação na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.....	46
Figura 19: Desfecho gestacional na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.	46
Figura 20: Perfil profissional da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.	47
Figura 21: Faixa etária da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.	48
Figura 22: Grau de escolaridade da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.	49
Figura 23: Estado civil da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.	49
Figura 24: Aspectos de raça/cor da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.	50
Figura 25: Classificação do pré-natal baseado no Índice de Kessner modificado por Takeda da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.....	51
Figura 26: Classificação do pré-natal baseado nos parâmetros do Ministério da Saúde da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.	52
Figura 27: Teste do Qui-quadrado para a variável “Idade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,23$, os dados amostrais não indicam associação estatística entre a variável idade com a adequação do pré-natal.	53
Figura 28: Teste do Qui-quadrado para a variável “Raça / Cor” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,43$, os dados amostrais não indicam associação estatística entre a variável raça/cor com a adequação do pré-natal.....	54
Figura 29: Teste do Qui-quadrado para a variável “Ocupação” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,0008$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável ocupação com a adequação do pré-natal.....	55

Figura 30: Teste do Qui-quadrado para a variável “Escolaridade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,000001$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável escolaridade com a adequação do pré-natal.....	56
Figura 31: Teste do Qui-quadrado para a variável “Idade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,005$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável idade com a adequação do pré-natal.	57
Figura 32: Teste do Qui-quadrado para a variável “Raça / Cor” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,04$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável raça/cor com a adequação do pré-natal.....	58
Figura 33: Teste do Qui-quadrado para a variável “Ocupação” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,001$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável ocupação com a adequação do pré-natal. .	59
Figura 34: Teste do Qui-quadrado para a variável “Escolaridade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,0000002$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável escolaridade com a adequação do pré-natal.....	60
Figura 35: Teste do Qui-quadrado para a variável “Adolescência associada a Escolaridade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,05$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável com a adequação do pré-natal baseado nos parâmetros do Ministério da Saúde.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Critérios abordados na avaliação pré-concepcional de gestantes.....	23
Tabela 2: Procedimentos a serem realizados durante o pré-natal.....	25
Tabela 3: Dados referentes a gestação na adolescência associada ao nível de escolaridade.....	61
Tabela 4: Características de gestantes adolescentes por nível de escolaridade.....	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	20
2.1 <i>Objetivos Específicos</i>	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 <i>Aspectos legais da saúde da mulher</i>	21
3.2 <i>Gestação</i>	22
3.3 <i>Avaliação pré-concepcional</i>	22
3.4 <i>Assistência pré-natal</i>	24
3.5 <i>Procedimentos durante o pré-natal</i>	25
3.6 <i>Avaliação da assistência pré-natal</i>	26
3.6.1 <i>Metodologias de análise</i>	27
3.6.2 <i>Realidade da assistência ao pré-natal em Cáceres - MT</i>	28
3.6.3 <i>Morte materna</i>	31
4 METODOLOGIA	38
4.1 <i>Comitê de Ética em Pesquisa</i>	38
4.2 <i>Amostragem</i>	38
4.3 <i>CrITÉrios de Inclusão</i>	38
4.4 <i>CrITÉrios de Não Inclusão</i>	38
4.5 <i>Coleta de Dados</i>	38
4.6 <i>Informações coletadas</i>	39
4.7 <i>Análise dos Dados</i>	39
4.8 <i>Parâmetros considerados</i>	40
4.8.1 <i>Nível 1 – Índice de Kessner modificado por Takeda</i>	40
4.8.2 <i>Nível 1 – Ministério da Saúde</i>	40
5 RESULTADOS	41
5.1 <i>Perfil do histórico gestacional</i>	41
5.2 <i>Perfil da gestação atual</i>	43
5.3 <i>Perfil socioeconômico das gestantes</i>	47
5.4 <i>Classificação da assistência pré-natal na cidade de Cáceres - MT</i>	50
5.4.1 <i>Avaliação do pré-natal pelo Índice de Kessner modificado por Takeda (1993)</i>	51
5.4.2 <i>Avaliação do pré-natal segundo o Ministério da Saúde</i>	51
5.5 <i>Análise Estatística</i>	52
5.5.1 <i>Índice de Kessner modificado por Takeda</i>	52
5.5.2 <i>Ministério da Saúde</i>	56

<i>5.5.3 Influência da idade e escolaridade na gestação</i>	60
6 DISCUSSÃO	63
6 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A – Aprovação do Comitê de Ética	77
APÊNDICE B – Carta de Anuência do Pesquisador Principal	80
APÊNDICE C – Carta de Anuência do Médico Responsável	81
APÊNDICE D – Carta de Anuência do Responsável pela obtenção dos dados	82
APÊNDICE E – Carta de Anuência do Responsável pelo local do estudo	83

1 INTRODUÇÃO

O exame de pré-natal representa uma importante ferramenta para a gestante e para a criança em desenvolvimento, permitindo que haja os processos de prevenção e/ou detecção frente a diversas patologias. De acordo com o Ministério da Saúde (2016), o pré-natal busca gerar uma compreensão pela gestante sobre todo o processo gestacional, além de proporcionar qualidade de vida a esta gestante, de forma a garantir o desenvolvimento de um bebê saudável.

O pré-natal é o período de assistência realizado por um profissional da saúde, à mulher, durante todo o período da gestação (9 meses). Esta assistência tem por objetivo assegurar o nascimento de uma criança saudável, com menor risco possível para a mãe (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016) proteger a maternidade é salvaguardar a saúde das mulheres na gestação e no aleitamento, ensinar essas gestantes os cuidados com recém-nascido, permitir o parto normal e que o filho nascido seja saudável.

Para que o bem estar da mãe e filho seja alcançado, é importante atingir com sucesso alguns pontos fundamentais no pré-natal: estimativa precoce e acurada da idade gestacional (IG), identificar as pacientes de risco para complicações, avaliação constante do estado de saúde da mãe e feto, diagnóstico e terapia precoce, além da educação e comunicação com os pais. Entre os benefícios observados com a assistência pré-natal estão: diminuição da mortalidade materna, redução da prematuridade e redução do número de óbitos fetal e neonatal (MAYOR, et al., 2018; POGLIANE, 2014).

A avaliação sobre a qualidade da assistência materno-fetal no pré-natal deve seguir alguns parâmetros, tais como: início do pré-natal no primeiro trimestre, acesso fácil ao pré-natal, número de consultas, profissionais capacitados, disponibilidade de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, área física adequada, além de fatores sociodemográficos. Estas averiguações são importantes, pois permitem a avaliação da situação sanitária da população (RIPSA, 2019).

Portanto, este estudo teve como objeto avaliar a situação da assistência pré-natal no Hospital São Luiz, na cidade de Cáceres, Mato Grosso, por meio da avaliação dos prontuários das parturientes no período de janeiro a maio de 2020, com a finalidade de se classificar os procedimentos, de acordo com o índice de Kessner modificado por Takeda e pelos parâmetros do Ministério da Saúde.

2 OBJETIVOS

Avaliar a assistência pré-natal de gestantes atendidas no Hospital São Luiz, na cidade de Cáceres – MT no período de janeiro a maio de 2020.

2.1 Objetivos Específicos

- Avaliar o pré-natal das gestantes por meio dos índices de Kessner modificado por Takeda e pelos parâmetros do Ministério da Saúde;
- Evidenciar os fatores que se associam estatisticamente a inadequação do pré-natal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Aspectos legais da saúde da mulher

A assistência à saúde da mulher como um todo tem sempre o objetivo de proporcionar as mesmas condições de vida saudável. Estas assistências englobam desde os protocolos de imunização até a assistência em diferentes níveis e situações, tais como saúde da mulher na adolescência, no período gestacional e até na terceira idade (MINISTERIO DA SAÚDE, 2019).

Todas estas assistências são oferecidas pelo SUS, de acordo com as preconizações do Ministério da Saúde e estão incorporados dentro da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Os principais objetivos deste programa são promover melhorias na qualidade de vida e da saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da mortalidade e da morbidade feminina e promover a humanização da atenção a saúde feminina (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

Dentro deste objetivo, destacam-se várias ações que visam o alcance destas metas:

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica;
- Planejamento familiar;
- Atenção obstétrica e neonatal;
- Atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
- Prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer;
- Atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero;
- Atenção à saúde da mulher no climatério;
- Atenção à saúde da mulher na terceira idade;
- Atenção à saúde da mulher negra;
- Atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade;
- Atenção à saúde da mulher indígena;
- Atenção à saúde da mulher em situação de prisão;
- Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral a saúde das mulheres.

Considerando que a faixa etária entre 15 e 39 anos é onde observamos a maior concentração de mulheres em período reprodutivo, o que engloba 20,5% da população feminina brasileira, 27,5% do estado do Mato Grosso e 21,3% da cidade de Cáceres - MT (CENSO, 2010), as ações para este grupo etário se tornam mais necessárias, principalmente pontos relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

3.2 Gestação

A gestação é o período de grandes mudanças para a mulher, parceiro e familiares. É um processo fisiológico natural, o qual traz inúmeras modificações no corpo da mulher, de forma que a prepare para o parto e para a maternidade (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013-2019).

Um dos principais motivos da busca pelas mulheres por assistência na atenção primária em saúde é a gestação. As atividades assistenciais desenvolvidas englobam desde a avaliação pré-concepcional, pré-natal e assistência pós-parto (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012).

3.3 Avaliação pré-concepcional

A avaliação pré-concepcional deve ser entendida como o aconselhamento realizado junto ao casal de forma a se esclarecer dúvidas a respeito da gravidez. Nesta consulta, estabelece-se um diálogo com o intuito de se identificar possíveis doenças e fatores de risco que possam prejudicar o desenvolvimento de possível gestação saudável, bem como se evitar gestações não planejadas. Este processo é importante, pois é o início de uma assistência voltada para a saúde da gestante e do bebê a ser gerado (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012).

Os principais pontos abordados nesta fase da vida do casal preconizados pelo Ministério da Saúde, os quais são fundamentais para garantir uma gestação livre de riscos e conseqüentemente o nascimento de uma criança saudável, podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1: Critérios abordados na avaliação pré-concepcional de gestantes.

Critérios	Procedimentos
Grupo etário	Toda a faixa etária deve ser atendida, com ênfase na gravidez na adolescência e após os 35 anos por apresentarem riscos para a mãe e bebê.
Antecedentes obstétricos	Avaliar o histórico relacionado a casos de infertilidade, abortos, gravidez prévia, distúrbios fetais, prematuridade, entre outros.
Histórico familiar	Histórico de antecedentes para algumas patologias, especialmente o tromboembolismo, fibrose cística, hemofilia, anemia e talassemias, devem ser investigadas.
Morbidades pessoais	Avaliar as morbidades ou complicações clínicas maternas prévias, como diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, doenças da tireoide, cardiopatias, doenças autoimunes, asma brônquica, epilepsias, HIV, nefropatias, depressão, entre outras.
Hábitos e exposições	Avaliar as condições de trabalho (exposição a agentes de risco), utilização de drogas lícitas (álcool) e drogas ilícitas.
Exame físico	O objetivo é observar se alterações no estado geral de saúde da gestante, por meio da avaliação do peso, pressão arterial, palpação da tireoide, avaliações: cardíaca, abdominal, da pele, sistema musculoesquelético, mamas e pelve.
Avaliação nutricional	Avaliar possíveis desvios nutricionais que podem proporcionar problemas durante a gestação e parto. A adequação do peso antes de engravidar é garantia da saúde materno-infantil.
Exames complementares	Identificar condições que possam agravar a saúde da mãe e/ou recém-nascido. Os principais exames são: tipagem sanguínea, hemograma completo, sorologias (sífilis e HIV) e citopatologia oncológica. Outros exames podem ser solicitados de acordo com o quadro apresentado pela gestante.
Imunização	Deve-se atualizar o calendário vacinal, com foco nas vacinas: dupla adulto e hepatite B. Deve-se considerar que qualquer vacina com vírus atenuado deverá ser realizada 30 dias antes do início da gestação.

Fonte: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (2010); Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério (2006).

3.4 Assistência pré-natal

A assistência pré-natal envolve todos os procedimentos realizados junto a gestante, cujo objetivo primordial é a garantia da saúde da mesma, bem como do bebê. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), para que a humanização do pré-natal ocorra, diversos pontos devem ser considerados, além dos parâmetros físicos e mentais, tais como: ambiente socioeconômico, características culturais e profissionais envolvidos na assistência. Espera-se então, desenvolver uma visão completa do conceito saúde-doença, de forma a avaliar e considerar o indivíduo em sua totalidade.

Deve-se ressaltar que a assistência pré-natal é um direito de todas as gestantes atendidas junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, portanto, um dever de estados e municípios garantir uma assistência completa que envolva aspectos gestacionais, parto, puerpério e neonatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Dos aspectos legais / jurídicos, conforme recomendação do Ministério da Saúde (2005), toda paciente deve receber o cartão da gestante na primeira consulta de pré-natal e deve portá-lo em todos os atendimentos. O cartão deve conter todas as anotações sobre o estado de saúde da gestante, o desenvolvimento do bebê e o resultado dos exames solicitados, bem como outras informações pertinentes ao acompanhamento da gestante.

De acordo com a literatura, a assistência pré-natal traz inúmeros benefícios às mães e a criança, associando a frequência na utilização deste serviço a um melhor padrão do crescimento intrauterino e a menores taxas de morte materna, de morbimortalidade neonatal, de prematuridade e de baixo peso ao nascer (MENEZES et al., 1998; BOLZÁN, GUIMAREY, NORRY, 2000; VINTZILEOS et al., 2002). Além disso, o acompanhamento da gestante durante todo o período gestacional está diretamente ligado à sua saúde, uma vez que a cada visita ou atendimento médico específico qualquer doença ou indício de doença pode ser detectado (PETROU et al., 2003).

No entanto, estudos têm apontado que um número excessivo de visitas ao médico pela gestante não trará benefícios a mais em relação à média preconizada pelos órgãos de saúde (WONG; KORENBROT; STEWARD, 2004; LOBEL; CANELLA; GRAHAM, 2008; TOBAH et al., 2019). A quantidade de consultas padronizadas pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) é de 11 a 14 visitas, porém, estudos têm apontado que não há diferenças significativas nos aspectos perinatais, com um número menor de visitas em gestantes de baixo risco (VILLAR et al., 2001; CARROLI et al., 2001). No Brasil, o número de consultas preconizadas, de

acordo com o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério, é de 6 consultas, preferencialmente iniciadas ainda no primeiro trimestre da gestação, além de várias outras ações que englobam a realização de exames, procedimentos vacinais e a escuta da gestante e familiares (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Embora todos estes protocolos tragam inúmeros benefícios à população, em especial gestante e recém-nascido, a correta implementação e aplicação devem ser realizadas e monitoradas.

3.5 Procedimentos durante o pré-natal

Os procedimentos a serem desenvolvidos durante o pré-natal devem ser conduzidos em conformidade ao Anexo I da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000). Esta portaria estabelece mecanismos de cadastramento no pré-natal das gestantes até o 4º mês da gestação e garantir, de acordo com os princípios gerais, condições para o acompanhamento pré-natal, bem como a realização de determinados procedimentos, tais como número de consultas e exames (Tabela 2).

Tabela 2: Procedimentos a serem realizados durante o pré-natal.

Procedimento	Quantidade	Idade Gestacional
Primeira consulta de pré-natal	*	Até o 4º mês de gestação
Consultas para o acompanhamento do pré-natal***	Mínimo seis (6) consultas	Uma (1) no primeiro trimestre, duas (2) no segundo e três (3) no terceiro trimestre da gestação
Realização de consulta no puerpério	Uma (1) consulta	Até 42 dias após o nascimento do bebe
Realização dos exames laboratoriais***	ABO-RH: 1 Ht/Hb: 2 VDRL: 2 Glicose em jejum: 2 Exame de urina: 2 Parasitológico: 1 HIV: 2 HbsAg: 1 Toxoplasmose: 3 Colpocitologia: 1	Os exames a serem repetidos, em sua maioria são realizados na primeira consulta e devem ser repetidos entre a 28º e 30º semana. Toxoplasmose deve ser repetido trimestralmente em caso de IgG não reagente.
Protocolo de imunizações	Casos de não imunização ou reforço	**

Realização de atividades educativas	Todo o pré-natal	Todo o pré-natal
Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes	Mínimo de seis (6) consultas	Todas as consultas
Garantir a referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar	Todo o pré-natal	Todo o pré-natal

*Sem apresentação de quantidade, pois é o início da assistência pré-natal.

**A imunização deve ser realizada assim que se identificar a necessidade.

***Estes procedimentos podem variar em relação a quantidade de acordo com a necessidade da gestante.

Fonte: Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério, 2006.

3.6 Avaliação da assistência pré-natal

A avaliação do pré-natal oferecido a gestante deve sempre ser realizada, de forma a observar diversos parâmetros que possibilitem sanar quaisquer erros ou dificuldades encontradas para a correta implementação do procedimento. Para isso, o conhecimento das medidas aplicadas em cada estado e município deve ser analisado, de forma a se identificar o problema. Deve-se considerar que todo o acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) pode ser feito por meio dos dados presentes no SISPRENATAL, sistema que acompanha e controla as ações desenvolvidas junto as gestantes, promovendo uma maior disseminação da assistência pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As principais formas de se avaliar a assistência pré-natal é observar parâmetros que evitem o desenvolvimento de morbidades durante este período, tais como anemias, hipertensão arterial, sífilis entre outras, por meio de consultas clínicas além da realização de exames laboratoriais nos períodos da gestação estabelecidos (CARROLI, ROONEY, VILLAR, 2001; BARROS et al., 2010; VILLAR et al., 2010).

Além destes parâmetros, relacionados a patologias, outros aspectos, tais como características sociodemográficas, escolaridade, padrão econômico entre outros, também devem ser observados durante a avaliação da assistência pré-natal, pois são determinantes para a qualidade do mesmo. Um destes parâmetros é a equidade ao acesso aos serviços de saúde. De acordo com um estudo desenvolvido por Almeida e Barros (2005), ainda pode-se observar que quanto menor a renda e a condições sociodemográficas das gestantes, maior é a incidência de doenças e menor é o

número de visitas devido à falta de orientação quanto à necessidade de realizar o pré-natal.

3.6.1 Metodologias de análise

Uma das formas de se realizar a avaliação da assistencial pré-natal é por meio da avaliação de parâmetros que devem ser empregados durante o pré-natal, tais como número de consultas, início do pré-natal, exames realizados, entre outros parâmetros. Alguns dos índices mais conhecidos e que podem ser utilizados neste tipo de avaliação são o Índice de Kessner (KESSNER, 1993), o Índice de Kotelchuck (KOTELCHUCK, 1994) e o *Revised Graduated Prenatal Care Utilization Index* (GINDEX), proposto por Alexander e Cornely (1987), os quais utilizam o início do pré-natal e o número de consultas em cada etapa da gestação como forma avaliativa da qualidade da assistência pré-natal. No entanto, estes índices não permitem a realização da avaliação sobre a qualidade e o conteúdo do pré-natal frente a outros parâmetros, como critérios socioeconômicos, idade, grau de instrução, entre outros, além de utilizar critérios internacionais que não são semelhantes aos aplicados no Brasil (DOMINGUES et al., 2012).

A ausência de diferentes parâmetros nos índices de Kessner, Kotelchuck e GINDEX traz a necessidade da readequação destes índices frente às necessidades e ao que se espera avaliar da assistência pré-natal. Desta forma, diversos estudos têm sido realizados considerando os parâmetros de início da assistência e número de consultas preconizados pelos índices citados, porém com a inserção de outros critérios que permitem uma avaliação mais adequada da realidade da assistência pré-natal no Brasil (SILVEIRA, SANTOS, COSTA, 2001; LEAL et al., 2004; ALMEIDA, BARROS, 2005; DOMINGUES et al., 2012; ANVERSA et al., 2012; SILVA et al., 2013). A inserção de novos critérios avaliativos pode ser realizada se baseando em diversos tipos de recomendações já existentes. Portanto, para o desenvolvimento da forma de avaliação, podemos observar o uso de critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012), Programa de Humanização do Parto e Nascimento (BRASIL, 2000), *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU), *American College of Gynecology and Obstetrics* (ACOG), entre outros órgãos.

Neto e colaboradores (2013), em sua avaliação sobre a adequação do pré-natal por meio dos principais índices utilizados na literatura (Ciari Jr., et al., 1972; Kessner,

1973; Alexander e Cornely, 1987; Rosen et al., 1991; Takeda, 1993; Kotelchuck, 1994; Ministério da Saúde, 2000; Villar et al., 2001; Coutinho et al., 2003 e Carvalho e Novaes, 2004), chegaram a conclusão que o índice de Takeda foi o que apresentou maior prevalência de adequação, uma maior concordância entre os índices de Villar et al (2001) e Rosen et al. (1991) e que os índices de Carvalho e Novaes e do Ministério da Saúde possuem relevância quando se objetiva avaliar a adequação do pré-natal.

3.6.2 Realidade da assistência ao pré-natal em Cáceres - MT

As informações em saúde disponibilizadas pelo DATASUS, site regulado pelo Ministério da Saúde, permite para que todos possam ter conhecimento de diversos parâmetros relacionados à saúde com abrangência nacional, estadual e municipal. Estes dados devem sempre ser preenchidos constantemente, garantindo que a disseminação das informações referentes aos aspectos sanitários em todo o território nacional ocorra. Tal conhecimento vem contribuir de forma direta para o conhecimento da realidade da saúde local ou nacional, permitindo a identificação de problemas sanitários, bem como o desenvolvimento de medidas de prevenção e controle (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Os dados disponibilizados no TABNET – DATASUS referentes a cidade de Cáceres representam somente o período de junho de 2013 a dezembro de 2013, fato que não possibilita uma comparação entre anos diferentes, o que traria informações relacionadas ao comportamento da rede assistencial do município. No entanto, os registros referentes à atenção prestada a gestante, mostram um total de 508 atendimentos pré-natal. Neste período, foram atendidas no município 377 gestantes, contudo, somente 331 (87,79%) tiveram a gestação acompanhada (Figura 1). Ainda de acordo com os dados levantados, das 337 gestações notificadas, 87 (23%) gestantes, no momento de registro e tomando como base a data da última menstruação (DUM), apresentaram idade inferior a 20 anos.

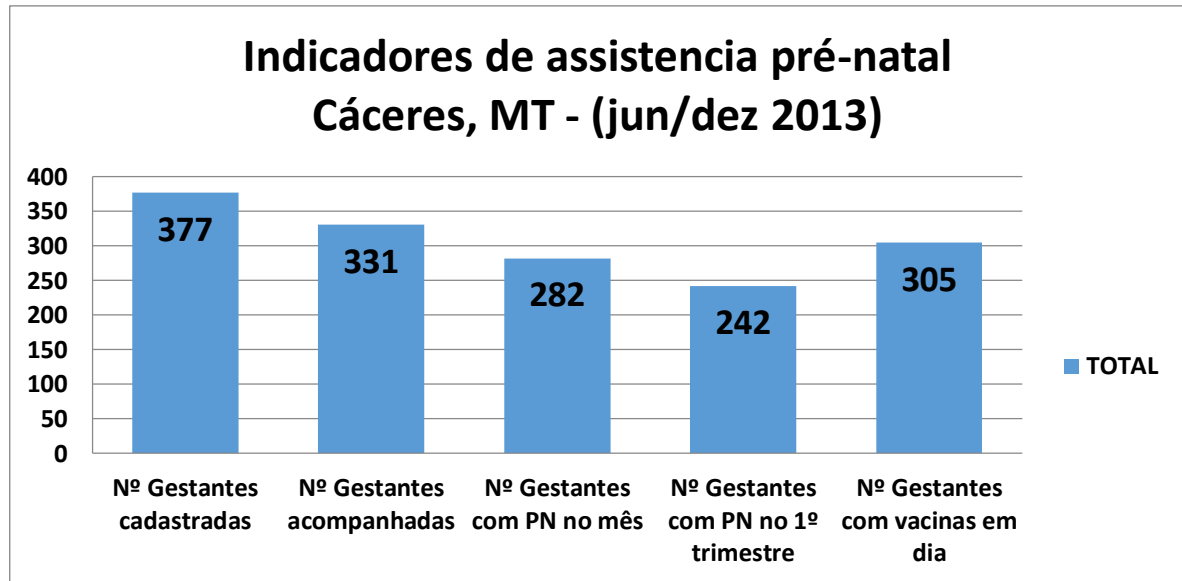


Figura 1: Indicadores da assistência pré-natal em Cáceres, MT.

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB (2019).

Deve-se considerar que quanto mais cedo à gestação for acompanhada por profissionais de saúde durante o pré-natal, maior é a garantia de uma gestação saudável e livre de complicações. Neste contexto, os dados da cidade de Cáceres mostram que 74% das gestantes fizeram pelo menos 1 consulta com o médico ou enfermeiro responsável em uma unidade de saúde, no mês de referência. No entanto, o índice de gestantes que iniciaram a assistência pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de apenas 64%. Além disso, a taxa de gestantes com o calendário vacinal em dia foi de 80,9%.

Outro importante fator que ao ser considerado nos dá uma melhor visão sobre a situação da assistência pré-natal é o número de crianças nascidas em relação ao número de consultas efetivadas durante a gestação (Figura 2). Nota-se que entre os anos de 2013 a 2017, cerca de 13,4% das gestantes não atingiram a quantidade ideal de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Além disso, deste percentual, quase 2% não fizeram nenhum tipo de consulta pré-natal, ou seja, não passaram pela atenção médica necessária durante a gestação.

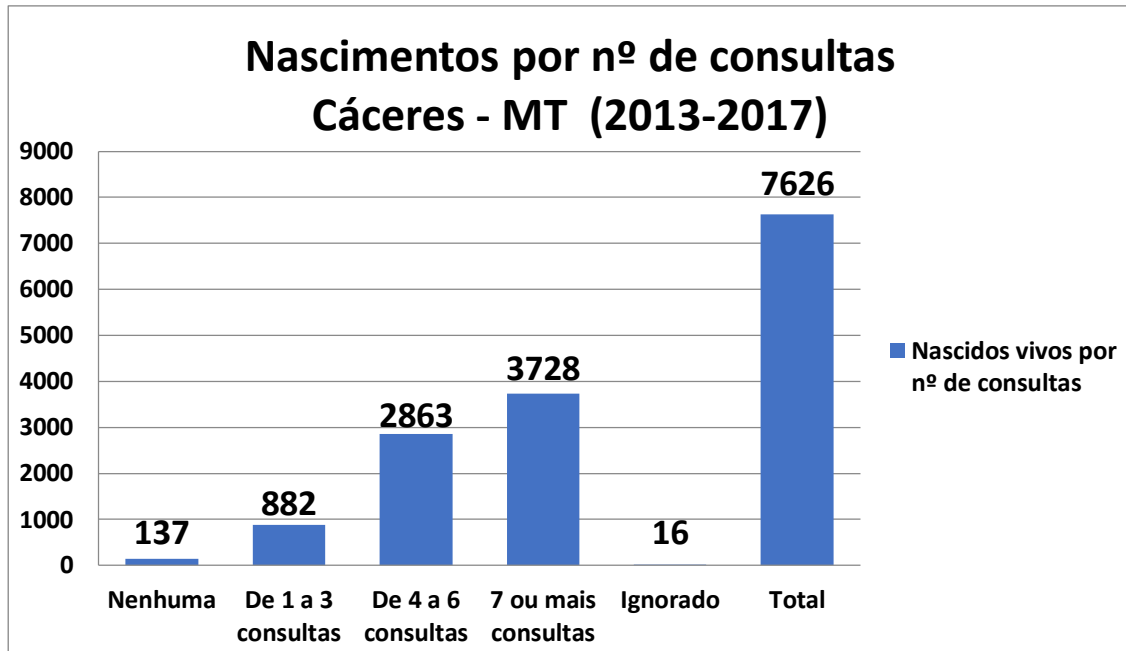


Figura 2: Indicadores do número de nascidos vivos por número de consultas em Cáceres, MT.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (2019).

Os fatores sociodemográficos são muito importantes, pois podem influenciar diretamente o curso da gestação, trazendo complicações tanto para a gestante quanto para o feto (REIS; FERRARI, 2014). No entanto, nem sempre estes fatores são levados em consideração no momento da avaliação da gestante durante o pré-natal. De acordo com dados da cidade de Cáceres entre os anos de 2013-2017, podemos evidenciar uma maior incidência de mortes fetais na faixa etária materna de 20 a 24 anos. Isso pode ser explicado, uma vez que é observado nesta idade a ocorrência de uma maior quantidade de gestações. Contudo, ao avaliarmos a incidência ocorrida na faixa etária de 15 a 19 anos, idade caracterizada como o período de adolescência, cujas características femininas ainda não estão totalmente preparadas para a gestação, notamos a segunda maior taxa de óbitos fetais (Figura 3).

Deve-se dar uma maior atenção a gravidez na adolescência, uma vez que é considerada um problema de saúde pública, trazendo futuros problemas para o desenvolvimento da mulher, da criança e dos aspectos sociais envolvidos neste processo (BELO; SILVA, 2004).

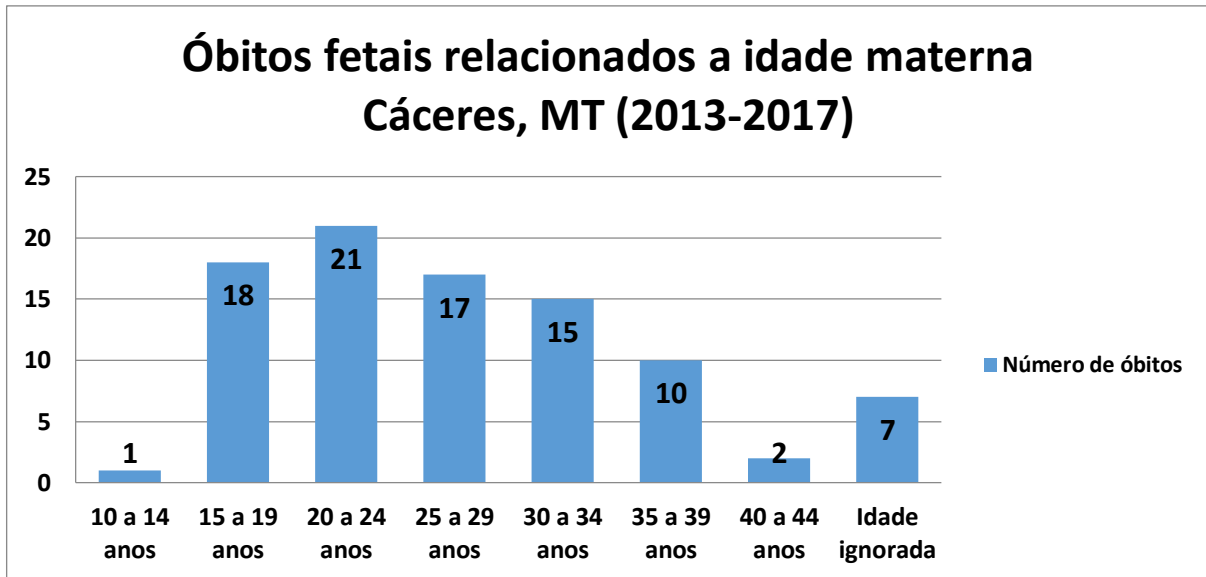


Figura 3: Número de óbitos fetais relacionados a idade materna em Cáceres, MT.

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM (2019).

3.6.3 Morte materna

Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), a morte materna ainda é um obstáculo enfrentado no Brasil, e as altas taxas observadas, devem ser classificadas como uma violação dos direitos universais. Configura-se morte materna, todos os obtidos em mulheres ocorridos durante o período gestacional até o 42º dia após o parto, independentemente do local e tempo da gestação (SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE – RS, 2009).

De acordo com os dados obtidos do DATASUS (MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), entre os anos de 2013 e 2017, no Brasil, foram relatadas 5.737 mortes maternas por causas obstétricas diretas. Esta causa de morte está relacionada a complicações obstétricas durante a gestação, parto e puerpério devido a qualquer tipo de intervenção realizada junto a mulher, omissão de qualquer auxílio ou intervenção necessária, bem como a aplicação de tratamentos incorretos (SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE – RS, 2009). Somente na região centro-oeste, foram documentadas 467 mortes maternas, sendo 135 no estado do Mato Grosso – MT, no mesmo período entre 2013-2017.

Em relação à cidade de Cáceres, local escolhido para o desenvolvimento do estudo, o número de mortes maternas por causa obstétrica direta só é superado pelas cidades de Várzea Grande e Cuiabá (Figura 4). Portanto, Cáceres ocupa o terceiro

lugar entre as cidades do estado do MT onde se observa um maior número de mortes maternas passíveis de serem evitadas.

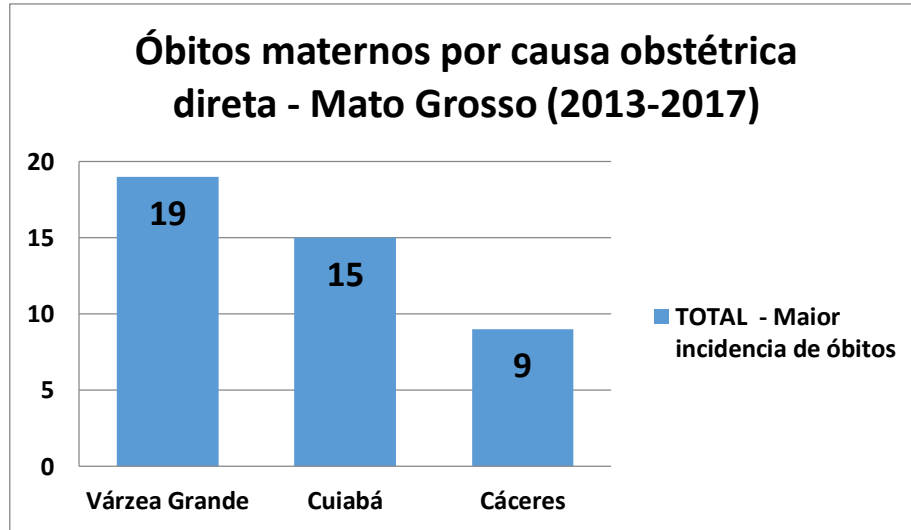


Figura 4: Cidades com maiores índices de mortes maternas por causa obstétrica direta.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2019).

Ao analisarmos os dados específicos da cidade de Cáceres, podemos evidenciar uma elevada quantidade de mortes de mulheres em idade fértil associadas à maternidade. Entre os anos de 2013 a 2017, pode-se verificar que houve 21 mortes em mulheres, sendo que 9 destas foram classificadas como causa obstétrica direta e 12 como causa obstétrica indireta (Figura 5). Considerando que a assistência pré-natal tem como foco reduzir as complicações para a mulher durante a gestação, parto e puerpério, de forma geral, pode-se inferir que existam problemas na execução deste tipo de assistência.

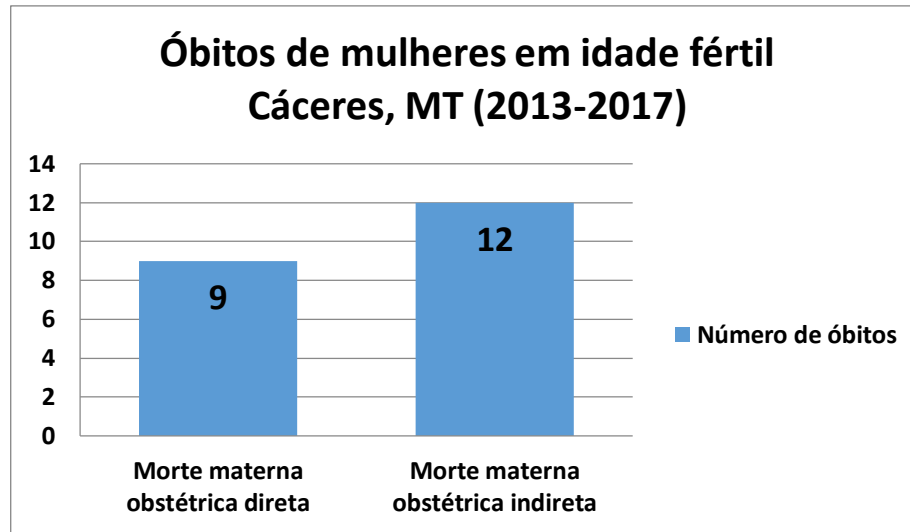


Figura 5: Incidência de óbitos de mulheres em idade fértil associada à maternidade.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2019).

Considerando que os óbitos por causa obstétrica direta são os que mais sugerem problemas na aplicação dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde em relação a assistência pré-natal, das 9 mortes documentadas, 2 ocorreram durante a gravidez, parto ou aborto, 4 mortes durante o período compreendido como puerpério, o qual se inicia 24 horas após o parto até o 42º dia, 2 mortes a partir do 43º dia até 1 ano após o nascimento e 1 morte sem período informado ou ignorado (Figura 6).

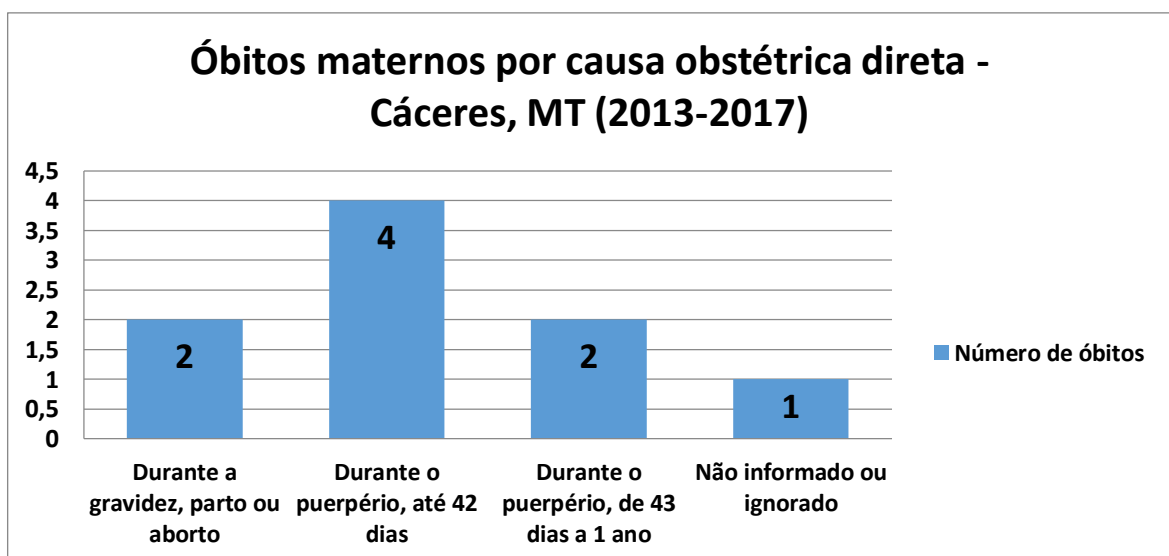


Figura 6: Incidência de óbitos de mulheres em idade fértil associada à maternidade.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2019).

Os aspectos sociodemográficos também podem nos trazer importantes informações para o entendimento da assistência prestada no município de análise. A partir do conhecimento da realidade local, pode-se desenvolver melhores métodos ou maneiras de abranger mais a população local.

Os dados sociodemográficos relacionados aos óbitos maternos (causas obstétricas diretas e indiretas) da cidade de Cáceres, entre os anos de 2013 a 2017, nos permitiu evidenciar que as faixas etárias que mais apresentaram mortes maternas foram entre 20 a 29 anos, sendo seguido pelas faixas de 15 a 19 anos e 30 a 39 anos (Figura 7). Em relação ao estado civil, a maioria das mortes ocorreram em mulheres solteiras ou classificadas como tipo de relacionamento “outros”, sendo a menor incidência para mulheres casadas, o que pode indicar uma melhor estruturação familiar (Figura 8).

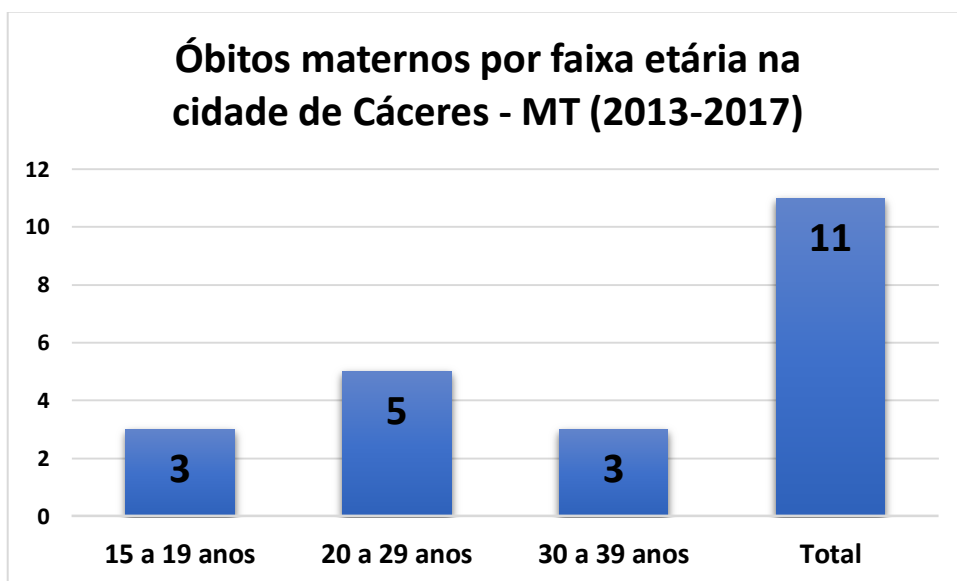


Figura 7: Incidência de óbitos maternos por faixa etária na cidade de Cáceres - MT (2013-2017).

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2019).

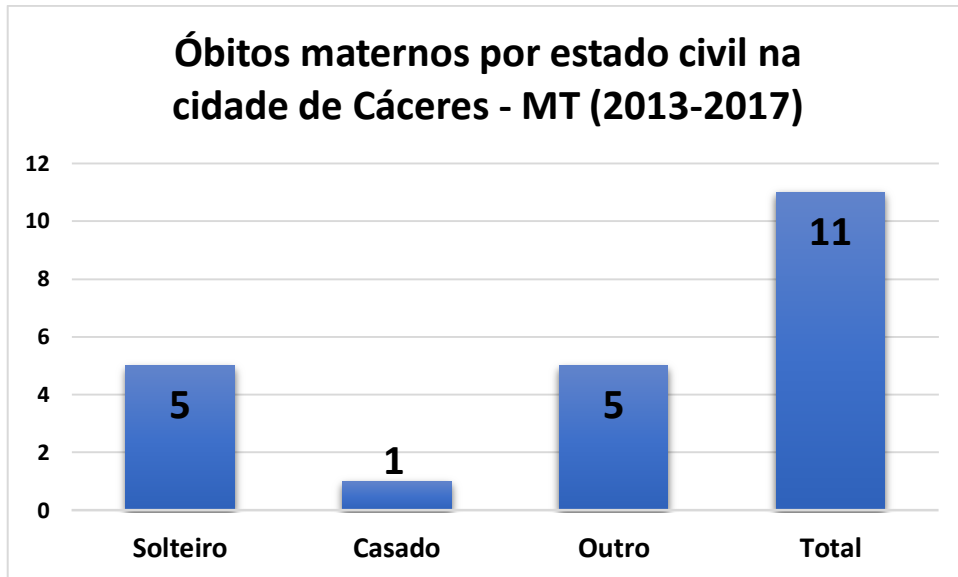


Figura 8: Incidência de óbitos maternos por estado civil na cidade de Cáceres - MT (2013-2017).

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2019).

As mortes associadas ao grau de escolaridade das gestantes, nos mostrou que maioria das mortes (91%) foram para gestantes com o ensino fundamental e médio completo ou não, sendo 45,5% para ensino fundamental e 45,5% para ensino médio. Apenas 9% das mortes ocorreram em gestantes com mais de 12 anos de estudo, ou seja, ensino superior (Figura 9). Por último, em relação a cor/raça, pudemos observar que a 63,6 das mortes foram observadas em mulheres pardas e 27,4% em mulheres brancas (Figura 10). Não foram notificados casos de mortes maternas em mulheres negras no intervalo analisado (2013-2017).

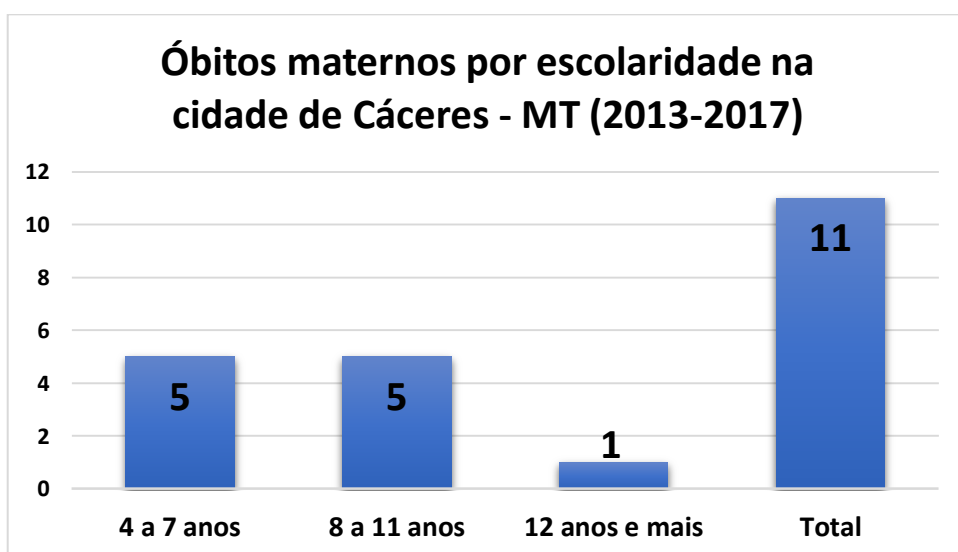


Figura 9: Incidência de óbitos maternos por escolaridade na cidade de Cáceres - MT (2013-2017).

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2019).

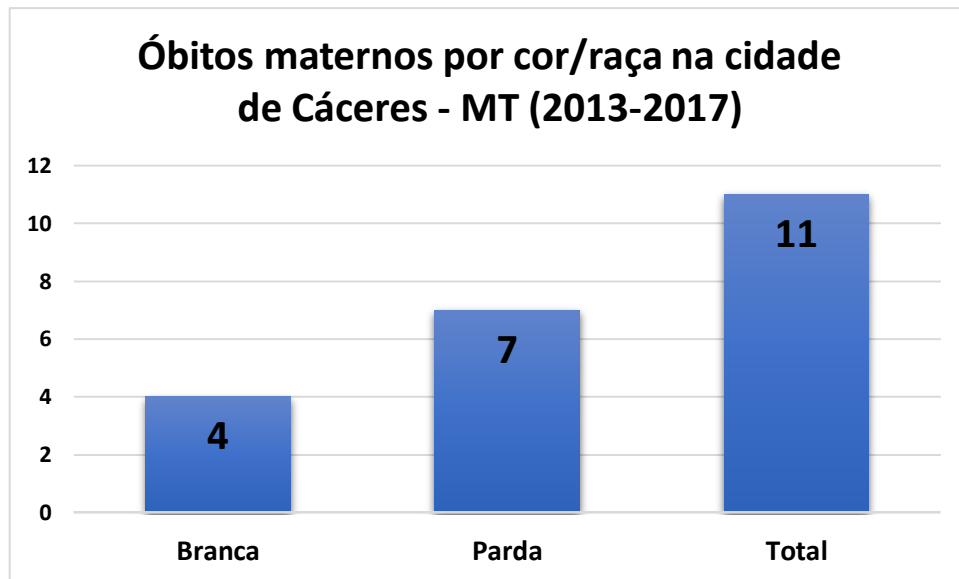


Figura 10: Incidência de óbitos maternos por cor/raça na cidade de Cáceres - MT (2013-2017).

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2019).

Ao analisarmos os dados disponíveis no painel de monitoramento da mortalidade materna [Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Novembro de 2019], podemos verificar que a frequência de morte materna por causa obstétrica direta mantém uma frequência anual de 1,8 casos por ano. Deve-se ressaltar que os resultados obtidos foram baseados no local de registro (óbitos por residência), indicador (causa obstétrica direta) e ano referencia (2013-2019). Os resultados apresentados para os anos de 2018 e 2019 são resultados preliminares, de acordo com as informações disponibilizadas no sistema DATASUS (Figura 11).

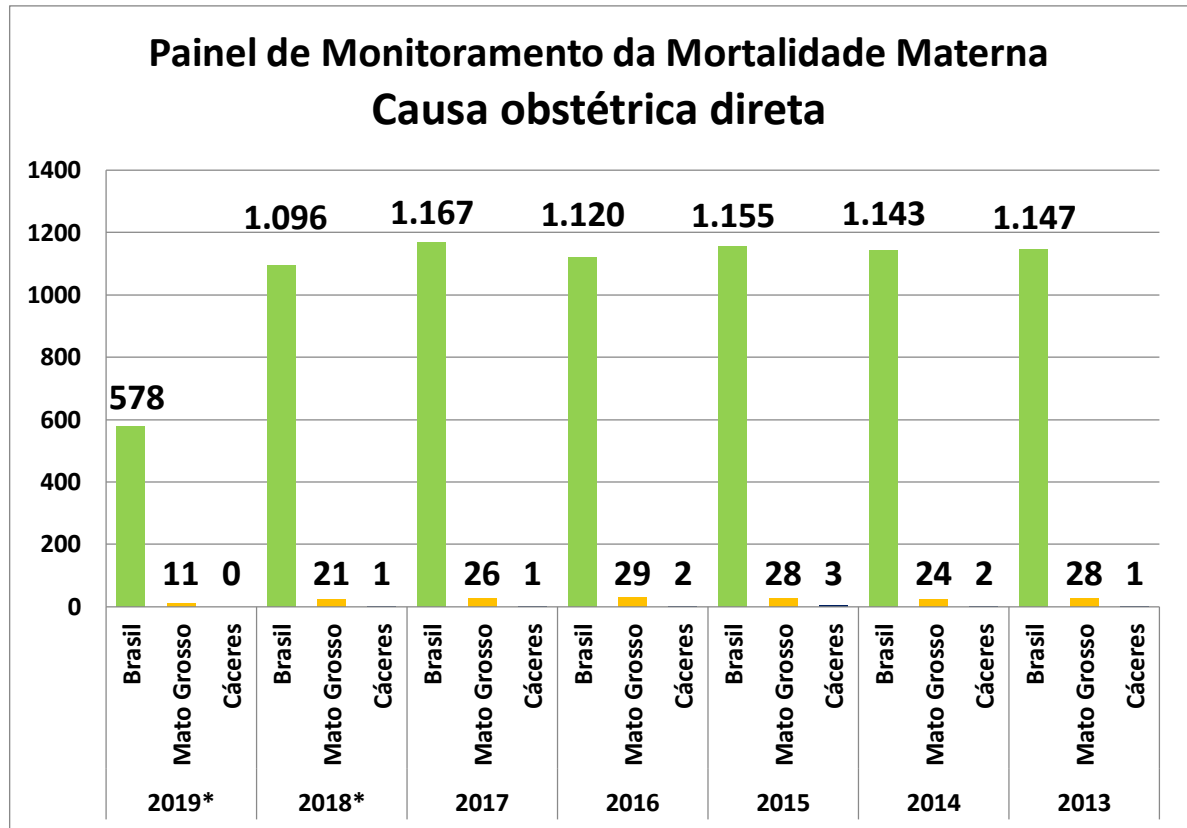


Figura 11: Painel de monitoramento da mortalidade materna entre os anos de 2013 a 2019.
*Resultados preliminares.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2019).

Baseado nos dados obtidos pode-se verificar que o sistema de assistência ao pré-natal é aplicado na cidade de Cáceres, MT. Contudo, melhorias devem ser implementadas uma vez que os resultados obtidos demonstram a presença de casos de morte materna por situações que poderiam ser evitadas. Portanto, este estudo propõe uma avaliação mais concisa sobre a situação da assistência pré-natal na cidade de Cáceres - MT, por meio da avaliação de parâmetros relacionados a gestante e ao recém-nascido, visando à identificação de pontos a serem melhorados, garantindo uma melhor atenção a saúde da gestante e conseqüentemente ao recém-nascido.

4 METODOLOGIA

4.1 Comitê de Ética em Pesquisa

O estudo foi aprovado previamente pelo comitê de ética em pesquisa sob o número 3.910.542, seguindo todos os parâmetros estabelecidos (Apêndice 1).

4.2 Amostragem

Foram avaliados os prontuários de 953 gestantes a partir dos dados gerados pelo serviço de obstetrícia do Hospital São Luiz, na cidade de Cáceres – Mato Grosso no período entre janeiro e maio de 2020. Os prontuários só foram analisados após a devida liberação dos responsáveis pelo setor de obstetrícia, bem como pelo diretor do referido hospital.

4.3 Critérios de Inclusão

- Parturientes atendidas no Hospital São Luiz, na cidade de Cáceres – Mato Grosso no período de janeiro a maio de 2020.

4.4 Critérios de Não Inclusão

- Parturientes que não tenham passado pelo acompanhamento e parto realizados no Hospital São Luiz, de Cáceres – Mato Grosso no período de estudo;
- Parturientes que no momento da análise de dados não apresentaram todas as informações devidamente preenchidas pelo responsável no hospital.

4.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados do sistema de prontuários do serviço de obstetrícia do Hospital São Luiz, na cidade de Cáceres – Mato Grosso, uma única vez, com horário marcado. Os dados coletados foram referentes ao período de janeiro a maio de 2020 e todo o processo foi conduzido pelos médicos responsáveis pelo estudo, respeitando todos os aspectos aprovados previamente pelo CEP.

4.6 Informações coletadas

As informações disponibilizadas no sistema do hospital envolveram aspectos socioeconômicos e demográficos, histórico da vida reprodutiva, assistência pré-natal recebida, número de consulta durante o pré-natal e mês de início do mesmo. Outros aspectos também foram abordados, como presença da assistência ao recém-nascido, tipo de parto e idade gestacional. As informações em relação a gestante, portanto, envolveram dados do histórico gestacional, dados da gestação atual e dados sociodemográficos.

Em relação ao recém-nascido, os dados coletados foram: hora do nascimento, local, peso do recém-nascido, comprimento ao nascer, perímetro cefálico, sexo, índice de Apgar e idade gestacional e informações sobre a presença de anomalias.

4.7 Análise dos Dados

A avaliação da qualidade do pré-natal oferecido as gestantes no local de estudo, foi baseada no índice de Kessner modificado por Takeda (TAKEDA, 1993), além dos parâmetros estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) e pelo manual técnico do pré-natal e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Pelo índice de Kessner modificado por Takeda (TAKEDA, 1993), a assistência pré-natal foi classificada como adequada, inadequada ou intermediária. Os critérios considerados na avaliação foram o número de consultas realizadas durante o período de pré-natal e a época do início da assistência. Para a classificação baseada nos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o pré-natal também foi classificado como adequado, inadequado e intermediário, sendo os critérios elegíveis para tal classificação, o número de consultas e o início do pré-natal pelas gestantes. Critérios sociodemográficos também foram avaliados de forma a se estabelecer correlações entre os dados obtidos. A avaliação de todos estes critérios acompanhou os estudos realizados por Anversa et al. (2012); Silveira, Santos, Costa (2001); Almeida, Barros (2005); Silva et al. (2013).

A análise dos dados foi feita por meio de análises multivariadas, uma vez que foram avaliadas diversas variáveis no estudo. Além da determinação do perfil das gestantes e da classificação do pré-natal com bases no Índice de Kessner e no Ministério da Saúde, também foi realizado o teste do Qui-quadrado para verificação

da associação das variáveis em relação a adequação ou não do pré-natal. Os softwares utilizados para a análise estatística, foram Minitab® além de rotinas no programa Excel. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para um valor $P \leq 0,05$, ou seja, com nível de significância de 5%.

4.8 Parâmetros considerados

Para a determinação da qualidade do pré-natal oferecido a população na cidade de Cáceres, MT, foram utilizados os mesmos conceitos de avaliação aplicados no estudo de Anversa et al. (2012). No estudo, os autores criaram diferentes níveis de qualidade para a avaliação da assistência pré-natal, sempre se baseando nos critérios estabelecidos por Kessner e modificados por Takeda (TAKEDA, 1993), programa PHPN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) e manual técnico do parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Deve-se ressaltar que os parâmetros utilizados no presente estudo foram somente os referentes ao “Nível 1”, o qual considerou o número de consultas realizadas associados ao início da assistência pré-natal.

4.8.1 Nível 1 – Índice de Kessner modificado por Takeda

Este nível levou em consideração os parâmetros estabelecidos por Kessner e modificados por Takeda (TAKEDA, 1993), os quais avaliam a qualidade do pré-natal considerando o número de consultas e a data de início da assistência. A qualidade do pré-natal foi classificada como “adequada” se estivessem discriminados no prontuário no mínimo seis consultas e o pré-natal com início antes da vigésima semana de gestação (20ª semana). A classificação foi “inadequada” quando, no prontuário, houvesse a marcação de no máximo três consultas ou o início do pré-natal fosse a partir da vigésima oitava semana (28ª semana). Os casos que variaram em relação à qualidade adequada e inadequada foram classificados como assistência “intermediária”.

4.8.2 Nível 1 – Ministério da Saúde

Este nível levou em consideração os parâmetros estabelecidos programa PHPN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) e manual técnico do parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), os quais avaliam a qualidade do pré-natal considerando o número

de consultas e a data de início da assistência. A qualidade do pré-natal foi classificada como adequada se estivessem discriminados no prontuário no mínimo seis consultas e o pré-natal com início no primeiro trimestre de gestação (1º trimestre). A classificação foi inadequada quando no prontuário da gestante houvesse a marcação de menos de seis consultas e o início do pré-natal fosse a partir do segundo trimestre de gestação (2º e 3º trimestre). Os casos que variaram em relação à qualidade adequada e inadequada foram classificados como assistência intermediária.

5 RESULTADOS

Para obtenção dos resultados neste estudo, foi levantado um total de 953 prontuários de gestantes atendidas no Hospital São Luiz de Cáceres, Mato Grosso, no período de janeiro a maio de 2020. No entanto, entre os dados obtidos, foram evidenciadas 357 gestantes (37,5%) com informações marcadas de forma incorreta, informações faltantes, além de gestantes que embora tenham sido atendidas no referido hospital, não tiveram seu pré-natal realizado na cidade de Cáceres – MT. Devido a situação citada, todas as 357 gestantes foram excluídas do estudo. Desta forma, foi utilizado um total de 596 gestantes no estudo.

5.1 Perfil do histórico gestacional

Com base nas informações coletadas, foi possível obter um perfil das gestações anteriores das gestantes. Dentre todas as gestantes avaliadas, foi verificado que 539 apresentaram um número de ≤ 3 gestações anteriores, totalizando um percentual de 90,44%. No entanto, entre estas 539 gestantes, 195 (32,72%) eram nulíparas, ou seja, nunca haviam engravidado antes. Cerca de 51 gestantes (8,56%) foram registradas como tendo apresentado de 4 a 7 gestações anteriores e 6 gestantes (1%), apresentaram uma quantidade de gestações anteriores superior a 8 (Figura 12).

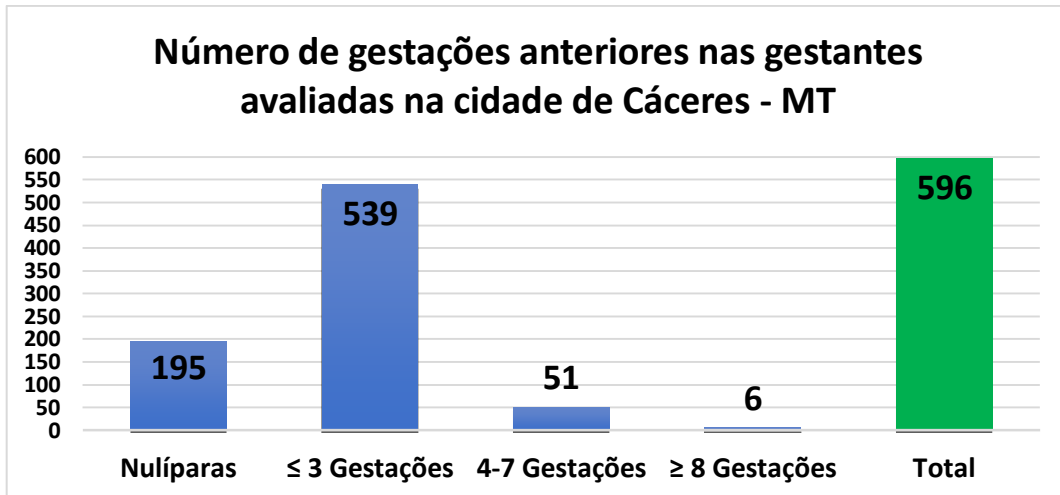


Figura 12: Número de gestações anteriores na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

Ao avaliarmos o desfecho das gestações anteriores para as 596 gestantes avaliadas, foi verificado um total de 847 gestações. Em relação ao tipo de parto realizado, 431 foram partos vaginais (50,9%) e 281 partos cesárea (33,2%) e em relação ao desfecho da gestação, foi verificado um percentual de 84,1% de nascidos vivos (712 recém-nascidos) e de 15,9% de abortos (135 abortos) (Figura 13).

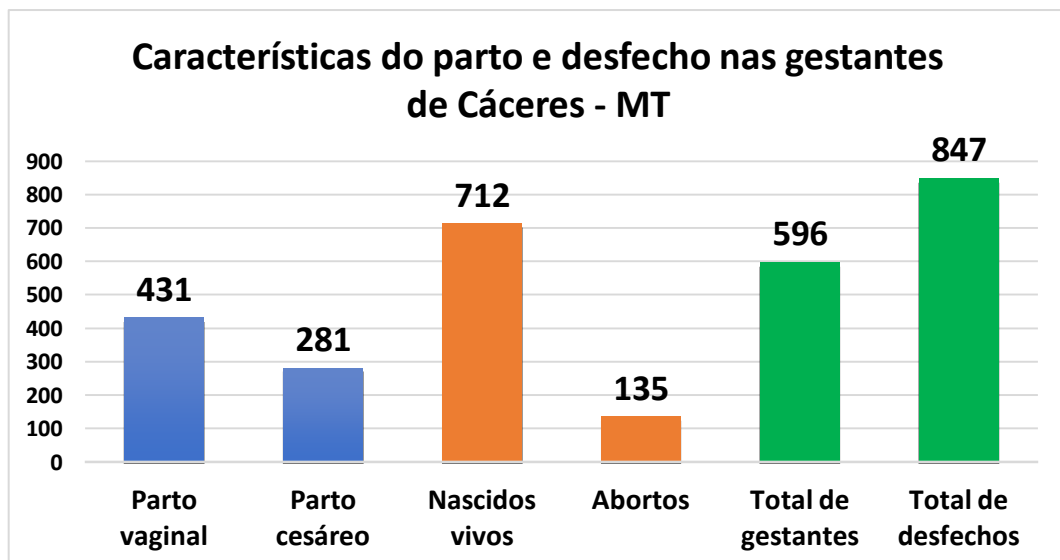


Figura 13: Característica dos partos e do desfecho gestacional na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

5.2 Perfil da gestação atual

Para o entendimento e classificação do tipo de pré-natal as quais as gestantes foram submetidas, foi realizada a avaliação de diversos aspectos como tipo de gestação, início do pré-natal, tipo de parto, número de consultas entre outras informações. A “gestação atual” é a gestação a qual este estudo objetiva classificar como adequada ou não.

Em relação ao tipo de gravidez apresentada na atual gestação, 592 foram únicas, perfazendo um total de 99,4% e 4 gestações gemelares, totalizando 0,6%. Estas informações podem ser visualizadas na Figura 14.

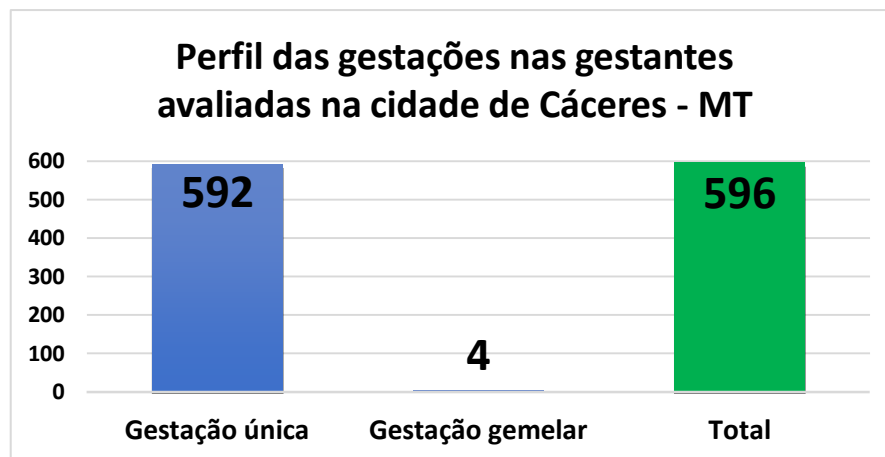


Figura 14: Quantidade de gestações únicas e gemelares na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

Entre as 596 gestantes avaliadas, um total de 13 (2,2%) não foram acompanhadas durante a gestação, 523 (87,7%) iniciaram de forma correta o pré-natal antes da 20ª semana, 29 (4,9%) entre a 20ª e 28ª semana e 26 (4,4%) após a 28ª semana de gestação. Para 5 gestantes (0,8%), as informações referentes ao início do pré-natal foram ignoradas (Figura 15).

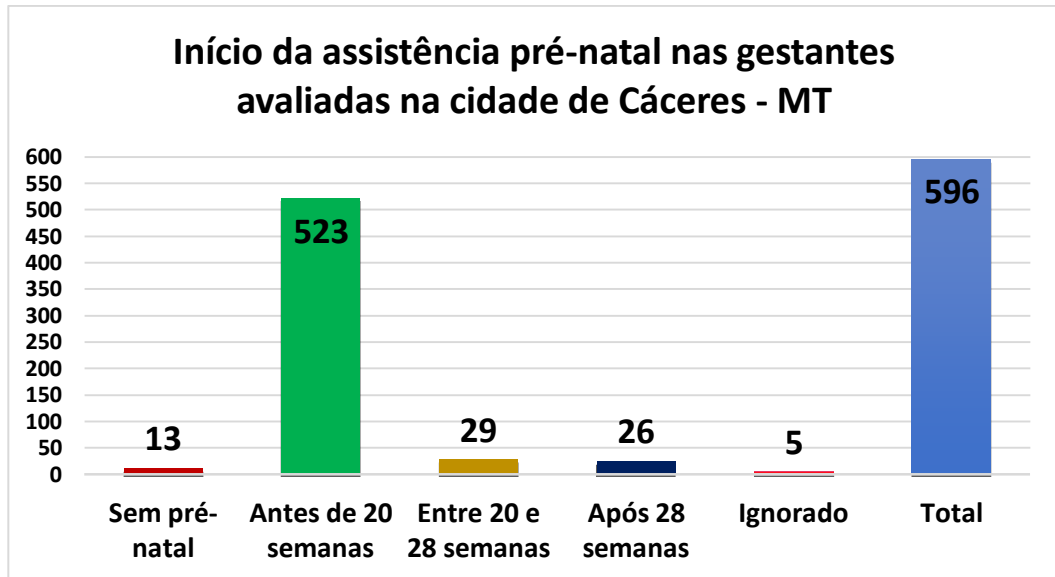


Figura 15: Início da assistência pré-natal por semana gestacional na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

Outra forma de avaliarmos o início do pré-natal e chegarmos à conclusão se este início foi feito no período correto, é por meio da análise por trimestre. Neste caso, um total de 13 (2,2%) não foram acompanhadas durante a gestação, 437 (73,3%) iniciaram de forma correta o pré-natal no 1º trimestre de gestação, 115 (19,3%) no 2º trimestre gestacional e 26 (4,4%) no 3º trimestre de gestação. Para 5 gestantes (0,8%), as informações referentes ao início do pré-natal foram ignoradas (Figura 16).

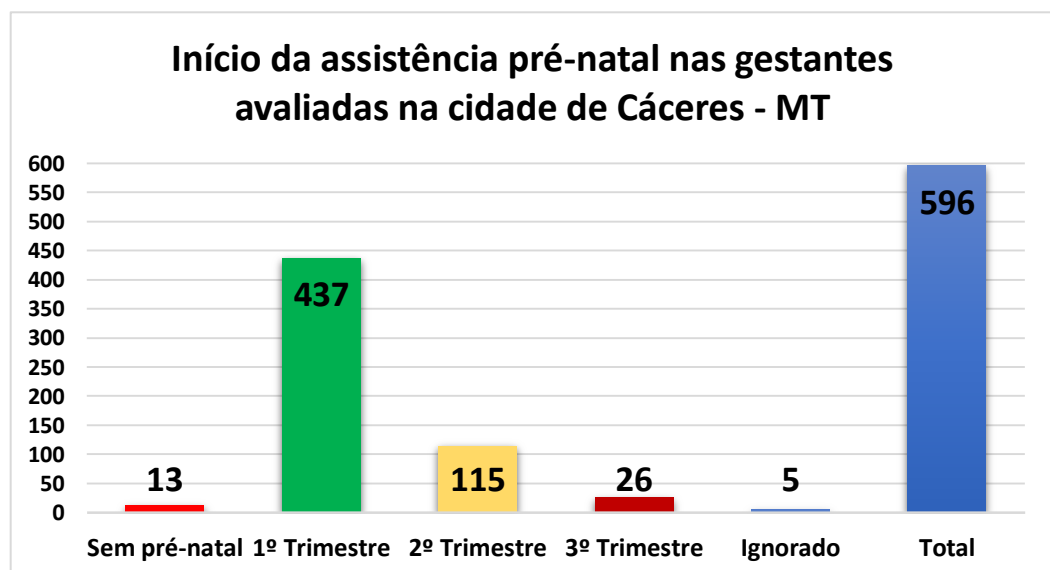


Figura 16: Início da assistência pré-natal por trimestre na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

Além da idade gestacional no início do pré-natal, o número de consultas também é fundamental para a determinação da eficiência da assistência. Neste caso, 13 gestantes (2,2%) não realizaram nenhuma consulta durante a gestação, ou seja, não fizeram o pré-natal. No entanto, 199 gestantes (33,4%) tiveram menos de 6 consultas durante toda a gestação, 395 (66,3%) realizaram 6 ou mais consultas, o que é preconizado, e 2 gestantes (0,3%) tiveram esta informação ignorada e não marcada no prontuário (Figura 17).

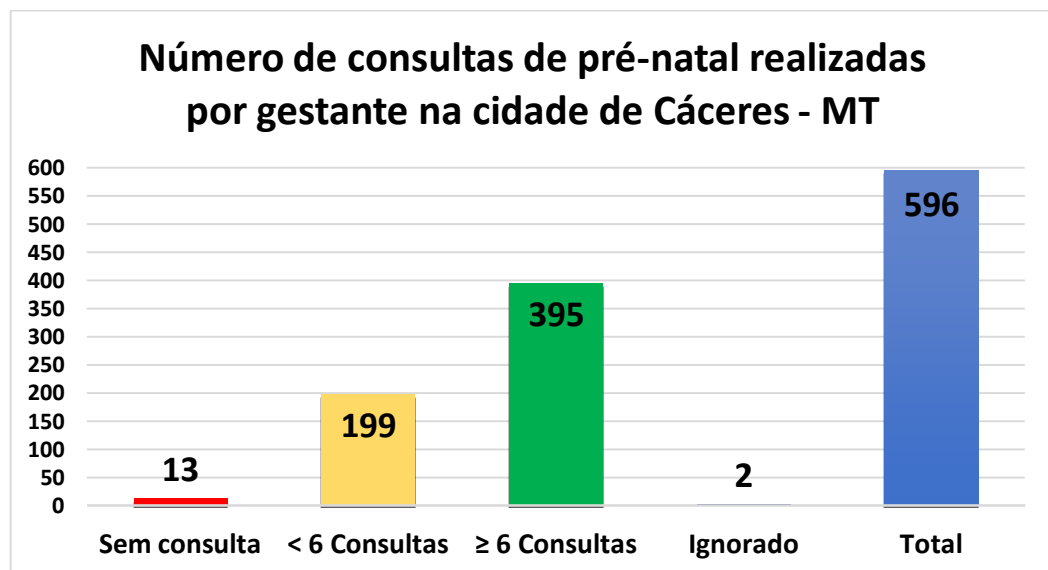


Figura 17: Número de consultas por gestação na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

No que diz respeito ao tipo de parto, entre as 596 gestantes, foram verificados 232 partos vaginais, representando um percentual de 39% e 364 partos cesárea, totalizando 61%. Em relação ao profissional que prestou a assistência a estas gestantes no momento do parto, pode-se concluir que 524 gestantes (87,9%) foram assistidas por médicos, 69 gestantes (11,6%) foram assistidas por enfermeiros obstetras e 3 gestantes (0,5%) assistidas por outros profissionais (Figura 18).

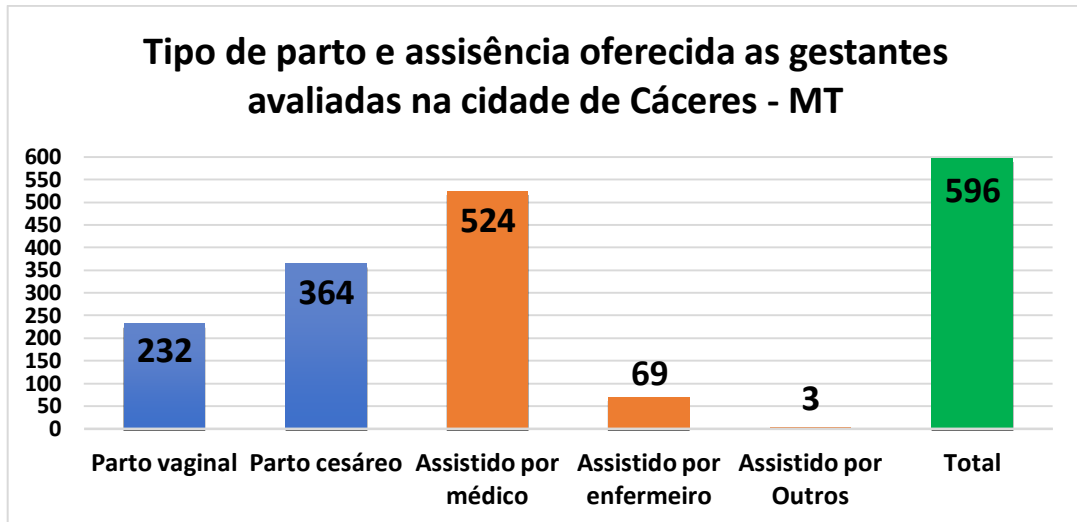


Figura 18: Tipos de parto e assistência no desfecho da gestação na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

A idade gestacional ao nascer nos permite avaliar se a criança teve seu nascimento no período normal e esperado. Nesse ponto, foi observado que 59 gestações originaram recém-nascidos prematuros (9,9%), 529 gestações ocorreram dentro do período esperado ou a termo (88,8%) e 2 gestações ocorreram após o período preconizado (0,3%). Foram identificadas 6 gestantes (1%) em que estas informações foram ignoradas e não marcadas no prontuário (Figura 19).

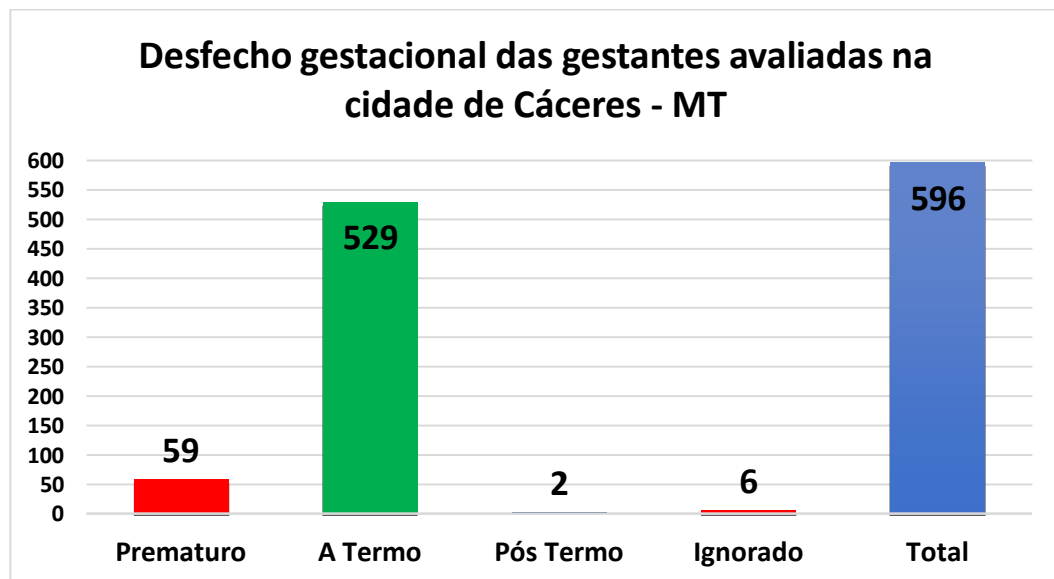


Figura 19: Desfecho gestacional na população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

5.3 Perfil socioeconômico das gestantes

Para que a assistência pré-natal possa ser oferecida de forma igualitária a todas as gestantes, diversos fatores devem ser levados em consideração, uma vez que podem ser decisivos na aceitação do pré-natal. Entre estes fatores, devemos considerar nível de instrução, profissão, idade, ocupação entre outros.

Um dos principais pontos que podem dificultar a gestante na adesão ao pré-natal é a falta de tempo diário devido as atividades exercidas. Neste contexto, das 596 gestantes avaliadas, 355 (59,6%) tiveram a ocupação registrada como “Do lar”, ou seja, mulheres que se dedicam exclusivamente na realização das tarefas domésticas. Além desta ocupação, 18 gestantes foram registradas como autônomas (3%), 23 gestantes como professoras (3,9%), 24 como profissionais da área da saúde (4%), 131 gestantes (22%) registradas com diversas outras ocupações, tais como fotógrafa, produtora musical, investigadora, entre outras. Outras 45 gestantes foram registradas como estudantes, totalizando um percentual de 7,5% (Figura 20).

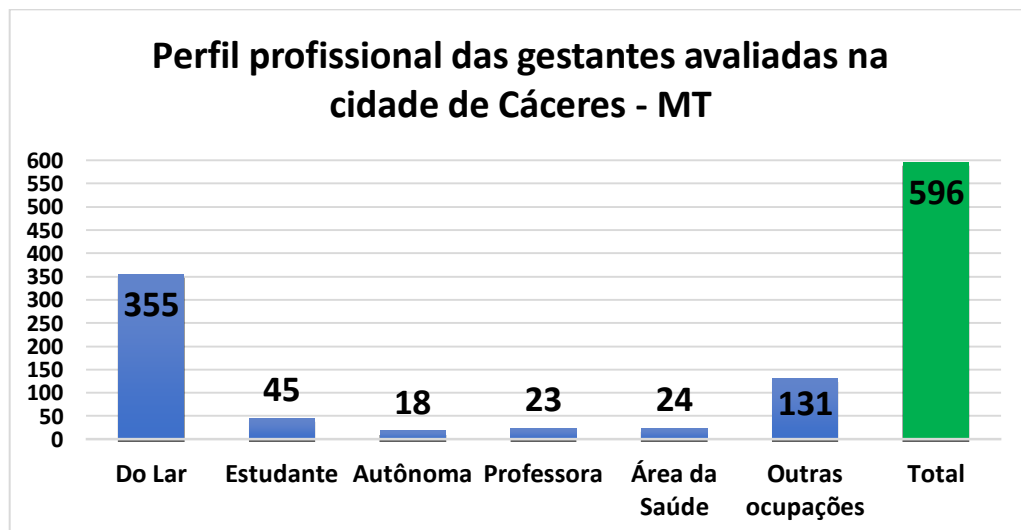


Figura 20: Perfil profissional da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

Outra variável que pode interferir na adesão ao pré-natal é a idade. Pela análise dos dados referentes a data de nascimento das gestantes, foi verificado que 10 gestantes (1,7%) tinham 15 anos ou menos no momento do parto, grupo cuja gravidez tem um maior risco de complicações além de ser considerado um problema de saúde

pública. Um total de 139 gestantes (23,3%) tinham entre 16 a 20 anos, 148 gestantes (24,8%) entre 21 a 25 anos, 144 gestantes (24,2%) entre 26 a 30 anos, 91 gestantes (15,3%) tinham entre 31 a 35 anos, 54 gestantes (9%) entre 36 e 40 anos e 10 gestantes (1,7%) apresentaram no momento do parto acima de 40 anos completos (Figura 21).

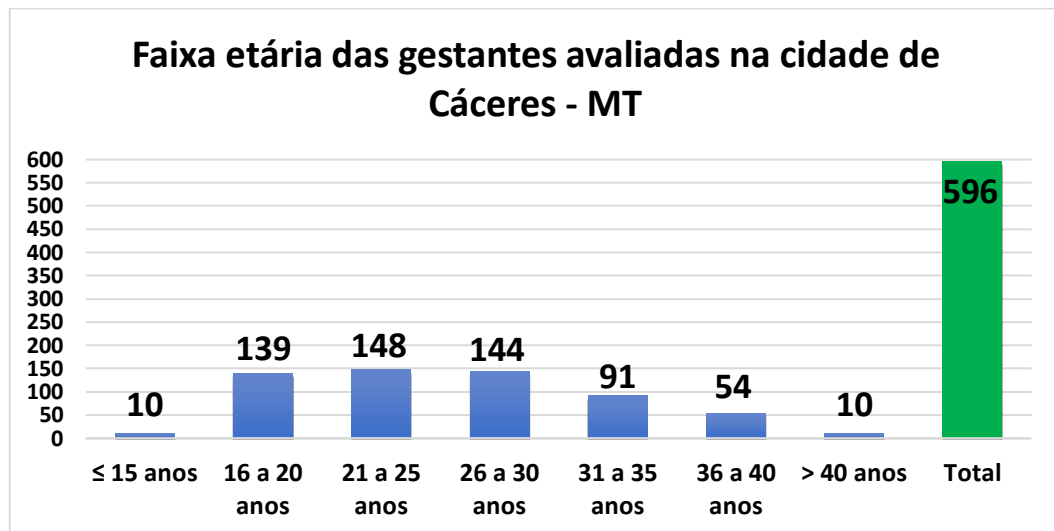


Figura 21: Faixa etária da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

A escolaridade ou grau de instrução também pode ser vista como um fator que pode prejudicar a adesão a assistência pré-natal. Com base nestes dados, as gestantes foram classificadas nos seguintes níveis de escolaridade: ensino superior (completo e incompleto), ensino médio (completo e incompleto), ensino fundamental II (6º ao 9º ano), ensino fundamental I (1º ao 5º ano) e sem escolaridade.

Portanto, foram observados que 142 gestantes (23,9%) tinham graduação completa ou não em nível superior, 322 gestantes (54%) em nível médio (completo e incompleto), 87 gestantes (14,6%) a nível de ensino fundamental II, 42 gestantes (7%) a nível de fundamental I e 3 gestantes (0,5%) sem nenhum grau de escolaridade (Figura 22).

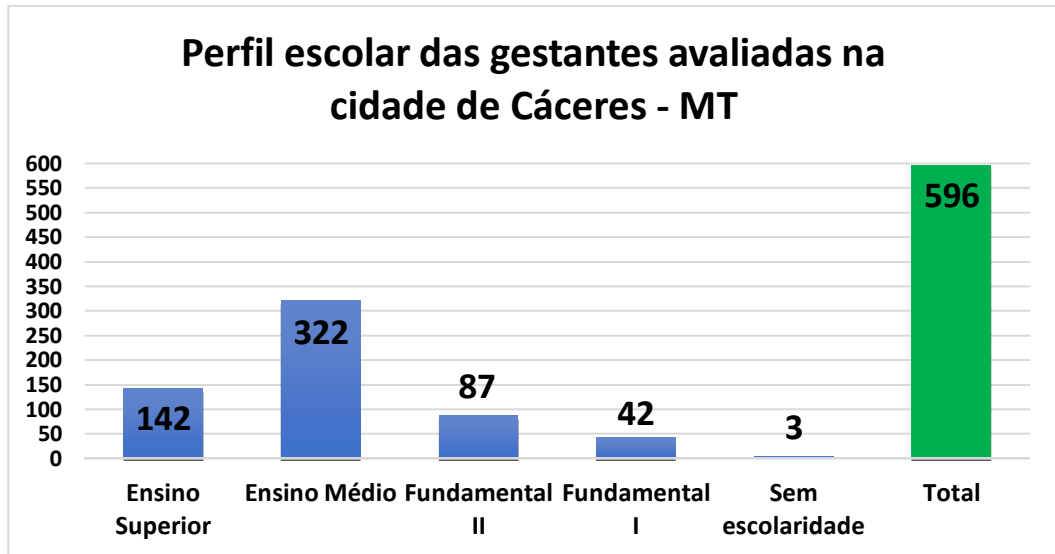


Figura 22: Grau de escolaridade da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

A situação conjugal das gestantes também foi avaliada e 441 foram classificadas como solteiras, o que representou um percentual de 74%, sendo a maioria das gestantes avaliadas. Além destas, outras 117 gestantes (19,7%) eram casadas, 30 gestantes (5%) estavam em situação de união estável, 5 gestantes (0,8%) eram divorciadas e 1 gestante (0,2%) era viúva. Apenas 2 gestantes (0,3%) tiveram sua situação conjugal ignorada e não registrada no prontuário (Figura 23).

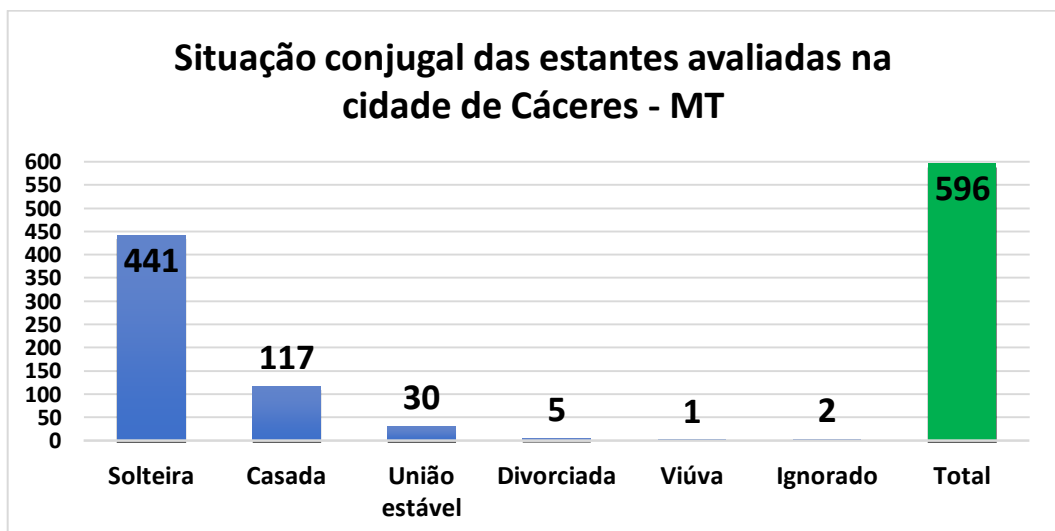


Figura 23: Estado civil da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

Outro fator que pode trazer bastante informação sobre a situação do pré-natal nas gestantes é a raça/cor das gestantes, uma vez que é sabido que dependendo da raça/cor da população menor é o acesso a serviços de saúde. Pela análise, 69 gestantes (11,6%) foram registradas como brancas, 499 gestantes (83,7%) como pardas, 24 gestantes (4%) classificadas como pretas, 3 gestantes (0,5%) foram classificadas como amarelas e apenas 1 gestante (0,2%) classificada como indígena (Figura 24).

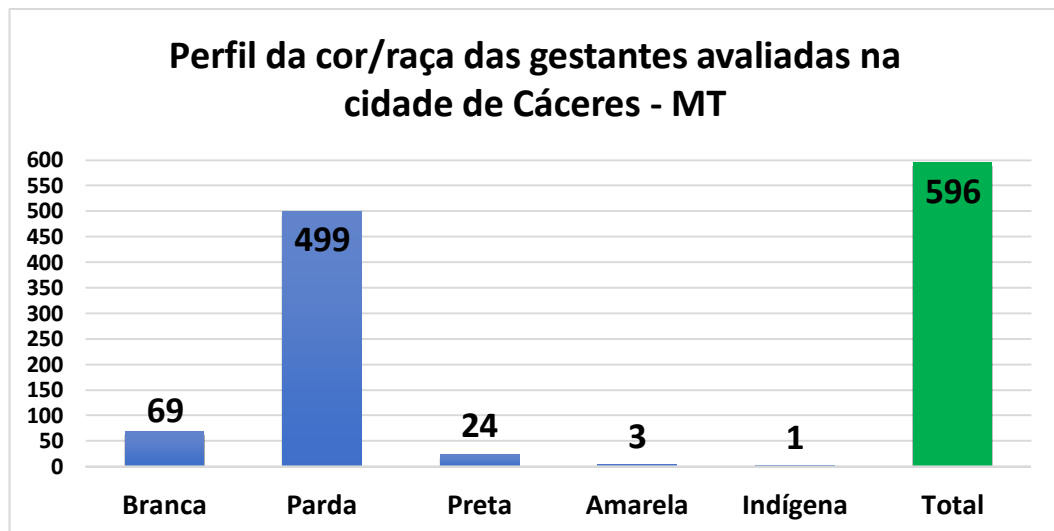


Figura 24: Aspectos de raça/cor da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

5.4 Classificação da assistência pré-natal na cidade de Cáceres - MT

Após a avaliação de todo o perfil das 596 gestantes avaliadas no Hospital São Luiz de Cáceres – MT, foi realizado a caracterização do tipo de pré-natal oferecido as gestantes durante a gestação. Para esta avaliação, foi utilizado o índice de Kessner modificado por Takeda (TAKEDA, 1993), o qual utilizou dois parâmetros já citados anteriormente, que são: número de consultas e data de início do pré-natal. Além do índice de Kessner modificado por Takeda, foi utilizado os parâmetros estipulados pelo Ministério da Saúde e contidas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e no Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério, o qual também utiliza os parâmetros de número de consultas e início do pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; 2006).

5.4.1 Avaliação do pré-natal pelo Índice de Kessner modificado por Takeda (1993)

Pela utilização deste índice, a partir das 596 gestações avaliadas, foi verificado que para 380 gestações a assistência pré-natal foi adequada, totalizando um percentual de 63,8%. Por outro lado, para 73 gestantes (12,2%), o pré-natal foi inadequado, não seguindo as preconizações de órgãos mundiais e nacionais de saúde e para 124 gestantes (20,8%), a assistência foi classificada como intermediária, pois, apresentou resultados entre os valores que caracterizaram o pré-natal como adequado e inadequado. Para 13 gestantes (2,2%) não foi verificado nenhum ripo de assistência pré-natal e para 6 gestantes (1%), s informações foram ignoradas durante o preenchimento do prontuário (Figura 25).

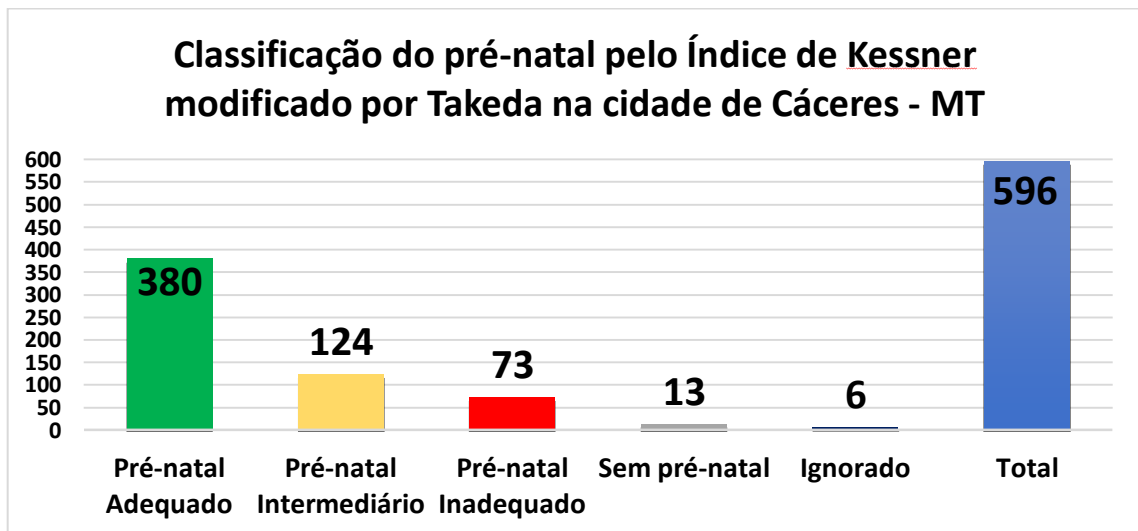


Figura 25: Classificação do pré-natal baseado no Índice de Kessner modificado por Takeda da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

5.4.2 Avaliação do pré-natal segundo o Ministério da Saúde

A análise realizada segundo os parâmetros do PHPN instituído pelo Ministério da Saúde trouxe uma realidade um pouco mais preocupante em relação ao tipo de pré-natal que as gestantes estão recebendo na cidade de Cáceres – MT. De acordo com os resultados obtidos, das 596 gestantes, 348 (58,4%) receberam uma assistência pré-natal adequada, recebendo o número mínimo de seis consultas e começando o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação. Porém, 95 gestantes (15,9%) não receberam o pré-natal adequado de acordo com o PHPN, 134 gestantes (22,5%)

receberam um pré-natal com nível intermediário e 13 gestantes (2,2%) não receberam nenhuma assistência durante a gestação. Além disso, 6 gestantes (1%) tiveram as informações para caracterização do tipo de assistência pré-natal ignoradas, não constando no prontuário (Figura 26).

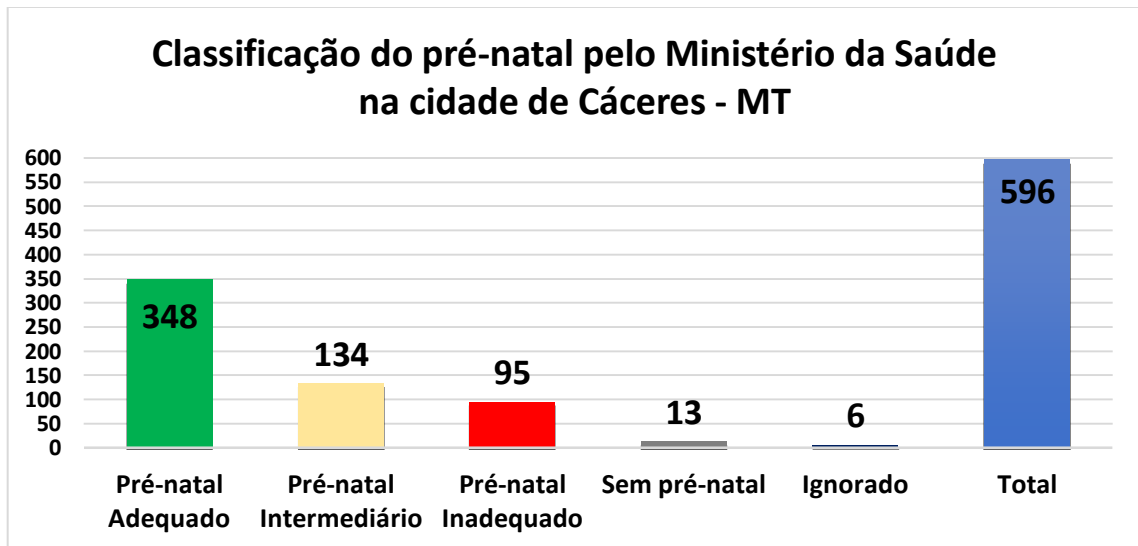


Figura 26: Classificação do pré-natal baseado nos parâmetros do Ministério da Saúde da população avaliada na cidade de Cáceres - MT, no período de janeiro a maio de 2020.

Fonte: Hospital São Luiz de Cáceres - MT (2020).

5.5 Análise Estatística

O entendimento sobre as principais variáveis que poderiam interferir ou estar relacionadas com a adequação do pré-natal foi obtido por meio do teste do Qui-quadrado, o qual nos permitiu encontrar os valores de significância ($p \leq 0,05$). Para esta avaliação, foi utilizado a classificação de adequação e inadequação do pré-natal das gestantes pelo índice de Kessner modificado por Takeda e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sobre as variáveis: idade, raça/cor, ocupação e escolaridade.

5.5.1 Índice de Kessner modificado por Takeda

Para a classificação obtida pelo índice de Kessner, foi possível verificar que não houve associação estatística com a adequação do pré-natal para as variáveis idade e raça/cor, uma vez que os valores de p ($\leq 0,05$) não foram alcançados. No entanto, para

as variáveis ocupação e escolaridade, foi possível afirmar por meio dos dados avaliados que houve uma associação estatística com a adequação do pré-natal.

5.5.1.1 Idade

Em relação a variável “Idade”, foram avaliados o grupo de gestante com menos de 20 anos, ou seja, grupo que engloba as gestantes adolescentes e adultas jovens na fase inicial. Dentre as 100 jovens avaliadas com 20 anos ou menos, 80% tiveram um pré-natal adequado e 20% inadequado. Para as 353 gestantes com mais de 20 anos de idade (21 a 43 anos), 85% tiveram um pré-natal classificado como adequado e 15% inadequado. Com base nos dados, o valor de significância obtido foi de $p = 0,23$, ou seja, sem associação (Figura 27).

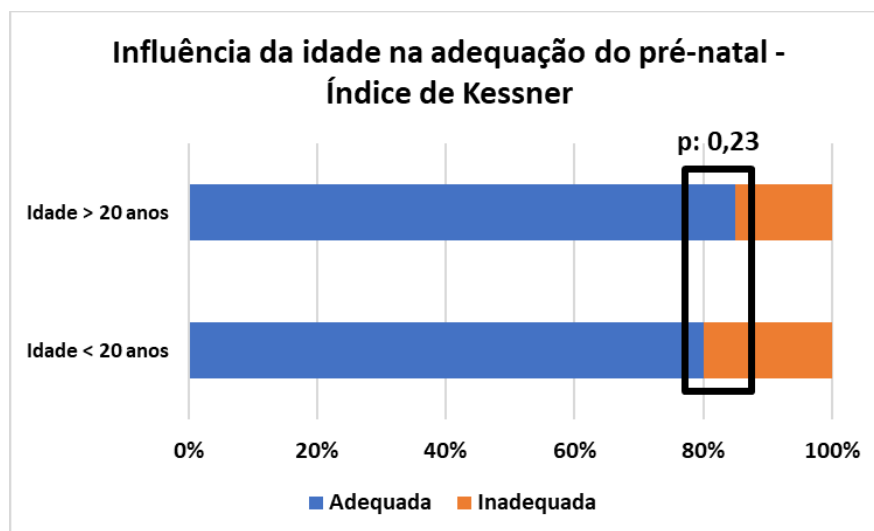


Figura 27: Teste do Qui-quadrado para a variável “Idade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,23$, os dados amostrais não indicam associação estatística entre a variável idade com a adequação do pré-natal.

Fonte: o autor.

5.5.1.2 Raça / Cor

Em relação a variável “Raça / Cor”, foram avaliados o grupo de gestantes autodeclaradas brancas e outro grupo de gestantes autodeclaradas pardas, negras, indígenas e amarelas. Dentre as 56 jovens autodeclaradas brancas, 87,5% tiveram um pré-natal adequado e 12,5% inadequado. Para as 397 gestantes autodeclaradas pardas, negras, indígenas e amarelas, 83,4% tiveram um pré-natal adequado e 16,6% classificado como inadequado. Com base nos dados, o valor de significância obtido foi de $p = 0,43$, ou seja, sem associação (Figura 28).

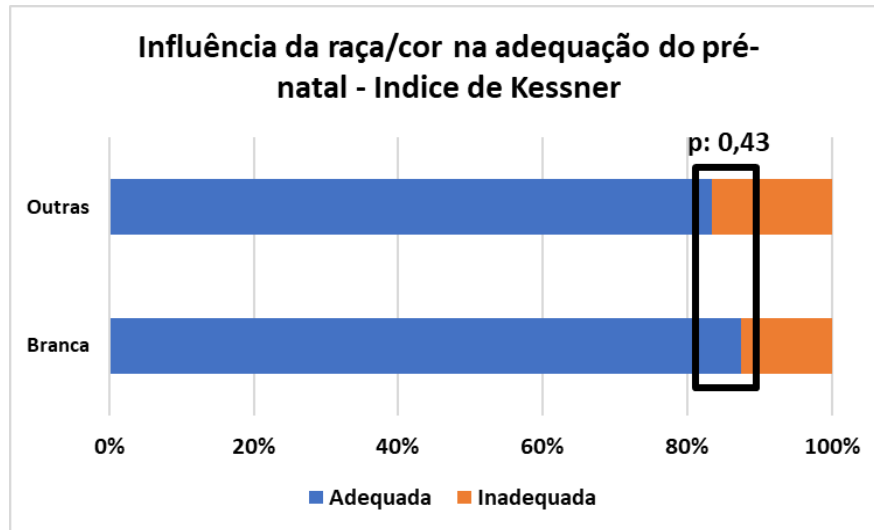


Figura 28: Teste do Qui-quadrado para a variável “Raça / Cor” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,43$, os dados amostrais não indicam associação estatística entre a variável raça/cor com a adequação do pré-natal.

Fonte: o autor.

5.5.1.3 Ocupação

Para a variável “Ocupação”, foram avaliados o grupo de gestantes cuja ocupação foi classificada como “Do lar” e outro grupo formado por inúmeras outras funções (estudantes, policias, empresárias, entre outras). Dentre as 261 gestantes com a ocupação classificadas como “Do lar”, 79% tiveram uma adequação no pré-natal e 21% inadequação. Para as 192 gestantes classificadas em outras funções, 90,3% tiveram uma adequação no pré-natal e 9,3% inadequação. Com base nos dados, o valor de significância obtido foi de $p = 0,0008$, ou seja, forte associação (Figura 29).

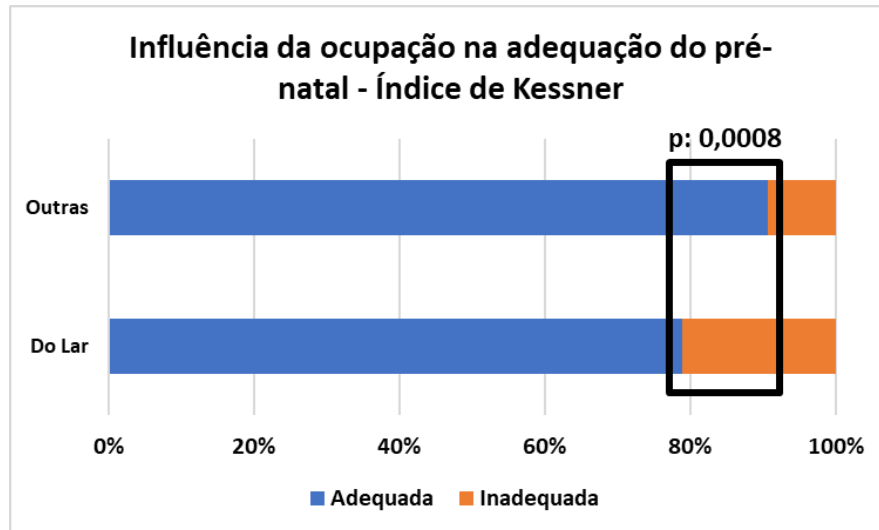


Figura 29: Teste do Qui-quadrado para a variável “Ocupação” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,0008$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável ocupação com a adequação do pré-natal.

Fonte: o autor.

5.5.1.4 Escolaridade

Em relação a variável “Escolaridade”, foram avaliados o grupo de gestantes com o ensino fundamental completo, ou seja, mais de 8 anos estudados (ensino básico completo, médio e superior completos ou não), e gestantes com o ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de 8 anos estudados. Dentre as 362 gestantes avaliadas com ensino fundamental completo, 80% tiveram um pré-natal adequado e 20% inadequado. Para as 91 gestantes com ensino fundamental incompleto, 88,1% tiveram um pré-natal classificado como adequado e 11,9% inadequado. Com base nos dados, o valor de significância obtido foi de $p = 0,000001$, ou seja, uma forte associação (Figura 30).

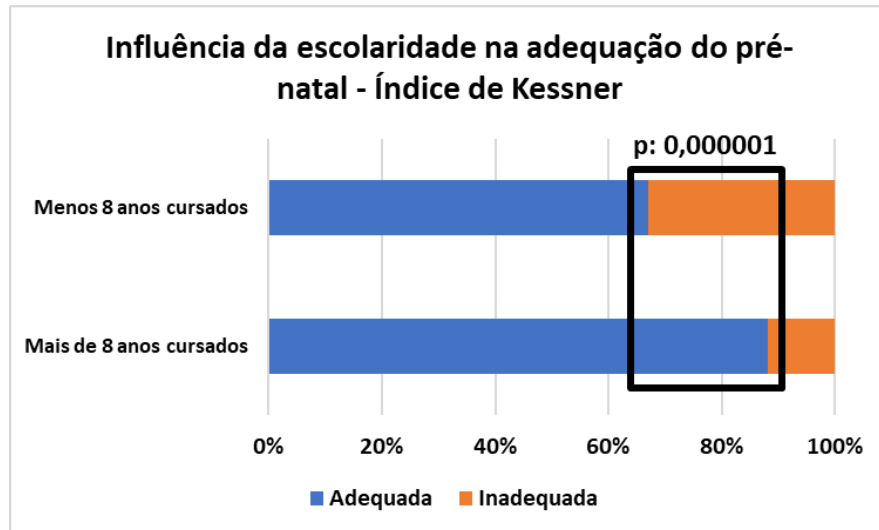


Figura 30: Teste do Qui-quadrado para a variável “Escolaridade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,000001$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável escolaridade com a adequação do pré-natal.

Fonte: o autor.

5.5.2 Ministério da Saúde

Para a classificação obtida pelo Ministério da Saúde, foi possível verificar que houve associação estatística com a adequação do pré-natal para todas as variáveis avaliadas (idade, raça/cor, ocupação e escolaridade) uma vez que os valores de p ($\leq 0,05$) foram alcançados.

5.5.2.1 Idade

Em relação a variável “Idade”, foram avaliados o grupo de gestante com menos de 20 anos, ou seja, grupo que engloba as gestantes adolescentes e adultas jovens na fase inicial. Dentre as 110 jovens avaliadas com 20 anos ou menos, 69% tiveram um pré-natal adequado e 31% inadequado. Para as 333 gestantes com mais de 20 anos de idade (21 a 43 anos), 81,6% tiveram um pré-natal classificado como adequado e 18,4% inadequado. Com base nos dados, o valor de significância obtido foi de $p = 0,005$, ou seja, presença de associação (Figura 31).

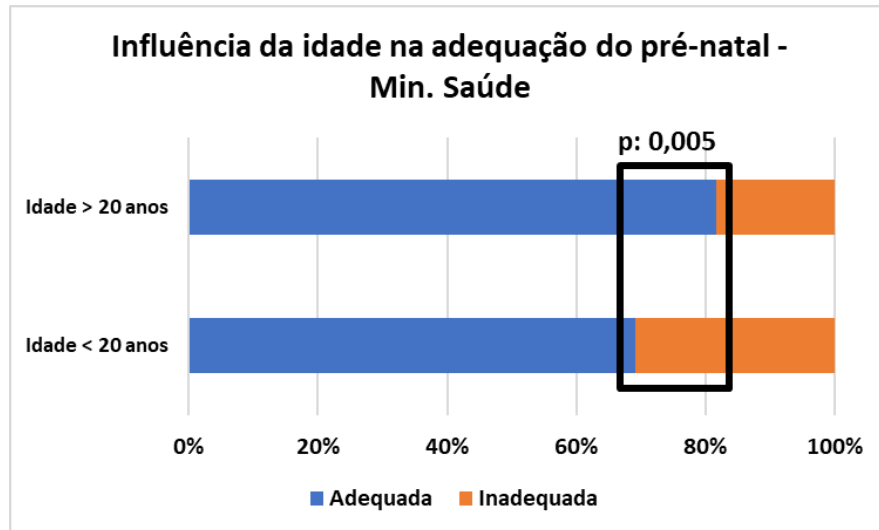


Figura 31: Teste do Qui-quadrado para a variável “Idade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,005$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável idade com a adequação do pré-natal.

Fonte: o autor.

5.5.2.2 Raça / Cor

Em relação a variável “Raça / Cor”, foram avaliados o grupo de gestantes autodeclaradas brancas e outro grupo de gestantes autodeclaradas pardas, negras, indígenas e amarelas. Dentre as 49 jovens autodeclaradas brancas, 89,8% tiveram um pré-natal adequado e 10,2% inadequado. Para as 394 gestantes autodeclaradas pardas, negras, indígenas e amarelas, 77,2% tiveram um pré-natal adequado e 22,8% classificado como inadequado. Com base nos dados, o valor de significância obtido foi de $p = 0,04$, ou seja, sem associação (Figura 32).

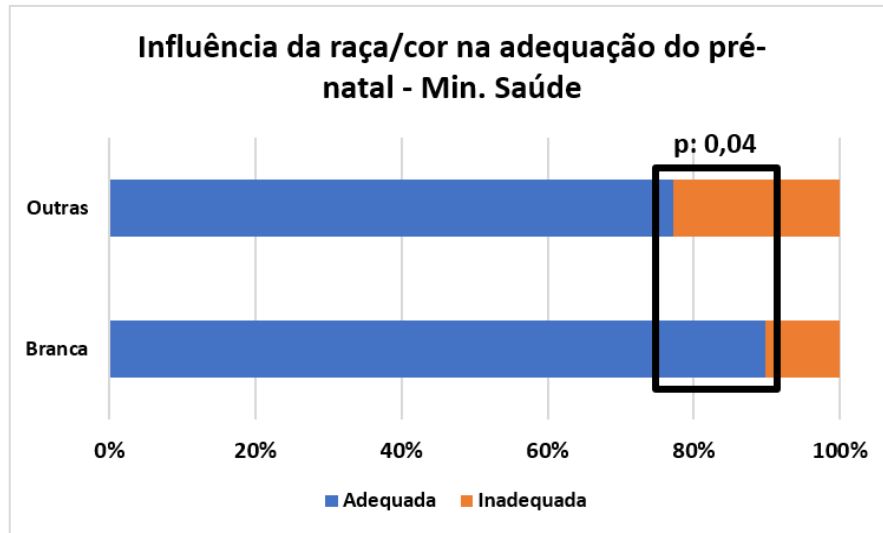


Figura 32: Teste do Qui-quadrado para a variável “Raça / Cor” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,04$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável raça/cor com a adequação do pré-natal.

Fonte: o autor.

5.5.2.3 Ocupação

Para a variável “Ocupação”, foram avaliados o grupo de gestantes cuja ocupação foi classificada como “Do lar” e outro grupo formado por inúmeras outras funções (estudantes, policiais, empresárias, entre outras). Dentre as 252 gestantes com a ocupação classificadas como “Do lar”, 63% tiveram uma adequação no pré-natal e 27% inadequação. Para as 191 gestantes classificadas em outras funções, 85,9% tiveram uma adequação no pré-natal e 14,1% inadequação. Com base nos dados, o valor de significância obtido foi de $p = 0,001$, ou seja, forte associação (Figura 33).

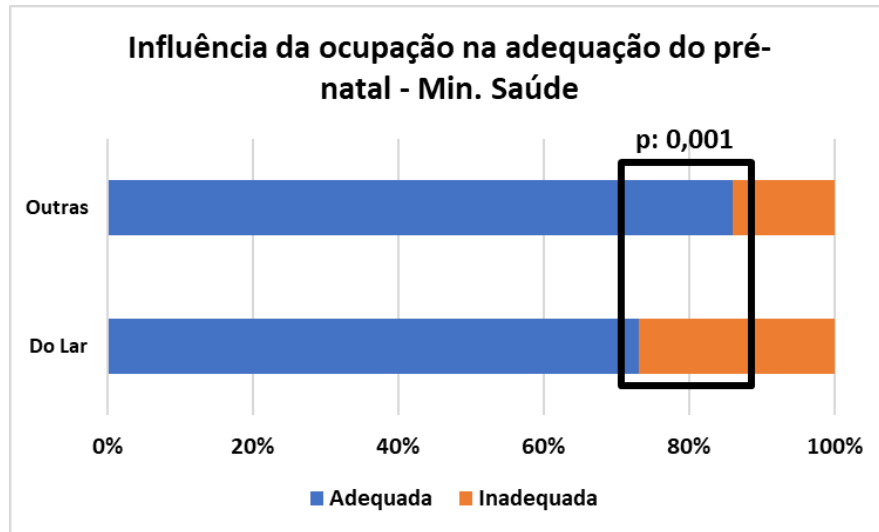


Figura 33: Teste do Qui-quadrado para a variável “Ocupação” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,001$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável ocupação com a adequação do pré-natal.

Fonte: o autor.

5.5.2.4 Escolaridade

Para a variável “Escolaridade”, foram avaliados o grupo de gestantes com o ensino fundamental completo, ou seja, mais de 8 anos estudados (ensino básico completo, médio e superior completos ou não), e gestantes com o ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de 8 anos estudados. Dentre as 350 gestantes avaliadas com ensino fundamental completo, 83,7% tiveram um pré-natal adequado e 16,3% inadequado. Para as 93 gestantes com ensino fundamental incompleto, 59,1% tiveram um pré-natal classificado como adequado e 40,8% inadequado. Com base nos dados, o valor de significância obtido foi de $p = 0,0000002$, ou seja, uma forte associação (Figura 34).

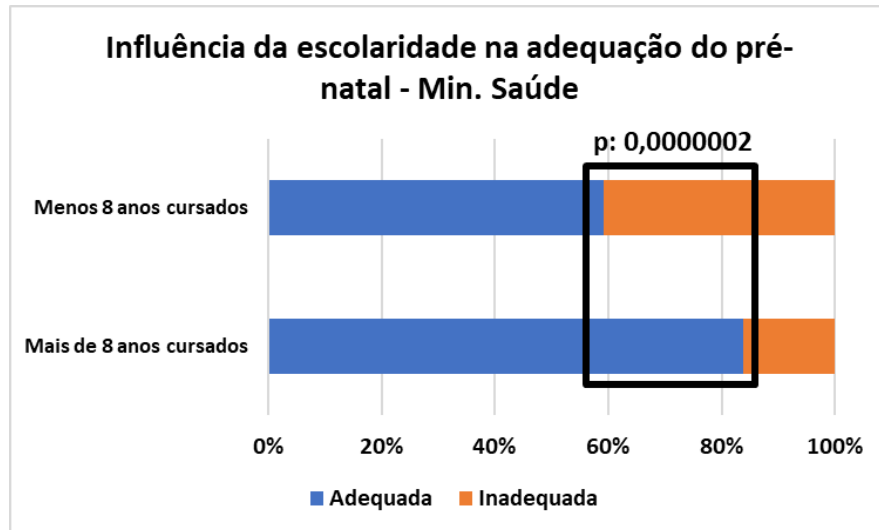


Figura 34: Teste do Qui-quadrado para a variável “Escolaridade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,0000002$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável escolaridade com a adequação do pré-natal.

Fonte: o autor.

5.5.3 Influência da idade e escolaridade na gestação

Considerando que a gestação na adolescência é um problema de saúde pública e que a escolaridade pode influenciar de forma direta na adequação do pré-natal, foi realizado um estudo sobre estas duas variáveis.

Foi verificado um total de 117 gestações em menores de 20 anos de idade. Baseado no Índice de Kessner, verificou-se que 53,84% receberam uma assistência pré-natal adequada, 12,82% inadequada, 29,91% intermediária e 2,6% não receberam nenhum tipo de assistência durante a gestação. Pelos parâmetros do Ministério da Saúde, 51,3% tiveram um pré-natal classificado como adequado, 23% inadequado, 22,2% intermediário e 2,6% não fizeram o pré-natal. Para ambos os índices, foi verificado que 0,9% das gestantes tiveram as informações ignoradas no momento do preenchimento do prontuário.

A estratificação destas adolescentes por diferentes níveis de escolaridade mostrou que 7,7% haviam cursado somente o ensino fundamental 1, 30,8% até o ensino fundamental 2, 60,6% estudaram até o ensino médio ou ainda estavam cursando e 0,9% estavam cursando o ensino superior no momento do parto (Tabela 3).

Tabela 3: Dados referentes a gestação na adolescência associada ao nível de escolaridade.

Gestações na adolescência (N: 117)		
	Kessner	MS
Adequado	63	60
Inadequado	15	27
Intermediário	35	26
Sem pré-natal	3	3
Ignorado	1	1

Adolescentes por nível de escolaridade (N: 117)								
	Fundamental 1 (N: 9)		Fundamental 2 (N: 36)		Médio (N: 71)		Superior (N: 1)	
	Kessner	MS	Kessner	MS	Kessner	MS	Kessner	MS
Adequado	2	2	18	18	42	39	1	1
Inadequado	3	4	5	11	7	12	*	*
Intermediário	3	2	11	5	21	19	*	*
Sem pré-natal	1	1	1	1	1	1	*	*
Ignorado	0	0	1	1	0	0	*	*

*Sem adolescentes nesta classificação. MS: Ministério da Saúde.

Fonte: o autor.

Após separarmos todas as adolescentes em dois grupos baseados na escolaridade (< 8 anos cursados e > que 8 anos cursados), foi realizado um levantamento das principais características observadas para cada grupo. Com isso, foi verificado que para as 45 adolescentes com menos de 8 anos estudados, 60% tiveram o início do pré-natal no 1º trimestre de gestação, 37,8% iniciaram a assistência após o 1º trimestre e 2,2% tiveram as informações ignoradas. Além disso, 15,6% destas gestantes tiveram partos prematuros e 84,4% tiveram o parto classificado como “a termo”. Para as 72 adolescentes que relataram mais de 8 anos de estudo, 75% iniciaram o pré-natal ainda no 1º trimestre de gestação e 25% iniciaram após o 1º trimestre. Em relação a idade gestacional no parto, 7% tiveram partos prematuros e 93% partos “a termo” (Tabela 4).

Tabela 4: Características de gestantes adolescentes por nível de escolaridade.

Adolescentes com menos de 8 anos cursados (N: 45)				
			Kessner	MS
Início PN no 1º trimestre	27	Adequado	20	20
Início PN após 1º trimestre	17	Inadequado	8	15
Ignorado	1	Intermediário	14	7
Parto prematuro	7	Sem pré-natal	2	2
Parto a termo	38	Ignorado	1	1

Adolescentes com mais de 8 anos cursados (N: 72)				
			Kessner	MS
Início PN no 1º trimestre	54	Adequado	43	40
Início PN após 1º trimestre	18	Inadequado	7	12
Parto prematuro	5	Intermediário	21	19
Parto a termo	67	Sem pré-natal	1	1
		Ignorado	0	0

MS: Ministério da Saúde; PN: pré-natal.

Fonte: o autor.

Para verificarmos se a variável adolescência associada escolaridade possuía uma associação estatisticamente positiva em relação a adequação do pré-natal, foi realizado o teste do qui-quadrado, cujo p significativo considerado foi de $p \leq 0,05$. Para o Índice de Kessner não foi verificado significância ($p = 0,1$), porém, para a classificação do pré-natal pelos parâmetros do Ministério da Saúde, foi notado um valor de $p = 0,05$ (Figura 35).

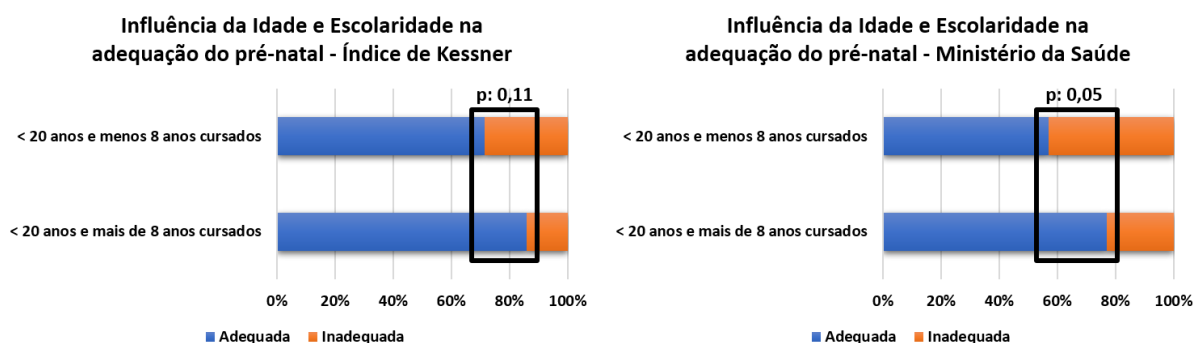


Figura 35: Teste do Qui-quadrado para a variável “Adolescência associada a Escolaridade” em relação a adequação do pré-natal. Com base no valor de $p = 0,05$, os dados amostrais indicam associação estatística entre a variável com a adequação do pré-natal baseado nos parâmetros do Ministério da Saúde.

Fonte: o autor.

6 DISCUSSÃO

O acesso aos serviços de saúde que venham garantir uma atenção a mãe e ao feto durante toda a gestação por meio da assistência pré-natal é de fundamental importância, pois, nesta etapa, a detecção de qualquer alteração no desenvolvimento do feto bem como na saúde materna podem ser resolvidos, visando sempre a saúde de ambos. No entanto, são inúmeros os fatores que podem prejudicar que esta atenção seja oferecida a todas as gestantes com equidade. Atualmente, as questões socioeconômicas, culturais e organizacionais dos serviços de saúde são determinantes para o acompanhamento das gestantes, no entanto, no Brasil ainda temos observado uma dificuldade seja no acesso a gestante a atenção pré-natal ou na qualidade do serviço oferecido (MONTEIRO; BENÍCIO; ORTIZ, 2000; COIMBRA et al., 2003; PUCCINI et al., 2003; GOUDARD et al., 2016).

Neste estudo foi verificado que o perfil das gestantes avaliadas na cidade de Cáceres – MT no período de janeiro a maio de 2020 foi de mulheres entre 21 a 30 anos (49%), com número de ≤ 3 gestações anteriores (90,44%), com mais de 8 anos de estudo (54%), autodeclaradas solteiras (74%) e pardas (83,7%), ocupação classificada como “Do lar” (59,6%), com pré-natal classificado como adequado pelo Índice de Kessner (63,7%) e pelo Ministério da Saúde (58,4%) e com desfecho da gestação por parto cesáreo (61%) e com idade gestacional entre 37 a 42 semanas (88,8%).

Com base em todas estas variáveis associadas a outros parâmetros relacionados a gestação, foi possível classificar o tipo de pré-natal oferecido as gestantes avaliadas. A adequação obtida tanto pelo Índice de Kessner modificado por Takeda (63,7%) e pelos parâmetros do Ministério da Saúde (58,4%) nos mostram uma realidade que ainda precisa ser melhorada. Os dados nos mostram que de cada 10 gestantes, apenas 6 conseguem ter uma assistência que contempla o número de consultas e o tempo de início do pré-natal correto. Embora a taxa de inadequação do pré-natal pareça baixa (12,2% - Índice de Kessner modificado por Takeda; 15,9% - Ministério da Saúde), isso representa uma grande quantidade de gestantes que não tiveram um acompanhamento ideal e conseqüentemente foram expostas a um risco desnecessário. A parcela de gestantes que tiveram seu pré-natal classificado como intermediário (20,8% - Índice de Kessner modificado por Takeda; 22,5% - Ministério da Saúde) pode refletir a dificuldade de se criar vínculos com as gestantes, de forma

a gerar uma maior consciência da importância de cumprir todas as regras para a garantia de uma gestação saudável. A falta de informação correta e de vínculos da equipe de profissionais com a gestante tende a criar uma assistência incompleta, podendo gerar situações de risco a saúde materno-infantil (LANDERDAHL et al., 2007). Em uma pior situação, temos que ressaltar o percentual de 2% das gestantes que não participaram de nenhum tipo de acompanhamento durante a gestação. A não realização do pré-natal significa que a gestante não foi acompanhada em relação aos aspectos relacionados a sua saúde, o que pode levar a morte materna bem como a transmissão de doenças congênitas, a prematuridade e até a morte neonatal (ARAÚJO et al., 2006; SCHOEPS et al., 2007; CASCAES et al., 2008; ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014; VIELLAS et al., 2014; TOMASI et al., 2017).

Neste estudo, 1% das gestantes avaliadas tiveram algumas informações ignoradas em relação ao preenchimento do prontuário. Embora seja um percentual muito baixo e a ausência da informação não ter gerado nenhum problema a saúde da gestante e do recém-nascido, isso reflete um problema organizacional e que deve ser considerado como um fator na avaliação da qualidade dos serviços prestados, sendo tratado por alguns autores como um descaso com a assistência materna (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; REIS; CORREIA; PEREIRA, 2011; BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

A diferença observada entre adequação e inadequação entre os dois índices avaliados, nos mostra um maior percentual de adequação do pré-natal para o índice de Kessner modificado por Takeda em relação aos parâmetros do Ministério da Saúde. Provavelmente, isso se deve ao fato de que para o Ministério da Saúde, a inadequação do pré-natal ocorre para todas as gestantes que iniciaram a assistência após o primeiro trimestre de gestação, parâmetro que para o Índice de Kessner modificado por Takeda só ocorre para as assistências iniciadas após a 28ª semana de gestação, ou seja, 7º mês de gestação. Estes resultados corroboram com os encontrados por Neto et al. (2013), onde avaliando a realidade da assistência pré-natal em Vitória – ES, utilizou vários índices e verificou que o maior percentual de adequação foi verificado para o índice de Kessner modificado por Takeda, além de considerar que os parâmetros do Ministério da Saúde são eficientes para avaliação da qualidade do pré-natal.

A avaliação do perfil gestacional anterior mostrou que a maioria das gestantes apresentaram uma taxa de ≤ 3 gestações anteriores, o que não difere dos resultados

observados em outros estudos (PEIXOTO et al., 2012; GOUDARD et al., 2016). No entanto, no Brasil e no mundo nós temos observado uma diminuição na taxa de fecundidade da população, adiando cada vez mais a gestação por diferentes fatores que incluem: carreira, estudos e a própria condição financeira. Segundo dados divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU), a taxa de fecundidade no Brasil será de 1,57 filho por mulher nos anos de 2045/2050, o que indica uma queda significativa quando comparada a taxa dos anos 2005/2010, que era de 1,86 e em relação a 1985/1990, cuja taxa de fecundidade alcançou 3,1 filhos por mulher (UN, 2019).

Este adiamento da gestação interfere em diversos outros fatores biológicos das gestantes. De acordo com Abdo (2019), o adiamento da gestação nos leva a uma média de idade de gestantes maior do que normalmente considerado como “normal” e “melhor para a gestação”, que é entre 20 a 35 anos (PEIXOTO et al., 2012). O autor ainda reforça que no ano de 2017 a taxa de nascimento de filhos de primeira ordem a partir dos 35 anos foi de 10%, fato que também foi verificado em nossa coorte, cujo percentual foi de 10,68%. Embora a faixa etária atualmente de mulheres engravidando esteja mais alta, em nosso estudo foi observado uma maior incidência de jovens adultas entre 21 a 30 anos (49%). Porém, deve-se ressaltar que o percentual de gravidez observado em mulheres ≤ 20 anos é a terceira maior faixa etária verificada no estudo (25%), o que ultrapassa os índices esperados pela OMS que é de 15% (PAHO, 2016). Ficou claro em nosso estudo, que a idade influenciou de forma clara na adequação do pré-natal. O fato do percentual de adequação do pré-natal ter sido muito inferior nas gestantes com ≤ 20 anos (69%) em relação as gestantes com > 20 anos (81,6%), indicam que a falta de maturidade associada a diversos outros fatores inerentes a fase da adolescência, podem interferir de forma direta no pré-natal, gerando inúmeros problemas a saúde materno-infantil (BARBOSA; FERNANDES, 2008; PEIXOTO et al., 2012; SILVA; SURITA, 2012; GRAVENA et al., 2013).

Outro importante fator que pode contribuir para uma gestação saudável e conseqüentemente no nascimento de um bebê livre de complicações é a escolaridade da mãe. A escolaridade traz consigo a ideia de maior instrução ou conhecimento das práticas mais adequadas para a garantia da saúde materna-infantil. Em nosso estudo, a maior parte das gestantes (54%) conseguiram completar o ensino básico e cursar o ensino médio, o que equivale a mais de 8 anos estudados, assim como em outros estudos (VIELLAS, et al., 2014; SANTOS et al., 2017). Estudos tem sugerido que a

escolaridade exerce considerável peso no que diz respeito a compreensão e interpretação das informações que são transmitidas as gestantes, o que é imprescindível para a aplicação de determinadas medidas, tais como a amamentação do recém-nascido, além de interferir no estado do bebê ao nascer bem como no aumento da chance de ocorrência de morte fetal (OKOSUN et al., 2000; HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001; GRAVENA et al., 2013). Os dados referentes a escolaridade associada a adequação do pré-natal neste estudo corroboram com os achados da literatura, pois, confirma a grande interferência da escolaridade na assistência pré-natal. O alto percentual de inadequação do pré-natal para as gestantes com menos de 8 anos estudados (40,8%) nos indica o grande risco que as gestantes e crianças nascidas destas gestações sofreram.

Contudo, os fatores socioeconômicos não devem ser avaliados de forma isolada, pois sempre um fator interfere em outro. A baixa escolaridade pode estar diretamente associada a ocupação das gestantes. Em nosso estudo, 59,6% das gestantes autodeclararam sua ocupação como “Do lar”, o que nos leva a inferir que para estas gestantes, as questões relacionadas a renda familiar são menores, sobretudo quando verificamos que 74% das gestantes eram solteiras no momento do parto, indicando a ausência de um parceiro/parceira que pudesse auxiliar nas despesas. O fato da maior parte das gestantes se autodeclararem como “Do lar”, também segue os resultados verificados por outros trabalhos, os quais observaram que a prevalência foi de mulheres que exerciam atividades não remuneradas (BARBOSA; FERNANDES, 2008; PEIXOTO et al., 2012; MEDEIROS et al., 2019). De acordo com Mendoza-Sassi et al. (2007), a baixa remuneração ou a ausência da mesma é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de complicações durante o período de gravidez, bem como na geração de recém-nascidos com baixo peso ou prematuros.

Por último, porém não menos importante, a variável raça/cor, aqui baseada na classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013) e pela autodeclaração das gestantes verificou uma maior incidência de gestantes pardas (83,7%), como em outros estudos para verificar a qualidade do pré-natal (ALMEIDA; BARROS, 2005; COSTA et al., 2013; VIELLAS et al., 2014). No entanto, deve-se ressaltar que a variável raça/cor pode estar associada as características geográficas do local estudado. A associação da raça/cor com fatores negativos durante a gestação é evidente. De acordo com Viellas e colaboradores (2014), as características das gestantes avaliadas estiveram diretamente ligadas ao início tardio

no acompanhamento do pré-natal. Além disso, os autores relatam que as dificuldades no acesso ao serviço, classificado por eles como barreiras de acesso, foram 3 vezes mais relatadas por gestantes indígenas em relação a gestantes brancas, seguidas por gestantes pretas, pardas e amarelas, sendo o menor índice de dificuldade relatado por mulheres brancas. Segundo Leal et al. (2017), em seu estudo com o objetivo de avaliar as iniquidades no pré-natal e parto com foco na variável raça/cor, quanto mais escura a pele pior são os cuidados oferecidos. Os autores verificaram situações de menor aplicação de anestésicos e analgésicos para mulheres pretas e pardas em relação a brancas, uma maior taxa de partos pós-termo, dificuldades no acesso a informação a ao direito de acompanhantes além de uma maior inadequação do pré-natal e parto.

O cenário de adequação do pré-natal pode se tornar mais complexo, quando realizamos associação entre todas as variáveis acima avaliadas. O fato de juntarmos o problema de saúde pública que é a gravidez na adolescência com a baixa escolaridade, gerou uma evidência estatística associada a adequação do pré-natal. Este fato pode ser explicado por inúmeros motivos, entre os quais podemos destacar o fato da vergonha de expor a gravidez, aspectos psicológicos envolvidos nesta fase da vida, identificação tardia da gestação, medo dos procedimentos desenvolvidos durante a assistência, problemas familiares e falta de conhecimento acerca dos benefícios do pré-natal (METELLO et al., 2008; SPINDOLA; SILVA, 2009). No entanto, todos estes problemas devem ser suprimidos por meio de medidas que possibilitem um acolhimento destas adolescentes oferecendo informação e atendimento adequado (TANAKA; MELO, 2004; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Infelizmente a realidade atual do pré-natal no Brasil ainda precisa ser amplamente discutida sobre o que e como pode ser melhorada, visando a satisfação da população, bem como a garantia da saúde materno-infantil. Diversas leis e diretrizes já foram criadas de forma a garantir a gestante um atendimento digno e humanizado, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC -Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015), Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha e Portaria GM/MS nº 2.351, de 5 de outubro de 2011, altera a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, Cadernos de Atenção Básica nº 32 - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, Ministério da Saúde

(2012), Cadernos de Atenção Básica nº 33 - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (2012), Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério, Manual Técnico da Gestação de Alto Risco, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), entre outros. Contudo, para que tudo isso seja uma realidade nacional, a implementação destas normas acompanhada de processos de monitoramento e avaliação devem sempre ser realizadas, pois somente desta forma, poderemos atingir as expectativas de um país onde as mulheres e recém-nascidos recebam toda a atenção necessária para a garantia de sua saúde.

6 CONCLUSÃO

A adequação do pré-natal é o objetivo de todos os serviços de saúde que prestam este tipo de assistência, uma vez que está relacionada diretamente a saúde materna-infantil. Atingir a qualificação de “adequado” significa que os parâmetros estabelecidos pelos órgãos regulamentadores da área da saúde, aqui no Brasil representado pelo Ministério da Saúde, estão sendo aplicados de forma correta. No entanto, inúmeros fatores também contribuem de forma negativa, levando a uma queda nos níveis de adequação da assistência pré-natal. Estes fatores, em sua maioria ligados a fatores demográficos, socioeconômicos e culturais, devem ser avaliados e sempre que possível, corrigidos para que o direito das mulheres ao serviço pré-natal seja implementado.

Os resultados da classificação do pré-natal oferecido as gestantes no município de Cáceres – Mato Grosso, nos mostrou que a maior parte dos pré-natais foram classificados como adequados. Porém, esta é uma realidade que pode ser melhorada, pois, para os dois índices utilizados no estudo (Kessner modificado por Takeda e Ministério da Saúde), uma grande parcela das gestantes avaliadas apresentaram inadequação do pré-natal ou uma assistência intermediária, indicando que falhas ocorreram, seja em relação ao número de visitas médicas ou em relação ao início da assistência, ambas possibilidades podendo trazer prejuízos a gestação. Além disso, a identificação das variáveis associadas a adequação ou inadequação do pré-natal foi importante, pois, uma vez encontradas as barreiras que dificultam o acesso da população a assistência pré-natal, tais como escolaridade, ocupação da mulher, idade e raça/cor, estas devem ser trabalhadas para que não sejam um impedimento ao acesso dos serviços de saúde a serem prestados.

Portanto, a avaliação da assistência pré-natal na cidade de Cáceres – MT em gestantes atendidas no Hospital São Luiz nos trouxe uma visão sobre o serviço prestado na cidade, mostrando que embora existam pontos a serem melhorados, a maioria das gestantes receberam um pré-natal adequado, o que permitiu que a saúde da gestante e de seu filho fossem resguardadas. Com estas informações, espera-se que a assistência possa ser aprimorada, servindo como modelo de análise para outras localidades nacionais que compreendam a grande importância de se garantir uma assistência pré-natal de qualidade as gestantes.

REFERÊNCIAS

- ABDO, M.P.M. **Adiamento e gravidez de risco: associação entre idade materna avançada com baixo peso e prematuridade dos filhos**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.
- ALEXANDER, G.R.; CORNELLY, D.A. Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. **Am. J. Prev. Med.**, v. 3, p. 243-253, 1987.
- ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Eqüidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 17, p. 15-25, 2005.
- ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Publica**, v. 27, p. 1053-1064, 2011.
- ANVERSA, E.T.R., et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, p. 789-800, 2012.
- ARAÚJO, E.C., et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Rev. Para Med.**, v. 20, p.47-51, 2006.
- BARBOSA, M.; FERNANDES, R. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies: a descriptive exploratory study. **Online Braz J Nurs**. v. 7, 2008.
- BARRETO, F.D.F.P.; ALBUQUERQUE, R.M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.34, p. 259-267, 2012.
- BARROS, F.C., et al. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 10, p. S1:S3, 2010.
- BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 479-487, 2004.
- BOLZÁN, D.A.; GUIMARE, L.; NORRY, M. Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematurez en dos municipios de la provincia de Buenos Aires. **J. Pediatr.** v. 76, p. C8–C14, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Regulamenta a Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial União. Brasília, DF, 08 jun 2000; Seção 1:4-6.
- BRASIL, Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. **Dispõe sobre os serviços de saúde oferecidos a gestante e ao recém-nascido**. Ministério da Saúde: 2000. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>
Acesso em: 15 out. 2019.

CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. **Paediatr. Perinat. Epidemiol.**, v. 15, p. S1-42, 2001.

CARROLI, G., et al. WHO systematic review of randomised controlled trial of routine antenatal care. **Lancet**, v. 357, p. 1565–1570, 2001.

CASCAES, A.M., et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, p.1024-32, 2008.

COIMBRA, L.C., et al. Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, p. 456-62, 2003.

GOUDARD, M.J.F., et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p.1227-1238, 2016.

GRAVENA, A.A.S., et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, p. 130-135, 2013.

HANDELL I.B.S.; CRUZ, M.M.; SANTOS M.A. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 101-110, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Características Étnico-raciais da População - Classificações e identidades**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2013.

KESSNER, D.M. **Infant death: an analysis of maternal risk and health care**. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 1993.

LANDERDAHL, M.C., et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, p. 105-111, 2007.

LEAL, M.C., et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, 16p., 2017.

LEAL, M.C., et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. S63-S72, 2004.

LI, J., et al. The 5-minute Apgar score as a predictor of childhood cancer: a population-based cohort study in five million children. **BMJ Open**, p. 1-6, 2012.

LOBEL, M.; CANNELLA, D.L.; GRAHAM, J.E. Pregnancy-Specific Stress, Prenatal Health Behaviors, and Birth Outcomes. **Health Psych**, v. 27, p. 604-615, 2008.

MAYOR, M.S.S., et al. Avaliação dos Indicadores da Assistência Pré-Natal em Unidade de Saúde da Família, em um Município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**, v.10, p. 91-100, 2018.

MENDOZA-SASSI, R.A., et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 2157-2166, 2007.

MENEZES, A.M.B., et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Revista Saúde Pública**, v. 32, p. 209-216, 1998.

METELLO, J., et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 12, p. 620-25, 2008.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed. Brasília, DF: MS, 2002.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed. Brasília, DF: MS, 2004.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: MS, 2006.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), DATASUS. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>> Acesso em: 25 set. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e condutas em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **Cadernos de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em: 07 out. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **Caderneta de Saúde da Criança - Menino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf> Acesso em: 11 out. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), DATASUS, **Informações em Saúde - Tabnet**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6939&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/mat10>> Acesso em: 20 mar. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), DATASUS, **Sistema de Informação da Atenção Básica Situação de Saúde - Notas Técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/siabsdescr.htm>> Acesso em: 10 mai. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), Biblioteca Virtual em Saúde, **Importância do pré-natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2198-importancia-do-pre-natal>> Acesso em: 30 set. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **Gravidez: o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013-2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>> Acesso em: 27 out. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013-2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha>> Acesso em: 10 out. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **SUS cuida da mulher em todas as fases da vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45286-sus-cuida-da-mulher-em-todas-as-fases-da-vida>> Acesso em: 28 out. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), DATASUS, **Definições**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>> Acesso em: 29 set. 2019.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MINISTERIO DA SAUDE (BR), DATASUS, **SIS Pré-Natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>> Acesso em: 17 fev. 2019.

MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.A.; ORTIZ, L.P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976–1998). **Rev. Saúde Pública**, v. 34, p. 26-40, 2000.

NETO, E.T.S., et al. Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, p.1664-1674, 2013.

OKOSUN, I.S., et al. Ethnic differences in the rates of low birth weight attributable to differences in early motherhood: A study from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Journal of Perinatology**, v. 20, p. 105-109, 2000.

OLIVEIRA, T.G., et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, v. 10, p. 22-28, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), **Human Reproduction Programme, Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.** Organização Mundial da Saúde, 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=4D89968907B334D5922B754C6A97A2E0?sequence=2>> Acesso em: 23 out. 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation.** (2016). Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>> Acesso em 01 aug. 2020.

PEIXOTO, C.R., et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das Unidades básicas de saúde de Fortaleza – CE. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, p. 171-177, 2012.

PETROU, S., et al. Antenatal visits and adverse perinatal outcomes: results from a British population-based study. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 106, p.40-49, 2003.

POLGLIANE, R.B.S., et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1999-2010, 2014.

PUCCINI, R.F., et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 35-45, 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil (IDB): Conceitos e critérios.** Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/>> Acesso em 10 out. 2019.

REIS, L.I.A.S.; FERRARI, R. Malformações congênitas: perfil sociodemográfico das mães e condições de gestação. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, p. 98-106, 2014.

REIS, Z.S.N.; CORREIA, R.J.C.; PEREIRA, A.C. Sistemas eletrônicos de informação na assistência e pesquisa em saúde da mulher: para quando um maior envolvimento dos profissionais de saúde? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, p. 107-110, 2011.

ROSA, C.Q.; SILVEIRA, D.S.; COSTA, J.S.D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, p. 977-984, 2014.

SANTOS, J.G.C., et al. Peso materno em gestantes de baixo risco na atenção pré-natal. **Int. J. Nutr.**, v. 10, p. 5-15, 2017.

SCHOEPS, D., et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Rev. Saude Publica**, v. 41, p. 1013-1022, 2007.

SCLOWITZ, I.K.T.; SANTOS, I.S. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, p. 1129-1136, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO, **Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP**. São Paulo: Secretaria de Estado de saúde de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf> Acesso em: 03 out. 2019.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE SEÇÃO DE SAÚDE DA MULHER – **Mortalidade materna**. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1251468915325Mortalidade%20MATERNA-250809.pdf>> Acesso em: 07 abr. 2020.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, E.P., et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, p. 356-362, 2013.

SILVA, J.L.P.; SURITA, F.G.C. Gravidez na adolescência: situação atua. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, p. 347-50, 2012.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, p. 131-139, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de pediatria**. 3ª ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

SPINDOLA, T.; SILVA, L.F.F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc Anna Nery**. v. 13, p. 99-107, 2009.

TAKEDA, S. **Avaliação de unidade de atenção primária: a modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção**. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp; 2004. Disponível em: <<http://www.livrosabertos.edusp.usp.br/edusp/catalog/view/10/9/44-1>> Acesso em: 30 out. 2020.

TOBAH, Y.S.B., et al. Randomized comparison of a reduced-visit prenatal care model enhanced with remote monitoring. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 2019.

TOMASI, E., et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, 11p., 2017.

TOURINHO, A.B.; REIS, L.B.S.M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, p. 19-30, 2013.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). **World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/427)**.

VIELLAS, E.F., et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

VILARINHO, L.M.; NOGUEIRA, L.T.; NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc Anna Nery**. v. 16, p. 312-319, 2012.

VILLAR, J., et al. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 4, 2001.

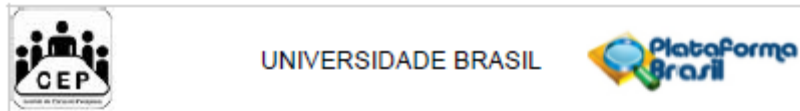
VILLAR, J., et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **Lancet**, v. 357, p. 1551-1564, 2001.

VINTZILEOS, A.M., et al. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, p. 1011-1016, 2002.

WONG, S.T.; KORENBROT, C.C.; STEWARD, A.L. Consumer assessment of the quality of interpersonal processes of prenatal care among ethnically diverse low-income women: Development of a new measure. **Womens health issues**, v. 14, p. 118-129, 2004.

WHO RECOMMENDATIONS. **Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting**. Geneva: World Health Organization; 2012.

APÊNDICE A – Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA GESTAÇÃO E NAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE NASCIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NO HOSPITAL DE SÃO LUIZ EM CÁCERES - MT.

Pesquisador: FLAVIA GARCIA PIRES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26634819.5.0000.5494

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE BRASIL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.910.542

Apresentação do Projeto:

Vide parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Carta de anuência assinada e datada foi anexa.
- Risco de constrangimento adicionado ao projeto e TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O relator considera o protocolo aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator, considerando o protocolo aprovado.

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235
Bairro: ITAQUERA
UF: SP **Município:** SAO PAULO **CEP:** 08.230-030
Telefone: (11)2070-0167 **E-mail:** comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br



UNIVERSIDADE BRASIL



Continuação do Parecer: 3.910.542

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1479534.pdf	03/03/2020 16:02:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final_PRE_NATAL_2019_V3.pdf	03/03/2020 16:00:17	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_COLETA_DADOS_2.pdf	02/03/2020 15:07:14	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_V2.docx	02/03/2020 15:06:29	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pre_Natal_Brasil_V3.docx	06/02/2020 14:42:28	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	29/01/2020 10:45:44	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pre_Natal_Brasil_V2.docx	29/01/2020 10:29:27	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Outros	Questionario_AVALIACAO_DO_PRE_NATAL_E_NASCIMENTO.pdf	27/11/2019 14:49:42	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pre_Natal_Brasil.docx	27/11/2019 13:21:50	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Luiz_Carlos_Pieronl.pdf	27/11/2019 13:13:19	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Flavia_Garcia_Pires.pdf	27/11/2019 13:12:54	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_HOSPITAL.pdf	27/11/2019 12:10:33	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Outros	CARTA_MEDICO_RESPONSAVEL_LUIS.pdf	27/11/2019 12:10:17	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_PESQUISADOR_PRINCIPAL_FLAVIA.pdf	27/11/2019 12:09:39	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_ESTUDO_PRE_NATAL.pdf	27/11/2019 12:08:43	FLAVIA GARCIA PIRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235
 Bairro: ITAQUERA CEP: 08.230-030
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2070-0167 E-mail: comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br



UNIVERSIDADE BRASIL



Contribuição do Poder: 3.910.542

Não

SAO PAULO, 11 de Março de 2020

Assinado por:
DANIEL SOUZA FERREIRA MAGALHAES
(Coordenador(a))

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235
Bairro: ITAQUERA
UF: SP Município: SAO PAULO

CEP: 08.230-030

Telefone: (11)2070-0167

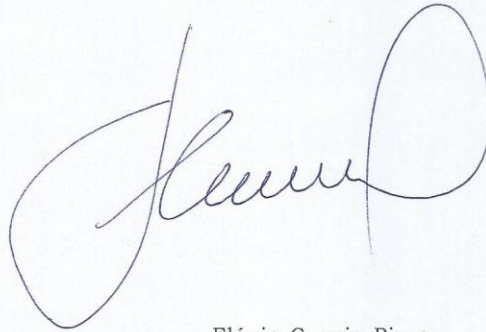
E-mail: com/le.etica.sp@universidadebrasil.edu.br

APÊNDICE B – Carta de Anuência do Pesquisador Principal**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Eu, Flávia Garcia Pires, CPF nº 959096300-59, investigador principal pelo projeto intitulado **“O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA GESTAÇÃO DAS PARTURIENTES E NAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE NASCIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NO HOSPITAL SÃO LUIZ EM CÁCERES - MATO GROSSO”** assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente à Instituição e ao patrocinador (se houver) toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que ponha em risco os participantes de pesquisa ou bens incluídos no trabalho.

Responsabilizo-me, outrossim, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos participantes de pesquisa.

Data: 17/10/2019



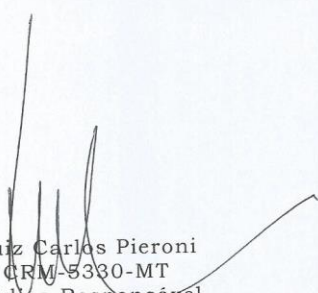
Flávia Garcia Pires
CRM-5004-MT
Investigadora Principal

APÊNDICE C – Carta de Anuência do Médico Responsável**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Eu, Luiz Carlos Pieroni, portadora do CPF nº: 737.277.849-20, médica responsável pelo projeto intitulado **“O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA GESTAÇÃO DAS PARTURIENTES E NAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE NASCIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NO HOSPITAL SÃO LUIZ EM CÁCERES - MATO GROSSO”** estou ciente de minha responsabilidade em avaliar e monitorar todos os participantes do estudo. O procedimento de avaliação dos participantes só será realizado após a aceitação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa.

Responsabilizo-me, outro assim, a prestar todo o suporte necessário aos participantes de pesquisa.

Data: 17/10/2019



Luiz Carlos Pieroni
CRM-5330-MT
Médica Responsável

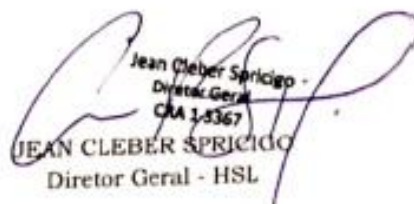
APÊNDICE D – Carta de Anuência do Responsável pela obtenção dos dados**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, JEAN CLEBER SPRICIGO, CPF nº: 021.695.039-27 responsável pelo **Hospital São Luiz**, situado na cidade de Cáceres - Mato Grosso, declaro estar ciente e de acordo com a obtenção de dados relacionados aos prontuários da mãe e do recém-nascido, para a realização da pesquisa intitulada **"O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA GESTAÇÃO DAS PARTURIENTES E NAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE NASCIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NO HOSPITAL SÃO LUIZ EM CÁCERES - MATO GROSSO"**, sob responsabilidade dos pesquisadores Dra. Flávia Garcia Pires e o Dr. Luiz Carlos Pieroni, nas dependências deste departamento, o qual possui as condições necessárias para sua realização.

A aceitação está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado pelo CONEP, pelo período de execução previsto no referido projeto e ao cumprimento pelo pesquisador dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se com a confidencialidade dos dados e materiais coletados, utilizando-os exclusivamente para os fins da pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o desenvolvimento do estudo será realizado em conformidade com os critérios estabelecidos no projeto.

Cáceres, Mato Grosso, 14 de janeiro de 2020.


Jean Cleber Spricigo -
Diretor Geral
CRA 1.4367
JEAN CLEBER SPRICIGO
Diretor Geral - HSL

APÊNDICE E – Carta de Anuência do Responsável pelo local do estudo**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Ana Maria Gonçalves, CPF nº: 008.694.181-06 responsável pelo Hospital São Luís de Cáceres – Pró-Saúde, situado na cidade de Cáceres - Mato Grosso, declaro estar ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada **“O IMPACTO DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO DESFECHO DA GESTAÇÃO DAS PARTURIENTES E NAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE NASCIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NO HOSPITAL SÃO LUIZ EM CÁCERES - MATO GROSSO”**, sob responsabilidade dos pesquisadores Dra. Flávia Garcia Pires e o Dr. Luiz Carlos Pieroni, nas dependências deste nosocômio, o qual possui as condições necessárias para sua realização.

A aceitação está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado pelo CONEP, pelo período de execução previsto no referido projeto e ao cumprimento pelo pesquisador dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se com a confidencialidade dos dados e materiais coletados, utilizando-os exclusivamente para os fins da pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o desenvolvimento do estudo será realizado em conformidade com os critérios estabelecidos no projeto.

Cáceres, Mato Grosso, 08 de novembro de 2019.

DRA. ANA MARIA GONÇALVES
Diretora Técnica
CRM/MT 6743

Dra. Ana Maria Gonçalves
CRM-6743-MT
Diretora Técnica HSL-Pró-Saúde