

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, NATURAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

JULYANA SUELEN RODRIGUES FONSECA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES GESTANTES DE ALTO
RISCO**

PINHEIRO

2022

JULYANA SUELEN RODRIGUES FONSECA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES GESTANTES DE ALTO
RISCO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado na modalidade de artigo científico ao curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Me. Lidiane Andréia Assunção Barros.

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Amanda Namíbia Pereira Pasklan.

PINHEIRO

2022

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES GESTANTES DE ALTO RISCO

Trabalho de conclusão de curso, apresentado na modalidade de artigo científico ao curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Me. Lidiane Andréia Assunção Barros.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Amanda Namíbia Pereira Pasklan.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Mayane Cristina Pereira Marques

Mestre em Enfermagem

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Vanessa Moreira da Silva Soeiro

Doutora em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Dayanne da Silva Freitas

Doutora em Ciências da Saúde

Universidade Federal do Maranhão

Aos meus pais, pelo apoio, exemplo de coragem, força e determinação e pela contribuição na formação do meu caráter. À minha filha, que é a minha força motriz. Ao meu tio e padrinho, que fez o seu desencarne precoce, mas continua presente em meu coração. Obrigada por sempre terem fé em mim e orgulho da minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me permitido finalizar esta etapa de forma abençoada e em paz, pela coragem nos momentos difíceis e por iluminar todos os meus caminhos.

À Nossa Senhora Aparecida, pela vossa graça, pela vossa intercessão e pelo vosso exemplo.

Aos meus pais, Joana e Sebastião, que foram o alicerce para tudo o que construí. Obrigada pelo incentivo, apoio e afeto dedicados ao longo dessa minha escolha. Obrigada por me mostrarem que a educação é o caminho. Serei eternamente grata por tudo.

À minha filha, Maria Júlya, que é minha força e alegria diária. Tu te tornaste a minha força motriz e a certeza de que os esforços não são em vão.

Ao meu tio/padrinho, Luís Carlos, que fez seu desencarne precoce, mas permanece vivo em meu coração. Obrigada por acreditar que essa caminhada seria possível e obrigada por ter me dado o primeiro aparelho de aferir pressão. Essa conquista também é sua.

Às minhas orientadoras, Lidiane e Amanda, as quais tenho profunda admiração e carinho. Grata pela dedicação, paciência, pela orientação e confiança depositadas na realização deste trabalho e pela disponibilidade em todas as ocasiões.

Aos professores que fizeram parte desta caminhada, saibam que guardo seus ensinamentos com profunda gratidão. Um agradecimento especial ao professor que me disse a seguinte frase: “só vive o propósito, quem suporta o processo”. Dias difíceis existem, mas devemos nos manter firmes e aguardar as bênçãos chegarem. Tudo ao seu tempo. Essa frase me fez compreender muita coisa.

Aos meus amigos: Keyla, Jundson e Adryemerson, que ajudaram na coleta e tabulação dos dados dessa pesquisa. Não só por isso, mas pelos inúmeros aprendizados acadêmicos e pessoais, pela parceria, por estarem sempre presentes, por aguentarem minhas crises de ansiedade e reclamações. Vocês merecem um agradecimento especial.

Às cobras, por tornarem esses anos mais leves. Obrigada por fazerem parte desta árdua caminhada. Sentirei saudades dos nossos cafezinhos.

À equipe do Alô Bebê e a Secretaria Municipal de Saúde, que me acolheram durante esses meses de coleta e autorizaram o acesso para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

A todos que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram nesta etapa da minha vida e na realização deste trabalho. Meu muito obrigada.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Suelen Rodrigues Fonseca, Julyana.
Perfil epidemiológico e clínico de mulheres gestantes
de alto risco / Julyana Suelen Rodrigues Fonseca. - 2022.
53 f.

Coorientador(a): Amanda Namíbia Pereira Pasklan.
Orientador(a): Lidiane Andréia Assunção Barros.
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
Pinheiro, 2022.

1. Assistência pré-natal. 2. Gestação de alto risco.
3. Perfil de saúde. I. Andréia Assunção Barros, Lidiane.
II. Namíbia Pereira Pasklan, Amanda. III. Título.

RESUMO

Objetivo: Este estudo propõe conhecer o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres assistidas no Programa no serviço de pré-natal da gestação de alto risco, parto e puerpério no município de Pinheiro, Maranhão. Método: Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter retrospectivo, documental e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no Programa Alô Bebê, no município de Pinheiro, na região Norte do Maranhão. Os dados foram coletados diretamente dos prontuários das usuárias que fizeram acompanhamento no Programa durante o período de agosto de 2020 a março de 2021. No total, haviam 244 prontuários, sendo 17 excluídos por não contemplarem as variáveis a serem estudadas. Resultados: A partir da análise de 227 prontuários selecionados, observou-se que a maioria das gestantes (38,33%) tinham entre 30 a 39 anos; 92,07% se autodeclararam pardas; 37,89% possuíam o ensino médio completo e 75,77% viviam em união estável. Apesar de 63,44% informarem residir na zona urbana, 44,05% tinham como ocupação habitual o trabalho rural ou campo, visto que a principal fonte de renda do município advém da agricultura, pesca e pecuária. Em relação aos antecedentes obstétricos e gestacionais, 70,5% eram múltiparas. O tipo de gestação mais presente foi “única” (93,59%). O principal motivo pelo qual a gestante foi encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diagnosticada em 24,67%, seguido de 18,06% devido idade maior ou igual a 35 anos e idade menor ou igual a 15 anos (9,25%). A maioria das gestantes apresentou mais de um fator de risco (67,40%). 39,65% das gestantes foram encaminhadas ao Programa apesar de não apresentarem fatores caracterizados como motivo para o acompanhamento de alto risco, como preconiza o Ministério da Saúde. Conclusão: Os fatores clínicos e etários apresentam índices elevados no pré-natal de alto risco na região. Apesar de proporcionar acompanhamento às gestantes do município, contribuindo para desfechos positivos, o Programa Alô Bebê apresenta lacunas documentais e organizacionais que dificultam seu pleno funcionamento.

Palavras-chave: Gestação de Alto Risco; Assistência Pré-Natal; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study proposes to know the sociodemographic and clinical profile of women assisted in the Program in the service of prenatal care of high-risk pregnancy, childbirth and puerperium in the municipality of Pinheiro, Maranhão. **Method:** This is a field research, of retrospective, documentary and descriptive character, with a quantitative approach. The study was conducted in the Alô Bebê Program, in the municipality of Pinheiro, in the northern region of Maranhão. Data were collected directly from the medical records of users who were followed up in the Program during the period from August 2020 to March 2021. In total, there were 244 medical records, being 17 excluded for not contemplating the variables to be studied. **Results:** From the analysis of 227 selected medical records, it was observed that most pregnant women (38.33%) were between 30 and 39 years old; 92.07% self-reported to be brown; 37.89% had completed high school and 75.77% lived in a stable union. Although 63.44% reported living in urban areas, 44.05% had rural or field work as their usual occupation, since the main source of income in the municipality comes from agriculture, fishing, and livestock. Regarding obstetric and gestational history, 70.5% were multiparous. The most common type of pregnancy was "single" (93.59%). The main reason for which the pregnant woman was referred to the high-risk prenatal service was Systemic Arterial Hypertension (SAH), diagnosed in 24.67%, followed by 18.06% due to age greater than or equal to 35 years and age less than or equal to 15 years (9.25%). Most of the pregnant women presented more than one risk factor (67.40%). 39.65% of pregnant women were referred to the Program despite not presenting factors characterized as a reason for high-risk monitoring, as recommended by the Ministry of Health. **Conclusion:** The clinical and age factors have high rates in high-risk prenatal care in the region. Despite providing follow-up care to pregnant women in the municipality, contributing to positive outcomes, the Alô Bebê Program has documentation and organizational gaps that hinder its full operation.

Keywords: High-Risk Pregnancy; Prenatal Care; Health Profile.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Rede Cegonha	13
2.2 Assistência Humanizada às Gestantes de Risco	14
2.2.1 Gestação de Risco	14
2.2.2 Assistência Humanizada �s Gestantes	15
2.3 O Papel da Enfermagem no Acompanhamento �s Gestantes de Risco	16
2.3.1 Consulta de Enfermagem na Gestação de Alto Risco	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Geral	18
3.2 Específicos	18
4 RESULTADOS	19
ARTIGO	20
REFERÊNCIAS	35
ANEXO I – Normas Da Revista	2
ANEXO II – Carta de Submissão e Aceite	2
ANEXO III – Declaração de aprovação do artigo	2
ANEXO IV - Parecer Consubstanciado do CEP	47

1 INTRODUÇÃO

Segundo Teodoro (2021), o óbito materno é conceituado como a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o final da gravidez; tal conceito independe da duração ou localização da gravidez, sendo apontado qualquer causa que esteja relacionada ou seja agravada pelo período gravídico, desconsiderando causas acidentais ou incidentais.

A morte materna possui duas formas de classificação: direta ou indireta. A primeira é determinada por complicações causadas durante a gestação, parto ou puerpério consequentes a procedimentos, omissões ou intervenções incorretas que acabam resultando no óbito. Em contrapartida, a causa indireta deriva de doenças que antecedem à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, no qual são acentuados pelo processo fisiológico da gravidez (CARVALHO, 2020). Estima-se que para cada óbito materno, em média de 20 a 30 mulheres possuam alguma morbidade relacionada à gestação (SAY et al., 2016).

A mortalidade infantil, assim como a mortalidade materna, ainda configura um grande desafio para os serviços de saúde. Para Lawn e colaboradores (2016), a maioria das complicações podem ser evitadas e estão relacionadas às condições maternas como infecções, doenças não transmissíveis, fatores nutricionais e de estilo de vida e idade materna.

Embora tenha havido uma redução evidente dos óbitos maternos em números globais, é estimada uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 216 para cada 100 mil nascidos vivos (NV) em países que apresentam desigualdades sociais e cerca de 12 para cada 100 mil NV em países desenvolvidos, tornando nítida a disparidade entre esses diferentes estratos econômicos. Evidenciando que a maior parte dos óbitos ocorre em países subdesenvolvidos, que apresentam baixo desenvolvimento econômico, social e falta de assistência em saúde (TEODORO, 2021; LAWN et al., 2016).

Entre 2017 e 2018, o Brasil conseguiu reduzir em cerca de 8,4% a Razão de Mortalidade Materna (RMM), um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Houve uma queda significativa na RMM no país, 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos em 2018, enquanto no ano anterior era de 64,5. Tal redução pode estar relacionada aos investimentos na qualificação e monitoramento das informações sobre óbito materno e infantil, bem como a organização da assistência e criação de protocolos específicos que contribuem para a melhora da cobertura à saúde materna. (BRASIL, 2020). Os avanços na assistência e ações desenvolvidas à saúde materna e infantil contribuíram de forma positiva para o declínio dos números de óbitos no mundo. Tal declínio refletiu no Brasil, embora não

como o esperado, principalmente na região Nordeste. Este fato é atribuído a inadequação ou ausência da assistência pré-natal e capacidade de solução no âmbito hospitalar e a condições socioeconômicas desfavoráveis (LIMA et al., 2020).

Não obstante, um fato inesperado pode contribuir de forma negativa para o aumento dos óbitos, tal qual a atual situação pandêmica, em que os números de óbitos maternos tendem a apresentar uma crescente curva. Um estudo publicado na Revista Internacional de Ginecologia e Obstetrícia citou o registro de 124 óbitos maternos no Brasil entre os meses de janeiro e junho de 2020 em decorrência da Covid-19. Tais registros podem resultar em um aumento de 7% nas taxas de mortalidade materna no Brasil (FREBASGO, 2020). Um relatório disponibilizado pela ONU apontou que as mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes tiveram o acesso aos serviços de saúde comprometidos devido a Covid-19 (ABRASCO, 2020).

Com o intuito de prestar acompanhamento especializada à gestante, ao recém-nascido e à mãe no puerpério, em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Considerando os índices elevados de morte materna e neonatal, em 2004, foi assinado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, formado por um conjunto de ações estratégicas que visam a redução da mortalidade materna e infantil, garantindo os direitos das mulheres e crianças (BRASIL, 2004). Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, que assegura ao público materno-infantil uma assistência humanizada e garante à mulher o direito nos ciclos reprodutivo, gestacional, parto, abortamento e puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento seguro e saudável. (BRASIL, 2011).

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) resultaram de uma Conferência global, que uniu estratégias que visavam o desenvolvimento social e à extrema pobreza, dentre tais objetivos, destacam-se o quarto e quinto que se referem a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2010). Vários programas foram criados a fim de concretizar os objetivos estabelecidos durante a Conferência, inclusive no Brasil. Embora o Brasil não tenha alcançado as metas estabelecidas, estima-se que entre 2000 e 2016, houve uma leve decadência nas mortes maternas (COSTA, 2021).

Buscando cumprir os Objetivos do Milênio não alcançados, a agenda de 2030, com novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) dará continuidade aos ODM, mantendo o esforço conjunto para a diminuição da mortalidade materna e infantil entre os anos de 2016 e 2030 a fim de efetuar a meta de número 3, que visa garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades (CARVALHO, 2021).

A partir da criação de novas políticas que assegurassem a saúde materna e infantil, em 2015, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança. A PNAISC foi estruturada em 7 eixos, no qual o primeiro eixo trata sobre a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, contribuindo para uma atenção de qualidade e humanizada a fim de prestar ações que melhorem o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal; bem como acompanhamento da criança na atenção básica, articulando-se com ações realizadas na maternidade, formando assim uma rede integral de atendimento, tornando-os parte central das ações de saúde (BRASIL, 2015).

Torna-se essencial o reforço ao serviço de atendimento pré-natal, de modo a prestar uma assistência adequada e direcionada a mulheres gestantes de risco (LIMA et al., 2020). Essa eficácia durante todo o ciclo gravídico, parto, puerpério e ao recém-nascido, proporciona que as políticas sejam efetivadas e contribuam para a redução de complicações relacionadas aos óbitos materno infantis (BRASIL, 2012).

Visando uma atenção integral às gestantes de alto risco, o município de Pinheiro/MA criou o Programa Alô Bebê, que uniu estratégias da Rede Cegonha e da PNAISC, com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil no município. O Programa garante atendimento durante todo o ciclo gravídico, parto e puerpério até o primeiro ano de vida do bebê. Além de garantir assistência médica à mãe e ao neonato, dispõe ainda de kits de enxoval, e transporte no momento do parto, garantindo uma assistência individualizada e humanizada.

Para o sucesso de programas voltados para a saúde da população, é imprescindível conhecer os usuários que são assistidos, para a garantia de uma assistência de qualidade e pela efetivação de políticas públicas. Desse modo, perante a escassez de estudos sobre o Programa Alô Bebê no contexto municipal, surge a necessidade de responder aos seguintes questionamentos: Quais as características sociodemográficas das usuárias assistidas no Programa na assistência pré-natal de alto risco no município de Pinheiro, MA? Quais condições clínicas essas mulheres assistidas pelo Programa possuem?

Esse estudo parte da hipótese que a implantação do Programa Alô Bebê proporcionou ao município reconhecer as características de cada usuária para a promoção de cuidados individuais que visem o declínio dos óbitos maternos e neonatais no município de Pinheiro, MA. Devido a isso, torna-se relevante demonstrar a importância do Programa Alô Bebê do município de Pinheiro, MA, para que haja uma avaliação da efetividade do programa e gere evidências de que esta proposta esteja contribuindo de forma positiva para o cumprimento das

metas determinadas pela agenda de 2030 e pelas políticas nacionais instituídas no âmbito do SUS de redução do óbito materno e infantil. Desse modo, é possível fortalecer a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, diminuindo os abusos e intercorrências, e garantindo um cuidado respeitoso e digno.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2011, através da Portaria nº 1.459, com o intuito de fortalecer estratégias de enfrentamento da mortalidade materna, violência obstétrica, má qualidade da assistência ao parto na rede pública. Dispõe-se a contribuir para a redução dos índices de mortalidade materno infantil no Brasil por meio de ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, além de uma atenção humanizada durante todo o ciclo gravídico, parto, puerpério e nascimento (ASSIS et al, 2019; LEAL et al, 2019).

A rede é composta por princípios, objetivos e diretrizes que garantem acesso pré-natal de qualidade, acolhedor, levantamento de possíveis riscos e vulnerabilidades da gestante; vinculação e transporte da gestante ao local do parto, assistência ao parto e nascimento, garantindo atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses, de forma integral e resolutiva, além de fornecer ações de planejamento familiar (BRASIL, 2011).

Possui quatro componentes centrais: pré-natal, que garante acesso pré-natal em tempo oportuno, acolhimento de intercorrências na gravidez e classificação de risco, exames em tempo hábil, referência ao local do parto, transporte para o momento do parto; componente parto e nascimento: segurança e assistência de qualidade; componente puerpério e atenção integral à saúde da criança: promoção do aleitamento materno, atenção às crianças em vulnerabilidade, planejamento reprodutivo e orientação sexual; componente sistema logístico, aborda alguns pontos supracitados nos componentes acima (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha possibilitou a ampliação e organização dos serviços, a fim de oferecer um acesso à saúde materna e infantil precoce e de qualidade. O fortalecimento da atenção materna e infantil contribuiu para a melhor cobertura dos serviços pré-natal, com um aumento significativo de consultas, com maior número de gestantes que iniciaram o pré-natal até a 12ª semana – embora a maioria não tenha concluído a assistência pré-natal, e partos hospitalares, contribuiu para a identificação de indicadores de morbidades, apesar de que as ações tenham

sido insatisfatórias, com uso excessivo de medicalização no parto e nascimento (ASSIS, 2019; VANDERLEI, 2015).

A falta de articulação, no que se refere a organização dos serviços, resulta em ações fragmentadas e no não cumprimento das ações propostas pela Portaria nº1.459/11 (ARAGÃO, 2019). Os desafios se fazem presentes, mas o despertar para a importância de uma atenção integral à saúde materno infantil enfatiza a importância de um acompanhamento adequado a fim de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil (VANDERLEI, 2015).

O item pré-natal deve ter custeio de 100% dos exames, que devem ter seus resultados fornecidos em tempo oportuno; fornecimento de kits para a UBS, gestantes e parteiras. Além de auxílio financeiro às gestantes para o deslocamento a unidade de realização do pré-natal e local do parto. No que diz respeito ao componente Parto e Nascimento cabe o financiamento de 100% dos recursos para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Leito Canguru, Ampliação e Qualificação de Leitos de UTI (adulto e neonatal), Ampliação e Qualificação de Leitos para Gestantes de Alto Risco. Todos esses valores são calculados de acordo com o número de gestantes cadastradas no sistema de informação SISPRENATAL (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº650/11 complementa as ações estabelecidas na Portaria nº1.459/11 e dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Os Planos de Ação contêm instruções para o cumprimento das etapas de implantação da rede, bem como sua operacionalização e financiamento. Os Planos regional e municipal devem ser construídos juntos, de acordo com o levantamento da população total do município, mulheres em idade fértil (10-49 anos) e nascidos vivos, incluindo o plano de atenção integral à saúde materno infantil (físico e financeiro) e ações pactuadas entre Federação, Estado e Município (BRASIL, 2011b).

2.2 Assistência Humanizada às Gestantes de Risco

2.2.1 Gestação de Risco

A gestação é descrita como um processo fisiológico que compreende várias alterações no seu decurso. Em grande parte, essas mudanças ocorrem sem intercorrências, entretanto, uma parcela dessas gestações apresenta alguma característica de risco à mãe e ao feto (NASCIMENTO, 2018).

A gestação de alto risco é caracterizada quando distúrbios ou problemas de saúde são identificados no decorrer do ciclo gravídico ou quando há a piora de uma patologia pré-existente na gestante que pode interferir na saúde materno fetal. Podem ser de ordem biológica ou psicossociais. A priori, essas gestantes são atendidas na atenção primária e depois são encaminhadas para os serviços especializados (TELES, 2019).

Os principais fatores para gestação de risco são: idade igual ou superior a 35 anos; histórico de sobrepeso ou obesidade; hipertensão; diabetes; macrossomia fetal, óbito fetal ou neonatal ou malformações nas gestações anteriores; síndrome dos ovários policísticos e estatura materna inferior a 1,5 metro de altura; hipertireoidismo; sorologia IgG e IgM positiva para citomegalovírus; sangramentos vaginais; varizes em MMII; quadro epilético (GUERRA, 2019; OLIVEIRA, 2015).

Na presença de casos de risco, o acompanhamento pré-natal é fundamental para uma assistência segura e de qualidade durante a gestação, este deve ocorrer o mais precoce possível a fim de garantir o parto e nascimento saudáveis. É durante o pré-natal que há a partilha de informações, orientações entre profissionais e gestantes, com o objetivo de proporcionar a autonomia, de modo que elas conheçam suas potencialidades, fragilidades e possam compreender melhor o processo gestativo (COSTA, 2016; SILVA, 2018; OLIVEIRA 2015).

2.2.2 Assistência Humanizada às Gestantes

O Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de modificar o contexto de saúde pública, instituiu, em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSus); a humanização da assistência visa modificar os serviços prestados à população, de forma mais acolhedora e igualitária, além de cuidar dos profissionais de saúde. A PNH aposta em um conjunto de ações que fortalecem os princípios do SUS na busca da efetivação do cuidado (BRASIL, 2014).

No que se refere a Rede Cegonha, a assistência humanizada busca assegurar as boas práticas ao parto e nascimento, como: proporcionar à mulher o direito de escolha acerca do tipo e local de parto, assim como a escolha do acompanhante, informações sobre o processo parturitivo, oferta de líquidos, incentivar o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, uso do partograma para acompanhar a evolução do parto. A enfermagem tem papel importante na humanização ao parto, exercendo um atendimento holístico e acolhedor, contribuindo para a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal (SILVA, 2018).

Várias estratégias têm sido abordadas a longo prazo para modificar o modelo tecnocrático de assistência ao parto; a prática do cuidado humanizado buscar desconstruir esse modelo, a fim de garantir a autonomia e protagonismo da mulher no momento parturitivo. Essa prática se faz ainda mais necessária na gestação de alto risco, onde a mulher é tomada por medos, incertezas, ansiedade e a postura humanizada do profissional tem grande relevância para sanar as dúvidas, acalmá-las em relação aos seus medos e angústias, de forma a proporcionar conforto e segurança à gestante através de uma escuta qualificada e acolhedora (ALVARES, 2018).

2.3 O Papel da Enfermagem no Acompanhamento às Gestantes de Risco

A assistência de enfermagem se faz necessária durante todo o período gravídico e puerperal. O acompanhamento pré-natal é o momento ideal para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de enfermagem e gestantes, visto que a enfermagem está mais próxima da paciente e tem um papel fundamental na orientação e no processo educativo dessa gestante e sua atuação é imprescindível para a redução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, assim como uma prestação de uma assistência humanizada a gestante de alto risco (ALVES, 2019; GARCIA, 2018).

O enfermeiro é habilitado para realizar o pré-natal e está respaldado pela Lei 7.498/86, de modo a atender as orientações do Ministério da Saúde. A consulta pré-natal de baixo risco faz parte das competências do enfermeiro, bem como as orientações em relação a gestação de alto risco (OLIVEIRA, 2017).

Durante a consulta, o enfermeiro deve integrar-se aos demais profissionais e promover uma assistência pré-natal de qualidade, detectando os riscos previamente através da anamnese, exame físico, ações educativas, além de desenvolver um plano de cuidados individualizado para melhorar a assistência a gestação de alto risco e assim contribuir para a redução da morbimortalidade materna (AMORIM, 2017).

2.3.1 Consulta de Enfermagem na Gestação de Alto Risco

A consulta de enfermagem promove melhoria na assistência pré-natal, proporcionando ações preventivas, educativas e de promoção a saúde da gestante, contribuindo para a valorização da profissão (TELES, 2019). A Resolução COFEN nº 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma atividade privativa do enfermeiro que tem como objetivo organizar o processo de cuidados de enfermagem, sendo é organizada

em cinco etapas inter-relacionadas: Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. (COFEN, 2009).

A SAE, além de promover o reconhecimento, cientificidade, autonomia e valorização da equipe de enfermagem, proporciona a prestação de uma assistência de qualidade, individualizada, acolhedora e holística a essa gestante, possibilitando meios de avaliação do cuidado prestado, contribuindo para a diminuição dos agravos à saúde materno-infantil. (NASCIMENTO, 2018).

Os principais diagnósticos comuns às gestantes de alto risco são: Conforto prejudicado; Risco de infecção; Manutenção ineficaz da saúde; Dor aguda. A caracterização dos diagnósticos se deu através de fatores ambientais desfavoráveis, exposição a patógenos e desconhecimento sobre práticas saudáveis. A visão ampliada do profissional de saúde favorece a prestação de uma assistência qualificada e humanizada a essa gestante de risco (TELES, 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Descrever o perfil epidemiológico e clínico das gestantes de alto risco atendidas no Programa Alô Bebê do município de Pinheiro, MA.

3.2 Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico das usuárias acompanhadas pelo Programa Alô Bebê.
- Analisar as condições clínicas registradas nos prontuários das usuárias assistidas pelo Programa.

4 RESULTADOS

Artigo científico submetido à Revista Científica de Enfermagem – Recien.

ARTIGO**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES GESTANTES DE ALTO RISCO**

Objetivo: Este estudo tem como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e clínico das gestantes atendidas pelo Programa Alô Bebê no município de Pinheiro, MA. **Material e Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados diretamente dos prontuários das pacientes que fizeram acompanhamento no programa durante o período de agosto de 2020 a março de 2021. **Resultados:** A maior parte das gestantes apresentava mais de 35 anos, ensino médio completo e cor parda; eram multíparas com média de 2-4 gestas anteriores. A Hipertensão Arterial foi o principal motivo de encaminhamento e, a maior parte não realizou teste para o Sars-Cov-2 durante o pré-natal. **Conclusão:** Fatores clínicos e etários são supernos ao pré-natal de alto risco na região. Apesar de proporcionar acompanhamento às gestantes do município, contribuindo para desfechos positivos, o Alô Bebê apresenta lacunas documentais e organizacionais que dificultam seu pleno funcionamento.

Objective: This study aims to understand the sociodemographic and clinical profile of pregnant women assisted by the Alô Baby Program in the city of Pinheiro-MA. **Material and Method:** This is a retrospective, descriptive field research with a quantitative approach. Data were collected directly from the medical records of patients who were monitored in the program during the period from August 2020 to March 2021. **Results:** Most pregnant women were over 35 years old, had completed high school and were brown; they were multiparous with a mean of 2-4 previous pregnancies. Arterial Hypertension was the main reason for referral and most did not undergo a test for Sars-Cov-2 during prenatal care. **Conclusion:** Clinical and age factors are superior to high-risk prenatal care in the region. Despite providing follow-up to pregnant women in the city, contributing to positive outcomes, Alô Baby has documentary and organizational gaps that hinder its full functioning.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo conocer el perfil sociodemográfico y clínico de las gestantes atendidas por el Programa Alô Baby en la ciudad de Pinheiro-MA. **Material y Método:** Se trata de una investigación de campo descriptiva, retrospectiva, con enfoque cuantitativo. Los datos se recolectaron directamente de los registros médicos de los pacientes que fueron seguidos en el programa desde agosto de 2020 hasta marzo de 2021. **Resultados:** La mayoría de las mujeres embarazadas tenían más de 35 años, habían completado la escuela secundaria y eran morenas; eran multíparas con una media de 2-4 embarazos previos. La hipertensión arterial fue el principal motivo de derivación y la mayoría no se sometió a una prueba de Sars-Cov-2 durante la atención prenatal. **Conclusión:** Los factores clínicos y de edad son superiores a la atención prenatal de alto riesgo en la región. A pesar de brindar seguimiento a las mujeres embarazadas en la ciudad, lo que contribuye a resultados positivos, Alô Baby tiene lagunas documentales y organizativas que dificultan su pleno funcionamiento

Descritores: Gestação de Alto Risco; Assistência Pré-Natal; Perfil de Saúde.

Descriptors: High-Risk Pregnancy; Prenatal Care; Health Profile.

Descriptores: Embarazo de alto riesgo; Cuidado prenatal; Perfil de salud.

Introdução

A gestação é descrita como um processo fisiológico que compreende várias alterações no seu decurso. Em grande parte, essas mudanças ocorrem sem intercorrências, entretanto, uma parcela dessas gestações apresenta alguma característica de risco à mãe e ao feto. A gestação de alto risco é caracterizada quando distúrbios ou problemas de saúde são identificados no decorrer do ciclo gravídico ou quando há a piora de uma patologia pré-existente na gestante que pode interferir na saúde materno-fetal. Podem ser de ordem biológica ou psicossociais. A priori, essas gestantes são atendidas na atenção primária e depois são encaminhadas para os serviços especializados¹.

Na presença de casos de risco, o acompanhamento pré-natal é fundamental para uma assistência segura e de qualidade durante a gestação, este deve ocorrer o mais precoce possível a fim de garantir o parto e nascimento saudáveis. É durante o pré-natal que há a partilha de informações, orientações entre profissionais e gestantes, com o objetivo de proporcionar a autonomia, de modo que elas conheçam suas potencialidades, fragilidades e possam compreender melhor o processo gestativo²⁻⁵.

Com o intuito de fortalecer estratégias de enfrentamento da mortalidade materna, violência obstétrica e má qualidade da assistência ao parto na rede pública, a Rede Cegonha foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2011, através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho e dispõe-se a contribuir para a redução dos índices de mortalidade materno infantil no Brasil por meio de ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, além de uma atenção humanizada durante todo o ciclo gravídico, parto, puerpério e nascimento⁴.

Como reforço para redução dos óbitos maternos e neonatais e buscando cumprir os Objetivos do Milênio (ODM) não alcançados, a agenda de 2030, com novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) dará continuidade aos ODM, mantendo o esforço conjunto para a diminuição da mortalidade materna e infantil entre os anos de 2016 e 2030 a fim de efetuar a meta de número 3, que visa garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades^{5,6}.

Várias estratégias têm sido abordadas a longo prazo para modificar o modelo tecnocrático de assistência pré-natal e ao parto; a prática do cuidado humanizado buscar desconstruir esse modelo, a fim de garantir a autonomia e protagonismo da mulher no momento parturitivo. Essa prática se faz ainda mais necessária na gestação de alto risco, onde a mulher é tomada por medos, incertezas, ansiedade e a postura humanizada do profissional tem grande relevância para sanar as dúvidas, acalmá-las em relação aos seus medos e angústias, de forma a proporcionar conforto e segurança à gestante através de uma escuta qualificada e acolhedora^{3,6}.

Visando fortalecer esse cuidado humanizado, a assistência de enfermagem se faz necessária durante todo o período gravídico e puerperal. O acompanhamento pré-natal é o momento ideal para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de Enfermagem e gestantes, visto que a Enfermagem tem um papel fundamental na orientação e no processo educativo dessa gestante e sua atuação é imprescindível para a redução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, assim como uma prestação de uma assistência humanizada a gestante de alto risco^{2,7}.

Visando fortalecer esse cuidado humanizado, a assistência de enfermagem se faz necessária durante todo o período gravídico e puerperal. O acompanhamento pré-natal é o momento ideal para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de Enfermagem e gestantes, visto que a Enfermagem está mais próxima da paciente e tem um papel fundamental na orientação e no processo educativo dessa gestante e sua atuação é imprescindível para a redução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, assim como uma prestação de uma assistência humanizada a gestante de alto risco⁶⁻⁷.

Como estratégia, o município de Pinheiro criou o Programa Alô Bebê, que tem como objetivo acompanhar as gestantes de alto risco, prestando uma assistência pré-natal especializada e de qualidade⁸. A mortalidade materna e infantil ainda mantém índices inaceitáveis que, em sua maioria, podem ser evitados por uma assistência de qualidade e pela efetivação de políticas públicas. Desse modo, perante a necessidade da ampliação de estudos acerca da assistência às mulheres gestantes, este estudo propõe conhecer o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres assistidas no Programa no serviço de pré-natal da gestação de alto risco, parto e puerpério no município de Pinheiro, MA.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter retrospectivo, documental e descritiva, com abordagem quantitativa, realizada no Programa Alô Bebê que acompanha gestantes de alto risco, localizado no município de Pinheiro, na região Norte do Maranhão. Os dados foram coletados diretamente dos prontuários das pacientes que fizeram acompanhamento no programa durante o período de agosto de 2020 a março de 2021. No total, haviam 244 prontuários, mas 17 foram excluídos por não contemplarem as variáveis a serem estudadas.

O Programa Alô Bebê foi inaugurado em 2018, sendo referência no atendimento à gestação de alto risco. Atende gestantes referenciadas das Unidades Básicas de Saúde do município de Pinheiro, MA. Possui uma equipe multiprofissional composta por: enfermeira, técnica em enfermagem, médica obstetra, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista,

fisioterapeuta, psicóloga, fonoaudióloga e recepcionista. O Alô Bebê dispõe de serviços preconizados para a assistência pré-natal de qualidade e ainda realiza o acompanhamento puerperal e dos bebês até 1 ano de vida e seus atendimentos são custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁸.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora, que serviu como norteador das informações coletadas do prontuário das gestantes selecionadas. O roteiro foi composto por dados sociodemográficos (faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, ocupação habitual, zona de residência), dados pessoais obstétricos e atuais (paridade, tipo de gravidez atual, quantidade de gestações), e fatores para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco, se teve Covid-19 durante a gestação, e se teve mais de um fator de risco) de 227 prontuários. Para a coleta de informações obstétricas prévias (faixa etária da gestação anterior, local do parto anterior, quantidade de filhos vivos, quantidade de abortos, nascidos mortos ou que evoluíram a óbito, tipo de parto anterior), analisou-se 154 prontuários.

Os dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel 2019 e submetidos à análise descritiva para obtenção de frequências absolutas e relativas utilizando o programa Stata versão 16.

A coleta de dados ocorreu mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da coordenação do Programa Alô Bebê e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, através do parecer substanciado nº 4.679.674 e CAAE: 40884920.7.0000.5086, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

Resultados

A partir da análise de 227 prontuários, observou-se que a maioria das gestantes (38,33%) tinham entre 30 a 39 anos. Além disso, 92,07% se autodeclararam pardas, 37,89% possuíam o ensino médio completo. 75,77% viviam em união estável, 44,05% tinham como ocupação habitual o trabalho rural ou campo e, apesar de residirem na zona urbana (63,44%), a maioria realiza o trabalho no campo, visto que a principal fonte de renda do município advém da agricultura, pesca e pecuária (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes de alto risco acompanhadas pelo Programa Alô Bebê. Pinheiro, Maranhão, 2021.

Variáveis	n=227	%
Faixa Etária		
10 – 14 anos	13	5,73

15 – 19 anos	33	14,54
20 – 29 anos	76	33,48
30 – 39 anos	87	38,33
40 – 49 anos	17	7,49
Ignorado	1	0,44
Raça/cor		
Branca	0	0
Indígena	0	0
Preta	2	0
Parda	209	92,07
Ignorado	16	7,05
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	46	20,26
Fundamental Completo	25	11,01
Médio Incompleto	35	15,42
Médio Completo	86	37,89
Superior Incompleto	12	5,29
Superior Completo	23	10,13
Estado Civil		
Solteira	53	23,35
União Estável	130	57,27
Casada	42	18,50
Viúva/separada	1	0,44
Ignorado	1	0,44
Ocupação Habitual		
Trabalhadora rural ou campo	100	44,05
Trabalhadora do setor de comércio ou construção	10	4,41
Trabalhadora do setor da saúde	15	6,61
Trabalhadora do setor de serviços	26	11,45
Trabalhadora do setor de educação	8	3,52
Trabalhadora do lar	29	12,78
Estudante	39	17,18
Zona de Residência		

Urbana	144	63,44
Rural	83	36,56

Em relação aos antecedentes obstétricos e gestacionais, 70,5% eram multíparas. O tipo de gestação mais presente foi “única” (93,59%). Se tratando do número de gestações, a maioria apresentou de 2 a 4 (58,59%). Das 154 mulheres que relataram mais de uma gestação, a faixa etária mais frequente das gestações anteriores foi de 20 a 29 anos (44,16%), e 65,58% dos partos foi realizado em ambiente hospitalar. Quanto ao número de filhos vivos, 85,71% tinha entre 1 a 3 filhos. 56,49% nunca sofreram aborto e 91,56% não tiveram filhos nascidos mortos ou que evoluíram para óbito. Das gestações anteriores, o tipo mais frequente também foi a gesta única (93,51%), destacando-se o parto eutócito (51,30%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados pessoais obstétricos anteriores e atuais das gestantes de alto risco acompanhadas pelo Programa Alô Bebê. Pinheiro, Maranhão, 2021.

Variáveis	n	%
Paridade (n=227)		
Nulípara	73	32,16
Multípara	154	67,84
Tipo de gravidez atual (n=227)		
Única	217	93,59
Gemelar	9	3,96
Tripla	1	0,44
Quantidade de gestações (n=227)		
1 Gestação (atual)	67	29,52
2 – 4 Gestas	133	58,59
5 – 7 Gestas	23	10,13
8 ou mais Gestas	4	1,76
Faixa etária da gestação anterior (n=154)		
10 – 14 anos	3	1,95
15 – 19 anos	30	19,48
20 – 29 anos	68	44,16
30 – 39 anos	33	21,43
40 – 49 anos	2	1,30

Ignorado	18	11,69
Local do parto anterior (n=154)		
Domicílio	23	14,94
Hospital	101	65,58
Ignorado	30	19,48
Quantidade de filhos vivos (n=154)		
Nenhum	11	7,14
1 – 3 filhos	132	85,71
4 – 6 filhos	8	5,19
7 – 9 filhos	2	1,30
10 ou mais	1	0,65
Abortos (n=154)		
Nenhum	87	56,49
1 aborto	42	27,27
2 abortos	16	10,39
3 abortos ou mais	6	3,90
Ignorado	3	1,95
Nascidos mortos ou que evoluíram a óbito (n=154)		
Nenhum	141	91,56
1 óbito	8	5,19
2 óbitos	3	1,95
5 óbitos	1	0,65
Ignorado	1	0,65
Tipo de gravidez anterior (n=154)		
Única	144	93,51
Gemelar	2	1,30
Ignorado	8	5,19
Tipo de parto anterior (n=154)		
Eutócito	79	51,30
Distócico	23	14,94
Cesáreo	33	21,43
Ignorado	19	12,34

O principal motivo pelo qual a gestante foi encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco foi a Hipertensão arterial sistêmica (HAS), diagnosticada em 24,67%, seguido de 18,06% idade maior ou igual a 35 anos e idade menor ou igual a 15 anos (9,25%). A maioria das gestantes apresentou mais de um fator de risco (67,40%). Algumas gestantes (39,65%) foram encaminhadas ao Programa, apesar de não apresentarem fatores caracterizados como motivo para o acompanhamento de alto risco, como preconiza o Ministério da Saúde. Embora os atendimentos tenham ocorrido durante a pandemia, 74 (34%) das mulheres não fizeram testagem para Covid-19 (Tabela 3).

Tabela 3 – Doenças prevalentes nas mulheres encaminhadas ao pré-natal de alto risco no Programa Alô Bebê. Pinheiro, Maranhão, 2021.

Variáveis	n	%
Condições para o encaminhamento (n=227) *		
Hipertensão	56	24,67
Idade \geq 35 anos	41	18,06
Idade \leq 15 anos	21	9,25
Diabetes Mellitus	19	8,37
Fator Rh -	14	6,17
Gemelaridade	13	5,73
Descolamento de placenta	10	4,41
Hematoma retrocoriônico	8	3,25
HIV	5	2,20
Outros fatores **		
Condições clínicas	90	39,65
Transtornos mentais e de comportamento	15	6,61
Condições infectocontagiosas	8	3,52
Teve Covid durante a gestação?		
Sim	24	10,62
Não	34	15,04
Teste não realizado	168	74,34
Total de fatores de risco por gestante		
1 fator	153	67,40
2 fatores	55	24,23

3 fatores	18	7,93
4 ou mais	1	0,44

* A cada 227 participantes, n apresentaram a condição;

** Incluem-se aqui condições não preconizadas pelo Ministério da Saúde para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco.

Discussão

É importante ressaltar que a gestação de alto risco é caracterizada pela junção de um ou mais fatores que ocasionam um aumento na probabilidade de repercussões negativas, tanto para mãe quanto para o bebê. Situações sociodemográficas desfavoráveis, história clínica e obstétrica, condições pré-existentes como HAS, diabetes mellitus, entre outras, podem oferecer risco à saúde materna e fetal. O acompanhamento pré-natal de alto risco deve ocorrer em serviços especializados e de forma integrada para que eventuais complicações sejam minimizadas⁹.

As gestantes tinham entre 30 a 39 anos, eram pardas e possuíam ensino médio completo, viviam em união estável e residiam na zona urbana, dados que corroboram com um estudo realizado em Caxias, no Maranhão, no qual observou-se informações semelhantes. Dessa forma, nota-se que a idade foi uma condição importante para o aumento do risco de morte materna ou de complicações durante o percurso gestacional¹⁰.

Um percentual de 18,06% das gestantes encontrava-se em idade superior a 35 anos; a idade avançada representa um risco quando comparado às gestações em mulheres com idade inferior. Mulheres em idade avançada têm mais chances de desenvolverem hipertensão/pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, rotura prematura de membrana, bebês prematuros e com baixo peso ao nascer¹¹. As gestantes acima de 35 apresentam um risco significativo para o aparecimento de malformações fetais ou cromossomais, o que pode ser explicado pelo aparecimento de defeitos estruturais nos óvulos e pelo declínio da fertilidade, bem como o aparecimento de patologias clínicas e crônicas, o que favorece o aumento de complicações durante a gestação¹⁰⁻¹¹.

Outro ponto que merece atenção, é a quantidade de gestações em adolescentes com idade menor ou igual a 15 anos (9,25%). A gestação nessa idade está mais propensa a complicações maternas e neonatais, com destaque para a anemia, pré-eclâmpsia, hemorragia no pós-parto, prematuridade, infecções genito-urinárias, baixo peso ao nascer e óbito neonatal¹².

Geralmente a gravidez acontece de forma não planejada, tendo consequência pela baixa escolaridade – como observado neste estudo, onde a maioria das adolescentes apresentou ensino

fundamental incompleto; a baixa escolaridade atrelada com a imaturidade torna as adolescentes mais propensas a violência sexual; por isso, a educação é um fator crucial para a prevenção da gravidez na adolescência¹¹⁻¹².

Na variável raça/cor, a raça parda foi predominante (92,07%), o que diverge de um estudo realizado no Paraná, onde a maioria era da raça branca (57%)¹³. Indivíduos negros ou pardos têm mais chances de apresentarem desfechos desfavoráveis – a exemplo da HAS, que apresenta maior prevalência em mulheres negras -, sendo que, no Brasil, a pobreza, a falta de acesso aos serviços de saúde e as variações genéticas podem contribuir para as disparidades raciais e para o agravamento dos problemas de saúde. O reconhecimento das vulnerabilidades raciais pode auxiliar no direcionamento das ações de saúde para diminuir o risco de complicações durante e após a gravidez¹⁴.

Quanto à escolaridade e ao tipo de ocupação habitual, as gestantes tinham o ensino médio completo e eram trabalhadoras rurais ou do campo. Em pesquisa recente, autores¹⁵, identificaram riscos à saúde materna e fetal decorrentes do trabalho no campo durante o período gestacional. O trabalho rural expõe as gestantes a riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômico; as gestantes são expostas a condições climáticas desfavoráveis, como frio, calor excessivo, radiação solar, o que pode provocar fadiga, tonturas e desmaios. Além do mais, a radiação solar pode aumentar o risco de doenças dermatológicas. A exposição a zoonoses também merece atenção, haja visto que aumentam a incidência de parto prematuro, baixo peso ao nascer, aborto espontâneo e alterações do desenvolvimento fetal e risco de mortalidade materno fetal¹⁵⁻¹⁶.

Há também os riscos de acidentes com materiais cortantes, visto que o manuseio da enxada e do facão são muito utilizados na agricultura durante a limpeza dos terrenos para realização do plantio¹⁵. As gestantes também são acometidas pelos riscos ergonômicos, uma vez que realizam esforço físico e mantêm postura inadequada durante o trabalho rural, o que as deixa mais susceptíveis a agravos¹⁶⁻¹⁷.

Sobre os antecedentes obstétricos, verificou-se que a maioria das gestantes atendidas no Programa Alô Bebê são multíparas e com cerca de 2 a 4 gestas, com predominância na faixa etária da gestação anterior entre 20 a 29 anos e 85,71% das gestantes tinham, em média, de 1 a 3 filhos vivos, com histórico de gestação única. Semelhante ao estudo realizado no Rio Grande do Sul¹⁶, em que 43,1% das gestantes afirmaram que possuíam entre 1 a 2 filhos; tal informação é relevante, pois conhecer essas características é fundamental para que a gestação tenha um percurso tranquilo, visto que mulheres que apresentam cinco ou mais gestações apresentam risco elevado de morbimortalidade materna devido ao número elevado de gestações¹⁶.

Em relação a via de parto da gestação anterior, a prevalência foi o parto eutócito ocorridos em ambiente hospitalar. Nesse aspecto, os dados são positivos, uma vez que o parto normal é mais saudável para o binômio mãe-filho, onde os riscos de adquirir infecções são diminuídos devido aos mecanismos fisiológicos, e contribui para uma recuperação mais rápida no pós parto. Outros benefícios são observados, tais como o aquecimento corporal do bebê, estabilização cardíaca e respiratória. O processo natural de parturição fortalece o vínculo entre o binômio o que o torna mais vantajoso para a saúde da mãe e do bebê¹⁷.

No tocante à queixa principal, ou seja, o motivo pelo qual as pacientes foram encaminhadas ao atendimento de pré-natal de alto risco, a intercorrência mais comum foi a HAS (24,67%). A HAS desenvolvida na gestação é uma das patologias que mais complicam a gestação, acometem de 5% a 10% das gestantes, e mencionada em 20% a 30% das declarações de óbitos maternos, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal no país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste¹⁸.

No tocante às gestantes HIV positivo, é importante lembrar que mulheres infectadas resulta em um número crescente de crianças nascendo com o vírus HIV. A transmissão vertical (TV) via transplacentária, no trabalho de parto, parto ou amamentação ainda é um desafio de saúde pública em diversos países, inclusive no Brasil. Para minimizar esses números, torna-se essencial uma cobertura pré-natal de qualidade, para que o acompanhamento seja efetivo e contribua para a diminuição da mortalidade materna e transmissão vertical do HIV¹⁹.

Na variável outros fatores, foram inclusas condições clínicas (39,65%) que apareceram em menor frequência, como: oligodrâmnio, polidrâmnio, cardiopatias, histórico de aborto e morte neonatal, ginecopatias, toxoplasmose, sífilis, citomegalovírus, infecção urinária, histórico de câncer, náuseas e vômitos, mas que apresentam risco para o bom percurso gestacional, sendo que a maioria acumulou mais de um fator de risco (67,40%) o que implica em problemas para a saúde materna e neonatal, sendo necessária uma assistência mais complexa²⁰.

Foram anexadas também outras queixas que não são preconizadas no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, tais como: dor pélvica, cólicas, constipação, cefaleia. No entanto, essas gestantes foram acompanhadas pelo Programa para evitar o abandono a assistência pré-natal²⁰. Então, compreendendo a importância da assistência pré-natal, bem como sua continuidade para um desfecho favorável da gestação, o Programa Alô Bebê realizou o acompanhamento dessas gestantes²¹.

Os transtornos mentais e de comportamento, juntamente com o uso de drogas lícitas e ilícitas foram presentes neste estudo (6,61%). Sabe-se que todas as substâncias ingeridas

durante a gestação influenciam no desenvolvimento do bebê, visto que atravessam a placenta e expõem o feto às mesmas concentrações maternas. O uso de drogas – sejam medicamentos, drogas lícitas e ilícitas, durante o período gestacional, podem ocasionar no feto distúrbios mentais, distúrbios físicos, bebê natimorto, aborto, paralisia cerebral e baixo peso ao nascer. Para isso, faz-se necessário uma rede de apoio social e de saúde de qualidade, para garantir a segurança da mãe e do bebê²².

Os atendimentos ocorreram durante a pandemia da Covid-19, mas somente 58 gestantes realizaram o teste e 74,34% não realizaram testagem durante o acompanhamento pré-natal. Devido às limitações de estudos relacionados a infecção por Covid durante a gestação, se este pode apresentar algum risco para o desenvolvimento fetal ou para a mãe, é necessário que essas gestantes sejam acompanhadas durante o percurso gestacional, tendo em vista que se trata de uma doença recente e que apresenta muitos questionamentos quanto a sua fisiopatologia no organismo materno²³.

No Brasil, desde o início da pandemia até junho de 2020, foram notificadas 124 mortes de gestantes e puérperas. Estudos destacam que as infecções por Covid-19 nesse grupo podem ser subnotificadas, pois apenas mulheres com sintomas graves foram testadas. As gestantes e puérperas apresentam algumas especificidades hemodinâmicas, ventilatórias e de controle da fisiopatologia da Covid-19 que contribuem para o aumento de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal e para a mortalidade materna²⁴.

A riqueza dos dados disponíveis nesta pesquisa demonstra que o Programa Alô Bebê propiciou vantagens e melhoras no que diz respeito ao atendimento pré-natal de alto risco. As gestantes são acompanhadas durante a gestação, parto e puerpério e os bebês são acompanhados pelo Programa até completarem 1 ano de idade. O serviço é especializado, com equipe multiprofissional, onde há a realização de exames laboratoriais e de imagem, imunização, acompanhamento da saúde bucal, retorno de maneira fácil, todos em tempo oportuno, visto que as gestantes integrantes possuem prioridade na rede de saúde municipal, o que contribui para a continuidade da assistência pré-natal.

Conclusão

Este estudo constatou que as mulheres tinham em média 30 a 39 anos, eram pardas, possuíam ensino médio completo, conviviam em união estável e residiam em zona urbana. O motivo principal pelo o qual fizeram acompanhamento pré-natal de alto de alto risco foi a hipertensão arterial, que é identificada como um dos principais fatores para complicações durante a gestação.

Dessa forma, o presente estudo contribuiu para o conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico das gestantes atendidas pelo programa, de modo a reconhecer as suas potencialidades e fragilidades e, assim, subsidiar o planejamento de novas estratégias que fortaleçam e melhorem as atividades já prestadas pelo Programa Alô Bebê.

Desde a sua implantação, o programa Alô Bebê tem contribuído de forma positiva na redução das complicações durante a gestação de alto risco, o que reflete na redução dos óbitos maternos e neonatais. Além de proporcionar um ambiente de troca e acolhimento, a equipe multidisciplinar do Alô Bebê é essencial para a assistência integral à gestante, melhorando a sua qualidade de vida e o seu enfrentamento ao quadro clínico.

Entretanto, ressaltam-se algumas limitações nesta pesquisa, visto que há a falta de preenchimento correto dos dados referentes ao prontuário, e ausência de ficha específica para o atendimento puerperal e do recém-nascido, além de alguns dados do recém-nascido que também não foram preenchidos. Entende-se que o Programa é recente e que existam algumas deficiências, porém, sua proposta de identificar as usuárias do SUS que se encontram gestantes e com riscos à saúde materno infantil, é contemplado.

A partir do fomento de estudos futuros, que visem acompanhar as ações prestadas por programas voltados à saúde materna, avaliem a assistência prestada pela equipe de saúde e identifiquem como ocorre o processo de implementação de medidas cabíveis nos diversos cenários brasileiros, poderão contribuir com uma assistência pré-natal de qualidade, a realização de consultas e exames em tempo oportuno, diminuição dos riscos maternos relacionados à gestação e, assim, dirimir a mortalidade materna, que ainda mantém números elevados.

Este artigo não envolve conflitos de interesses por parte dos autores.

Referências

1. Nascimento TFH, Araujo FNF, Soares NSCS, Silva FM, Santos FD, Chaves BJP. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. Rev Pre Infec e Saúde [internet]. 2018; 4:6887: 2-9. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6887/pdf>
2. Silva JR, Oliveira MBT, Santos FRP, Neto MS, Ferreira AGN, Santos FS. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública. Ver Bras ci Saúde. 2018; 22(2): 109-116.
3. Oliveira DC, Mandú ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidade e cuidado. Esc Anna Nery. 2015; 19 (1): 93-101.
4. Assis TR, Chagas VO, Goes RM, Schafauser NS, Caitano KG, Marquez RA. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde. 2019; 13(4): 843-853.

5. United Nations. Sustainable Development Goals [internet]. New York: United Nations. 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
6. Alvares AS, Corrêa ÁCP, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2620-27. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>
7. Alves FLC, Castro EM, Souza FKR, Lira MCPS, Rodrigues FLS, Pereira LP. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180023. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>.
8. Secretaria Municipal de Saúde. Implantação do Programa Alô Bebê para atendimento à gestação de alto risco. 2018. Disponível em: <https://pinheiro.ma.gov.br>.
9. Alves TO, Nunes RLN, Sena LHA, Alves FG, Souza AGS, Salviano AM, et al. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. *Braz Journ of Health Review*. 2021 jul./aug.; 4(4); 14860-14872.
10. Silva JDC, Filha FSSC, Silva MVRS, Silva EAC, Santos JC. Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. *REAS/EJCH*. 2019. 23:e451. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e451.2019>.
11. Nascimento TFH, Araujo FNF, Soares NSCS, Silva FM, Santos MFD, Chaves BJP. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. *Rev Pre Infec e Saúde*[Internet].2018;4:6887. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6887> DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.6887>
12. Paiva DSBS, Nunes HHM, Moreira SFS, Ferreira MGS. Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. *REAS/EJCH*. 2018. 11(2):e136. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e136.2019>.
13. Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço. *Ver Bras Enferm*. 2019; 72(Suppl 3): 213-20.
14. Pacheco VC, Silva JC, Mariussi AP, Lima MR, Silva TR. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. *Saúde Debate*. 2018. 42(116): 125-137.
15. Marchiori PM, Ferraz L, Oliveira PR. A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais na estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE*. 2017. 11(12): 4970-9.
16. Mendes AR, Bortolini VMS, Menezes APS, Colpo AZC, Barreto CAS, Cruz CBR, Bragança GCM, Zago AC. Perfil farmacoepidemiológico de gestantes assistidas em uma unidade especializada de saúde na cidade de Bagé/RS. *Braz Journal of Development*. 2021. 7(3): 225182-22202.
17. Gazineu RC, Amorim KRA, Paz CT, Gramacho RCCV. Benefícios do parto normal para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. *Textura*. 2018. 12(20): 121-129.
18. Moraes LSL, França AMB, Pedrosa AK, Miyazawa AP. Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2019. 43(3): 599-611.
19. Campos DP, Kanaan S, Lourenção LG, Lopes VGS, Xavier AR. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes com HIV positivo atendidas em um hospital municipal de Niterói. *Saúde Coletiva*. 2020. 52(10): 2280-2287. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2280-2295>
20. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 2012. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. Ed: 1-302. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

21. Rocha IMS, Barbosa VSS, Lima ALS. Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. *Rev Recien*. 2017. 7(21): 21-29.
22. Ministério da Cidadania (BR). Conhecendo os efeitos do uso de drogas na gestação e as consequências para os bebês. 2021. Brasília: Ministério da Cidadania. 1. Ed: 1-39. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-cartilha-sobre-efeitos-e-consequencias-do-uso-de-drogas-na-gestacao/30042021_cartilha_gestantes.pdf
23. Paulo GP, Lessa ESS, Paulo MP, Leão LF. Covid-19 e gestação: revisão de literatura. *Brasília Med*. 2021. 58: 1- 6.
24. Schincariol I. Grávidas e puérperas brasileiras são as que mais morrem por coronavírus. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/gestantes-puerperas-morrem-por-coronavirus-no-brasil/>

REFERÊNCIAS

ALVARES, AS.; CORRÊA, ACP.; NAKAGAWA, JT.T. et al. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Rev Bras Enferm**, [S. L.], v.71,Supl 6, p.2620-2627, 2018. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>. Acesso em: 22 ago 2020.

ALVES, FLC, et al. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. L.], v. 40, 2019, p. e20180023. Disponível em: DOI 10.1590/1983-1447.2019.20180023. Acesso em: 24 ago 2020.

AMORIM, TV., SOUZA, IEO., MOURA, MAV., QUEIROZ, ABA., SALIMENA, AMO. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Revista eletrônica trimestral de Enfermeria**. [S. L.] v. 46, abril de 2017, p. 515-529. Disponível em: Acesso em: 19 ago 2020.

ASSIS, TR, et al. “Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?” **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, dez 2019. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br, doi:10.29397/reciis.v13i4.1595. Acesso em: 26 ago 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Crise de coronavírus deve aumentar taxas de mortalidade materna e infantil. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, 13 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/crise-do-coronavirus-deve-aumentar-taxas-de-mortalidade-materna-e-infantil/50126/>. Acesso em: 17 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº569, de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 12 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 22 abr 2022.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: Acesso em: 27/07/2020.

CARVALHO, PI de, et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2007: estudo descritivo. **Epidemiol. Serv, Saúde**, v.29, n.1, p. 1-17, 2020. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/S4bVNN8hT745pMXHGstPMfG/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2022.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. Disponível em: Acesso em: 26 jul 2020.

_____. _____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 jul 2020.

_____. _____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 jul 2020.

_____. _____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº650, de 5 de outubro de 2011**. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em: 12 jul 2020.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 43 p. Disponível em: Acesso em: 13 ago 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: Acesso em: 10 jul 2020.

_____. _____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 12 jul 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. **COFEN [Internet]**. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 30 ago 2020.

COSTA, LD, et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm**, v. 21, ed. 2, p. 01-08, 2 jun. 2016. Disponível em: Acesso em: 26 ago 2020.

COSTA, ES; OLIVEIRA, RB; LOPES, GS. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. **REAS**, v.13, n.1, p. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5826.2021>. Acesso em: 22 abr 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Nota Oficial de Alerta às mortes maternas associadas à Covid-19. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, 18 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1067-nota-oficial-de-alerta-as-mortes-maternas-associadas-a-covid-19>. Acesso em: 02 ago 2020.

GARCIA, ESGF, et al. “As Ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde”. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, [S. L.], vol. 10, no 3, julho de 2018, p. 863. Disponível em: DOI 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.863-870. Acesso em 19 ago 2020.

GUERRA, JVV., Alves, VH., Valete, COS et al. Diabetes gestacional e assistência pré-natal no alto risco. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, ed. 2, p. 449-54, 14 fev. 2019. Disponível em: Acesso em: 17 ago 2020.

LAWN JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. **Lancet**, v.387, p.587-603, 2016. Acesso em: 16 ago 2020.

LEAL, MC., et al. “Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos”. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. L.], v. 35, n. 7, p. e00223018, 2019. DOI 10.1590/0102-311x00223018. Acesso em: 26 ago 2020.

LIMA SS, Braga MC, Vanderlei LCM et al. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cad. Saúde Pública**, [S. L.]; v.36, n.2, p.e00039719, 2019. 19 ago 2020.

NASCIMENTO, TFH., et al. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. **Rev Pre Infec e Saúde**, v.4, p.6887, 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6887>. Acesso em: 26 ago 2020.

OLIVEIRA, DC; MANDÚ, ENT. “Women with High-Risk Pregnancy: Experiences and Perceptions of Needs and Care”. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015. DOI 10.5935/1414-8145.20150013. Acesso em: 12 jul 2020.

OLIVEIRA, IG.; CASTRO, LLS.; MASSENA, AM. et al. Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. **Rev. Eletr. Enf.**, v.19, p. a28, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.40374>. Acesso em: 29 ago 2020.

TEODORO, MS. et al. Condicionantes e características da mortalidade materna no Brasil. **REAS**, v.13(4), p. 1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7050.2021>. Acesso em: 22 abr 2022.

SAY L, Barreix M, Chou D, Tunçalp O, Cottler S, McCaw-Binns A, et al. Maternal morbidity measurement tool pilot: study protocol. **Reprod Health**, [S. L.]; v.13, n.69, 2016. Acesso em: 12 jul 2020.

SILVA, JR da, et al. “Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública”. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. L.] v. 22, n. 2, p. 109–16, 2018. DOI 10.4034/RBCS.2018.22.02.03. Acesso em: 26 ago 2020.

TELES, PA et al. Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em gestantes de alto risco. **Enferm. Foco**, [S. L.], v. 10, ed. 3, p. 119-125, 17 out. 2019. Acesso em: 26 ago 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **UNA-SUS/UFMA**. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015. Acesso em: 22 ago 2020.

VANDERLEI, LCM., FRIAS, PG. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15, n.2, p. 157-160, abr./jun., 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000200001>. Acesso em: 23 ago 2020.



INÍCIO / Normas

Normas

*** ATENÇÃO ***

OS MANUSCRITOS (ARTIGOS) DEVEM SER SUBMETIDOS PARA A REVISTA RECIEN PELO ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL): revistarecien@gmail.com - NÃO SERÁ ACEITO MAIS QUE UM (1) MANUSCRITO POR SUBMISSÃO. - PODEM SUBMETER MAIS QUE UM MANUSCRITO, SIM, DESDE QUE SEJA FEITO DE MODO INDIVIDUALIZADO (SEPARADAMENTE).

PERIODICIDADE DAS PUBLICAÇÕES

A Revista Recien é uma publicação de versão Eletrônica, com periodicidade trimestral (MARÇO, JUNHO, SETEMBRO e DEZEMBRO). A publicação acontece entre os dias 20 e 31 dos meses de MARÇO e DEZEMBRO e entre os dias 20 e 30 dos meses de JUNHO e SETEMBRO.

CATEGORIA DE MANUSCRITOS

Tipos de Artigos Considerados:

* **Artigos Originais:** São estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de caso-controle, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso, estudos qualitativos e quantitativos. Sua estrutura deve conter: resumos e descritores (de 3 a 4 palavras), introdução, objetivos, material e método, resultados, discussão ou (resultados e Discussão), conclusão ou considerações finais e referências. Abrangendo de 12 a 15 páginas, mínimo 20 e máximo 30 referências e 6 autores.

* **Artigos de Revisão:** Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta-análises, revisão sistemática tipo escopo, revisão integrativa e revisão narrativa. Sua estrutura deve conter: resumos e descritores (de 3 a 4 palavras), introdução, objetivos, material e método, resultados, discussão ou (resultados e Discussão), conclusão ou considerações finais e referências. Abrangendo de 15 a 20 páginas, mínimo 20 e máximo 25 referências e 6 autores.

* **Relato de Caso, Experiência e/ou Inovação Tecnológica:** Estudo em que se descreve uma situação da prática e ou inovação tecnológica (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Sua estrutura deve conter: resumos e descritores (de 3 a 4 palavras), introdução, objetivos, material e método, resultados,

discussão ou (resultados e Discussão), conclusão ou considerações finais e referências. Abrangendo de 10 a 11 páginas, mínimo 10 e máximo 15 referências e 6 autores.

* **Comunicação Curta ou Reflexão:** Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Sua estrutura deve conter: resumos e descritores (de 3 a 4 palavras), introdução, objetivos, metodologia, desenvolvimento, conclusão ou considerações finais e referências. Abrangendo de 4 a 8 páginas, mínimo 6 e máximo 10 referências e 6 autores.

CASO O MANUSCRITO SEJA RECUSADO, SERÁ COMUNICADO AO RESPONSÁVEL O MAIS BREVE POSSÍVEL.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

1. O tema precisa estar relacionado com a área de Enfermagem.
2. Não aceitamos manuscritos de outras categorias sem a participação da Enfermagem.
3. **Carta de declaração de responsabilidade e cessão de direito autoral deve ser INSERIDA NO CORPO DO E-MAIL** com todos os dados do autor principal no momento da submissão do manuscrito.
4. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa quando envolver pessoas e animais (Resolução do Conselho Nacional de Saúde: 466/2012 ou 510/2016).
5. O manuscrito deve ser encaminhado para apreciação no idioma: PORTUGUÊS
6. Não aceitamos manuscritos com formatação em colunas.
7. A Revista Recien não aceita notas de rodapé.
8. **O MANUSCRITO NÃO PODERÁ SER ENCAMINHADO EM PDF.**

ATENÇÃO: Quando o artigo (manuscrito) for produzido por alunos (discentes / acadêmicos) em formação, os trabalhos precisam ter um/a PROFESSOR/A como orientador/a.

ITENS EXIGIDOS PARA ENVIO DOS MANUSCRITOS

Formatação: Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior e direita/inferior de 2,5cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 97-2003 ou superior ou editores compatíveis.

Primeira Página

- Nome completo dos autores, com qualificação curricular e titulação acadêmica (se houver).
- Endereço eletrônico (e-mail) de todos os autores.

INDICAR CATEGORIA DO ARTIGO: (Artigo Original; Artigo de Revisão; Relato de Caso, Experiência e/ou Inovação Tecnológica; Comunicação Curta ou Reflexão).

ATENÇÃO: PRIMEIRA PÁGINA NÃO CONTABILIZA COM AS DEMAIS PÁGINAS DO TEXTO.

Segunda Página em Diante - Título (conciso e informativo) em português (não exceder dez palavras).

- Resumo (mínimo 140 e máximo de 150 palavras) em português, inglês e espanhol, apresentados em espaço simples.
- Descritores na versão português, inglês e espanhol.

De 3 a 4 palavras escolhidas dentre os termos indexados junto aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), disponível em: .

APRESENTAÇÃO: A apresentação dos trabalhos científicos precisa obedecer à ordem abaixo especificada:

- Texto produzido conforme as características individuais de cada trabalho, ou seja, artigo original, artigo de revisão (revisão sistemática com e sem meta-análises, revisão integrativa, narrativa e simples), relato de caso, experiência e/ou inovação tecnológica, comunicação curta ou reflexão.

ILUSTRAÇÕES: (tabela, quadro, fluxograma e figura) conforme as normas da Revista Recien e estão limitadas ao máximo de cinco (5) por manuscrito. Tabela, quadro, fluxograma devem estar inseridas no texto e em formato aberto **NÃO EM FORMATO DE FIGURA OU IMAGEM**. As figuras também devem estar inseridas no texto com resolução de 300 dpi e formato JPEG. Todas as ilustrações devem conter título, fonte.

REFERÊNCIAS: Todos os autores citados no texto devem constar na lista de referências ao final do manuscrito, em ordem numérica (1,2,3,...) de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, devem seguir o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).

* Até seis (6) autores, separados com vírgula, seguidos de et al., (SE EXCEDER ESTE NÚMERO).

Santos ABC, Maia LFS, Silva JH, Oliveira OMB, Melo AGV, Gomes SRS, et al. Normas para formatação, submissão e publicação de manuscritos. São Paulo: Revista Recien. ano; volume(número):páginas. 2017; 6(2):1-10.

Santos ABC, Maia LFS, Silva JH, Oliveira OMB, Melo AGV, Gomes SRS, et al. Normas para formatação, submissão e publicação de manuscritos. 2015. Disponível em: <<http://www.....>>. Acesso em dia/mês/ano.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo ou artigo utilizado.

- Exceto com autorização do Conselho Editorial, o manuscrito PODERÁ exceder a quantidade de páginas obrigatórias.

- O Conselho Editorial se reserva o direito de sugerir eventuais modificações da estrutura ou conteúdo nos trabalhos, mas sempre em comum acordo com os autores.

- Os artigos não publicados, não serão devolvidos, mas será comunicado aos autores uma justificativa do Conselho Editorial.

- **O CONTEÚDO, A REDAÇÃO E AS REFERÊNCIAS DOS TRABALHOS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.**

- As páginas do manuscrito devem estar numeradas desde a primeira página.

- Dúvidas sugestões e reclamações deverão ser encaminhadas via endereço eletrônico (e-mail) para: revistarecien@gmail.com.

***** ATENÇÃO *****

OS MANUSCRITOS (ARTIGOS) DEVEM SER SUBMETIDOS PARA A REVISTA RECIEN PELO ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL): revistarecien@gmail.com

CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO: APÓS PUBLIDADO SEU ARTIGO NO PORTAL DA REVISTA RECIEN, CASO TENHA INTERESSE NO CERTIFICADO FAZER SOLICITAÇÃO POR E-MAIL (revistarecien@gmail.com) INFORMANDO TÍTULO DO ARTIGO, AUTORES E COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA TAXA DE R\$40,00 (quarenta reais), FEITO POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA PIX (CHAVE CNPJ: 12.119.569/0001-50 - INSTITUTO ENFSERVIC).

PRAZO PARA AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS E DEVOLUTIVA ENTRE 120 e 180 DIAS.

Condições para submissão

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

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso

contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão deve estar em Editor Word for Windows 97-2003 ou superior. **NÃO ACEITAREMOS MANUSCRITO EM PDF.**

O texto está em espaço entre linhas 1,5; exceto os resumos nos idiomas (português, inglês e espanhol) em espaço simples; usa uma fonte de tamanho 12 - pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereço URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

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

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

Taxa de Submissão (vigente para trabalhos submetidos até 31/12/2022): no valor de R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais) por artigo, cujo pagamento será efetuado no momento do aceite do manuscrito após a pré-análise.

- O autor receberá uma mensagem por e-mail sobre o aceite do manuscrito para avaliação.
- ● Após recebimento da mensagem por e-mail o autor terá um prazo de até 5 (cinco) dias para pagamento da taxa.

ATENÇÃO: APÓS O PAGAMENTO DA TAXA DE SUBMISSÃO E ENVIO DO COMPROVANTE O AUTOR OU A AUTORA PRINCIPAL RECEBERÁ POR EMAIL A CARTA DE ACEITE DO MANUSCRITO SUBMETIDO AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO.

Taxa de Publicação (vigente para trabalhos aprovados até 31/12/2022): no valor de R\$600,00 (seiscentos reais) por artigo, cujo pagamento será efetuado no momento do aceite do manuscrito para publicação.

- O autor receberá uma mensagem por e-mail sobre o aceite do manuscrito para publicação.
- ● Após recebimento da mensagem por e-mail o autor terá um prazo de até 5 (cinco) dias para pagamento da taxa.

ATENÇÃO: APÓS O PAGAMENTO DA TAXA DE PUBLICAÇÃO E ENVIO DO COMPROVANTE O AUTOR OU A AUTORA PRINCIPAL RECEBERÁ POR E-MAIL A DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO MANUSCRITO E A INFORMAÇÃO EM QUAL EDIÇÃO SERÁ PUBLICADO O ARTIGO.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTURAL

DECLARAÇÃO RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITO AUTURAL

***** A Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direito Autoral DEVERÁ SER INSERIDA NO CORPO DO E-MAIL NO MOMENTO DO ENVIO DO MANUSCRITO.**

O/A(s) autor/a(es/as)nome(s)....., nos termos da Lei nº. 9.610 de 19/02/1998, pelo presente instrumento particular, declara a quem possa interessar, que cede(m) e transfere(m) os direitos da publicação, em caráter universal, definitivo, irrevogável, com exclusividade à Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem (ISSN: 2358-3088), permissão para avaliar, normalizar, editar e publicar o manuscrito "... (TÍTULO DO ARTIGO)..." submetido de modo inédito.

Dados do/a responsável para envio das taxas:

Nome completo:

CPF:

Celular com DDD:

Endereço Residencial ou Comercial:

CEP:

E-mail:

O manuscrito se enquadra na seguinte categoria: (marque com X sua opção)

- Artigo Original
- Artigo de Revisão
- Reflexão
- Relato de Caso
- Relato de Experiência
- Inovação Tecnológica
- Comunicação Curta

Cada autor(a) garante: a) Que o artigo é original, excetuando-se as citações de outras obras publicadas, desde que observadas as limitações expressas nos artigos 46 e 47 da Lei 9.610 de 19/02/1998; b) Que o artigo não contém quaisquer declarações caluniosas ou difamatórias e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual, comercial ou industrial de terceiros; c) Que o artigo, na íntegra ou em partes, não está sob avaliação, não será avaliado, não estará previsto para publicação, nem publicado em outro periódico científico ou sítio eletrônico, tanto nacional quanto internacional, em quaisquer áreas de conhecimento; d) Ressarcir prontamente à Revista Recien por quaisquer indenizações, prejuízos ou despesas que advenham em razão da quebra das garantias expressas nas alíneas a, b e c, acima.

Casos de plágio e autoplágio não serão aceitos sob nenhuma hipótese. O autor plagiário será suspenso por 5 (cinco) anos sem publicação na Revista Recien.

É permitida a cópia, total ou parcial, de artigo publicado na Revista Recien, desde que informada a fonte (autor e Revista Recien), sendo vedado o uso comercial e a produção e distribuição de trabalhos derivados. Caso seja verificada a quebra de exclusividade, a submissão será arquivada e o autor estará suspenso de publicar por 5 (cinco) anos na Revista Recien, sem prejuízo das ações cíveis/penais previstas em lei.

A cessão de direitos autorais não acarretará nenhuma espécie de ônus para a Revista Recien. Todo trabalho publicado no periódico terá caráter exclusivo de colaboração estritamente acadêmica e de acesso livre, sem qualquer tipo de remuneração pelo uso das submissões.

Cada autor(a) tem ciência de que:

- 1) A submissão poderá ser recusada caso o Conselho Editorial da Revista Recien, responsável pela avaliação e seleção dos artigos, não considere pertinente a publicação, por quaisquer motivos, devidamente fundamentados;
 - 2) Os editores reservam-se o direito de modificar o texto da submissão - sem alteração de conteúdo - para normalizá-lo e adaptá-lo às normas de publicação.
-



INDEXADORES, BASE DE DADOS E REPOSITÓRIOS



CONTATO

Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem - ISSN: 2358-3088 - Prefixo DOI: 10.24276
Instituto ENFSERVIC

E-mail: revistarecien@gmail.com

OJS customizado por: [Luis Andrés Castillo B.](mailto:LuisAndrés.Castillo.B), E-mail: luiscastleb@gmail.com

A Revista Recien esta Licenciada com [Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Copyright: ©2022-2014 Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem. Todos os direitos reservados.

Printed &
bound by
OJS/PSD



São Paulo, 30 de novembro de 2021

Carta de Submissão e Aceite

Sob autoria de

Julyana Suelen Rodrigues Fonseca, Keyla Cristina Nogueira Duras, Amanda Namíbia Pereira Pasklan, Jundson Dias Brito, Adryemerson Pena Forte Ferreira e Lidiane Andréia Assunção Barros

Informamos que o manuscrito **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES GESTANTES DE ALTO RISCO**, sob o número 00660-2021, submetido em 28/10/2021, foi **ACEITO** no processo de submissão da Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem.

Em caso de dúvidas, contate-nos via e-mail: revistarecien@gmail.com

Gratidão por considerar a Revista Recien como meio de compartilhar sua produção científica.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luiz Faustino Maia", is written over a horizontal line.

Prof. Luiz Faustino Maia

Editor Científico



DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO

Sob autoria de

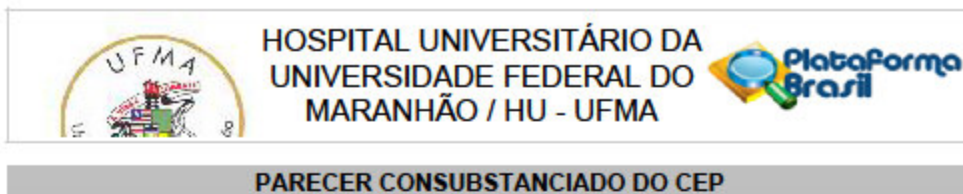
Julyana Suelen Rodrigues Fonseca, Keyla Cristina Nogueira Duras,
Amanda Namíbia Pereira Pasklan, Jundson Dias Brito, Adryemerson
Pena Forte Ferreira e Lidiane Andréia Assunção Barros

Declaramos para os devidos fins que o manuscrito intitulado **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES GESTANTES DE ALTO RISCO** foi **APROVADO** para publicação e será publicado na edição de março (38/2022) da **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**.

São Paulo, 25 de abril de 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luiz Faustino Maia', is written over a horizontal line.

Prof. Luiz Faustino Maia
Editor Científico

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES REALIZADAS PELO PROGRAMA ALÔ BEBÊ NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO, MA PARA A REDUÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS E

Pesquisador: Amanda Namibia Pereira Pasklan

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40884920.7.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

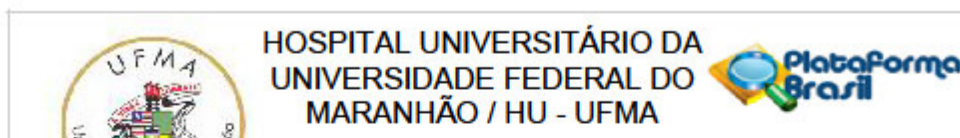
Número do Parecer: 4.679.674

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1675651. Datado de 14/04/21).

Introdução: Segundo Portela (2015), o óbito materno é conceituado como a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o final da gravidez; tal conceito independe da duração ou localização da gravidez, sendo considerada qualquer causa que esteja relacionada ou seja agravada pelo período gravídico, sendo desconsiderados causas acidentais ou incidentais (PORTELA, 2015). A morte materna possui duas formas de classificação: direta ou indireta. A primeira é determinada por complicações causadas durante a gestação, parto ou puerpério consequentes a procedimentos, omissões ou intervenções incorretas que acabam resultando no óbito. Em contrapartida, a causa indireta deriva de doenças que antecedem à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, no qual são acentuados pelo processo fisiológico da gravidez (BRASIL, 2009). Estima-se que para cada óbito materno, em média de 20 a 30 mulheres possuam alguma morbidade relacionada à gestação (SAY et al., 2016). A mortalidade infantil, assim como a mortalidade materna, ainda configura um grande desafio para os serviços de saúde. O Ministério da Saúde (2012) classifica os óbitos em: fetal, quando este ocorre antes do nascimento, a partir da 22ª semana completa de gestação; neonatal precoce, entre 0 a 6 dias de

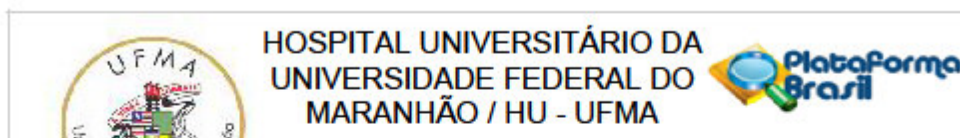
Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.679.674

vida completos; perinatal, entre a 28ª semana gestacional ao 7º dia de nascimento (BRASIL,2012). Para Lawn et al (2016), a maioria das complicações podem ser evitadas e estão relacionadas às condições maternas como infecções, doenças não transmissíveis, fatores nutricionais e de estilo de vida e idade materna. Embora tenha havido uma redução evidente dos óbitos maternos em números globais, cerca de 44% nos últimos 25 anos e uma queda anual de 43%, com registro de declínio de 532.000 casos em 1990 para 303.000 em 2015, o mesmo não ocorreu com os óbitos neonatais e fetais, em que a diminuição tem ocorrido de forma lenta, havendo cerca de 2.6 milhões de natimortos no mundo só no 3º trimestre de 2015. A maior parte dos óbitos ocorre em países subdesenvolvidos, que apresentam baixo desenvolvimento econômico e social (WHO, 2015; LAWN et al., 2016). Os avanços na assistência e ações desenvolvidas à saúde materna e infantil contribuíram de forma positiva para o declínio dos números de óbitos no mundo. Tal declínio refletiu no Brasil, embora não como o esperado, principalmente na região Nordeste. Tal fato é atribuído a inadequação ou ausência da assistência pré-natal e capacidade de solução no âmbito hospitalar e a condições socioeconômicas desfavoráveis (LIMA et al., 2020). No entanto, um fato inesperado pode contribuir de forma negativa para o aumento dos óbitos. Em meio a atual situação pandêmica, os números de óbitos maternos tendem a ter uma crescente curva. Um estudo publicado na Revista Internacional de Ginecologia e Obstetrícia citou o registro de 124 óbitos maternos no Brasil entre os meses de janeiro e junho em decorrência da Covid-19. Tais registros podem resultar em um aumento de 7% nas taxas de mortalidade materna no Brasil (FREBASGO, 2020). Um relatório disponibilizado pela ONU apontou que as mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes têm o acesso aos serviços de saúde comprometidos devido a Covid-19 (ABRASCO, 2020). Com o intuito de prestar acompanhamento especializada à gestante, ao recém-nascido e à mãe no puerpério, em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Considerando os índices elevados de morte materna e neonatal, em 2004, foi assinado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, formado por um conjunto de ações estratégicas que visam a redução da mortalidade materna e infantil, garantindo os direitos das mulheres e crianças (BRASIL, 2004). Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, que assegura ao público materno-infantil uma assistência humanizada e garante à mulher o direito nos ciclos reprodutivo, gestacional, parto, abortamento e puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento seguro e saudável. (BRASIL, 2011). Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) resultaram de uma Conferência global, que uniu estratégias que visavam o desenvolvimento social e à extrema pobreza, dentre tais objetivos, destacam-se o quarto e quinto que se referem a redução da

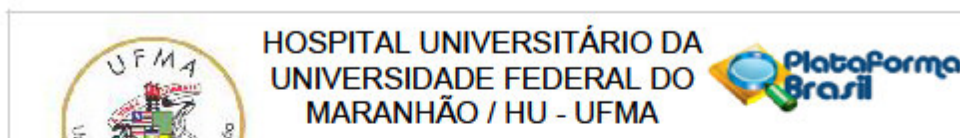
Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.679.674

mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2010). Vários programas foram criados a fim de concretizar os objetivos estabelecidos durante a Conferência, inclusive no Brasil. Estima-se que entre 2000 e 2015, em torno de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas (SOUZA, 2015). Buscando cumprir os Objetivos do Milênio não alcançados, a agenda de 2030, com novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) dará continuidade aos ODM, mantendo o esforço conjunto para a diminuição da mortalidade materna e infantil entre os anos de 2016 e 2030 a fim de efetuar a meta de número 3, que visa garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). A partir da criação de novas políticas que assegurassem a saúde materna e infantil, em 2015, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança. A PNAISC foi estruturada em 7 eixos, no qual o primeiro eixo trata sobre a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, contribuindo para uma atenção de qualidade e humanizada a fim de prestar ações que melhorem o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal; bem como acompanhamento da criança na atenção básica, articulando-se com ações realizadas na maternidade, formando assim uma rede integral de atendimento, tomando-os parte central das ações de saúde (BRASIL, 2015). Toma-se essencial o reforço ao serviço de atendimento pré-natal, de modo a prestar uma assistência adequada e direcionada a mulheres gestantes de risco (LIMA et al., 2020). Essa eficácia durante todo o ciclo gravídico, parto, puerpério e ao recém-nascido, proporciona que as políticas sejam efetivadas e contribuam para a redução de complicações relacionadas aos óbitos materno infantil (BRASIL, 2012). Visando uma atenção integral às gestantes de alto risco, o município de Pinheiro, MA criou o Programa Alô Bebê, que uniu estratégias da Rede Cegonha e da PNAISC com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil no município. O programa garante atendimento durante todo o ciclo gravídico, parto e puerpério até o primeiro ano de vida do bebê. Além de garantir assistência médica à mãe e ao neonato, dispõe ainda de kits de enxoval, transporte no momento do parto, garantindo uma assistência individualizada e humanizada. A mortalidade materna e infantil ainda mantém índices inaceitáveis que, em sua maioria, podem ser evitados por uma assistência de qualidade e pela efetivação de políticas públicas. Desse modo, perante a escassez de estudos sobre a avaliação do Programa Alô Bebê no contexto municipal, surge a necessidade de avaliar o impacto do Programa na assistência pré-natal a gestação de alto risco, parto e puerpério na redução da mortalidade materna e neonatal no município de Pinheiro, MA. Esse estudo parte da hipótese que a implantação do Programa Alô Bebê pode estar relacionada ao declínio dos óbitos maternos e neonatais no município de Pinheiro, MA. Devido a isso, torna-se

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



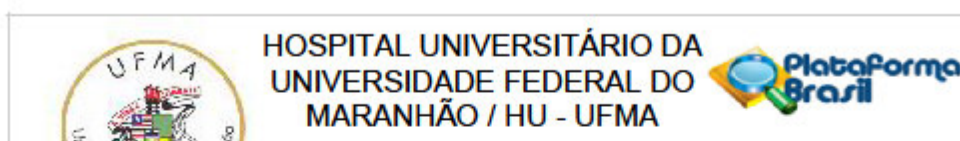
Continuação do Parecer: 4.679.674

relevante demonstrar a importância do Programa Alô Bebê do município de Pinheiro, MA, para que haja uma avaliação da efetividade do programa e gere evidências de que esta proposta esteja contribuindo de forma positiva para o cumprimento das metas determinadas pela agenda de 2030 e pelas políticas nacionais instituídas no âmbito do SUS de redução do óbito materno e infantil. Desse modo, é possível fortalecer a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, diminuindo os abusos e intercorrências, e garantindo um cuidado respeitoso e digno.

Hipótese: A implantação do Programa Alô Bebê pode estar relacionada ao declínio dos óbitos maternos e neonatais no município de Pinheiro, MA.

Metodologia Proposta: Trata-se de um estudo avaliativo, quantitativo e retrospectivo, que será realizado no Programa Alô Bebê, situado no município de Pinheiro, MA e avaliará os impactos do programa na saúde materno-infantil antes e após a sua implantação. Os dados coletados compreenderão informações referentes ao município de Pinheiro, MA, no período de 2017-2020. A coleta será realizada entre os meses de junho a setembro de 2021. A coleta de dados será desenvolvida em duas etapas: Na primeira etapa, serão coletados dados a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), que foram disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis seguirão a ordem disponível no Sistema de Informação. A coleta de dados a partir dos prontuários contemplará as variáveis maternas e sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, ocupação); obstétricas (paridade, fatores de risco, comorbidades e alterações gestacionais), desfecho gestacional (idade gestacional, tipo de parto, condições do feto ao nascer, intervenções realizadas, complicações durante o parto e puerpério), quantidade de consultas pré-natais, duração da gestação, dados sobre óbito (direto ou indireto). Na primeira etapa, os critérios de inclusão adotados serão dados de gestantes de alto risco pertencentes à regional do município de Pinheiro/MA que realizaram acompanhamento pré-natal no município no período previamente estipulado pela equipe pesquisadora. Na segunda etapa de coleta de dados, será aplicado um instrumento de avaliação adaptado para observar se as ações realizadas pelo Programa Alô Bebê e pelos profissionais estão em consonância com as diretrizes da Rede Cegonha; o roteiro de observação (Apêndice 1) será aplicado pela pesquisadora responsável e o questionário (Apêndice 2) será entregue aos profissionais pertencentes ao programa Alô Bebê para avaliar se houve impacto na redução de óbitos maternos e infantis após a implantação do programa. Como critérios de inclusão, serão aceitos somente profissionais que fazem parte do

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.679.674

quadro de funcionários do Programa e estejam ativos. Como critérios de exclusão, não participarão àqueles que estejam em licença maternidade, licença saúde e férias. O primeiro instrumento possui 4 sessões, contendo 28 perguntas, todas fechadas; o segundo instrumento possui 5 sessões, contendo 22 perguntas, sendo 22 fechadas e 5 abertas, que contemplará ações relacionadas a Rede Cegonha, como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação e competência cultural. Para Costa (2017), a aplicação de instrumentos configura um método de investigação que busca o conhecimento sobre opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações diversas, etc. Conta o benefício da não exposição e influência do participante, proporcionando liberdade durante o seu preenchimento, garantindo um padrão das perguntas realizadas a todos os entrevistados. O estudo obedece a regulamentação da Resolução 486/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Desta forma, será submetido à apreciação do Comitê de ética em Pesquisa vinculado à Universidade Federal do Maranhão. A realização desta pesquisa envolverá quesitos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça e equidade. A autonomia será alcançada através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que deverá ser assinado pelos participantes da pesquisa, comprovando sua livre escolha em participar da pesquisa e garantindo a sua saída da pesquisa no momento que desejar. A beneficência será garantida através da proporção entre riscos e benefícios, havendo maior engajamento nos benefícios do que nos malefícios. A não-maleficência, justiça e equidade serão levadas em consideração para que todos os participantes tenham acesso aos benefícios que a pesquisa irá proporcionar.

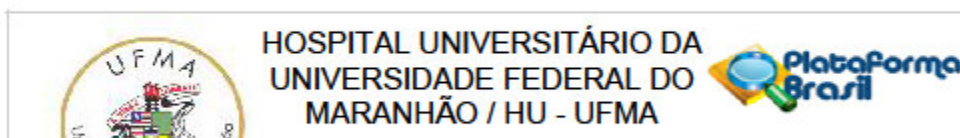
Critério de Inclusão: Os critérios de inclusão adotados serão dados de gestantes de alto risco pertencentes à regional do município de Pinheiro/ MA que realizaram acompanhamento pré-natal no município no período previamente estipulado pela equipe pesquisadora. Quanto aos profissionais de saúde entrevistados, como critérios de inclusão, serão aceitos somente profissionais que fazem parte do quadro de funcionários do Programa e estejam ativos.

Critério de Exclusão: Como critérios de exclusão para os profissionais de saúde entrevistados, não participarão aqueles que estejam em licença maternidade, licença saúde e férias.

Metodologia de Análise de Dados: Os dados secundários serão baixados em .DBF (arquivos de bancos de dados), para ter acesso aos arquivos através do programa TABWIN e serão convertidos em planilhas do Excel para melhor análise. Os dados obtidos através da aplicação do instrumento serão analisados dispostos em

planilhas do Excel, e serão apresentados em números absolutos e relativos, na forma de tabelas e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	
Bairro: CENTRO	CEP: 65.020-070
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.679.674

gráficos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as ações do Programa Alô Bebê do município de Pinheiro, MA para a redução do óbito materno infantil.

Objetivo Secundário:

- Descrever as ações realizadas pelo programa para a redução das complicações na gestação, parto e pós parto.
- Identificar o perfil das mulheres gestantes e das crianças acompanhadas pelo programa.
- Analisar as atividades prestadas pelo enfermeiro no programa a partir dos parâmetros preconizados pela Rede Cegonha.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

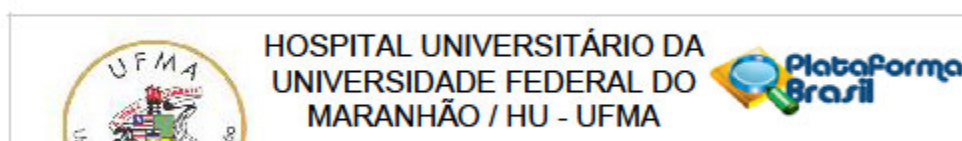
Riscos: Preencher a este formulário poderá causar desconforto ao responder os questionários por demandar seu tempo para a participação da pesquisa ou pelo constrangimento em repassar alguma informação. Caso ocorra qualquer desconforto, o participante poderá solicitar para que seja interrompida a coleta dos dados da pesquisa. A equipe pesquisadora se compromete formalmente a tentar minimizar estes possíveis riscos e, para isso, estaremos fornecendo total apoio para esclarecimentos de qualquer dúvida e assumir as responsabilidades mediante desconforto cuja causa seja decorrente deste estudo.

Benefícios: Desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência prestada à gestação, parto e nascimento, contribuindo para a redução dos óbitos maternos e neonatais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo avaliativo, quantitativo e retrospectivo, realizado no município de Pinheiro, MA, com o objetivo de avaliar os impactos das ações do Programa Alô Bebê na saúde materno-infantil do município. O estudo contemplará duas etapas, em que na primeira etapa serão coletados dados do Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascido Vivo, além de dados coletados em prontuários. Na segunda etapa, será aplicado um instrumento para verificar se as ações realizadas pelo Programa Alô Bebê e pelos profissionais de enfermagem estão em consonância com as diretrizes da Rede Cegonha.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.679.674

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

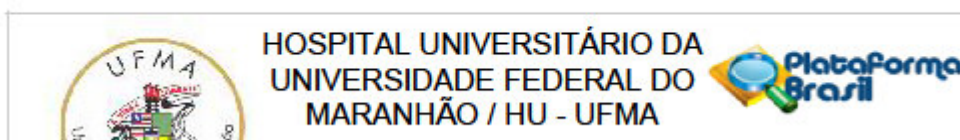
O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1675651.pdf	14/04/2021 12:42:08		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_2.pdf	14/04/2021 12:41:26	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	14/04/2021 12:40:49	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/04/2021 12:40:36	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Corrigido_14_04_2021.docx	14/04/2021 12:40:26	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.679.674

Investigador	Projeto_Corrigido_14_04_2021.docx	14/04/2021 12:40:28	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	09/12/2020 21:06:54	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_para_publicacao_de_dados.pdf	09/12/2020 21:01:01	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_responsabilidade_financ eira.pdf	09/12/2020 21:00:43	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_anuencia_da_equipe_ex ecutora.pdf	09/12/2020 21:00:30	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	03/12/2020 15:22:08	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_aceite.pdf	03/12/2020 15:19:59	Amanda Namibia Pereira Pasklan	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Abril de 2021

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br