

Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar

Marciele Braga dos Santos

Graduação em Enfermagem (Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões)

Sandra Maria de Mello Cardoso

Mestre em Enfermagem. Docente IFF - *Campus* Santo Ângelo

Zaleia Prado de Brum

Mestre em Enfermagem. Docente Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Andressa Peripolli Rodrigues

Doutora em Enfermagem. Docente IFF - *Campus* Santo Ângelo

Neiva Claudete Brondani Machado

Graduação em Enfermagem, Mestre em Educação nas Ciências. Docente IFF - *Campus* Santo Ângelo - RS

Lucimara Sonaglio Rocha

Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Docente IFF - *Campus* Santo Ângelo - RS

Resumo: Pesquisa descritiva, de caráter observacional e abordagem qualitativa, realizada em um hospital da região noroeste do Rio Grande do Sul. Objetivou-se identificar a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem às gestantes de alto risco. Para a coleta de dados foram entrevistadas sete gestantes de alto risco internadas na maternidade, e realizou-se a observação não participante dos profissionais da equipe de enfermagem da unidade. A análise temática dos dados apontou que há falta de humanização, de acolhimento e de dificuldade de comunicação dos pacientes/familiares com a equipe de enfermagem. A observação indicou ainda ocasional presença do profissional enfermeiro na unidade, uma vez que a maioria dos procedimentos era realizada somente pela equipe técnica. Foi possível verificar que vários aspectos da assistência na maternidade precisam ser revistos para se adequar ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, respeitando os direitos da gestante e prestando uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco, Cuidados de Enfermagem, Humanização da Assistência.

The quality of nursing assistance given to high-risk pregnancy patients in hospital environments

Abstract: A descriptive research, with an observational nature and a qualitative approach, carried out in a hospital in the northwestern region of Rio Grande do Sul. This study is aimed at the identification of the quality of care provided by the nursing staff to high-risk pregnant women. For data collection, seven high-risk pregnant women admitted to the maternity ward were interviewed, as well as non-participant observation of the unit's nursing team. The thematic analysis of the data showed there is a lack of humanization and hospitality, besides difficulty in the communication between the patient/family and the nursing staff. Observation showed the presence of the professional nurse in the unit was occasional, since most procedures were performed only by the technical staff. It was possible to notice that a variety of aspects of the assistance given in the maternity ward must be revised to suit the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care, thus respecting the rights of pregnant women and providing quality care.

Keywords: High-Risk Pregnancy, Nursing Care, Humanization of Assistance.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico da mulher e sua evolução que, na maioria dos casos, ocorre sem intercorrências. A parcela de gestantes que sofre com alguma patologia, problema ou agravo à saúde constitui um grupo chamado de alto risco, que se fundamenta no fato de os indivíduos terem probabilidades diferentes de adoecer e morrer (BRASIL, 2012a). Toda mulher, seja por causas fisiológicas e/ou psicológicas sérias, disparidades dos determinantes socioeconômicos e falta de acesso à assistência à saúde, são candidatas a uma gestação de alto risco (MARTINS *et al.*, 2012).

No Brasil, os dados sobre mortalidade materna ainda são agravantes, apesar do avanço nas políticas e programas que visam à saúde da mulher. Dados do ano de 2011 mostram que a razão da mortalidade materna corrigida é de 64,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012b). Portanto, apesar da legislação, de programas e de manuais que buscam atender a mulher integralmente, a qualidade e a resolutividade da assistência são abaixo do esperado, resultando nestes dados significativos.

No Estado do Rio Grande do Sul, em 2014, ocorreram 59 óbitos maternos e destaca-se que na região missioneira do referido Estado, região em que o presente estudo foi realizado, no mesmo ano, ocorreram seis óbitos maternos (DATASUS, 2014). A mortalidade materna é uma grave violação do direito à vida e à saúde da mulher, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2012b).

Há predominância das causas de morte obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas (BRASIL, 2012a). Desta forma, a consulta pré-natal de qualidade e realizada no início da gestação é de suma importância para identificação dos fatores de risco maternos, o que torna fundamental o acompanhamento integral da gestante a partir da sua chegada, tanto na unidade básica de saúde quanto em âmbito hospitalar.

A devida identificação precoce e adequada dos fatores de risco, bem como reconhecer uma gestação de alto risco requer conhecimento da fisiopatologia

obstétrica, como também a realização de um processo de trabalho integral para caracterização das condições socioeconômicas e demográficas das gestantes (BRASIL, 2012a). Essa atenção implica na valorização da escuta ativa, na humanização do cuidado e no acolhimento da mulher desde sua chegada ao serviço de saúde.

A gestação, parto e puerpério de risco são definidas quando a saúde da mulher apresenta complicações tanto por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, do parto ou do puerpério, geradas por fatores orgânicos, quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis, como disposto na Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013 (BRASIL, 2013).

A gravidez de alto risco é uma experiência estressante em razão dos riscos a que estão submetidos o feto e a mãe. Portanto, é fundamental o adequado acolhimento e avaliação desta gestante, pelo fato desta gestação trazer possíveis comprometimentos e complicações, tanto psicológicas quanto físicas, necessitando de uma equipe preparada, compreensiva e paciente.

Receber assistência à saúde com qualidade é um direito do indivíduo, contudo a qualidade não depende de um único fator, mas de uma série de componentes onde os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficaz, eficiente, segura, adequada, com foco no sujeito, com respeito aos direitos das pessoas, acessibilidade, equidade, legitimidade e satisfação do usuário em todo o processo (ANVISA, 2013).

Nesse sentido, em 2000 iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que é mais um esforço do Ministério da Saúde, com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade de todo o processo da gravidez, embasando-se nos direitos de cidadania. Este programa propõe a redução da mortalidade materno-infantil e a melhoria da qualidade da assistência pautada em princípios da humanização, para atender a mulher em todo o processo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

A equipe de enfermagem que presta assistência a estas gestantes de risco deve estar preparada para diminuir os riscos e as possíveis complicações para mulher e feto. Os profissionais da saúde devem ter conhecimento também dos direitos da gestante durante a internação e o trabalho de parto. A mulher tem direito a ser escutada, ter o esclarecimento de suas dúvidas e expressar-se livremente, o

que pressupõe que a equipe de enfermagem deve ser treinada para atender e não ignorar estas necessidades.

Diante do exposto, questiona-se se a qualidade da assistência de enfermagem que é prestada à gestante de alto risco no momento em que ela chega à maternidade está adequada. Associado a isso, justifica-se essa pesquisa pelos dados elevados de mortalidade materna e pela necessidade do suporte adequado, do cuidado integral e humanizado, que deve ser permeado pela qualidade da assistência para as gestantes de alto risco.

Assim, o objetivo do estudo foi identificar a qualidade da assistência prestada à gestante de alto risco pela equipe de enfermagem em âmbito hospitalar.

2. MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa descritiva, de caráter observacional e abordagem qualitativa (POLIT; BECK, 2011). A pesquisa foi realizada na maternidade de um hospital de médio porte localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil. Para identificação das condições que caracterizavam uma gestante de risco, recorreu-se ao prontuário das pacientes, caracterizando análise documental (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Foram convidadas para participar desta pesquisa as gestantes de alto risco que estavam internadas na maternidade durante o período de coleta de dados (outubro de 2014), sendo excluídas as gestantes adolescentes, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semiestruturada com as gestantes de alto risco (POLIT; BECK, 2011).

No mesmo período, outubro de 2014, a equipe de enfermagem que prestava assistência a estas gestantes foi observada para coleta de informações a respeito da assistência de enfermagem, caracterizando também como sujeitos do estudo. Essa observação foi realizada com a finalidade de verificar a qualidade das práticas de assistência baseadas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, sendo registrada em um diário de campo.

A análise dos dados foi realizada pelo método de análise temática. A primeira etapa da análise temática é a pré-análise, momento em que o autor vai impregnando-se do assunto para elaborar hipóteses iniciais. Após, passa-se para a

segunda etapa que é a exploração do material selecionado, classificando e identificando os núcleos do sentido apontados no material. E, finalmente, é realizada uma síntese interpretativa, onde se permite articular o objeto de estudo, base teórica adotada e os dados empíricos. Assim, após analisadas as etapas, realizou-se a descrição dos resultados e a discussão com a literatura pertinente (POLIT; BECK, 2011).

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *campus* de Santo Ângelo, sob o parecer número 534.730. Para o desenvolvimento desta pesquisa foram considerados os aspectos éticos e legais vigentes, conforme a Resolução 466 / 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), sendo fornecido às gestantes nomes de flores para manter o sigilo e a identidade de cada uma delas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização das gestantes de alto de risco

Participaram da pesquisa sete gestantes de alto risco internadas na maternidade. As condições clínicas identificadas nessa pesquisa foram: pré-eclâmpsia (42,8%), diabetes mellitus (28,6%), hipertensão arterial sistêmica (28,6%), infecção urinária (14,3%), toxoplasmose (14,3%), bolsa rota (14,3%) e trabalho de parto prematuro (14,3%). Destaca-se que as gestantes poderiam apresentar mais de uma condição clínica que as caracterizassem como alto risco.

A idade das gestantes variou entre 21 e 34 anos, sendo que 71,4% delas apresentaram idade igual ou superior a 30 anos. É considerável o número de gestações a partir dos 30 anos de idade, uma vez que as mudanças nos hábitos e a vinculação da mulher ao mercado de trabalho estimulam a postergação da primeira gravidez, que se realiza após serem atingidos outros objetivos de vida (SILVA; SURITA, 2009).

A opção da mulher em ter uma gestação tardia se confirma nessa pesquisa, pois 57,1% das mulheres com 29 anos de idade ou mais eram primigestas, ou seja,

estavam na primeira gestação. O restante das gestantes (28,6%) estava na segunda gestação com 30 anos de idade e somente 14,3% já possuía mais de três filhos.

A gestação a partir dos 35 anos é caracterizada como uma gestação tardia e apresenta maiores chances de complicações, por isso é considerada uma gestação de alto risco. A hospitalização com estas gestantes acontece três a quatro vezes mais que em outra faixa etária, tendo a hipertensão arterial como complicação mais comum (SILVA; SURITA, 2009).

Apesar dessa concepção, muitas mulheres com mais de 35 anos apresentam uma gestação sem complicações. Esse fato se confirma pelos dados apresentados, pois as complicações aconteceram em qualquer idade, e a idade até pode ser um fator menos relevante frente a condições socioeconômicas, demográficas, culturais e outras condições não relacionadas diretamente ao fator da idade e que também podem contribuir para um risco na gestação.

Das participantes, a maioria delas (57,1%) tem união estável, 28,6% são casadas e 14,3% são solteiras e/ou separadas. O fato de 14,3% serem solteiras e/ou separadas pode ser um indicador de risco materno, pois o apoio do companheiro pode interferir nesse processo (BRASIL, 2006).

3.2 O olhar da gestante de alto risco para a assistência de enfermagem

Nos resultados, foi possível indicar que todas as participantes da pesquisa realizaram o pré-natal durante a gestação e, em relação ao atendimento realizado pela equipe de enfermagem que atua na maternidade, elas relataram que foram bem atendidas. No entanto, bom atendimento não é sinônimo de qualidade da assistência, pois apesar do número crescente de mulheres que realizam o pré-natal, apenas 17% recebem assistência adequada (JUNQUEIRA; FARIA, 2011).

Uma atenção qualificada no pré-natal preconiza, além da captação precoce das gestantes, número mínimo de consultas, realização de exames, ações que sejam competentes, que acolham e respeitem de forma digna e ética através da humanização do cuidado, e também ações de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Apesar do bom atendimento no pré-natal, uma gestante relatou a falta de diagnóstico mais preciso:

Problemas com o médico que não identificou que o útero estava baixo. (ANIS, 34 anos)

O pré-natal na atenção básica, além de acompanhar as gestantes de baixo risco deve identificar gestantes que apresentem riscos e encaminhá-las para atendimento especializado caso seja necessário (JUNQUEIRA; FARIA, 2011). Neste relato, a paciente refere-se à incompetência istmo cervical, uma condição que necessita de cuidado urgente e uma equipe preparada para identificação e encaminhamento do pré-natal para uma atenção mais especializada.

Das participantes, 85,7% realizaram todos os exames no pré-natal, onde somente uma gestante não realizou nenhum exame de imagem durante o mesmo. Segundo o PHPN, como elemento básico para assistência de qualidade na gestação, deve haver garantia da realização dos exames básicos preconizados (BRASIL, 2002).

De acordo com o manual do Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada, não existe comprovação científica de que a ultrassonografia realizada rotineiramente tenha qualquer efetividade na redução da morbimortalidade perinatal ou materna (ERDMANN, 2009). Desta forma, a não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal. No entanto, em outro estudo foi comprovado que a realização da ultrassonografia tem impacto sobre a mortalidade perinatal devido ao diagnóstico de gestação múltipla e malformações fetais não suspeitas (GONÇALVES et al., 2009).

Acerca do recebimento de orientações e informações no pré-natal a respeito do parto, 57,1% das participantes não receberam informações sobre os vários aspectos do parto. Somente 42,9% das gestantes receberam algum tipo de informação sobre esta fase, em que a mulher passa de gestante à parturiente e após puérpera:

Fui orientada pelo médico, em função da diabetes, recebi orientação e informação desde o começo. (ROSA, 29 anos)

A médica onde fiz o pré-natal explicou sobre o parto. (LIRIO, 21 anos, gestação gemelar)

A maioria das mulheres não recebeu orientações ou conversou com os profissionais de saúde sobre este momento em que a gestante tanto espera e que traz ansiedades para ela e para a família. Somente obteve algum tipo de orientação com o profissional médico. Dessa forma, a qualidade da assistência pode estar comprometida pela falta de atuação de uma equipe multiprofissional na atenção básica, com orientações, informações e atividades de educação em saúde, como, por exemplo, a realização de grupos de gestante.

A disponibilidade oferecida pela equipe multiprofissional de orientar e esclarecer dúvida no pré-natal de alto risco dissipa o medo e as angústias das gestantes, tornando-a segura (JUNQUEIRA; FARIA, 2011). O parto na gestação de alto risco é uma discussão que deve ser realizada pela equipe multiprofissional, onde a gestante e a família têm o direito de receber informações completas quanto aos tipos de parto e todo o seu processo (BRASIL, 2012a).

3.3 Assistência de enfermagem prestada às gestantes de alto risco

Na presente pesquisa, 85,7% das gestantes descreveram que foram bem atendidas pela equipe de saúde na sua chegada à maternidade. Na prática cotidiana, o acolhimento se expressa na relação entre os profissionais de saúde e usuários, em que os profissionais devem se apresentar e informar quem irá acompanhá-las durante sua internação, chamando os usuários pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade (BRASIL, 2006).

A utilização do diário de campo durante o acompanhamento da equipe na maternidade permitiu fazer observações muito relevantes sobre a equipe de enfermagem, constatando a ocasional presença do enfermeiro e o número insuficiente de técnicos de enfermagem. Na maioria das vezes, observou-se que apenas uma técnica de enfermagem estava presente na unidade.

Portanto, praticamente todas as atividades e procedimentos são realizados pela equipe de técnicos. No entanto, estes profissionais não receberam capacitação para competências específicas do processo de enfermagem, as quais deveriam ser realizadas pelo profissional enfermeiro, o que pode comprometer a qualidade da assistência.

De acordo com a Resolução COFEN nº 293/2004, que aborda o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem, para a assistência mínima e intermediária são necessários de 33 a 37% enfermeiros (mínimo de seis profissionais) e os demais, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (COFEN, 2004), o que confirma a necessidade e obrigatoriedade de um mínimo de profissionais para prestar assistência.

Em uma pesquisa, ao analisar a relação entre categoria profissional e atividade realizada, tanto a enfermeira como a enfermeira obstétrica não participavam da admissão das gestantes nas maternidades estudadas, cabendo às técnicas e auxiliares de enfermagem a responsabilidade de executar quase todas as atividades durante a admissão (DOTTO; MAMEDE; MAMEDE, 2008). Segundo a PHPN, deve ser garantida a realização das atividades, mas, para isso, dispor de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários (BRASIL, 2002).

Cabe ao técnico de enfermagem assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência e, privativamente ao enfermeiro, a consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e todos os cuidados de maior complexidade técnica. Na maternidade, o enfermeiro deve realizar o processo de enfermagem com anamnese, exame físico obstétrico, acompanhamento da evolução e trabalho de parto com a realização do partograma, como também assistência ao parto normal sem distócia (DOTTO; MAMEDE; MAMEDE, 2008).

Durante sua estadia na maternidade, a gestante precisa de um ambiente acolhedor, humanizado, com atendimento efetivo e resolutivo, onde ela se sinta segura. No entanto, algumas gestantes não vivenciaram isso, representado na pergunta sobre o que poderia mudar na assistência de enfermagem:

Agilidade no atendimento é deficiente, falta de humanização, falta de identificação do profissional. (ANIS, 34 anos)

Responder e ter coerência nas respostas quando pergunto sobre qualquer assunto. (LIRIO, 21 anos)

Na primeira descrição, percebe-se que a gestante tem conhecimento de como deveria ser o serviço que a atende. Eficiência do atendimento permeia a qualidade da assistência; a gestante de risco precisa de uma equipe completa que a atenda integralmente. A agilidade no atendimento pode estar relacionada à questão

observada do número insuficiente de profissionais da equipe de enfermagem na maternidade.

A falta de humanização também compromete uma assistência de qualidade, uma vez que a humanização da assistência obstétrica é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, devendo a unidade de saúde receber com dignidade a mulher e seus familiares, com atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais e organização da instituição de saúde (BRASIL, 2002). Ainda, como parte do acolhimento e humanização da atenção, o profissional deve identificar-se para que os usuários conheçam o profissional que irá atendê-lo.

De acordo com a fala de *Lírio*, foi possível identificar que há dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários, considerando o respeito como fundamental para as relações, até pelo direito que todo ser humano tem de ser informado sobre sua saúde. Além disso, foi possível observar que pacientes e familiares chamavam a todos da equipe de enfermagem de enfermeiros, portanto, não sabiam identificar as diferentes categorias profissionais dentro da equipe que os atendia.

Entre as possíveis razões detectadas nesta pesquisa, podemos relacionar a rara presença do profissional enfermeiro na unidade e a não apresentação e identificação dos profissionais da equipe de enfermagem ao atender a gestante e sua família. Assim, o enfermeiro é representado como um profissional auxiliar do médico, uma figura vestida de branco, o que resulta culturalmente no reconhecimento de qualquer profissional que não for o profissional médico e que trabalhe na instituição de saúde como profissional enfermeiro (ERDMANN, 2009).

Na pesquisa, três gestantes sabiam do direito de ter um acompanhante durante o processo de parto. Duas gestantes tinham familiar na área da saúde e foi a partir destes que souberam deste direito, e a outra gestante descreveu que obteve a informação pelos meios de comunicação.

A partir disso, percebe-se que é pouco difundida a informação sobre este direito da gestante, e que durante o pré-natal e internação na maternidade nenhum profissional lhe passou esta informação. Em outra pesquisa, quase a metade das puérperas foi informada pela equipe de enfermagem do direito a um acompanhante no parto (PETRONI *et al.*, 2012), considerando ainda ser um índice baixo.

Durante as observações da rotina na maternidade, foi possível acompanhar situações de nervosismo e falta de informação, onde o familiar encontrava

dificuldade de ver e saber sobre a gestante que era encaminhada para o centro obstétrico. Outra dificuldade enfrentada por um acompanhante foi em relação a sua permanência junto à gestante no quarto.

Para a consolidação da Política Nacional de Humanização, uma das prioridades é que as unidades de saúde devem garantir informação, o acompanhamento das pessoas de livre escolha do usuário e respeitar o código de direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004). É fundamental o apoio da família e acompanhante, pois são eles que oferecem suporte à mulher e a estimulam para realizar os cuidados necessários, especialmente quando a gestação é de risco (PETRONI *et al.*, 2012).

4. CONCLUSÃO

Com isso, foi possível verificar que a qualidade da assistência prestada à gestante de alto risco pela equipe de enfermagem em âmbito hospitalar está aquém do preconizado e do que deveria ser oferecido às gestantes. Esse fato é preocupante, uma vez que os índices de mortalidade materna estão associados aos cuidados oferecidos a essas mulheres, devendo ser integrais, humanizados e com número suficiente de profissionais.

O PHPN foi criado para trazer qualidade à assistência prestada às mulheres e ao recém-nascido, pautado em um atendimento digno e ético em todo o processo de pré-natal, nascimento e parto. Foi possível verificar que vários aspectos da assistência na maternidade precisam ser revistos e trabalhados para se adequar ao programa, respeitando os direitos da gestante e fornecendo uma assistência de qualidade.

Um aspecto relevante do estudo é a ausência de uma equipe multiprofissional e em alguns momentos do enfermeiro, que é o responsável pela coordenação da assistência de enfermagem. A equipe de enfermagem permanece 24 horas na assistência e, se houver problemas no seu dimensionamento e na assistência prestada, conseqüentemente haverá deficiência na qualidade do atendimento realizado.

Destaca-se como limitação do estudo o número de gestantes acompanhadas, bem como a realização do estudo em apenas um local, impossibilitando a comparação dos dados com outros serviços.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Anvisa, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual técnico: pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Técnico Gestação de Alto Risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Resolução que regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil*. 2012c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha*. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos materno - Rio Grande do Sul*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10RS.def>>. Acesso em: 15 jul. 2016.
- COFEN. *Resolução COFEN-293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades*

Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Rio de Janeiro: COFEN, 2004.

- DOTTO, Leila Maria Geromel; MAMEDE, Marli Villela; MAMEDE, Fabiana Villela. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 12(4):717-25*. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400016&lng=en>. Acesso em: 14 jan. 2016.
- ERDMANN, Alacoque Lorenzini. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 62(4): 637-43*. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672009000400025&lng=en>. Acesso em: 17 jan. 2016.
- GONÇALVES, Carla Vitola. et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, 55(3): 290-5*. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- LÜDKE, Hermengarda Alves; ANDRÉ, Marli Elisa Dalmazo Afonso. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. 99p.
- MARTINS, Marialda et al. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. *Revista Escola enfermagem USP, São Paulo, 46(4):2012*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 dez. 2015.
- OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 15,(1):103-9*. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100015&lng=en>. Acesso em: 7 jan. 2016.
- PETRONI, Ligia Miguel. et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, 11(3):535-41*. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15369/pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
- SILVA, João Luiz de Carvalho Pinto; SURITA, Fernanda Garanhani de Castro. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e*

Obstetrícia, Rio de Janeiro, 31(7):321-5. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a01.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2015.