

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ANA ROSVITA DE ALCÂNTARA MACÊDO JUNTA

**Concordância da Adequação dos Encaminhamentos das
Gestantes de Alto Risco Realizados pela Rede Básica de
Saúde.**

Aracaju
2015

ANA ROSVITA DE ALCÂNTARA MACÊDO JUNTA

Concordância da Adequação dos Encaminhamentos das Gestantes de Alto Risco Realizados pela Rede Básica de Saúde.

Monografia apresentada ao Colegiado de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina.

Orientador: Prof^o. Me. José Wilson Viana Jr.

Aracaju

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**Concordância da Adequação dos Encaminhamentos das
Gestantes de Alto Risco Realizados pela Rede Básica de
Saúde.**

Monografia apresentada ao Colegiado de Medicina
da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como
requisito parcial à conclusão do curso de Medicina.

Aracaju, ____/____/____

Autor: Ana Rosvita de Alcântara Macêdo Junta

Orientador: Prof^o Me. José Wilson Viana Jr.
Universidade Federal de Sergipe

ANA ROSVITA DE ALCÂNTARA MACÊDO JUNTA

Concordância da Adequação dos Encaminhamentos das Gestantes de Alto Risco Realizados pela Rede Básica de Saúde.

Monografia apresentada ao Colegiado de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Dedico este trabalho àqueles que me incentivaram a superar todos os momentos difíceis, e apoiaram incondicionalmente meus projetos traçados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar por olhar por mim sempre e prover-me de força e perseverança para trilhar meu caminho com serenidade, permitindo-me alcançar meus objetivos.

Agradeço aos meus avós, Genivaldo e Ritanael pelo apoio incondicional, pelo incentivo para querer melhorar, além de todo amor que eu poderia desejar. Sem vocês, que sonharam junto comigo a realização desse sonho, nada disso seria possível.

À minha filha, Julia, por ser minha inspiração diária, por ser minha alegria plena e por quem quero fazer o meu melhor sempre. Por te sou mais forte, minha princesa.

Ao meu esposo, Pedro Junta, por ser meu grande incentivador e companheiro, por ajudar sempre que precisei. Obrigada, bem! Amo te!

Às minhas irmãs Dauana e Mariana, pelas alegrias e pelos ensinamentos. Cada uma, a sua maneira, na sua época, fez-me muito feliz. Amo, gurias!

Aos meus pais, Márcio e Rosana, pelo apoio e incentivo dedicado a mim.

À minha bisá e madrinha, D. Rosvita, por todo carinho, amor e cumplicidade, além das tuas orações. Obrigada, xuxu!

Ao meu tio, José Olino, por ser meu exemplo, por me acompanhar e permitir que te acompanhasse, por ser meu mestre primeiro, por todo carinho. Tenho muito orgulho de ti. Obrigada, tio Zuza!

Ao meu orientador Dr. Wilson Viana pela oportunidade de desenvolver este trabalho, além de sua disponibilidade e prontidão sempre que precisei.

Aos meus amigos que longe ou perto, fizeram se presentes. A essas figuras, tão diferentes e tão essencialmente complementares na minha vida, meu muito obrigada.

Aos pacientes que proporcionaram a realização deste trabalho, contribuindo para o enriquecimento científico de todos.

À toda equipe do CAISM por serem sempre solícitos quando precisei.

A todos, Obrigado!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Marcadores e fatores de riscos gestacionais presentes na pré-concepção [Ministério da Saúde, 2010]	12
--	----

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Distribuição das Gestantes por Regiões de Sergipe	36
Tabela 2: Distribuição das Gestantes em Relação ao IMC	37
Tabela 3: Distribuição das Gestantes quanto à Classificação dos Diagnósticos.....	39
Tabela 4: Distribuição das Gestantes por Faixa Etária e Adequação	40
Tabela 5: Distribuição das Gestantes por Causas e Adequação	42

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Distribuição dos profissionais responsáveis pelo encaminhamento das gestantes.....	36
Gráfico 2: Distribuição das Gestantes em Relação ao trimestre gestacional na primeira consulta no ambulatório de Alto Risco	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1. Gestação de Alto Risco	11
2.2. Síndromes Hipertensivas.....	14
2.3. Síndromes Hemorrágicas	16
2.4. Desvios do Crescimento Fetal	18
2.5. Alterações do Volume do Líquido Amni	18
2.6. Gestação Múltipla	19
2.7. Aloimunização Materno-fetal	20
2.8. Cesárea Anterior.....	20
2.9. Intercorrências Clínicas	21
2.9.1. Infecções.....	21
2.9.2. Anemias.....	26
2.9.3. Diabetes melitos.....	27
2.9.4. Tireoidopatias.....	27
2.9.5. Cardiopatias.....	28
2.9.6. Lúpus eritematoso sistêmico.....	29
2.9.7. Epilepsia.....	30
2.9.8. Malformações fetais.....	30
3. OBJETIVOS	31
3.1. Geral.....	31
3.2. Específico	31
4. CUÍSTICA E MÉTODOS	31
4.1. Desenho do Estudo	31
4.2. Local do Estudo	32
4.3. População do Estudo.....	32
4.4. Amostra	32

4.5. Coleta de Dados	32
4.6. Considerações Éticas	34
5. PRESSUPOSTOS	34
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
7. CONCLUSÃO	43
8. REFERÊNCIAS	44
II NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	49
III ARTIGO ORIGINAL	57
3.1. Folha de rosto	57
3.2. Resumo	58
3.3. Abstract	59
3.4. Introdução	60
3.5. Métodos	62
3.6. Resultados	66
3.7. Discussão	70
3.8. Referências	73
ANEXO	78

1. INTRODUÇÃO:

A saúde da mulher inclui o acesso à assistência, bem como a adequação do sistema de assistência em responder às suas necessidades. Dessa forma, o UNICEF considera a mortalidade materna um indicador do status da mulher. O pré-natal é um modelo sistematizado específico de atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Assim, a assistência pré-natal de qualidade tem se mostrado como um dos principais fatores para a redução da mortalidade materna e perinatal.

Após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito, em 1994, o conceito de saúde reprodutiva evoluiu, ganhando enfoque igualmente prioritário os indicadores de saúde relativos à morbidade, à mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina. Esse conceito lança novo olhar sobre o processo saúde-doença, ampliando a cidadania das mulheres para além da maternidade (Ministério da Saúde, 2010).

Os objetivos do pré-natal podem ser sintetizados em: o nascimento de uma criança saudável e a gestação isenta de complicações. E secundários a esses, permitir parto vaginal e aleitamento. Assim, a meta a ser alcançada para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal é saber identificar precoce e adequadamente as diferentes necessidades das mulheres que utilizam o sistema de saúde, para gerar e fornecer os cuidados de maneira diferenciada. Para isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) organizou uma assistência hierarquizada e integralizada, que objetiva cumprir com seus princípios constitucionais de universalidade e integralidade, considerando a sensibilidade diagnóstica do nível básico, e então, garantir o pré-natal adequado e humanizar o atendimento.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) visa à análise das necessidades de atenção direcionadas à gestante, ao recém-nascido e à mulher no pós-parto, reproduzindo as ações adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, objetivando diminuir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal (Anversa, 2012).

As gestações sem problemas são resolvidas na Atenção Primária, pois precisam apenas de procedimentos simples e cuidados mínimos. Tal como, as gestantes que

apresentam problemas precisam de procedimentos mais complexos, de equipes multidisciplinares especializadas e de cuidados extras para minimizar a probabilidade de agravos à saúde. Estas clientes deverão ser referenciadas ao nível de assistência necessária a resolução dos seus problemas, onde será dedicada a atenção especial de que precisam.

As gestantes referenciadas apresentam alto risco de complicações e necessitam de mais intervenções obstétricas para que não ocorra uma elevação da morbimortalidade perinatal. O atendimento precoce propicia referência precoce. A admissão tardia ao sistema está associada à duplicação do risco. Gestantes de risco não referenciadas implicam a utilização posterior de considerável quantidade de tempo e recursos de emergência que deveriam ter sido dedicados às pessoas com situações mais vulneráveis, aquelas que teriam mais chance de resolução, mais preveníveis (Mugisho, 2003). Os pilares de embasamento do pré-natal - prevenção de complicações, diagnóstico precoce das intercorrências, tratamento específico; são especialmente importantes nas gestações de alto risco.

A análise à adequação dos encaminhamentos das gestantes da Atenção Básica de Saúde para os Centros de Referência da Atenção Secundária é uma busca pelo entendimento dos processos envolvidos nesses encaminhamentos à rede de maior complexidade. Por ser um dado ainda não investigado no Estado de Sergipe, a busca é levantar uma discussão acerca da eficiência e da qualidade do serviço prestado às usuárias do SUS do estado, para então poder desenvolver estratégias de otimização. As pacientes da capital são referenciadas para o Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR), enquanto que as do interior, em sua maioria são encaminhadas para o Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

Corroborando com a tendência atual, o estudo do processo de cuidados com a saúde é visto como a melhor forma para investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência. Assim, será feita uma tentativa de compreensão dos efeitos da avaliação do modelo assistencial nos desfechos. A discussão será realizada a partir da análise da concordância dos encaminhamentos das gestantes de alto risco confrontando as duas fontes de informações, diagnóstico dado na origem e o diagnóstico realizado no ambulatório de referência.

2. REVISÃO DE LITERATURA:

2.1. Gestação de Alto Risco

A mulher ao engravidar passa por transformações dinâmicas hormonais, imunológicos, físicas e emocionais. Essas mudanças são fenômenos fisiológicos, que fazem parte de uma experiência de vida saudável e, na maioria delas, a evolução da gestação ocorre sem intercorrências. Contudo, cerca de 20% das gestantes, por serem portadoras de alguma doença, ou sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, podem evoluir com complicações tanto para o feto quanto para a mãe. Dessa forma, o acompanhamento pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis, ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco, promovendo saúde e bem estar da mulher grávida e do seu feto (Domingues, 2012).

Da pequena parcela de gestantes que apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, 60% podem ser identificadas como sendo de alto risco na primeira avaliação. A cada consulta pré-natal há necessidade de reclassificação, uma vez que, toda gestação que venha evoluindo bem pode se tornar de risco eventualmente.

As gestantes de alto risco passam a pertencer um processo de saúde-doença, chamado de “Enfoque de Risco”, e recebem assistência mais especializada, respeitando um gradiente de necessidade de cuidados de cada indivíduo.

As complicações de maior frequência são distúrbios hipertensivos, trabalho de parto prematuro, nascimento pré-termo. Nas grandes múltíparas (mais de cinco partos) a complicação mais frequente é a hipertensão na gestação. Em gestantes com menos de 16 anos, é o risco de recém-nascidos com baixo peso e mortalidade perinatal. Já as mulheres com mais de 35 anos, a idade não é fator de risco independente, mas pode agravar outros fatores de risco associados (Buchabqui, 2004).

A maior taxa de mortalidade perinatal, principalmente a mortalidade fetal no 3º trimestre, é observada nas gestações de alto risco quando comparadas às de baixo risco. Na média do Brasil, a taxa de mortalidade perinatal, em 2010, era de 21,5 óbitos perinatais/ mil nascimentos (Ortiz, 2012).

Essa identificação pressupõe avaliação dinâmica de uma série de fatores de risco que podem alertar a equipe de saúde para uma maior atenção a essas gestantes. A sistematização da vigilância do pré-natal pelos profissionais de saúde, através de anamnese, exame físico geral e gineco-obstétrico permite que os fatores de risco sejam identificados nas consultas. O Ministério da Saúde, visando sistematizar a avaliação, define os fatores de risco e as doenças principais que as classificam como “Gestantes de Alto Risco”.

Os marcadores e fatores de riscos gestacionais presentes na pré-concepção, segundo o Ministério da Saúde, são:

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:
 - Idade maior que 35 anos;
 - Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
 - Altura menor que 1,45m;
 - Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
 - Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
 - Situação conjugal insegura;
 - Conflitos familiares;
 - Baixa escolaridade;
 - Condições ambientais desfavoráveis;
 - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
 - Hábitos de vida – fumo e álcool;
 - Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
2. História reprodutiva anterior:
 - Abortamento habitual;
 - Morte perinatal explicada e inexplicada;
 - História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
 - Parto pré-termo anterior;
 - Esterilidade/infertilidade;
 - Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
 - Nuliparidade e grande multiparidade;
 - Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
 - Diabetes gestacional;
 - Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
3. Condições clínicas preexistentes:
 - Hipertensão arterial;
 - Cardiopatias;
 - Pneumopatias;
 - Nefropatias;
 - Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
 - Hemopatias;
 - Epilepsia;
 - Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
 - Doenças autoimunes;
 - Ginecopatias;
 - Neoplasias.

Figura 1 - Marcadores e fatores de riscos gestacionais presentes na pré concepção [Ministério da Saúde, 2010]

Ministério da Saúde – 2010

Gestação de Alto Risco

- 1) **Síndromes hipertensivas da gravidez:** Hipertensão crônica; Pré-eclâmpsia/eclampsia; Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica; Hipertensão gestacional (sem proteinúria).
- 2) **Síndromes hemorrágicas: Hemorragias da primeira metade da gravidez:** Abortamentos; Ameaça de abortamento; Abortamento habitual; Gravidez ectópica; Mola hidatiforme; Descolamento corioamniótico. **Hemorragias da segunda metade da gestação:** Placenta prévia; Descolamento prematuro de placenta; Rotura uterina; Vasa prévia.
- 3) **Desvios do crescimento fetal:** Restrição de Crescimento Fetal; Macrossomia Fetal.
- 4) **Alterações da duração da gestação:** Gestação prolongada; Trabalho de parto prematuro.
- 5) **Amniorrexe prematura e corioamnionite:** Rotura Prematura de Membranas.
- 6) **Alterações do volume de líquido amniótico:** Oligodramnio; Polidramnio.
- 7) **Náuseas e vômitos da gravidez**
- 8) **Gestação múltipla**
- 9) **Aloimunização materno-fetal**
- 10) **Cesárea anterior**
- 11) **Óbito fetal**
- 12) **Infecções:** Infecção urinária (Bacteriúria assintomática; Cistite; Pielonefrite); Toxoplasmose; Malária; Hanseníase; Tuberculose; Rubéola; Citomegalovirose (Infecção congênita por CMV).
- 13) **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs):** Sífilis; Herpes simples vírus (HSV); Hepatites virais; Infecção pelo HIV; Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV); Vaginose bacteriana.
- 14) **Anemias na gestação:** Anemia ferropriva; Anemia megaloblástica; Hemoglobinopatias (Anemia falciforme, Talassemia); Anemia microangiopática.
- 15) **Endocrinopatias:** Diabetes e Tireoidopatias.
- 16) **Cardiopatias e Pneumopatias** (Asma, Pneumonias).
- 17) **Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)**
- 18) **Trombofilia e gravidez** (Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolípide; Trombofilia Hereditária); **Doença Tromboembólica na Gestação** (TVP; Embolia pulmonar).
- 19) **Epilepsia, Transtornos psiquiátricos e uso de álcool e drogas**
- 20) **Neoplasias**

2.2. Síndromes hipertensivas da gravidez

A Hipertensão arterial incide em cerca de 7 a 10% de todas as gestações e, quando não tratada adequadamente, pode resultar em quadros graves. É a complicação médica mais comum na gravidez. No Brasil, a hipertensão na gestação representa a principal causa de morbimortalidades materna.

Em geral, a HAS (hipertensão arterial sistêmica) é leve e não evolui para desfechos desfavoráveis à saúde materna e fetal. A pressão arterial se normaliza nas primeiras semanas do puerpério, mas tende a ser recorrente nas próximas gestações.

A alteração dos níveis pressóricos é uma das principais razões de referenciamento das gestantes ao ambulatório de pré-natal de alto risco (PNAR). A gestação pode agravar a hipertensão preexistente como pode induzi-la. São condições clínicas distintas com repercussões diversas sobre a mãe e o feto, por isso, é fundamental diferenciá-las.

A Hipertensão arterial crônica na gravidez é um termo que significa qualquer doença hipertensiva anterior à gravidez, incluindo hipertensão essencial latente que pode ser identificada, pela primeira vez na gestação. A pressão arterial se eleva, durante a gestação, por mecanismo fisiopatológico da doença. Ela é diagnosticada antes da gestação ou, antes de 20 semanas da mesma, ou ainda, pode ser diagnosticada pela primeira vez durante o período gestacional (a partir da 20ª semana), mas não se resolve até 12 semanas pós-parto. Outros fatores que podem sugerir o diagnóstico: multiparidade, HAS sem edemas, sem proteinúria, sem hiperuricemia, ou quando apresentam alterações em fundoscopia, em eletrocardiograma, em radiografia da área cardíaca ou na função renal. A Hipertensão arterial crônica está associada a aumento da morbidade e mortalidade tanto materna quanto perinatal, principalmente quando apresenta pré-eclâmpsia sobreposta. Nas hipertensões crônicas não complicadas o seguimento é ambulatorial, já na complicadas, a internação está indicada para monitorização rigorosa materno-fetal e avaliação da duração da gestação.

Na pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, a elevação dos níveis pressóricos é em decorrência da má adaptação do organismo materno à gravidez, assim a hipertensão é um achado acompanhado de outros sinais e sintomas. É diagnosticada por hipertensão

arterial de início após a 20ª semana, associada à proteinúria ($\geq 300\text{mg}$ em urina de 24h) e/ou edema generalizado, em mulheres sem história dessa condição clínica preexistente, e com desaparecimento até 12 semanas após o parto. Pode iniciar antes das 20 semanas de gravidez, quando associada à moléstia trofoblástica gestacional. Ou ainda, hipertensão arterial, sem proteinúria, mas acompanhada de cefaleia, borramento da visão, dor abdominal e alterações laboratoriais de plaquetas e enzimas hepáticas. Doença essencialmente da primigesta, quando em múltiparas está associada a outros fatores de risco, como HAS crônica, nefropatia, diabetes mellitus, doenças do colágeno, trombofilias, gemelaridade. A classificação da pré-eclâmpsia vai de leve a grave. Essa classificação que guiará a conduta médica, as gestantes podem seguir em acompanhamento ambulatorial mais frequente até 40 semanas na leve, ou indicar internação para controle das condições materno-fetal adequado e reavaliar quanto a duração da gravidez.

A Eclâmpsia é uma doença com desenvolvimento de quadro convulsivos tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulheres com qualquer quadro hipertensivo, excluindo causas neurológicas, farmacológicas e complicações metabólicas. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato. É classificada em não complicada, complicada ou descompensada. A complicada quando apresenta uma ou mais intercorrências, como coagulopatia, insuficiências respiratória, cardíaca ou renal aguda, icterícia, PAD $\geq 120\text{mmHg}$, febre. A descompensada quando apresenta choque, coma, hemorragia cerebral ou necessidade de assistência ventilatória. Sendo necessário encaminhamento para um centro terciário de atendimento, internação e consequente avaliação das condições materno-fetais quanto à duração da gestação.

A Hipertensão gestacional apresenta-se sem proteinúria, após a 20ª semana de gestação, em gestantes sem história de HAS anterior. Após 12 semanas do parto, essas mulheres precisam ser reavaliadas e então classificadas em hipertensão transitória da gravidez ou hipertensão arterial crônica.

2.3. Síndromes hemorrágicas

Conjunto de doenças que englobam as hemorragias da primeira e da segunda metade da gravidez. Constituem com maior frequência motivo de consultas emergenciais, mas não são observadas em consultas rotineiras do pré-natal, uma vez que entre 10-15% das gestações apresentam perdas de sangue anormais (Buchabqui, 2004).

Entre as hemorragias da primeira metade, as mais importantes são: Abortamento, Gravidez ectópica, Moléstia trofoblástica gestacional (Mola Hidatiforme) e Descolamento corioamniótico. E as da segunda metade são: Placenta prévia, Descolamento prematuro da placenta, Rotura uterina e vasa prévia.

Abortamento é a interrupção da gestação antes de 22 semanas com feto pesando menos de 500 gramas, pode ser precoce (quando ocorre até a 13^o semana) ou tardio (entre 13^a e 22^a semana). O abortamento espontâneo é a complicação mais frequente da gravidez, cerca de 10-20% das gestações clínicas terminarão em abortamento, sendo que 80% deles acontecem no primeiro trimestre. Assim, toda gestante com sangramento vaginal de 1^o trimestre deve ser submetida a exame abdominal, exame especular e toque, caso o colo esteja fechado ou tenha dúvida no diagnóstico, solicita ultrassonografia.

Gravidez ectópica é aquela que a nidação e o desenvolvimento do ovo ocorrem fora da cavidade uterina. Em razão da alta incidência, morbidade e mortalidade é um tema relevante na obstetrícia. Clinicamente apresenta-se com dor abdominal e sangramento vaginal. No exame físico, observa-se sangue no canal vaginal, amolecimento do colo uterino, dor pélvica, pode palpar massa anexal dolorosa. O exame clínico e dosagem de β -hCG sérica e repetida no intervalo de 48 horas praticamente fecha o diagnóstico. A ultrassonografia será utilizada para confirmar diagnóstico.

Mola hidatiforme faz parte de um conjunto de entidades, a Moléstia trofoblástica gestacional, que são tumores produtores de gonadotrofina coriônica, hormônios lactogênio placentário, estrogênio e progesterona. A frequência é de 1 caso para cada 2.000 gestações. A classificação da mola hidatiforme é feita por histopatológico e de

cariotipagem, pode ser completa ou parcial. Clinicamente a mulher apresenta sangramento indolor e progressivo, hiperemese gravídica, podendo eliminar vesículas em forma de “cachos de uva”, e ao exame físico útero maior do que esperado para a idade gestacional, colo e útero amolecidos e aumento do volume ovariano. A dosagem de β -hCG estará elevado para a idade gestacional e a ultrassonografia confirma o diagnóstico. Uma vez diagnosticado, faz necessário referenciamento da gestante para o esvaziamento uterino e posterior seguimento por um ano.

Placenta prévia é quando a placenta se implanta parcial ou totalmente no segmento inferior do útero. A incidência é de cerca de 1/200 gestações, nota-se um aumento, nos últimos anos, da frequência desses casos, pelo aumento de cesáreas. Os fatores de risco associados são: cesárea anterior, idade materna avançada, multiparidade, curetagens repetidas, gemelaridade, placenta prévia em gestação anterior, tabagismo. Clinicamente a grávida apresenta hemorragia genital indolor, de início e cessar súbitos, em episódios recorrentes e mais graves, O diagnóstico é clínico e a ultrassonografia confirma. No pré-natal recomenda-se que a gestante com placenta prévia seja referenciada. A conduta depende da idade gestacional, do volume da hemorragia materna e vitalidade fetal.

Descolamento prematuro de placenta é a separação da placenta de sua inserção normal em gestação acima de 22 semanas e antes do parto. A incidência é de cerca de 1/86 a 1/200 casos, e é responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna. Os fatores de risco são: síndromes hipertensivas, rotura prematura de membranas ovulares; cesariana previa; tabagismo; idade materna avançada; Uso de drogas (álcool, cocaína e *crack*); condições que causem sobredistensão uterina (polidramnio, gestação gemelar); trauma (automobilístico, trauma abdominal direto); DPP em gestação anterior; amniocentese, cordocentese. Apresenta-se com dor abdominal súbita e intensa em fundo de útero, perda sanguínea genital, e pode ter anemia, hipotensão, choque, parada da movimentação fetal e coagulopatia associada. Ao exame, observa-se desde aumento do tônus uterino leve até hipertonia e hiperatividade O diagnóstico é clínico, e a ultrassonografia serve para auxiliar no diagnóstico diferencial, esclarecer a localização placentária e a apresentação fetal. A conduta depende do estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal.

2.4. Desvio do crescimento fetal

A RCF define-se por crescimento fetal inferior ao percentil 10 para a idade gestacional. É uma importante causa de morbimortalidade perinatal. O diagnóstico só é possível quando há precisão da idade gestacional, assim, se tem certeza da DUM e a ultrassonografia realizada entre a 9^a e 12^a semana estão concordante, ou quando duas ultrassonografias forem compatíveis até a 20^a semana. A altura uterina menor que a esperada é indicação de ultrassonografia obstétrica. As causas fetais são: cromossomopatias, anomalias genéticas e malformações congênitas; as maternas são: infecções, patologias placentárias, fatores psicológicos, uso de drogas e substâncias tóxicas, desnutrição, anemias, trombofilias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, nefropatias, doenças auto-imunes. Diante dos múltiplos fatores etiológicos envolvidos, o tratamento é uma busca de cessar o processo causador, o qual é determinado em cerca de 60% dos casos.

A macrossomia fetal define-se por recém-nascidos com peso igual ou maior que 4kg, independente da idade gestacional. A suspeita clínica dessa condição pode ser feita, ainda no pré-natal, quando a altura uterina for acima do esperado para a idade gestacional, e o feto apresentar peso acima do percentil 90, em ultrassonografia. Apresenta alto índice de morbidade perinatal e materna, complicações como sobredistensão uterina, edema suprapúbico, parto prolongado, dispneia, desproporção fetopélvica, tocotraumatismos, distocia de ombro e hipóxia perinatal. Os fatores de risco materno são: Diabetes mellitus, multiparidade, obesidade, gestação prolongada, ganho ponderal excessivo, história de feto macrossômico.

2.5. Alterações do volume do líquido amniótico

Oligoidrâmnio caracteriza-se pela deficiência na quantidade de líquido amniótico, com incidência de 0,5 a 5%, Pode ser causada por síndromes hipertensivas, diabetes, collagenoses, desidratação, drogas, sofrimento fetal crônico, RCF, infecções congênitas, cromossomopatias, insuficiência placentária, gestação prolongada, descolamento

premature de placenta, amniorrexe prematura ou idiopático. A principal causa é a rotura prematura de membranas. Quando o diagnóstico é precoce, está frequentemente relacionado a anomalias fetais, A insuficiência placentária é geralmente associada como fisiopatologia do oligodrâmio, cursa com déficit nutritivo e regime de hipóxia que promovem redistribuição da circulação fetal com mais fluxo sanguíneo para órgãos importantes, coração e cérebro, em detrimentos de outros. Suspeita clínica é feita por sinais e sintomas, como crescimento fetal inadequado pela altura uterina, partes fetais facilmente palpáveis, redução da movimentação fetal, queda da frequência cardíaca fetal e história de perda de líquido. O diagnóstico é ultrassonográfico, e indica-se seguir em avaliação periódica com dopplerfluxometria e perfil biofísico fetal.

Polidrâmio constitui-se pelo aumento excessivo na quantidade de líquido amniótico. A incidência estima-se por volta de 0,5% a 1,5% das gestações e está associada maior morbimortalidade perinatais. Há condições maternas (diabetes mellitus e aloimunização), fetais (gemelaridade, obstruções gastrointestinais, anomalias congênitas, arritmias cardíacas, infecções, hidropisia fetal não imune, tumores fetais), placentárias (síndrome da transfusão feto-fetal, corioangioma) e idiopática. Suspeita clínica é feita quando a altura uterina é maior do que esperada, dificuldade de palpação das partes fetais, dificuldade de auscultar os batimentos cardíacos fetais, dificuldade da palpação do útero por presença de hipertonia ou pelo volume excessivo do mesmo, pode-se notar edema nas porções baixas do ventre, pele do abdome distendida, lisa e brilhante e estrias extensas. O diagnóstico é confirmado pela ultrassonografia quando o ILA superior a 18 cm.

2.6. Gestação múltipla

Nas gestações múltiplas há maior risco de complicações maternas (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, anemia, hemorragia e infecção pós parto, edema pulmonar) e fetais (abortamentos, RCF, prematuridade, baixo peso, malformações fetais). A mortalidade perinatal aumenta proporcionalmente ao número de fetos. As complicações fetais são mais comuns nas gestações monocoriônicas, quando

comparadas a dicoriônicas, como a síndrome de transfusão feto-fetal. Assim a determinação da corionicidade é que guiará a conduta do pré-natal, por exemplo, quando em gestação gemelar monocoriônica os fetos apresentarem diferença de pesos superior a 20-25% do peso, a gestante deverá ser encaminhada ao centro de referência terciário. A assistência pré-natal deverá ser ajustada de acordo com a necessidade, e as ultrassonografias poderão ser mensais nas gestações dicoriônicas, e a cada 2 ou 3 semanas nas monocoriônicas. O acompanhamento pré-natal adequado reflete em menores índices de trabalho de parto prematuro.

2.7. Aloimunização materno-fetal

Cerca de 98% dos casos de Doença hemolítica perinatal (DHPN) são provocados por incompatibilidade ABO e Rh e os 2% restantes são em decorrência de antígenos atípicos (os principais são Kell, E e C). A isoimunização Rh materna causa a DHPN de maior gravidade fetal, podendo levar a hidropisia e óbito fetal e neonatal, mas é a única na qual pode se realizar profilaxia com a aplicação de imunoglobulina Rh. Atualmente a aloimunização constitui um problema de saúde pública, relacionando a sua incidência com a prevenção, pois a principal causa é a falha na administração da imunoglobulina. Cerca de 5 em cada 1.000 gestações são afetadas.

2.8. Cesária anterior

Uma das principais indicações de parto cesáreo é a gestante ter cesarianas de repetição. Contudo, a cesárea anterior não impede a realização de parto por via vaginal. Alguns estudos observacionais demonstraram segurança do parto vaginal após cesárea anterior, desde que seja realizada vigilância adequada ao trabalho de parto.

As mulheres que tiveram sua última cesariana há menos de 18 a 24 meses, tal como aquelas com mais de uma cesariana prévia, devem ser aconselhadas sobre um risco aumentado de rotura uterina durante o trabalho de parto.

Os riscos de complicações maternas como rotura uterina e deiscência da cicatriz chegam a menos de 1%.

As indicações de parto cesáreo devem seguir critérios médicos que levam em consideração as condições maternas e fetais desfavoráveis ao parto vaginal. Alguns fatores preditivos relacionam o anteparto à realização da cesariana, como por exemplo, pré-eclâmpsia grave, gemelaridade, má assistência pré-natal, adolescência e outras intercorrências maternas.

O parto vaginal está contraindicado nas grávidas que apresentam: cesárea clássica prévia ou cicatriz uterina em T invertido, Histerotomia ou miomectomia prévia entrando em cavidade uterina, Rotura uterina prévia, Presença de contraindicação ao trabalho de parto como placenta prévia ou apresentação fetal anômala.

Não são contraindicações a uma prova de trabalho de parto após cesariana prévia: Gestação múltipla, *Diabetes mellitus*, Macrossomia fetal suspeita (peso fetal estimado entre 4.000 e 4.500g) e Pós-datismo (Ministério da Saúde, 2010).

2.9. Intercorrências clínicas

2.9.1. Infecções

INFECÇÃO URINÁRIA

Problema urinário mais comum, ocorre em torno de 20% das gestações e a bacteriúria assintomática é a mais comum da gravidez, mas a infecção sintomática é a causa de cistite e pielonefrite. A bacteriúria assintomática tem incidência em torno de 2 a 10%, e quando não tratadas, de 20 a 40% das gestantes infectadas irão evoluir com infecção sintomática aguda durante a gestação. O diagnóstico é confirmado com urocultura na presença de 1×10^5 UFC/ml, sendo cerca de 80% tendo como agente etiológico *Escherichia coli*. A cistite e uretrites apresentam-se com disúria, urgência miccional, alteração da frequência das micções, dor retropúbica, suprapúbica e abdominal. Em geral, a cistite não está associada a complicações, contudo algumas grávidas evoluem com infecção do trato superior por infecção ascendente. A pielonefrite

define-se pela bacteriúria significativa e sintomática com inflamação do parênquima, cálices e pelve renal. Apresenta sintomatologia maior: febre, calafrio, dor lombar, náuseas, vômitos, aumento importante da sensibilidade do ângulo costovertebral (sinal de Giordano +), prostração. A pielonefrite é a complicação mais grave e frequente da gravidez, traz morbimortalidade materna e fetal, e pode estar associada à desidratação, anorexia, anemia, comprometimento da função renal, hemólise, choque séptico, prematuridade, infecção anexial e puerperal. Uma vez diagnosticada, a pielonefrite é indicação de hospitalização da mulher grávida.

TOXOPLASMOSE

Infecção relevante em gestantes, pelo risco de acometimento fetal. A transmissão vertical, em gestantes sem comprometimento imune, ocorre na primoinfecção materna e aumenta proporcionalmente com a idade gestacional, mas os danos fetais são mais prováveis quando a infecção ocorre mais precocemente. As complicações fetais vão desde RCF, prematuridade, ventriculomegalia, calcificações periventriculares, coriorretinite, hepatoesplenomegalia, ascite, icterícia, hídropsia, cardiomegalia, até óbito fetal, convulsões, cegueira, microftalmia, paralisia ocular, surdez, microcefalia, hidrocefalia, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor.

O rastreamento sistemático se justifica pela tentativa de identificar as gestantes suscetíveis para seguimento posterior. A assistência pré-natal visa prevenir a infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária, detectar precocemente a infecção para evitar a transmissão fetal e também tratar caso haja contaminação intraútero, já que o tratamento da gestante reduz a frequência e a gravidade da infecção fetal. Para confirmar o diagnóstico, o teste de avidéz por IgG deve ser solicitado. Se apresentar avidéz fraca ou intermediária, significa doença recente, iniciar o tratamento e encaminhar para referência de gestação alto risco. Se avidéz forte: IG > 16 semanas, traduz em infecção recente, e IG ≤ 16 semanas, significa doença crônica.

RUBÉOLA

Doença viral basicamente assintomática com diagnóstico sorológico. Sua relevância quando atinge a gestante, pela elevada toxicidade para tecidos embrionários.

As complicações da infecção materna são: abortamento precoce ou tardio, óbito intrauterino, natimortalidade, RCF, prematuridade, infecção congênita, malformação e aparecimentos tardios de defeitos. O vírus pode atingir o feto, ocasionando a Síndrome da Rubéola Congênita (glaucoma, catarata congênita, cardiopatia congênita, surdez central ou coclear, cegueira, microftalmia e retardo mental), poderão apresentar manifestações clínicas ao nascer, como icterícia, hepatoesplenomegalia, anemia, meningoencefalite, miocardite, alterações ósseas, trombocitopenia.

CITOMEGALOVIROSE

Estima-se que 90 a 95% das mulheres em idade fértil já tiveram infecção primária. A transmissão vertical pode ocorrer intraútero por disseminação sanguínea, durante o parto por contato direto com sangue e as secreções maternas, e pelo aleitamento, A gestante que adquiriram a infecção durante ou anterior à gestação pode transmitir. O risco de transmissão ao feto na primoinfecção está entorno de 40 a 50%, enquanto que na infecção secundária é de 0,5 a 2%. A infecção congênita está associada a complicações (abortamentos, prematuridade, RCF e alta taxa de mortalidade perinatal), já a infecção perinatal não possui relevância clínica. No momento não há tratamento materno que previna ou reduza a infecção fetal que tenha sido provada.

SÍFILIS

Infecção sistêmica crônica com risco de acometimento fetal de 70 a 100%, nas gestantes com sífilis não tratadas. Quando tratadas, o risco cai para 1 a 2%. Todas as formas clínicas da doença podem ser transmitidas verticalmente por passagem transplacentária. No início da gestação, a principal complicação é o abortamento. Já na gravidez avançada o acometimento fetal é comum, podendo ocorrer óbito fetal (30% das gestações não tratadas), óbito neonatal (em 10%) e retardo mental (em 40%), ou ainda, pneumonia alba de Virchow, cirrose, osteocondrite e comprometimento esplênico e pancreaático. No pré-natal, indica-se solicitar o teste diagnóstico na primeira consulta e no início do 3º trimestre, permitindo que o feto seja tratado intraútero em tempo hábil para parto. Com diagnóstico sorológico simples e o manejo clínico fácil, a sífilis

congênita é considerada um marcador da qualidade da assistência à saúde da mãe e do bebê.

HEPATITES VIRAIS

Infecções virais com vários agentes etiológicos que possuem tropismo hepático, provocando doença sistêmica com lesão aos hepatócitos e reação inflamatória. As hepatites B e C podem evoluir causando danos mais graves ao fígado, como cirrose, hepatocarcinoma e hepatite fulminante, seguida de insuficiência hepática aguda e morte. A hepatite B apresenta-se, clinicamente, com mais frequência na sua forma anictéria (70% dos casos), sendo que 5 a 10% dos indivíduos adultos e 70 a 90% dos recém-nascidos de mães com evidência de replicação viral cronicam. No pré-natal é obrigatório rastreamento sorológico, para todas as gestantes, que deve ser solicitado na primeira consulta e garantido que tenha resultado em 15 dias para os devidos encaminhamentos, no intuito de diminuir os riscos de hepatite crônica em fase precoce da vida nos filhos de gestantes positivas para Ag-HBs. Cerca de 95% da transmissão ocorre no parto e o vírus não é teratogênico. As portadoras crônicas do HBV apresentam complicações, as mais comuns são abortamento, óbito fetal e parto prematuro. A vacina é o método mais eficaz para a prevenção, e pode ser administrada durante a gravidez e a amamentação. A prevenção, o diagnóstico precoce e o cuidado com feto de mães diagnosticadas são prioridades na assistência pré-natal. A hepatite C corresponde a cerca de 20 a 40% dos casos, as formas agudas não são frequentes e a maioria das portadoras do vírus HCV permanece assintomática. A triagem pré-natal universal para o HCV não é consenso, uma vez que a gestação não interfere na doença e a infecção parece não intervir na gravidez.

INFECÇÃO POR HIV

A incidência de gestantes portadoras de HIV é menor que 1% para todo o país. A transmissão vertical do HIV é de cerca de 25% (sem qualquer intervenção), ela ocorre basicamente no trabalho de parto e parto (cerca de 65%) e no 3º trimestre de gestação (35%), havendo um risco adicional pela amamentação que se renova a cada exposição da criança ao peito (7 a 22%). A transmissão pode ser por fatores de risco materno

(tempo de uso de anti-retrovirais na gestação e no parto; carga viral no final da gravidez e no parto; genótipo, fenótipo e resistência viral; estágio da doença materna; estado nutricional; presença de DST e outras co-infecções), comportamental (sexo desprotegido e uso de drogas), obstétrico (duração do trabalho de parto e tempo de rotura das membranas amnióticas; hemorragia intraparto e via de parto), e inerentes ao recém nascido (prematuridade e baixo peso, aleitamento materno).

É recomendada a realização do teste anti-HIV, para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, mediante aconselhamento pré e pós-teste, e com consentimento. A sorologia deve ser repetida no início do 3º trimestre, utilizando testes rápidos se necessário. Caso haja recusa para realizar o teste, isto deve ser documentado em prontuário. A gestante deve ser encaminhada à assistência PNAR e todas as medidas preventivas devem ser adotadas, a terapia anti-retrovirais combinada, cesárea eletiva, emprego correto de AZT na parturiente e no recém nascido e contra-indicação ao aleitamento materno.

INFECÇÃO POR HPV

Doença sexualmente transmissível mais comum no mundo, é também conhecida como condiloma acuminado e verruga genital, estima-se que 10 a 60% das mulheres em idade reprodutiva estejam infectadas, dessas 5 a 10% apresentarão infecção persistente. Pela alta prevalência e sua associação com neoplasia intra-epitelial cervical e carcinoma invasivo, o diagnóstico e o tratamento precoce são importantes. A gestação interfere no curso da doença, propiciando o desenvolvimento e proliferação das lesões condilomatosas e dos processos displásicos, além de aumentar os riscos secundários de infecção, hemorragia e ulceração. E a infecção traz risco de transmissão perinatal, rotura prematura das membranas ovulares, corioamnionite e deiscência de episiotomia. O diagnóstico mais comum é pela identificação das lesões, quando apresenta a forma clínica. O diagnóstico da infecção subclínica do HPV é um achado em exame colpocitológico e confirmado pela colposcopia. O tratamento visa remover as lesões sintomáticas e não erradica o HPV. Uma vez diagnosticada com infecção por HPV, indica-se rastreamento para infecção por HIV.

VAGINOSE BACTERIANA

Infecção polimicrobiana que promove redução dos lactobacilos e proliferação de anaeróbios facultativos. Os agentes mais comuns são: *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides sp* e *Mobiluncus sp*. Trazem riscos de complicações, como rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, prematuridade e infecção puerperal. O diagnóstico é eminentemente clínico, confirmado por exame especular. O rastreamento de gestantes assintomáticas está indicado nas gestações de alto risco, em mulheres que tem história de prematuridade.

2.9.2. Anemias

A anemia na gravidez é intercorrência clínica importante, definida pela concentração de hemoglobina inferior a 11,0 g/dL. As anemias são classificadas de acordo com a fisiopatologia por deficiência de produção eritrocitária, por sua destruição excessiva ou por perda sanguínea; ou como leve (Hb 10 – 10,9 g/dL), moderada (Hb 8 – 9,9g/dL) e grave (Hb \leq 8g/dL). A anemia está associada a complicações pós parto. Elas podem ser causadas por deficiência de ferro, deficiência de ácido fólico, deficiência de vitamina B12, hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemias), perda sanguínea crônica.

As anemias carenciais são as mais frequentes no nosso meio, e anemia falciforme é a mais comum das doenças hereditárias. A doença falciforme não é contraindicação para gravidez, mas a gestação em mulheres falcêmicas é uma situação potencialmente grave para elas (com crises de falcização mais frequentes, infecções, possibilidade de sequestro esplênico), para o feto e recém nascido. O acompanhamento pré-natal adequado - com consultas em intervalos menores, hidratação, suplementação de vitaminas e ácido fólico, vacinação e monitorização periódica; apresenta redução nas taxas de mortalidade perinatal. Está associada a maior incidência de placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.

2.9.3. Diabetes mellitus

Uma doença metabólica crônica caracteriza por hiperglicemia. Ela está relacionada à elevada morbimortalidade perinatal, como macrossomia fetal, polidramnio, malformação fetal, óbito perinatal.

O diabetes gestacional é definido por intolerância aos carboidratos, de grau variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação. Uma intercorrência médica frequente na gravidez e corresponde a cerca de 90% das gestantes com diabetes e prevalência de 8% na população geral. Seu rastreamento clínico ou laboratorial é obrigatório no pré-natal, por apresentar fatores de pelo risco aumentado de complicações perinatais. O diagnóstico precisa ser confirmado com teste oral de tolerância à glicose. Com diagnóstico firmado, preconiza-se aumentar a atenção e monitorização sistemática do feto. Com acompanhamento adequado, 60% das gestantes com diabetes gestacional podem permanecer euglicêmicas, sem maiores riscos para a gravidez, somente com dieta e atividade física. Essas gestantes devem ser referenciadas para os centros de atenção secundária.

O diabetes pré-gestacional caracteriza-se por hiperglicemia, derivada de defeitos na produção ou ação da insulina. Tem prevalência de cerca de 5 a 7% na gestações. É importante que essas mulheres engravidem com níveis glicêmicos adequados, com o objetivo de prevenir as malformações fetais associadas a hiperglicemia periconcepcional e as demais complicações maternas e fetais associadas a gravidez. Essas gestantes devem ser referenciadas para centro de assistência secundária ou terciária para acompanhamento com equipe multidisciplinar. No seguimento pré-natal dessas mulheres, objetiva-se controle glicêmico rigoroso, avaliação de lesões de órgãos alvos e avaliação fetal sistemática.

2.9.4. Tireoidopatias

O ciclo gravídico-puerperal produz alterações na tireoide, interferindo nas doenças tireoideanas. As anormalidades na função tireoideana materna podem

comprometer o feto diretamente pela passagem transplacentária de concentrações alteradas de hormônios, drogas antitireoidianas e anticorpos estimuladores do receptor de TSH. E indiretamente pelas alterações na fisiologia materna. O diagnóstico será confirmado pela dosagem laboratorial de TSH e T4 livre.

O hipotireoidismo mal controlado tem sido correlacionado com maior risco de abortamento, doenças hipertensivas, descolamento prematuro da placenta, restrição do crescimento fetal, prematuridade, natimortalidade, anemia e hemorragia puerperal. Alguns estudos sugerem diminuição cognitiva de filhos de mãe hipotireóideas inadequadamente tratadas na gestação. Os casos graves não tratados de hipotireoidismo estão associados à infertilidade. No seguimento pré-natal das gestantes com a condição clínica preexistente, observar os níveis de TSH periodicamente e avaliar a necessidade de ajuste das medicações. Não há contraindicações ao aleitamento materno com uso da tireoxina.

O hipertireoidismo está associado abortamento, prematuridade, restrição do crescimento fetal, doenças hipertensivas e mortalidade perinatal. Pode ocorrer bócio e hipertireoidismo fetal pela passagem pela placenta de anticorpos anti-receptores do hormônio tireoideanos, O manejo terapêutico deve ser cuidadoso, já que as drogas usadas podem provocar hipotireoidismo fetal ou neonatal e malformações.

2.9.5. Cardiopatias

A cardiopatia possui incidência de 4,2%. É uma das principais condições clínicas causadora de morte materna. A reumática é a mais frequente no Brasil, responsável por cerca de 50% das cardiopatias na gravidez.

Outros tipos na gestação são: cardiopatias congênitas, miocardiopatias chagásica, hipertrófica e hipertensiva, insuficiência coronariana e isquemia miocárdica (pouco comuns, sua maior frequência entre gestantes com idade superior a 35 anos), arritmias, prolapso de valva mitral e outras patologias mais raras.

A doença cardíaca congênita corresponde a 10% dos casos na gravidez, sendo responsável por 0,5 a 1% das mortes maternas por razões não obstétricas.

Na presença de patologia cardíaca prévia ou suspeita, indica-se encaminhamento ao acompanhamento pré-natal em centro de referência, com equipe especializada e multidisciplinar. No seguimento pré-natal deve-se identificar e corrigir os fatores precipitantes de complicações cardiovasculares como: anemia, obesidade, arritmias, infecção, hipertireoidismo e eventos tromboembólicos. Faz-se necessário a avaliação funcional da grávida cardiopata pela correlação entre a classe funcional e o prognóstico materno e perinatal.

Pela alta mortalidade materna, a interrupção da gestação pode ser indicada em casos de doenças que cursam com hipertensão arteriolar pulmonar grave (hipertensão pulmonar, DPOC), síndrome de Marfan com comprometimento aórtico (pelo risco de dissecação da aorta) e miocardiopatia dilatada com disfunção ventricular importante. Nesses casos de alto risco à gravidez, a morbimortalidade materno-fetal é de 50-70%.

2.9.6. Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

Uma doença inflamatória crônica, autoimune e multissistêmica. Está associado a abortamento, óbito fetal, prematuridade, RCF, doença hipertensiva e diabetes gestacional. A gestação deve ser programada considerando atividade, gravidade da doença e toxicidade das drogas. E deve ser desaconselhada quando houver atividade da doença, especialmente na vigência de nefropatia.

A atividade da doença durante a gestação é observada pela presença de artrite, lesão cutânea, anemia hemolítica, trombocitopenia, febre, hepatite, serosite e lúpus neonatal. O mau prognóstico está associada ao tempo de diagnóstico da doença inferior a dois anos, à doença ativa pré-concepcional recente, evento agudo durante a gestação, comprometimento cardio-pulmonar ou renal, ocorrência de pré-eclâmpsia e RCF. A grávida portadora de LES deve ser encaminhada ao ambulatório de PNAR com acompanhamento multidisciplinar especializado.

Deve ser dada atenção especial ao crescimento e à vitalidade fetais, à progressão da doença renal e aos distúrbios hipertensivos. A gestação deve terminar

de forma eletiva entre 38–40 semanas, caso não ocorram complicações, ou antes, conforme o interesse materno ou fetal (Ministério da Saúde, 2010).

2.9.7. Epilepsia

É uma disfunção neurológica intermitente e recorrente. Das patologias neurológicas, a epilepsia é a mais comum na gestação, com incidência de 0,3 a 0,5%.

A gravidez pode influenciar a epilepsia de forma contraditória, há relatos de que as crises permanecem inalteradas (61%), diminuídas (24%) ou aumentadas (15%).

A epilepsia na gestação está associado ao aumento de sangramento vaginal, hiperêmese gravídica, gestação ectópica, abortamento espontâneo, trabalho de parto prematuro, sofrimento fetal por anóxia após crise, malformações, óbito fetal e neonatal. Esses efeitos são frequentemente atribuídos aos efeitos dos medicamentos anticonvulsivantes.

2.9.8. Malformações fetais

São anomalias estruturais que podem ou não estar associadas a anomalias cromossômicas. A incidência de malformações fetais é de 2 a 4 %. Cerca de 80% das malformações ocorrem em gestantes para as quais não se identifica fatores de risco. Há associação frequente com prematuridade, baixo peso e óbito perinatais. O diagnóstico das malformações fetais é feito por meio de ultrassonografia. A confirmação diagnóstica e o manejo clínico dos casos de malformação devem ser realizados em centros de referência, com equipes multidisciplinares. Dentre as malformações congênitas graves, as cardiopatias congênitas são as mais comuns e responsáveis por cerca de 20% das malformações letais.

3. OBJETIVOS:

3.1. Geral

Observar concordância dos encaminhamentos das gestantes da Atenção Básica de Saúde em relação à avaliação do Serviço de Referência da Atenção Secundária em Sergipe.

3.2. Específicos

- Estimar a frequência das causas dos encaminhamentos;
- Observar a distribuição da frequência dos encaminhamentos conforme a faixa etária, o profissional que referenciou, o local de origem e o índice de massa corpórea.
- Caracterizar os encaminhamentos das gestantes de alto risco referenciadas, segundo critérios do Ministério da Saúde;
- Observar a deficiência na comunicação entre os níveis primário e secundário de cuidados no Sistema Único de Saúde que resulta nas referências inapropriadas.

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS:

4.1. Desenho de Estudo

Estudo epidemiológico transversal.

4.2. Local de Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

4.3. População de Estudo

A pesquisa foi realizada com informações coletadas dos prontuários das mulheres gestantes referidas e atendidas no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

4.4. Amostra

A amostra foi constituída de mulheres com idade de 11 a 47 anos, gestantes, avaliadas previamente e diagnosticadas com risco pré-natal, sendo referenciadas para o ambulatório de Gestação de Alto Risco do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM). As mulheres atendidas no período de janeiro de 2014 a março de 2015. Essa amostra foi composta por um total de 756 prontuários revisados.

Crítérios de exclusão: Ausência de Relatório de Encaminhamento (RE) das gestantes e prontuários nos quais não foi utilizada a Ficha Padrão de Pré-Natal do Alto Risco na primeira consulta.

4.5. Coleta de Dados

Foram coletadas as informações registradas nos prontuários que utilizam a ficha padrão do PNAR e que eram acompanhados de RE das gestantes. As variantes coletadas são referentes à cidade de origem da cliente, à causa do encaminhamento,

ao profissional que a referenciou, ao diagnóstico na avaliação do serviço de referência, à idade, ao índice de massa corpórea e à idade gestacional na primeira consulta.

Todas as clientes são agendadas por telefone, pelo profissional que referenciou. As mulheres são submetidas à avaliação do profissional médico no Centro de Atendimento (usados somente os prontuários de avaliação que têm preenchidas a ficha padrão do PNAR na primeira consulta).

Após coletadas, as informações foram submetidas à análise estatística descritiva.

Ao relacionar a causa do encaminhamento e a avaliação da referência, os casos serão enquadrados nas situações de Adequação ou de Inadequação.

Utilizando ainda as situações possíveis de resultado, como:

- a. Diagnóstico confirmado – quando o encaminhamento for adequado.
- b. Subdiagnóstico – quando o encaminhamento for adequado, mas na avaliação do serviço de referência havia outro(s) motivo(s) para o encaminhamento.
- c. Superdiagnóstico – quando o encaminhamento for por várias causas, mas na avaliação do serviço alguma(s) delas não fizer(em) parte da definição de alto risco do Ministério da Saúde. Ainda assim, a gestante tem razão para permanecer acompanhada no PNAR.
- d. Diagnóstico inconclusivo – quando o encaminhamento for por uma das causas que se encaixem na definição de alto risco do Ministério da Saúde, mas na avaliação do serviço não foi possível fechar diagnóstico.
- e. Diagnóstico modificado – quando o motivo do encaminhamento não for confirmado na avaliação do serviço, mas havia outra razão para o acompanhamento de alto risco e não foi diagnosticado pela atenção básica.
- f. Diagnóstico não confirmado – quando o encaminhamento for inadequado (o motivo do encaminhamento se encaixava, ou não, na definição do MS, mas não foi confirmado pela avaliação do serviço e feito, então, diagnóstico de gestação de baixo risco).

Os resultados, uma vez enquadrados nas situações derivadas acima, foram agrupadas em dois desfechos principais: Adequação ou Inadequação. Os diagnósticos confirmado(a), subdiagnóstico(b), superdiagnóstico(c) e inconclusivo(d) foram considerados Encaminhamentos Adequados. Já os diagnósticos modificado(e) e não confirmado(f) foram considerados Encaminhamentos Inadequados.

4.6. Considerações Éticas

O Projeto de Pesquisa foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS-SE), e inserido na Plataforma Brasil.

Autorizado execução da pesquisa pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio de Carta de Anuência assinada pelo diretor da Atenção Integral à Saúde, João dos Santos Lima Júnior e entregue no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Como são informações secundárias, não foi necessário termo de consentimento livre esclarecido das clientes. As mesmas não são identificadas. Os relatórios de consentimento que permanecem anexados aos prontuários, foram utilizados somente para o fim proposto pelo estudo.

5. PRESSUPOSTOS

São pressuposições que basearam o estudo:

- A. 30% dos encaminhamentos realizados são inadequados
- B. Idade materna e Hipertensão Arterial são as causas mais comuns de encaminhamento
- C. O risco nutricional é a causa de encaminhamento mais negligenciada

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste trabalho foram selecionadas clientes de acordo com o período proposto de Janeiro de 2014 à Março de 2015, sendo avaliados 756 prontuários das mulheres gestantes referidas e atendidas no Ambulatório de Alto Risco no CAISM. Não foram contabilizados os prontuários sem relatório de encaminhamento anexado e os prontuários nos quais não foi utilizada a Ficha Padrão de PNAR na primeira consulta.

No que se refere à distribuição etária, as mulheres atendidas tinham entre 11 e 47 anos, sendo a média de 27,3 anos. Foi observada uma prevalência no intervalo de 16 a 34 anos. Elas foram separadas em 3 grupos, que em números absolutos obtivemos 84 mulheres (11,1%) com idade menor ou igual a 15 anos; 493 gestantes (65,2%) de 16 a 34 anos; 179 (23,7%) com 35 anos ou mais como pode ser visualizada na Tabela 4. Todas tinham idade registrada em prontuário.

No que diz respeito ao local de origem das gestantes, 1/4 delas eram originadas da região metropolitana de Aracaju, que engloba a capital Aracaju (com 6 encaminhamentos que representa 0,8%), Barra dos Coqueiros (20 encaminhamentos – 2,65%), Nossa Senhora do Socorro (74 – 9,8%) e São Cristóvão (89 – 11,8%). Sendo São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro, dentre todas as cidades, as que mais referenciaram. Juntas correspondem a mais de 1/5 dos referenciamentos. A região leste do Estado é composta de 42 municípios, incluindo a região metropolitana de Aracaju; a região agreste contem 18 municípios; e 15 cidades compõem a região do Sertão sergipano. Duas pacientes foram encaminhadas do Estado da Bahia, das cidades de Pedro Alexandre e Paripiranga. Outras duas não informaram o local de origem. A Tabela 1 mostra a porcentagem dos encaminhamentos de cada região.

As gestantes que estão cumprindo pena em reclusão são encaminhadas ao atendimento no PNAR. Foram atendidas 11 mulheres originadas do “Presídio”, registrado em prontuário.

Tabela 1 - Distribuição das Gestantes por Regiões de Sergipe

Regiões	Valor Absoluto	%
Agreste	150	19,8
Leste	292	38,6
Região Metropolitana de Aracaju	189	25,0
Sertão	110	14,5
Presídio	11	1,5
Outro Estado	2	0,3
Não Consta	2	0,3
Total	756	100,0

Segundo o Gráfico 1, os profissionais que as encaminharam, 420 (55,56%) eram enfermeiros e 300 (39,68%) eram médicos. Em 36 relatórios de encaminhamento (4,76%), o carimbo e a identificação do profissional não estavam legíveis ou não constava em prontuário. Desses 300 encaminhamentos feitos por profissionais médicos 80 (o que equivale a 26,7% dos encaminhamentos feito por médicos e 10,6% do total) são originários de outros locais que não a Unidade Básica de Saúde. São médicos que atenderam essas gestantes em maternidades ou Hospitais Regionais por alguma intercorrência; ou no Hospital Universitário e Hemose por fazer acompanhamento de alguma doença prévia à gestação; ou atenderam em consultas particulares; ou ainda pelo ultrassonografista que realizou o exame e detectou uma alteração.

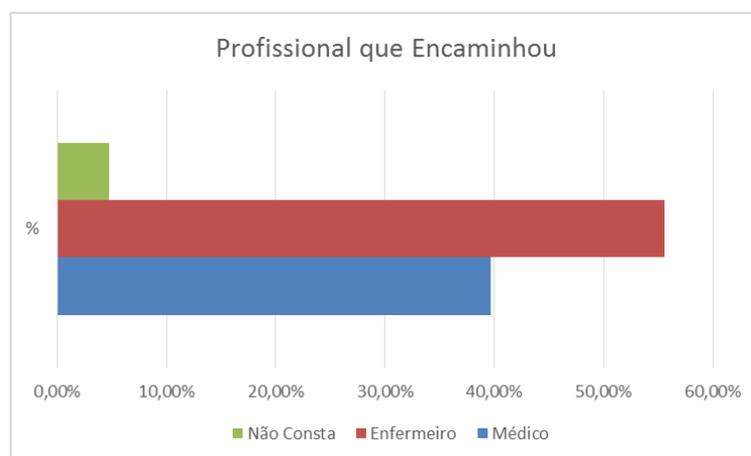


Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais responsáveis pelo encaminhamento das gestantes

Quanto ao Índice de massa corpórea (IMC), as gestantes foram separadas em 3 grupos: (1) até 20 kg/m², (2) entre 20 e 30 kg/m², (3) acima de 30 kg/m², e os que não constava em prontuário, como mostra a tabela 2, Mais de um terço das gestantes apresentaram IMC elevada. Isso corrobora com a tendência atual da maior frequência de obesidade no Brasil e no Mundo.

Tabela 2 - Distribuição das Gestantes em Relação ao IMC

IMC	Valor Absoluto	%
<= 20	68	9,0
21 – 30	409	54,1
>= 30	265	35,1
Não Consta	14	1,8
Total	756	100

No dia da primeira consulta de pré-natal no ambulatório de referência, as gestantes foram agrupadas, quanto a idade gestacional, em 3 grupos de acordo com o trimestre de gestação. Os grupos foram representados no Gráfico 2:

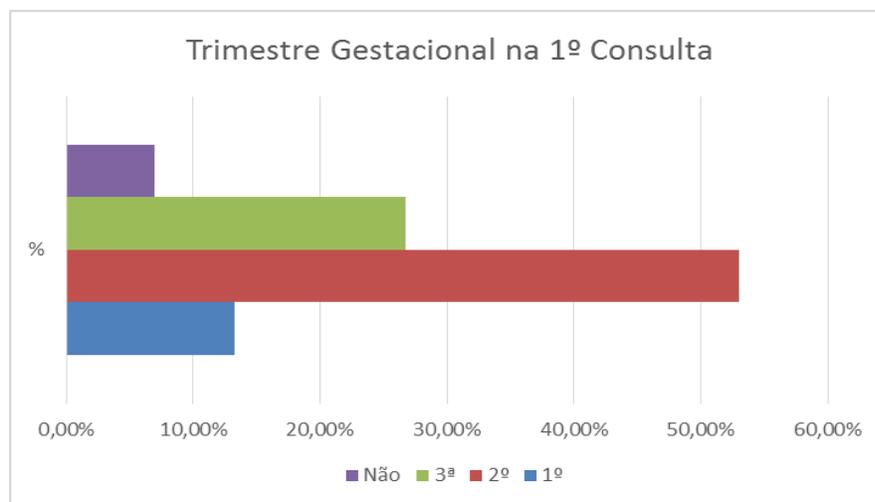


Gráfico 2 - Distribuição das gestantes em relação ao trimestre gestacional na primeira consulta no ambulatório de Alto Risco.

Como pode ser observado no Gráfico 2, mais da metade das gestantes chegam à primeira consulta no PNAR, no segundo trimestre de gestação. É interessante notar que quase 1/3 das grávidas chegam ao ambulatório no 3º trimestre gestacional. O que reflete a situação sócio-econômico-cultural em que a maioria das gestantes brasileiras vivem, resultando em gestações não planejadas. Essas mulheres geralmente não realizam a consulta pré-concepção que é importante para identificação dos fatores de agravo à saúde até então desconhecidos, para fazer rastreio, e para identificar fatores de riscos ambientais e hábitos deletérios, para dar as orientações e ácido fólico, por isso chegando no PN mais tardiamente. Além disso, outro fato que compõe o quadro, é o problema grande demanda de atendimento que gera uma fila de espera, em média, de 30 dias na agenda de marcações do ambulatório de alto risco.

Quanto à classificação, os encaminhamentos foram agrupados em dois desfechos principais: Adequado e Inadequado de acordo com a descrição no método. Dos 756 encaminhamentos, os considerados Adequados totalizaram 595 (78,8%), neles estão incluídos 4 classificações de diagnósticos possíveis: 254 Confirmados (33,7%); 275 Subdiagnósticos (36,4%); 38 Superdiagnósticos (5%) e 28 Inconclusivo (3,7%). E do total foram considerados como Inadequados 161(21,2%), os quais são incluídos 3 classificações de diagnósticos: 47 Modificados, 44 Não confirmados e 70 *Missing*, como mostra a Tabela 3.

Com esse resultado de 161 encaminhamentos considerados Inadequados (21,3%), a taxa de inadequações fica abaixo da hipótese inicial do trabalho que foi de cerca de 30%.

Os encaminhamentos classificados em *Missing* são aqueles nos quais o relatório de encaminhamento não explicitava a razão pela qual a gestante estava sendo referenciada. Por exemplo: “Encaminho a gestante para avaliação obstétrica”, “Ao pré-natal de alto risco no CAISM”, ou “gestante de alto risco”. Dentre eles, o profissional médico não conseguiu identificar, em 8 casos (11%), um motivo que se encaixe na definição do Ministério da Saúde que justificasse o referenciamento, classificando assim, a gestante em baixo risco. Em 89% dos *Missing*, as gestantes permaneceram em assistência pré-natal no CAISM. Desses, 7 casos foram classificados assim por

ausência de diagnóstico médico registrado em prontuário, na primeira consulta, mas as gestantes mantiveram acompanhamento pré-natal no ambulatório de alto risco.

Nos casos classificados em *Missing* que tinham motivo para se manter nos critérios de assistência ao PNAR pela avaliação do serviço e não foram identificados na origem, permite supor que haveria uma proporção de grávidas que deveriam ter sido referenciadas e não foram.

Tabela 3 – Distribuição das gestantes quanto a Classificação dos Diagnósticos

Classificação	Valor Absoluto	%
Confirmado	254	33,6
Subdiagnóstico	275	36,4
Superdiagnóstico	38	5,0
Inconclusivo	28	3,7
Modificado	47	6,2
Não Confirmado	44	5,8
Missing	70	9,3
Total	756	100,0

As gestantes detidas no Presídio Feminino (PREFEM) do Estado de Sergipe não apresentam relatório de encaminhamento. Segundo orientação da Secretaria Estadual de Saúde em acordo com o Ministério Público, essas mulheres devem realizar a assistência pré-natal no CAISM. Das 11 mulheres avaliadas no CAISM, 8 foram classificadas como diagnóstico confirmado; 2 como diagnóstico inconclusivo, por não ter gestação confirmada, só atraso menstrual; e 1 como diagnóstico não confirmado, sendo considerada Baixo Risco.

Quanto às adequações em relação à faixa etária, a maior frequência de Adequação dos encaminhamentos foi nas gestantes menores de 15 anos. Já a maior frequência das Inadequações foi nas gestantes entre 16 e 34 anos, como pode se verificar na Tabela 4. Um dos fatos que justifique é decorrente de algumas gestantes entre 16 e 18 anos serem encaminhadas como sendo maternidade precoce.

Tabela 4 – Distribuição das gestantes por faixa etária e adequação

Faixa etária	Adequado		Inadequado		Total	
	N	%	N	%	N	%
<= 15 anos	76	90,5%	8	9,5%	84	11,1%
16 - 34 anos	367	74,4%	126	25,6%	493	65,2%
>= 35 anos	152	84,9%	27	15,1%	179	65,2%
Total	595	78,7%	161	21,3%	756	100,0%

Os relatórios de encaminhamentos tinham uma ou mais justificativas listadas. Dos 756 relatórios, 70 não tinham causas, 480 apresentavam uma única causa e 206 com duas ou mais causas. As justificativas de encaminhamentos mais frequentes foram idade materna e hipertensão arterial, como pode ser visto na Tabela 5.

A maternidade tardia foi citada em 102 encaminhamentos, sem inadequações; e a precoce, em 82, com 4,9% de inadequação. Nos diagnósticos feitos pelo profissional médico na primeira consulta, a maternidade tardia foi citada 162 vezes e maternidade precoce foi citada 84 vezes. A HAS foi motivo de 149 encaminhamentos, e 13 encaminhamentos inadequados (8,7%). Os casos de hipertensão incluíram hipertensão arterial sistêmica crônica prévia e as variações da hipertensão específica da gestação.

As causas maternas preexistentes à gestação que geram risco de complicações foram razão de 132 referenciamentos ao PNAR, apresentaram 13,6% de Inadequações. Entres as condições maternas prévias que motivaram o referenciamento, a cardiopatia materna foi a mais prevalente: com 20 encaminhamentos. Das causas, a doença cardíaca de origem reumática em nosso meio ganha atenção pela prevalência elevada, sendo responsável por 50% das cardiopatias na gestação. As outras condições clínicas maternas foram: hepatopatias, nefropatias, hiper/hipotireoidismo, pneumopatias, LES, epilepsia, neuropatias, psicopatias. A Tríade de embasamento do pré-natal – prevenção de complicações, diagnóstico precoce das intercorrências, tratamento específico; é especialmente importante nas gestações de alto risco.

A obesidade, o sobrepeso e o baixo peso foram agrupados em Risco Nutricional, que foi citado de 48 encaminhamentos e 6,25% das inadequações. Dos 48 totais, 27 foram por Obesidade, 2 por sobrepeso e 9 por baixo peso. Na avaliação feita no serviço de referência, 125 gestantes foram diagnosticadas com obesidade, 39 delas com sobrepeso e 94 grávidas com baixo peso. O diagnóstico quanto ao risco nutricional teve frequência 5 vezes maior do que foi referenciado. Conforme a hipótese inicial do trabalho, o diagnóstico mais negligenciado na avaliação das gestantes.

A diabetes mellitus foi citada em 33 relatórios de encaminhamentos. Dessas, 8 foram por diabetes gestacional, 4 por diabetes tipo 1, e 21 por diabetes (sem especificações). Na avaliação da primeira consulta, 29 mulheres foram diagnosticadas com Diabetes gestacional, 20 com diabetes tipo 2 e as 4 diabetes do tipo 1 confirmadas.

Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e infecções urinárias foram agrupadas em um grupo denominado infecções. Elas foram responsáveis por 46 relatórios. A toxoplasmose foi a doença mais prevalente neste grupo, sendo responsável por 19 encaminhamentos. A inadequação foi de 19,5% e o principal motivo está associado à análise equivocada dos resultados das sorologias de rastreio laboratorial, não atendendo aos critérios que identificam doença ativa. Importante ressaltar a importância do diagnóstico precoce na gestação, pois o tratamento da gestante reduz a frequência e a gravidade da infecção fetal.

Hepatite, Sífilis, HPV e vaginoses foram organizadas em um grupo, chamado DST. Dos 29 encaminhamentos que citaram DST como justificativa, 11 foram por hepatite e 10 por HPV. A inadequação foi de 24,1%,

As gestações gemelares foram justificativas de 26 encaminhamentos. E todos foram confirmados. Não houve inadequações.

Os encaminhamentos por risco de aloimunização tiveram alta taxa de inadequação, 77,8%. Muitas dessas gestantes foram encaminhadas, simplesmente, por apresentar o fator Rh negativo.

As alterações ultrassonográficas foram citadas como razão em 86 encaminhamentos e apresentaram inadequação de 12,8%. Nesse grupo foram incluídas os diagnósticos feitos pela ultrassonografia de Polidrâmnio, Oligodrâmnio, Malformações fetais, Placenta Baixa e Placenta prévia.

Os encaminhamentos por causas administrativas e os relatórios em que as causas não constam são sempre inadequados. Contudo entre as causas administrativas, uma que foi considerada adequada por ter sido encaminhada por outras razões além desta.

Tabela 5 - Distribuição das Gestantes por Causas e Adequação

Causas	Adequado		Inadequado		Total
	N	%	N	%	
Anemia	14	87,5	2	12,5	16
Causas Administrativas	1	33,3	2	66,7	3
Causas Materna pré existentes	114	86,4	18	13,6	132
Diabetes	32	97,0	1	3,0	33
DST	22	75,9	7	24,1	29
Gemelaridade	26	100,0	0	0,0	26
Hemorragias	17	70,8	7	29,2	24
Infecções	37	80,4	9	19,6	46
Mau Passado Obstétrico	100	80,6	24	19,4	124
Maternidade Precoce	78	95,1	4	4,9	82
Maternidade Tardia	102	100,0	0	0,0	102
Risco de Aloimunização	2	22,2	7	77,8	9
Risco Nutricional	45	93,8	3	6,3	48
SHG	136	91,3	13	8,7	149
USG com Alteração	73	84,9	11	12,8	86
Presídio	10	90,9	1	9,1	11
Não Consta	0	0,0	62	100,0	62
Outas Causas	24	88,9	3	11,1	27

7. CONCLUSÕES

Os resultados do trabalho mostram que dos encaminhamentos considerados adequados, apenas 30% dos encaminhamentos foram confirmados, e os subdiagnósticos tiveram percentuais acima disso. O estudo permite estimar que aproximadamente de 20% dos encaminhamentos são inadequados. O risco nutricional foi o diagnóstico mais negligenciado. As causas mais comuns de encaminhamento foram hipertensão e a idade materna.

Vale ressaltar a proporção de profissionais que encaminham essas gestantes. A maioria (55,6%) é composta de enfermeiros e menos de um terço (29%) são de médicos da Atenção Básica. Outra questão é quanto à idade gestacional no momento da primeira consulta no PNAR. Mais da metade das gestantes estavam no 2º trimestre de gestação.

É importante que na primeira consulta do pré-natal sejam realizados anamnese e exame físico bem detalhados, dos quais serão extraídos riscos, elencados os diagnósticos, e então, referenciadas para o serviço secundário para serem tomadas as medidas específicas. Além da primeira consulta, a assistência pré-natal deve ter uma percepção continuada do binômio materno-fetal, uma vez que toda gestação que venha evoluindo bem pode se tornar de risco eventualmente.

A capacitação contínua dos profissionais das diversas áreas de saúde e as medidas afirmativas adotadas pelo governo são necessárias para que permitam o conhecimento do processo gestacional para melhor compreensão e distinção do antagonismo fisiológico *versus* patológico, separando baixo risco de alto risco e permitindo a realização do pré-natal com qualidade.

Este trabalho permitiu observar a essência de não menosprezar a abordagem clínica no pré-natal. Essa abordagem quando bem feita traz benefícios à saúde materno-fetal. A Vigilância clínica e rastreamento laboratorial são de potencial ajuda para alcançar os principais objetivos do pré-natal que são o nascimento de uma criança saudável e a gestação isenta de complicações.

8. REFERÊNCIAS

[ALVES, 2014] ALVES, M. F. A. “Fatores associados ao nascimento de pequenos para a idade gestacional em adolescents com idade menos ou igual a 15 anos”. Porto Alegre BR-RS, 2014.

[ANVERSA, 2012] ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; Dal Pizzol Tda S. “Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in Southern Brazil”. Cad.Saúde Pública. abril, 2012.

[ARAUJO, 2010] ARAUJO D. M. R.; VILARIM, M. M.; SABROZA, A. R.; NARDI, A. E. “Depression during pregnancy and low birth weight: a systematic literature review”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):219-227, fev, 2010.

[BARBOSA, 2012] BARBOSA, V. L. P.; REIS, L. B. S. M. “Acompanhamento nutricional na prevenção de complicações perinatais em gestantes com diabetes mellitus”. Com Ciênc Saúde. 2012; 23(1):73-80.

[BASSANI, 2015] BASSANI, D.C.; DERIAN, C.B.; CHAVES, J.; KANITZ, L.; DIPP, T.; GHIGNATTI, B.; KOEPP, J.; POSSUELO, L. “Avaliação de pré-natal por indicador de qualidade”. J Health Biol Sci. 2015.

[BATES, 2007] BATES, S. M. “Management of pregnant women with thrombophilia or a history of venous thromboembolism”. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2007.

[BAUMGARTENA, 2011] BAUMGARTENA, M. C. D. S.; SILVA, V. G. D. S.; MASTALIRB, F.P.; KLAUSB, F.; AZEVEDO, P. A. “Infecção Urinária na gestação: uma revisão da literatura”. Cient Ciênc Biol Saúde. 2011.

[BUCHABQUI, 2004] BUCHABQUI, J. A.; FERREIRA, J. “Adequação dos encaminhamentos realizados pela rede básica de Atenção à saúde”. 2004. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

[BUCHABQUI, 2006] BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; FERREIRA, J. “High risk pregnancy referrals adequacy in the basic health services of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil”. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.6 no.1 Recife Jan./Mar. 2006

[CAMPOS, 2012] CAMPOS, V.M.; SILVA, J. C.; MASTROENI, S. S. B. S. “Nutritional status and gestational diabetes mellitus”. Rev Bras Nutr Clin. 2012.

[DATASUS, 2015] Ministério da Saúde/DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde – Estatísticas vitais. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/datasus>. (Acessado em: 02/02/2015).

[DOMINGUES, 2012] DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. “Avaliação da adequação da assistência pré-natal na Rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2012.

[DONABEDIAN, 1988] DONABEDIAN, A. “The quality of care: how can it be assessment?” JAMA, 1988.

[FEBRASGO, 2011] FEBRASGO, Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação Gestação de Alto Risco. 2011.

[FREITAS, 2001] FREITAS, F. M.; COSTA, S. H. M.; RAMOS J. G. L.; MAGALHÃES J. A. “Rotinas em obstetrícia”. Porto Alegre: Artmed; 2001.

[FREITAS, 2012] FREITAS, B.A.; SANT’ANA, L.F.; LONGO, G.Z.; BATISTA, R. S.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S.C. “*Epidemiological characteristics and deaths of premature infants in a referral hospital for high-risk pregnancies*”. Rev Bras Ter Intensiva. 2012.

[GONÇALVES, 2012] GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. “Maternal complications in women with advanced maternal age”. FEMINA | Setembro/Outubro 2012.

[HANIF, 2011] HANIF, H. M. “Association between maternal age and pregnancy outcome: implications for the Pakistani society”. J Pak Med Assoc. 2011.

[KURT, 2009] KURT, T.; BARNHART, M. D.; M. S. C. E. “Ectopic Pregnancy”. *The new england journal of medicine* 2009.

[LEMOR, 2014] LEMOR, A. “Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. Enero-Octubre del 2012. *Horiz Med* 2014.

[LISBOA, 2014] LISBOA, A.; BRITO, I. “Lúpus Eritematoso Sistêmico e Gravidez: Implicações terapêuticas”. *Arquivos de Medicina*. Departamento de Medicina. Faculdade Medicina da Universidade do Porto. 2014.

[LUKE, 2007] LUKE, B.; BROWN, M. B., “Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age”. *Hum Reprod*. 2007.

[MALTA, 2007] MALTA, D. C. “Lista de causas de morte evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil”. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, out-dez./2007.

[Ministério da Saúde, 2002] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Humanização do parto. Programa de Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: DF; 2002.

[Ministério da Saúde, 2006] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde;2006.

[Ministério da Saúde, 2009] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. NOTA TÉCNICA. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS. Brasília. 2009.

[Ministério da Saúde, 2010] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. “Gestação de alto risco: manual técnico”. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

[Ministério da Saúde, 2013] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Atenção ao pré-natal de baixo risco”. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

[MUGISHO. 2003] MUGISHO, E.; DRAMAIX, M.; PORIGNON, D.; MAHANGAIKO, E.; HENNART, P.; BUEKENS, P. “Referral and delivery out comes in Kivu”. Democratic Republic of Congo. Rev Epidemiol Sante Publique, 2003.

[NEGGERS, 2006] NEGGERS, Y.; GOLDENBERG, R.; CLIVER, S.; HAUTH, J. “The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes”. Acta Obstet Gynecol 2006.

[NEGRATO, 2009] NEGRATO, C. A.; JOVANOVIC, L.; RAFACHO, A.; TAMBASCIA. M. A.; GELONEZE, B.; DIAS, A.; RUDGE, M. V. “Association between different levels of Dysglycemia and metabolic syndrome in pregnancy”. Diabetology and Metabolic Syndrome 2009.

[NEGRATO, 2010] NEGRATO, C. A.; MONTENEGRO Jr, R. M.; MATTAR, R.; ZAJDENVERG, L., FRANCISCO, R. P. V.; PEREIRA, B. G.; SANCOVSKI, M.; TORLONI, M. R.; A DIB, S.; VLGGIANO, C. E.; GOLBERT, A.; MOISÉS, E. C. D.; FAVARO, M. I.; CALDERON, I. M. P.; FUSARO, S.; PILIAKAS, V. D. D.; DIAS, J. P. L.; GOMES, M. B.; JOVANOVIC, L. “Dysglycemias in pregnancy: from diagnosis to treatment. Brazilian consensus statement”. Diabetology & Metabolic Syndrome 2010.

[ORTIZZ, 2012] ORTIZ, L.P. “A Mortalidade Perinatal no Brasil 2000-2010”. In: XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, da Abep, Águas de Lindóia/SP – Brasil. 2012.

[PONTES, 2013] PONTES, D. M.; PIMENTEL, L. G. B.; CARVALHO, F. H. C. “Thromboembolic events in pregnancy and puerperium: systematic review and current recommendation”. FEMINA | Janeiro/Fevereiro 2013 | vol 41 | nº 1.

[QUEVEDO, 2006] QUEVEDO, M. P.; LOPES, C. M. C.; LEFÈVRE, F. “Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco”. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2006.

[ROSEN, 2007] ROSEN, D.; SENG, J. S.; TOLMAN, R.; MALINGER, G. “Intimate partner violence, depression, and posttraumatic stress disorder as additional predictors of low birth weight infants among low-income mothers”. J Interpers Violence 2007.

[SMYTH, 2010] SMYTH, A.; OLIVEIRA, G. H.; LAHR, B. D.; BAILEY, K. R.; NORBY, S. M.; GAROVIC, V. D. “A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis”. Clin J Am Soc Nephrol 2010.

[SOUZA, 2011] SOUZA, N. L.; ARAUJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. “Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro”. Rev Esc Enferm USP. 2011.

[STOJAN, 2012] STOJAN, G.; BAER, A.N. “Flares of systemic lupus erythematosus during pregnancy and the puerperium: prevention, diagnosis and management”. Expert Rev Clin Immunol 2012.

[TAKEDA, 1993] TAKEDA, S. M. P. “Avaliação da unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualificação da atenção”. Pelotas(RS): Universidade Federal de Pelotas; 1993.

[TEIXEIRA, 2015] TEIXEIRA, E. C.; GURGEL, H. M.; MONTEIRO, D. L. M.; BARMPPAS, D. B. S.; TRAJANO, A. J. B.; RODRIGUES, N. C. P. “Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil – análise da frequência entre 2006 e 2012”. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2015.

[VIEIRA NETA, 2014] VIEIRA NETA, F. A.; CRISÓSTOMO, V. L.; CASTRO, R. C. M. B.; PESSOA, S. M. F.; ARAGÃO, M. M. S.; CALOU, C. G. P. “Review of profile and prenatal care for women with gestational diabetes mellitus”. Rev Rene. set-out 2014.

II NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

1- Instruções para Autores

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista aceita e publica trabalhos em português, inglês e espanhol.

2- Diretrizes para Autores

2.1- Seções da Revista:

Os manuscritos podem ser submetidos dentro das categorias:

- a) Artigos Originais;
- b) Notas prévias;
- c) Relatos de casos;
- d) Técnicas e métodos;
- e) Artigos de revisão e atualização;
- f) Comentários editoriais;
- g) Resumos de teses;
- h) Cartas dos leitores.

2.2- Políticas de seções

- a) Artigos Originais - trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original terão prioridade para publicação

- b) Relatos de Casos - de grande interesse e bem documentados do ponto de vista clínico e laboratorial.
- c) Técnicas e Equipamentos - para apresentação de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos.
- d) Artigos de Revisão e atualização - incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, meta-análises ou revisões sistemáticas.
- e) Comentários Editoriais - quando solicitados a membros do Conselho Editorial.
- f) Resumos de teses - apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo.
- g) Cartas dos Leitores para o Editor - comentários sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor.

3- Preparo dos manuscritos

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

Apresentação do texto

Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.

Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de financiamento, equipamentos ou fornecimento de drogas. Incluir o nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada.

Resumo

Deve ficar na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado que deverá ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deverá ter aproximadamente 250 palavras. O resumo deverá conter as informações relevantes, permitindo ao leitor ter uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida dos métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, não apenas indicação da significância estatística encontrada. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no Resumo.

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

Em outra página deve ser impresso o *Abstract* como versão fiel do texto do Resumo estruturado (*purpose, methods, results e conclusions*). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords).

Introdução

Repetir no topo da primeira página da introdução o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Exponha claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar esta seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identifique os equipamentos e reagentes empregados. Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada anteriormente, dê as referências, além da descrição resumida do método. Descreva também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. É imprescindível a menção à aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi executado. Os trabalhos que apresentem como objetivo a avaliação da eficácia ou tolerabilidade de tratamento ou drogas devem necessariamente incluir grupo controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html).

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica com texto, Tabelas e Figuras. Apresente os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que serão discutidos. Não repita no texto dessa seção todos os dados das Tabelas e Figuras, mas descreva e enfatize os mais importantes, sem interpretação dos mesmos.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionadas nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de Tabelas e Figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Compare e relacione as suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças que ocorrerem. Explique as implicações dos achados, suas limitações e faça as recomendações decorrentes.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numere as referências por ordem de entrada no trabalho e use esses números para as citações no

texto. Evite número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregue citações de difícil acesso aos leitores da revista, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou outras publicações de circulação restrita. Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press" indicando-se o periódico. Para citações de outras publicações dos autores do trabalho, selecionar apenas os originais (não citar capítulos ou revisões) impressas em periódicos com revisão e relacionadas ao tema em questão. O número de referências bibliográficas deverá ser limitado a 25. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

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

- Artigos em revistas

- Formato Impresso

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

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

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

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

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

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

- Livro

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

- Formato eletrônico

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

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

- Monograph on the Internet or e-book

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

Tabelas

Apresentar as tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e preferencialmente fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações

decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

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

Legendas

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

Abreviaturas e siglas

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

4- Itens para conferência do manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados a seguir:

1. carta de encaminhamento assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar ou enviada pelo correio) ou informação dos endereços eletrônicos válidos de todos os autores na página de rosto;
2. citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre e informado (na seção "Métodos") e informação sobre o atendimento das exigências para pesquisa em animais;
3. número ou código do registro do estudo, se necessário, na página de rosto (item 5 das "Informações Gerais");
4. conflito de interesses: informar se há ou não. Se houver, explicar sem omissão de informações relevantes;
5. página de rosto com todas as informações solicitadas;
6. resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
7. três ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords baseadas no Decs;
8. verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas;
9. referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

5- Envio dos manuscritos

O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO <http://submission.scielo.br/index.php/rbgo/login>.

Outras correspondências deverão ser enviadas para:

Jurandyr Moreira de Andrade

Editor

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Editoria - Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar - Campus Universitário - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto (SP) - Fone: (16) 3602-2803 - Fax: (16) 3633-0946 - E-mail: rbgo@fmrp.usp.br.

III ARTIGO ORIGINAL

3.1 FOLHA DE ROSTO

REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Concordância da Adequação dos Encaminhamentos das Gestantes de Alto Risco

Realizados pela Rede Básica de Saúde.

Agreement of the appropriateness of referrals of High Risk Pregnant done by the

Healthcare System.

Ana Rosvita de Alcântara Macêdo Junta¹

José Wilson Viana Jr²

1. Acadêmica do sexto ano de medicina da Universidade Federal de Sergipe
2. Hospital Universitário, Universidade Federal de Sergipe

Correspondência:

Ana Rosvita de Alcântara Macêdo Junta

Avenida Gonçalo Rollemberg Leite, 1882, Ed. Marajoara, Bairro Suissa, CEP: 49050-370,

Aracaju/SE

Telefone: (79) 91920770

Email: anarosvitaamj@gmail.com

3.2 RESUMO

OBJETIVO: Observar concordância dos encaminhamentos das gestantes da Rede Básica de Saúde em relação à avaliação do Serviço de Referência da Atenção Secundária em Sergipe.

MÉTODOS: estudo descritivo e retrospectivo, a partir das informações coletadas de 756 prontuários das gestantes referidas e atendidas no ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, no período de janeiro de 2014 a março de 2015. Foram excluídos, e não contabilizados, os prontuários na ausência de Relatório de Encaminhamento e os que não utilizaram a ficha padrão de pré-natal do alto risco na primeira consulta. Depois de relacionar a causa do encaminhamento e a avaliação da referência, os diagnósticos foram classificados em Adequados ou Inadequados.

RESULTADOS: As mulheres atendidas tinham entre 11 e 47 anos, com média de 27,3 anos. A região metropolitana foi responsável por 25% dos encaminhamentos. Os enfermeiros são os profissionais que mais referenciam com 55,6% dos encaminhamentos, e os médicos da atenção básica são responsáveis por 29%. Na primeira consulta no centro de referência, 13,25% das gestantes estavam no 1º trimestre gestacional, 53% no 2º e 26,75% no 3º. Do total, 78,8% foram considerados Adequados, e 21,2%, Inadequados. A idade materna e a hipertensão arterial foram as justificativas mais frequentes, e suas taxas de inadequação foram 4,9% e 8,7%, respectivamente. O risco nutricional foi o diagnóstico mais negligenciado, com frequência 5 vezes maior do que foi referenciado.

CONCLUSÃO: É essencial valorizar a abordagem clínica no pré-natal, almejando desfechos favoráveis ao binômio materno-fetal.

3.3 ABSTRACT

OBJECTIVE: To observe compliance of referrals from the Basic Health Network pregnant women regarding the evaluation of Secondary Care Reference Service in Sergipe. **METHODS:** A descriptive, retrospective study, based on information collected from 756 medical records of pregnant women referred and treated at High Risk Prenatal clinic in Integral Care Center for Women's Health, from January 2014 to March 2015. They were excluded and not counted, the records in the absence of Routing Report and those who did not use prenatal standard plug of high risk in the first consultation. After listing the cause of forwarding and evaluation of reference, diagnoses were classified as appropriate or inappropriate.

RESULTS: Women had met between 11 and 47 years, averaging 27.3 years. The metropolitan region accounted for 25% of referrals. Nurses are professionals who refer more with 55.6% of referrals, and primary care physicians are responsible for 29%. In the first consultation at the heart of reference, 13.25% of the women were in the 1st trimester, 53% in the 2nd and 26.75% in the 3rd. Of the total, 78.8% were considered adequate, and 21.2% Unsuitable. Maternal age and hypertension were the most common justifications, and their inadequacy rates were 4.9% and 8.7%, respectively. The nutritional risk was the most neglected diagnosis more frequently than 5x been referenced.

CONCLUSION: It is essential not to underestimate the clinical approach in prenatal to bring benefits to maternal and fetal health

3.4 INTRODUÇÃO

A mulher ao engravidar passa por transformações dinâmicas hormonais, imunológicas, físicas e emocionais. Essas mudanças são fenômenos fisiológicos, que fazem parte de uma experiência de vida saudável e, na maioria delas, a evolução da gestação ocorre sem intercorrências. Contudo, cerca de 20% das gestantes, por serem portadoras de alguma doença, ou sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, podem evoluir com complicações tanto para o feto quanto para a mãe. Dessa forma, o acompanhamento pré-natal que para algumas mulheres pode ser a única oportunidade delas receberem assistência médica, pode contribuir para desfechos mais favoráveis, ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco, promovendo saúde e bem estar da gestante e do seu concepto^{1,2,3,7}.

Da pequena parcela de gestantes que apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, 60% podem ser identificadas como sendo de alto risco na primeira avaliação. O atendimento precoce propicia referência precoce. A assistência pré-natal deve ter uma percepção continuada do binômio materno-fetal e a cada consulta pré-natal há necessidade de reclassificação, uma vez que, toda gestação que venha evoluindo bem pode se tornar de risco eventualmente⁴.

A maior taxa de mortalidade perinatal, principalmente a mortalidade fetal no 3º trimestre, é observada nas gestações de alto risco quando comparadas às de baixo risco. Na média do Brasil, a taxa de mortalidade perinatal, em 2010, era de 21,5 óbitos perinatais/ mil nascimentos⁵.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) visa à análise das necessidades de atenção direcionadas à gestante, ao recém-nascido e à mulher no pós-parto,

reproduzindo as ações adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, objetivando diminuir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal⁶.

A meta a ser alcançada para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal é saber identificar precoce e adequadamente as diferentes necessidades das mulheres que utilizam o sistema de saúde, para gerar e fornecer os cuidados de maneira diferenciada. Para isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) organizou uma assistência hierarquizada e integralizada, que objetiva cumprir com seus princípios constitucionais de universalidade e integralidade, considerando a sensibilidade diagnóstica do nível básico, e então, garantir o pré-natal adequado e humanizar o atendimento⁴.

A sensibilidade diagnóstica observa-se pelos encaminhamentos criteriosos dos profissionais que realizam as consultas de acompanhamento pré-natal que é compartilhado entre médicos e enfermeiros.

A análise da concordância dos encaminhamentos das gestantes da Atenção Básica de Saúde para os Centros de Referência da Atenção Secundária é uma busca pelo entendimento dos processos envolvidos nesses encaminhamentos à rede de maior complexidade. Por ser um dado ainda não investigado no Estado de Sergipe, o estudo objetiva levantar uma discussão acerca da eficiência e da qualidade do serviço prestado às usuárias do SUS do estado. Partindo do pressuposto que a melhoria da qualidade da assistência pré-natal oferecida pela rede SUS e a participação de profissionais qualificados, realizando uma avaliação obstétrica criteriosa, possam estar associados com o efeito protetor do pré-natal. E assim, poder contribuir significativamente na redução da mortalidade materna e perinatal.

3.5 MÉTODOS

O presente estudo retrospectivo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS-SE), e inserido na Plataforma Brasil. Apenas os prontuários que tinham a Ficha Padrão de Pré-Natal do Alto Risco (ficha padrão de PNAR) preenchida na primeira consulta foram selecionados.

Os critérios de inclusão, além do preenchimento da ficha padrão, foram a presença de Relatório de Encaminhamento (RE) anexado ao prontuário e os prontuários de gestantes em cumprimento de pena em sistema de reclusão. Os critérios de exclusão foram ausência de RE das gestantes e prontuários nos quais não foi utilizada a ficha padrão na primeira consulta. Resultando em uma amostra de 756 prontuários de gestantes atendidas no período de janeiro de 2014 a março de 2015.

As mulheres deste estudo foram avaliadas previamente e diagnosticadas com risco pré-natal, sendo referenciadas para o ambulatório de Gestação de Alto Risco. As pacientes da capital são referenciadas para o Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR), enquanto que as do interior, em sua maioria são encaminhadas para o Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

As gestantes, no Estado de Sergipe, que estão detidas no Presídio Feminino (PREFEM) devem realizar a assistência pré-natal no CAISM, segundo orientação da Secretaria Estadual de Saúde em acordo com o Ministério Público. Por essa razão, elas não apresentam relatório de encaminhamento e são referenciadas sem avaliação prévia.

A classificação das gestantes que apresentam alto risco de complicações é definida por fatores de risco e doenças segundo os critérios listados pelo Ministério da Saúde, acessados em *Gestação de Alto Risco: manual técnico, 5ª edição (2010)*.

As informações coletadas são referentes à cidade de origem da cliente, à causa do encaminhamento, ao profissional que a referenciou (médico ou enfermeiro), ao diagnóstico na avaliação do serviço de referência, à idade, ao índice de massa corpórea e à idade gestacional na primeira consulta.

Ao relacionar a causa do encaminhamento e a avaliação da referência, os casos serão enquadrados nas situações de Adequação ou de Inadequação, conforme critérios de classificação usado por Buchabqui (2006). Com a análise dos dados, fez-se necessário acrescentar situações de derivadas dos desfechos principais, além das definidas por Buchabqui.

Utilizando as situações possíveis de resultado, como:

- a. Diagnóstico confirmado – quando o encaminhamento for adequado.
- b. Subdiagnóstico – quando o encaminhamento for adequado, mas na avaliação do serviço de referência havia(m) outro(s) motivo(s) para o encaminhamento.
- c. Superdiagnóstico – quando o encaminhamento for por várias causas, mas na avaliação do serviço alguma(s) dessas causas não fizer(em) parte da definição de alto risco do Ministério da Saúde. Ainda assim, a gestante tem razão para permanecer acompanhada no PNAR.
- d. Diagnóstico inconclusivo – quando o encaminhamento for por uma das causas que se encaixem na definição de alto risco do Ministério da Saúde, mas na avaliação do serviço não foi possível fechar diagnóstico.

e. Diagnóstico modificado – quando o motivo do encaminhamento não for confirmado na avaliação do serviço, mas havia outra razão para o acompanhamento de alto risco e não foi diagnosticado pela atenção básica.

f. Diagnóstico não confirmado – quando o encaminhamento for inadequado (o motivo do referenciamento se encaixava, ou não, na definição do MS, mas não foi confirmado pela avaliação do serviço e feito, então, diagnóstico de gestação de baixo risco).

Os resultados, uma vez enquadrados nas situações derivadas acima, foram agrupadas nos dois desfechos principais: Adequação ou Inadequação. Os diagnósticos confirmado(a), subdiagnóstico(b), superdiagnóstico(c) e inconclusivo(d) foram considerados Encaminhamentos Adequados. Já os diagnósticos modificado(e) e não confirmado(f) foram considerados Encaminhamentos Inadequados.

Em uma parcela dos encaminhamentos, o relatório de encaminhamento não explicitava a razão pela qual a gestante estava sendo referenciada. Por exemplo: “Encaminho a gestante para avaliação obstétrica”, “Ao pré-natal de alto risco no CAISM”, ou “gestante de alto risco”. Esses foram classificados em *Missing* e agrupados no desfecho de Encaminhamento Inadequado.

Em relação as causas dos encaminhamentos, ainda, foi preciso agrupá-las. Os motivos citados como hipertensão arterial, hipertensão crônica, picos hipertensivos, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e doença hipertensiva específica da gestação foram agrupadas em Síndromes hipertensivas gestacionais.

O grupo de risco nutricional abrange gestantes de baixo peso, sobrepeso e obesidade. A classificação de causas maternas preexistentes à gestação incluem condições clínicas como cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, hepatopatias, lúpus eritematoso sistêmico,

hiper/hipotireoidismo, neuropatias e psicopatias. Os tipos de diabetes gestacional e pré-gestacional foram contabilizados em conjunto.

As gestantes com idade igual ou inferior a 15 anos foram classificadas quanto às causas em maternidade precoce. E aquelas com idade superior a 35 anos, em maternidade tardia. As causas citadas como Polidrâmnio, Oligrâmnio, Malformações fetais e placenta prévia foram encaminhadas por terem sido diagnósticos feitos após realização de ultrassonografia e assim classificadas como alterações ultrassonográficas.

Os encaminhamentos com citações de Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e infecções urinárias foram agrupados em Infecções. Já os que tinha Hepatite, Sífilis, papiloma vírus e vaginoses, em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Em relação à idade, as gestantes foram divididas em 3 grupos: (1) aquelas com idade menor ou igual a 15 anos, (2) idade entre 16 e 34, (3) idade igual ou superior a 35 anos. E pelo IMC, as gestantes foram agrupadas em (1) até 20 kg/m², (2) entre 20 e 30, e (3) maiores de 30.

E em relação à cidade de origem, as gestantes foram colocadas em grupos de acordo com as regiões do Estado, em região agreste, leste, sertão ou metropolitana. Quanto a idade gestacional na primeira consulta, as mulheres foram divididas em 1º, 2º ou 3º trimestre. Já no que diz respeito ao profissional que realizou o encaminhamento, foram separados em profissionais médico ou enfermeiro.

Após coletadas, as informações foram submetidas à análise estatística descritiva. Para expor os resultados, inicialmente será feita uma abordagem geral dos dados. Em seguida serão feitas as associações das causas e da idade materna com a classificação de adequação dos encaminhamentos.

3.6 RESULTADOS

Dos 756 prontuários analisados, verificou-se que, as mulheres atendidas tinham entre 11 e 47 anos, sendo a média de 27,3 anos. Elas foram separadas em 3 grupos, que em números absolutos obtivemos 84 mulheres (11,1%) com idade menor ou igual a 15 anos; 493 gestantes (65,2%) de 16 a 34 anos; 179 (23,7%) com 35 anos ou mais.

Quanto ao Índice de massa corpórea (IMC), as gestantes foram separadas em 3 grupos: (1) até 20 kg/m² representaram 9% dos encaminhamentos, (2) entre 20 e 30 kg/m² observado em 54,1%, (3) acima de 30 kg/m² verificado em 35,1%, e os que não constava em prontuário com 1,8% dos casos.

No que diz respeito ao local de origem das gestantes, 1/4 delas eram originadas da região metropolitana de Aracaju, que engloba a capital Aracaju (com 6 encaminhamentos que representa 0,8%), Barra dos Coqueiros (20 encaminhamentos – 2,65%), Nossa Senhora do Socorro (74 – 9,8%) e São Cristóvão (89 – 11,8%). Sendo São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro, dentre todas as cidades, as que mais referenciaram, juntas correspondem a mais de 1/5 dos encaminhamentos. Duas pacientes foram encaminhadas do Estado da Bahia, das cidades de Pedro Alexandre e Paripiranga. Outras duas não informaram o local de origem. As gestantes que estão cumprindo pena em reclusão são encaminhadas ao atendimento no PNAR. Foram atendidas 11 mulheres precedentes do “Presídio”, registrado em prontuário (Tabela 1).

No dia da primeira consulta de pré-natal no ambulatório de referência, as gestantes foram agrupadas, quanto a idade gestacional, em 3 grupos de acordo com o trimestre de gestação. As mulheres estavam no primeiro, segundo ou terceiro trimestre da gestação. Os grupos foram representados no Gráfico 1.

Verificou-se que entre os profissionais que as encaminharam, 420 (55,56%) eram enfermeiros e 300 (39,68%) eram médicos. Em 36 relatórios de encaminhamento (4,76%), o carimbo e a identificação do profissional não estavam legíveis ou não constava em prontuário. Desses 300 encaminhamentos feitos por profissionais médicos 80 (o que equivale a 26,7% dos encaminhamentos feito por médicos e 10,6% do total) são originários de outros locais que não a Unidade Básica de Saúde.

Quanto à classificação, os encaminhamentos foram agrupados em dois desfechos principais: Adequado e Inadequado de acordo com a descrição no método. Dos 756 encaminhamentos, os considerados Adequados totalizaram 595 (78,8%), neles estão incluídos 4 classificações de diagnósticos possíveis: 254 Confirmados (33,6%); 275 Subdiagnósticos (36,4%); 38 Superdiagnósticos (5%) e 28 Inconclusivo (3,7%). E do total foram considerados como Inadequados 161(21,2%), os quais são incluídos 3 classificações de diagnósticos: 47 Modificados (6,2%), 44 Não confirmados (5,8%) e 70 *Missing* (9,3%).

Dentre os classificados em *Missing*, o profissional médico não conseguiu identificar, em 8 casos (11%), um motivo que se encaixe na definição do Ministério da Saúde que justificasse o referenciamento, classificando, assim, a gestante em baixo risco. Em 89% dos *Missing*, as gestantes permaneceram em assistência pré-natal no CAISM.

A distribuição das classificações em relação à faixa etária permitiu observar maior frequência de Adequação dos encaminhamentos nas gestantes menores de 15 anos. Já a maior frequência das Inadequações foi nas gestantes entre 16 e 34 anos, como pode se verificar na Tabela 2.

Os relatórios de encaminhamentos tinham uma ou mais justificativas listadas. Dos 756 relatórios, 70 não tinham causas, 480 apresentavam uma única causa e 206 com duas ou mais causas.

As justificativas de encaminhamentos mais frequentes, neste trabalho, foram idade materna e hipertensão arterial, como pode ser visto na Tabela 3.

A maternidade tardia foi causa citada em 102 RE, sem inadequações. E o diagnóstico de maternidade precoce, em 82 relatórios, com 4,9% de inadequação. Nos diagnósticos feitos pelo profissional médico na primeira consulta, a maternidade tardia foi citada 162 vezes e maternidade precoce foi citada 84 vezes. A HAS foi motivo de 149 encaminhamentos, e 13 encaminhamentos inadequados (8,7%). Os casos de hipertensão incluíram hipertensão arterial sistêmica crônica prévia e as variações da hipertensão específica da gestação.

As causas maternas preexistentes à gestação que geram risco de complicações foram razão de 132 referenciamentos ao PNAR, e apresentaram 13,6% de Inadequações. Entre as condições maternas prévias que motivaram o referenciamento, a cardiopatia materna foi a mais prevalente: com 20 encaminhamentos. As outras condições clínicas maternas foram: hepatopatias, nefropatias, hiper/hipotireoidismo, pneumopatias, LES, epilepsia, neuropatias, psicopatias.

A obesidade, o sobrepeso e o baixo peso foram citados em 48 encaminhamentos e representaram 6,25% das inadequações. Dos 48 totais, 27 foram por Obesidade, 2 por sobrepeso e 9 por baixo peso. Na avaliação feita no serviço de referência, 125 gestantes foram diagnosticadas com obesidade, 39 delas com sobrepeso e 94 grávidas com baixo peso. O diagnóstico de risco nutricional teve frequência 5 vezes maior do que foi referenciado.

A diabetes mellitus foi citada em 33 relatórios de encaminhamentos. Dessas, 8 foram por diabetes gestacional, 4 por diabetes tipo 1, e 21 por diabetes (sem especificações). Na avaliação da primeira consulta, 29 mulheres foram diagnosticadas com Diabetes gestacional e 20 com diabetes tipo 2. Os 4 encaminhamentos por diabetes do tipo 1 foram confirmados.

Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e infecções urinárias foram agrupadas em um grupo denominado infecções. Elas foram responsáveis por 46 relatórios. A toxoplasmose foi a doença mais prevalente neste grupo, sendo responsável por 19 encaminhamentos e taxa de inadequação de 19,5%. Já os relatórios que citaram hepatite, Sífilis, HPV e vaginose foram organizados em um grupo, chamado DST. Dos 29 encaminhamentos que citaram DST como justificativa, 11 foram por hepatite e 10 por HPV. A inadequação foi de 24,1%.

As alterações ultrassonográficas foram citadas como razão em 86 encaminhamentos e apresentaram inadequação de 12,8%. Nesse grupo foram incluídos os diagnósticos de Polidrâmnio, Oligodrâmnio, Malformações fetais, Placenta baixa e Placenta prévia, feitos pela ultrassonografia.

As gestações gemelares foram justificativas de 26 encaminhamentos. E todos foram confirmados, sem inadequações.

Os encaminhamentos por risco de aloimunização tiveram taxa de inadequação de 77,8%. E os relatórios em que as causas não constam são sempre inadequados.

Das 11 mulheres precedentes do PREFEM avaliadas, 8 foram classificadas como diagnóstico confirmado; 2 como diagnóstico inconclusivo, por não ter gestação confirmada, só atraso menstrual; e 1 como diagnóstico não confirmado, sendo considerada Baixo Risco.

3.7 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estimaram que aproximadamente um quinto dos encaminhamentos foram considerados Inadequados. Essa taxa de inadequações fica abaixo do resultado encontrado no trabalho realizado por Buchabqui em 2006 em Porto Alegre, que foi de cerca de 30%.

Os relatórios classificados como Subdiagnósticos foram os que tiveram maiores percentuais. Essa classe ficou com taxas maiores do que os diagnósticos que foram considerados como Confirmados. É importante a adequada classificação do risco para o devido encaminhamento. O que permite supor que haveria uma proporção de grávidas que deveriam ter sido referenciadas e não foram.

Como também, os casos classificados em *Missing* que tinham motivo para se manter nos critérios de assistência ao PNAR pela avaliação do serviço e não foram identificados na origem, volta a suposição que haveria uma proporção de grávidas que deveriam ter sido referenciadas e não foram.

Apesar da maioria das gestantes referenciadas terem como diagnóstico de encaminhamento a idade materna, por orientação do Ministério da Saúde essa causa por si só, sem associação a outras comorbidades, não justificaria a permanência no serviço. Isso leva à questão de que essa clientela poderia ser acompanhada pela Equipe de Saúde da família (ESF) na unidade básica saúde (UBS) de origem, permitindo que outras gestantes que precisam não retardem o acesso ao serviço de referência. Uma vez que a utilização dos recursos e rotinas dedicados no alto risco não melhoram a qualidade assistencial nem os resultados dos desfechos das gestações de baixo risco⁴.

Vale ressaltar a proporção de profissionais que encaminham essas gestantes. A maioria é composta de enfermeiros e menos de um terço são médicos da Atenção Básica. Outro ponto observado foi que um percentual dos encaminhamentos foi realizado por médicos que atenderam essas gestantes em maternidades ou Hospitais Regionais por alguma intercorrência; ou no Hospital Universitário e no Hemose por fazerem acompanhamento de alguma doença prévia à gestação; ou ainda pelo ultrassonografista que realizou o exame e detectou uma alteração. Reforçando a ideia de que assistência pré-natal deve ser uma responsabilidade compartilhada com o médico assistente da rede de atenção básica, e não delegada por ele a outros profissionais. Assim, uma parcela dessas gestantes poderia realizar acompanhamento pré-natal na atenção básica, diminuindo a demanda de atendimento no PNAR.

Segundo critérios criados por Coutinho apud Fernandes (2006), analisando a qualidade pré-natal considera adequada com início do pré-natal antes da 14ª semana e inadequada, após a 27ª semana de gestação. A minoria, apenas, seria considerada adequada quando chegaram no PNAR.

Esse dado reflete a situação sócio-econômicos-cultural vivenciada pelas mulheres brasileiras, em que a maioria das gestações não são planejadas. As mulheres geralmente não realizam a consulta de pré-concepção, de fundamental importância para identificação dos fatores de agravo à saúde até então desconhecidos, de fatores de riscos ambientais e hábitos deletérios, para realização de rastreio, para as orientações e a prescrição do ácido fólico. Por isso chegam no PN mais tardiamente. Além disso, outro fato que compõe o quadro é o problema da grande demanda de atendimento que gera uma fila de espera, em média, de 30 dias na agenda de marcações do ambulatório de alto risco do CAISM.

Entre as ações e procedimentos das competências essenciais a serem realizados durante a assistência pré-natal no nível básico de saúde, a avaliação do estado nutricional da gestante esteve entre os menos frequentes. Essa avaliação foi realizada em menos de 25% das consultas¹⁸. O que refletiu o resultado encontrado no presente trabalho de cerca de 5 vezes mais diagnósticos de risco nutricional estabelecido pelo médico do serviço de referência do que foi referenciado.

A assistência pré-natal às presidiárias em uma unidade básica de saúde do interior estado de São Paulo foi sistematizado pela ESF e quando necessário eram realizados encaminhamentos para níveis secundários e terciários¹⁹. O risco ambiental está inerente a essas gestações pela precariedade das condições físicas nos presídios, pela absoluta insalubridade das unidades de aprisionamento que contribuem para o adoecimento da população carcerária²⁰. No estado de Sergipe, as reclusas grávidas são referenciadas diretamente para o ambulatório de alto risco no CAISM, pois necessitam de atenção diferenciada.

Faz necessário, a capacitação contínua dos profissionais das diversas áreas de saúde e as medidas afirmativas adotadas pelo governo para que permitam o conhecimento do processo gestacional para melhor compreensão e distinção do antagonismo fisiológico *versus* patológico, separando baixo risco de alto risco e permitindo a realização do pré-natal com qualidade.

3.8 REFERÊNCIA

1. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na Rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012.
2. Gonçalves, R. *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um município da grande São Paulo. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 61, n. 3, p. 349- 353, maio/jun. 2008.
3. GRANGEIRO, G.R.; DIOGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.42, n.1, p.105-111, mar, 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Ortiz LP. A Mortalidade Perinatal no Brasil 2000-2010. In: XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, da Abep, Águas de Lindóia/SP – Brasil. 2012.
6. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol Tda S. [Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in Southern Brazil]. Cad.Saúde Pública. abril, 2012. Portuguese
7. Fonsêca, L. A. C.; Pádua, L. B.; Neto, J. D. V. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.2, p.40-45, Abr-Mai-Jun. 2011.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Humanização do parto. Programa de Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: DF; 2002.
9. Bassani DC, Derian CB, Chaves J, Kanitz L, Dipp T, Ghignatti B, et al. Avaliação de pré-natal por indicador de qualidade. J Health Biol Sci. 2015.
10. Buchabqui JA, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos realizados pela rede básica de Atenção à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
11. Buchabqui JA, Capp E, Ferreira J. [High risk pregnancy referrals adequacy in the basic health services of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil]. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.6 no.1 Recife Jan./Mar. 2006. Portuguese.
12. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde – Estatísticas vitais. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/datasus>. (Acessado em: 02/02/2015).
13. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. [Maternal complications in women with advanced maternal age]. FEMINA | Setembro/Outubro 2012. Portuguese.
14. Malta DC. Lista de causas de morte evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, out-dez./2007.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Atenção ao pré-natal de baixo risco”. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
16. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. Rev Esc Enferm USP. 2011.

17. Vieira Neta FA, Crisóstomo VL, Castro RCMB, Pessoa SMF, Aragão MMS, Calou CGP. Review of profile and prenatal care for women with gestational diabetes mellitus. Rev Rene. set-out 2014.
18. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: Competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar.
19. Fochi MCS, Silva ARC, Lopes MHBM. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. Rev Rene. 2014 mar-abr; 15(2):371-7.
20. Gois SM, Santos Júnior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(5):1235-46.

Tabela 1 - Distribuição das Gestantes por Regiões de Sergipe

Regiões	Valor Absoluto	%
Agreste	150	19,8
Leste	292	38,6
Região Metropolitana de Aracaju	189	25,0
Sertão	110	14,5
Presídio	11	1,5
Outro Estado	2	0,3
Não Consta	2	0,3
Total	756	100,0

Tabela 2 – Distribuição das gestantes por faixa etária e adequação

Faixa etária	Adequado		Inadequado		Total	
	N	%	N	%	N	%
<= 15 anos	76	90,5%	8	9,5%	84	11,1%
16 - 34 anos	367	74,4%	126	25,6%	493	65,2%
>= 35 anos	152	84,9%	27	15,1%	179	65,2%
Total	595	78,7%	161	21,3%	756	100,0%

Tabela 3 - Distribuição das Gestantes por Causas e Adequação

Causas	Adequado		Inadequado		Total
	N	%	N	%	
Anemia	14	87,5	2	12,5	16
Causas Administrativas	1	33,3	2	66,7	3
Causas Materna pré existentes	114	86,4	18	13,6	132
Diabetes	32	97,0	1	3,0	33
DST	22	75,9	7	24,1	29
Gemelaridade	26	100,0	0	0,0	26
Hemorragias	17	70,8	7	29,2	24
Infecções	37	80,4	9	19,6	46
Mau Passado Obstétrico	100	80,6	24	19,4	124
Maternidade Precoce	78	95,1	4	4,9	82
Maternidade Tardia	102	100,0	0	0,0	102
Risco de Aloimunização	2	22,2	7	77,8	9
Risco Nutricional	45	93,8	3	6,3	48
SHG	136	91,3	13	8,7	149
USG com Alteração	73	84,9	11	12,8	86
Presídio	10	90,9	1	9,1	11
Não Consta	0	0,0	62	100,0	62
Outas Causas	24	88,9	3	11,1	27

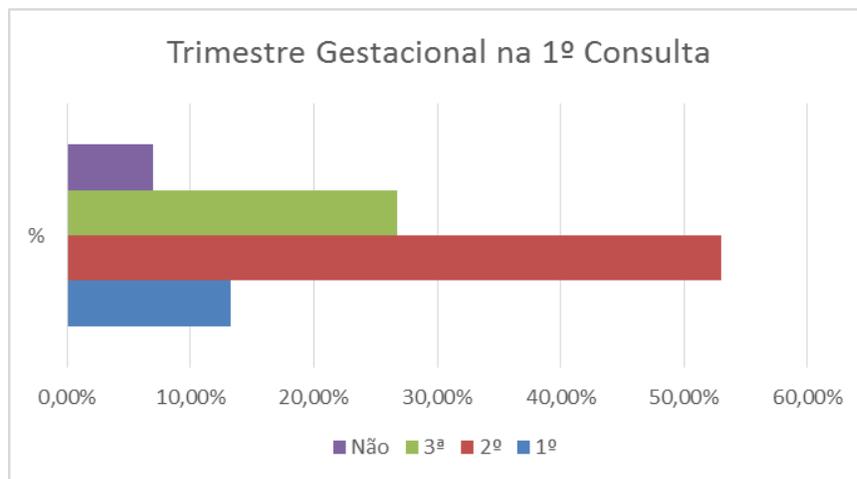


Gráfico 1 - Distribuição das gestantes em relação ao trimestre gestacional na primeira consulta no ambulatório de Alto Risco.

ANEXO

FICHA PADRÃO DE PRÉ-NATAL DO ALTO RISCO