



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP
Faculdade de Medicina - Campus de Botucatu
Departamento de Enfermagem

AMANDA AGOSTINHO

**PESSOA GESTANTE COM SUSPEITA DE PRÉ-ECLÂMPSIA: UMA ANÁLISE
RETROSPECTIVA DO USO PROFILÁTICO DE AAS E CaCO_3**

Botucatu
2025

AMANDA AGOSTINHO

**PESSOA GESTANTE COM SUSPEITA DE PRÉ-ECLÂMPsia: UMA ANÁLISE
RETROSPECTIVA DO USO PROFILÁTICO DE AAS E CaCO₃**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu, para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Obstetrícia.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Anna Paula Ferrari
Coorientadora: Profa. Ms. Elisângela
Cristina de Campos

Botucatu

2025

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Agostinho, Amanda.

Pessoa gestante com suspeita de pré-eclâmpsia: uma análise retrospectiva do uso profilático de AAS e CaCO₃ / Amanda Agostinho. - Botucatu, 2025

Trabalho acadêmico (residência - Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu
Orientador: Anna Paula Ferrari
Capes: 40402002

1. Gestantes. 2. Pré-eclâmpsia. 3. Prescrições de medicamentos. 4. Aspirina. 5. Carbonato de cálcio.

Palavras-chave: AAS; Carbonato de cálcio; Gestantes; Pré-eclâmpsia; Profilaxia.

AMANDA AGOSTINHO

**PESSOA GESTANTE COM SUSPEITA DE PRÉ-ECLÂMPsia: UMA ANÁLISE
RETROSPECTIVA DO USO PROFILÁTICO DE AAS E CaCO₃**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu, para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Obstetrícia.

Área de Concentração: 4. Ciências da Saúde

Data da defesa: 17/02/2024

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Anna Paula Ferrari
UNESP - Faculdade de Medicina - Campus de Botucatu

Prof. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - USP

Prof. Dra. Mônica Maria de Jesus Silva
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - USP

Dedico este trabalho a minha família, que nunca deixou de me incentivar a correr atrás dos meus sonhos, meus amigos, que mais do que nunca trouxeram leveza ao período mais desafiador da minha vida, e em especial a todas as mulheres que tive o prazer de cuidar nesses dois anos, sua confiança em mim foi o que tornou tudo isso possível.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo aos meus pais, por não só acreditarem que eu seria capaz de concluir mais essa etapa da minha formação com êxito, mas por me ofertarem tudo que estava aos seus alcances para tornar isso possível.

Agraço ao meu irmão, cunhada e sobrinha, aos meus tios e minha afilhada, e aos meus avôs, por sempre compreenderem minhas ausências e sempre desejarem o melhor pra mim, independente da distância que nos separasse.

Um agradecimento especial as amigadas que estiveram comigo neste percurso, alguns que trago da faculdade e outras que desenvolvi em Botucatu por meia da residência, vocês estiveram por perto mesmo quando eu me fiz ausente, sorriram comigo, choraram comigo e tiveram orgulho de mim mesmo quando eu não conseguia ver beleza no cuidado que eu ofertava. Vocês foram meu lar mais do que minha própria casa. Nem nos meus melhores sonhos imaginava me cercar de tantas pessoas maravilhosas.

À minha orientadora, que idealizou e me apoiou do começo ao fim desse trabalho, me guiou e aconselhou, e tornou esse trabalho possível.

Às instituições de ensino que, degrau após degrau, tornaram possível eu ser a profissional que sou hoje: EERP/USP (minha casa); FMB/UNESP (minha nova casa); a USF Jd. Peabiru, que me fez redescobrir e resignificar a autonomia que Enfermeiros tem na APS, se mostrando como uma paixão inesperada nessa trajetória; a Maternidade Santa Isabel/Bauru, que mostra todo o potencial que Enfermeiros Obstetras possuem, em gestações e partos de alto e baixo risco; e a Maternidade do HCFMB, que com todos as dificuldades, ainda é um local onde podemos aprender e exercer a Enfermagem Obstétrica com humanização, amor e bases científicas.

E em todos esses locais que estive, deixo meu muito obrigada a cada profissional paciente que se fez professor, e a cada mulher, gestante, família, que confiaram no meu trabalho e me deram o privilégio de conhecer e participar das suas histórias.

Por fim, sou grata a minha versão de 2018, que não desistiu da vaga dos sonhos em uma faculdade publica; a minha versão de 2022, que encontrou tempo para se dedicar aos estudos e conquistou novamente uma vaga que almejava; a minha versão R1 que mesmo com a exaustão e a saudade de casa não desistiu do

seu sonho maior; e a minha versão R2, que aproveitou todas as oportunidades que surgiram e que aprendeu mais nessa jornada de 2 anos do que poderia sonhar.

*“Uma mulher deve ser duas coisas: quem
e o que ela quiser.”*

- Coco Chanel

RESUMO

AGOSTINHO, A. **Pessoa gestante com suspeita de pré-eclâmpsia: uma análise retrospectiva do uso profilático de AAS e CaCO₃**. 2025. 43 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Enfermagem Obstétrica) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2025.

Introdução: A detecção precoce da pré-eclâmpsia é fundamental e pode ser melhorada com triagens adequadas e o uso de profilaxia, como aspirina e carbonato de cálcio, em gestantes com risco elevado. No entanto, falhas no diagnóstico precoce e na prescrição de profilaxia ainda contribuem para alta morbidade e mortalidade materno-fetal. **Objetivo:** Verificar o efeito do uso profilático de AAS e CaCO₃, prescrito às pessoas gestantes com fatores de risco para PE, sobre a ocorrência de pré-eclâmpsia. **Método:** Este estudo descritivo, quantitativo e de coorte retrospectiva, realizado na Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. A pesquisa envolveu pessoas gestantes com suspeita de pré-eclâmpsia ou manejo de hipertensão gestacional, cujos dados foram coletados de internações entre janeiro e dezembro de 2023. A equipe de pesquisa analisou as internações relacionadas a síndromes hipertensivas, verificando fatores de risco para pré-eclâmpsia e uso de profilaxia com aspirina e carbonato de cálcio. A análise dos dados foi realizada por regressão bivariada e múltipla, utilizando o software *SPSS*, com foco na associação entre o uso profilático e o desfecho da doença. **Resultados:** O estudo analisou 252 históricos de gestantes investigadas para pré-eclâmpsia, das quais 139 (55,2%) apresentaram indicação para profilaxia com AAS e CaCO₃. Porém, apenas 53,2% dessas gestantes receberam a prescrição correta. Dentre as gestantes com indicação de profilaxia, 63,3% desenvolveram pré-eclâmpsia. A análise de regressão linear identificou que a idade acima de 35 anos e o local do pré-natal aumentaram o risco de PE, enquanto o desenvolvimento de patologias diminuiu esse risco. **Conclusão:** O estudo não identificou associação significativa entre o uso profilático de AAS e CaCO₃ e a redução da pré-eclâmpsia (PE). A idade da pessoa gestante e o local de realização do pré-natal foram identificados como fatores de risco relevantes. Conclui-se que há necessidade de diretrizes mais claras para o uso de profilaxia e de fortalecer o acompanhamento pré-natal, com foco em populações vulneráveis, sendo essenciais novos estudos para aprimorar estratégias de rastreamento e prevenção.

Palavras-chave: Profilaxia; AAS; Carbonato de Cálcio; Pré-eclâmpsia; Gestantes.

ABSTRACT

AGOSTINHO, A. **Pregnant woman with suspected preeclampsia: a retrospective analysis of the prophylactic use of ASA and CaCO₃**. 2025. 43 p. Residency Completion Work (Obstetric Nursing) – Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu, 2025.

Introduction: Early detection of preeclampsia is essential and can be improved with appropriate screening and the use of prophylaxis, such as aspirin and calcium carbonate, in high-risk pregnant women. However, failures in early diagnosis and prescription of prophylaxis still contribute to high maternal-fetal morbidity and mortality. **Objective:** To verify the effect of the prophylactic use of ASA and CaCO₃, prescribed to pregnant women with risk factors for PE, on the occurrence of preeclampsia. **Method:** This descriptive, quantitative, and retrospective cohort study was carried out at the Maternity Ward of the Hospital das Clínicas of the Botucatu School of Medicine. The research involved pregnant women with suspected preeclampsia or management of gestational hypertension, whose data were collected from hospitalizations between January and December 2023. The research team analyzed hospitalizations related to hypertensive syndromes, verifying risk factors for preeclampsia and use of prophylaxis with aspirin and calcium carbonate. Data analysis was performed by bivariate and multiple regression, using SPSS software, focusing on the association between prophylactic use and disease outcome. **Results:** The study analyzed 252 histories of pregnant women investigated for preeclampsia, of which 139 (55.2%) had an indication for prophylaxis with ASA and CaCO₃. However, only 53.2% of these pregnant women received the correct prescription. Among pregnant women with indication for prophylaxis, 63.3% developed preeclampsia. Linear regression analysis identified that age over 35 years and the location of prenatal care increased the risk of PE, while the development of pathologies decreased this risk. **Conclusion:** The study did not identify a significant association between the prophylactic use of ASA and CaCO₃ and the reduction of preeclampsia (PE). The age of the pregnant person and the location of prenatal care were identified as relevant risk factors. It is concluded that there is a need for clearer guidelines for the use of prophylaxis and to strengthen prenatal monitoring, focusing on vulnerable populations, and that new studies are essential to improve screening and prevention strategies.

Keywords: Prophylaxis; ASA; Calcium Carbonate; Preeclampsia; Pregnant women.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	15
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. MÉTODO	16
3.1 DESENHO DO ESTUDO	16
3.2 LOCAL DO ESTUDO	16
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	16
3.4 COLETA DE DADOS	16
3.4.1 MOMENTO 1: AVALIAÇÃO DAS INTERNAÇÕES	17
3.4.2 MOMENTO 2: LEITURA NA ÍNTEGRA DOS PRONTUÁRIOS	17
3.5 ANÁLISE DE DADOS	18
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	19
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSSÃO	24
6. CONCLUSÃO	29
7. REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A - FORMULÁRIO NORTEADOR PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.	33
ANEXO A - FATORES DE ALTO E MODERADO RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PRÉ-ECLÂMPsia	34
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	36

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um problema de saúde pública que tem recebido atenção global há décadas, mas ainda apresenta desigualdades entre países. Em 2015, a África Subsaariana registrou 1 morte a cada 36 mulheres, enquanto na Ásia Oriental a taxa foi de 1 em 2.300. Na América Latina, incluindo o Brasil, o risco foi de 1 em 760, mostrando a necessidade de melhorias no país, já que muitas mortes maternas são evitáveis ⁽¹⁾.

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) traz como definição para morte materna aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o fim da gestação, que não ocasionadas por acidentes ou incidentes ⁽²⁾.

Em análise global, as principais causas de morte materna no mundo, com destaque para países em desenvolvimento, se dão devido a: hemorragia pós parto; infecção puerperal; complicações decorrentes de abortos clandestinos; e doenças hipertensivas específicas da gestação, com destaque para pré-eclâmpsia (PE) e suas complicações. Globalmente a pré-eclâmpsia representa a segunda principal causa de mortalidade materna e no Brasil é a primeira, juntamente com suas complicações, a eclâmpsia e a síndrome de Hemólise, Enzimas Hepáticas Elevadas, Baixa Contagem de Plaquetas (HELLP) ^(3,4,5).

A PE se caracteriza pela presença de valores pressóricos sistólicos ≥ 140 mmHg e/ou diastólicos ≥ 90 mmHg somados a ao menos um dos sintomas a seguir: proteinúria $\geq 0,3g$; contagem de plaquetas $< 100.000/microL$; creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL; aumento em duas vezes do valor de referência das transaminases hepáticas; edema pulmonar; cefaleia de início recente e persistente; sintomas visuais (ex.: escotomas). E o que a difere da eclâmpsia é que na segunda há presença de convulsão tônico-clônica, na ausência de condições neurológicas que justifiquem a mesma ⁽⁶⁾.

O manejo da hipertensão em pessoas gestantes nos níveis secundário e terciário de saúde envolve uma abordagem especializada e intensiva, visando minimizar riscos para a pessoa gestante e o feto. Em casos de hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia grave, a internação hospitalar é frequentemente necessária para monitoramento contínuo da pressão arterial, avaliação da função renal e hepática, além de vigilância fetal. A administração de medicamentos anti-

hipertensivos, como Metildopa, Hidralazina e Nifedipina, é considerada para controlar a pressão arterial e prevenir complicações, sempre ponderando os riscos e benefícios para a pessoa gestante e o feto. Além disso, a equipe multidisciplinar deve estar preparada para intervir em emergências hipertensivas, caracterizadas pela PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, garantindo a segurança materna e fetal, sendo indicada além da internação e do uso de anti-hipertensivos, a utilização de sulfato de magnésio como anticonvulsivante, para evitar a progressão para eclâmpsia ^(3,4). O mal controle pressórico de pessoas gestantes hipertensas se associa, além da maior ocorrência de pré-eclâmpsia, a maior mortalidade de pessoas gestantes, restrição do crescimento fetal, oligoidrâmnio, descolamento prematuro da placenta e, conseqüentemente, maior risco de parto prematuro espontâneo ou indicado⁽⁴⁾.

A PE não apresenta tratamento curativo, sendo que a única possibilidade de resolução da doença se dá com a ocorrência do parto. Por este fator faz-se necessário e benéfico o uso de formas de rastreamento de pacientes com risco aumentado para seu desenvolvimento, como por exemplo triagem por histórico da paciente e biomarcadores sanguíneos, capazes de serem identificados no sangue precocemente, e formas de prevenção da doença, com por exemplo a prescrição de profilaxia para PE em mulheres que apresentem alto risco para seu desenvolvimento, sendo esta profilaxia constituído pela prescrição de Aspirina (AAS), dosagem menor que 150mg/dia, com início antes de 16 semanas gestacionais e carbonato de cálcio (CaCO_3), com dosagem de 1.000-2.000 mg/dia para pacientes que apresentem baixa ingestão de cálcio em sua alimentação^(7,8).

O reconhecimento de pacientes elegíveis para o uso de profilaxia para PE se dá, entre outras maneiras, a partir de uma anamnese apurada no início do pré-natal desenvolvido nas unidades Atenção Primária à Saúde (APS), contando com informações quanto a histórico familiar, histórico pessoal de saúde, incluindo dados obstétricos, e a apreciação dessas informações somadas aos dados atuais, como por exemplo Índice de Massa Corporal (IMC) no início da gestação. Estes dados em conjunto indicam para o profissional de saúde se há risco baixo, moderado ou alto para o desenvolvimento de PE, sendo a profilaxia indicada para todas as pessoas gestantes com ao menos um fator de alto risco ou dois fatores de moderado risco para seu desenvolvimento^(7,8).

A identificação precoce de pessoas gestantes com alto risco de pré-eclâmpsia ainda enfrenta desafios no pré-natal, devido a falhas no rastreamento e na aplicação dos critérios de risco, como histórico de hipertensão e doenças crônicas. Além disso, a prescrição de aspirina em doses baixas, recomendada para prevenir a condição, é frequentemente negligenciada pela falta de familiaridade dos profissionais com diretrizes atualizadas. Essas falhas no diagnóstico e na profilaxia aumentam a morbidade e a mortalidade materno-fetal⁽⁹⁾.

A triagem para o risco de desenvolver pré-eclâmpsia, com base nos fatores de risco tradicionais, como histórico de hipertensão, idade da pessoa gestante avançada, obesidade e hipertensão pré-existente, ainda apresenta fragilidade, uma vez que esses critérios não são suficientes para identificar todas as pessoas gestantes que poderão desenvolver a doença. Estudo indica que a triagem baseada apenas em fatores clínicos e demográficos não é suficiente para detectar precocemente as pessoas gestantes com risco elevado de pré-eclâmpsia, o que exige a incorporação de novas abordagens, como o uso de biomarcadores e métodos de triagem mais sofisticados, para melhorar a acurácia e a sensibilidade do diagnóstico. A fragilidade do método tradicional reforça a necessidade de estratégias de triagem mais abrangentes e personalizadas⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, o uso de biomarcadores sanguíneos tem se mostrado uma ferramenta promissora para melhorar a precisão na predição da pré-eclâmpsia, ainda que sejam de difícil acesso no Brasil. Biomarcadores como a sFlt-1 (soluble fms-like tyrosine kinase-1), a PIGF (placental growth factor) e a pressão arterial média ajustada para o índice de massa corporal têm demonstrado alta acurácia em identificar mulheres com risco aumentado para a doença, mesmo em estágios iniciais da gestação. A incorporação desses biomarcadores nas práticas de triagem pode permitir uma abordagem mais personalizada e precoce, possibilitando intervenções eficazes que previnam complicações graves tanto para a pessoa gestante quanto para o feto⁽¹¹⁾.

O acompanhamento de pré-natal, para além da detecção precoce de pacientes com risco elevado para PE, é fundamental para o manejo eficaz da hipertensão em pessoas gestantes, permitindo a detecção precoce de alterações hipertensivas, a implementação de intervenções adequadas e encaminhamento para o sistema secundário ou terciário de saúde em tempo hábil, visto que pacientes que

contem com duas aferições de pressão arterial alterada (PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg), se enquadram como gestações de alto risco e o pré-natal não deve ser mantido exclusivamente na APS. A identificação e o controle da hipertensão durante a gestação são essenciais para prevenir complicações nas pessoas gestantes e nos fetos, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro. Portanto, o pré-natal adequado, com monitoramento regular da pressão arterial e orientações sobre estilo de vida saudável, é crucial para reduzir os riscos associados à hipertensão na gestação⁽¹²⁾.

Visto a relevância da Pré Eclâmpsia para saúde pública, bem como sua complexidade e suas consequências a longo prazo para as pessoas gestantes e seus filhos, este estudo visa colaborar para a melhor compreensão quanto a triagem por fatores de risco e o uso da profilaxia com AAS e carbonato de cálcio, aprimorando métodos de prevenção.

2. OBJETIVO

Verificar o efeito do uso profilático de AAS e CaCO_3 , prescrito às pessoas gestantes com fatores de risco para PE, sobre a ocorrência de pré-eclâmpsia.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desvelar a proporção de pessoas gestantes com fatores de risco para PE cuja prescrição profilática de AAS e CaCO_3 não foi realizada;

- Identificar os fatores sociodemográficos e características das pessoas gestantes, em uso profilático de AAS e CaCO_3 , que se associam ao desenvolvimento de PE.

3. MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um recorte de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em formato de coorte retrospectiva, denominado “Internações por condições sensíveis à Atenção Primária: identificação de lacunas na assistência ao pré-natal”.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). A referida instituição é um hospital público estadual, que atende mulheres residentes no município de Botucatu, São Paulo, em gestações, partos e puerpérios de alto e baixo risco, e é referência para gestações, partos e puerpérios de alto risco para 68 municípios que compõem a Departamento Regional de Saúde (DRS VI) Bauru⁽¹³⁾. O município se caracteriza como de médio porte, com aproximadamente 145.155 habitantes (2022), e possui a atenção primária à saúde como estruturadora do sistema de saúde local⁽¹⁴⁾. Para assistência às pessoas gestantes na APS, conta com uma rede constituída por duas Policlínicas, seis Equipes de Atenção Primária (eAP), 14 Unidades de Saúde da Família, dois Centros de Saúde Escola e o Espaço Saúde Professora Cecília Magaldi, que contempla o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) Rede Viva, a Clínica do Bebê, a Clínica de Práticas Integrativas (acupuntura e terapia manual), especialidades médicas (homeopatia, ginecologia, urologia, ortopedia e gastroenterologia), o Programa Municipal de DST/AIDS, Hormonioterapia e a Farmácia Municipal⁽¹⁵⁾.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra deste estudo é composta por pessoas gestantes residentes no município de Botucatu/SP que passaram por internação na Maternidade do HCFMB, devido à suspeita de PE e/ou para o manejo da doença.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados do Sistema Soul MV Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), em específico do setor de

internação de obstetrícia (maternidade), e foi realizada em dois momentos distintos, apresentados a seguir:

3.4.1 MOMENTO 1: AVALIAÇÃO DAS INTERNAÇÕES

A equipe envolvida na pesquisa, composta por uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e três residentes do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica – ambos da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – tiveram acesso às informações de todas as internações que ocorreram no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2023, juntamente com a primeira anotação realizada após a internação. Com estes dados, foi possível realizar a classificação do prontuário da pessoa gestante quanto o motivo da sua internação, por via da hipótese diagnóstica presente na anotação e pelo CID de internação, construindo assim um banco de dados. Foi utilizado o termo “Síndromes Hipertensivas” para descrever pacientes internadas devido: pico hipertensivo com necessidade de manejo e/ou investigação; diagnóstico de Hipertensão Gestacional e/ou Pré-eclâmpsia com necessidade de controle pressórico; diagnóstico de Hipertensão Gestacional e/ou Pré-eclâmpsia com necessidade de resolução da gestação.

3.4.2 MOMENTO 2: LEITURA NA ÍNTEGRA DOS PRONTUÁRIOS

Internações que tinham como motivação “Síndromes hipertensivas” foram analisadas individualmente por profissional capacitada (residente em enfermagem obstétrica), através de leitura na íntegra dos prontuários, a fim de responder às seguintes perguntas, além da identificação dos dados sociodemográficos e paridade: Houve suspeita de PE? A paciente possui comorbidades prévias à gestação? Esta paciente possui algum fator de alto ou moderado risco para o desenvolvimento de PE? Ela possuía a indicação para uso de profilaxia para PE? Se sim, foi realizada a correta prescrição? Houveram comorbidades desenvolvidas durante a gestação? (formulário norteador apresentado no apêndice A).

Pacientes que passaram por internações relacionadas a Síndromes Hipertensivas, mas não tiveram suspeita para PE foram excluídas da amostra por não pertencerem ao foco do presente estudo.

Para classificar a pessoa gestante quanto à presença de fatores de risco para o desenvolvimento de PE foi utilizado o referencial teórico apresentado pelo

UpToDate⁽⁸⁾, que cruzou os diversos fatores de alto ou moderado risco para o desenvolvimento de PE conforme diferentes literaturas^(16,17,18) em uma tabela, apresentada no anexo A.

Desta forma, foi possível elencar as variáveis do estudo, conforme Quadro 1 abaixo:

Quadro 1. Variáveis do estudo e forma de expressão, tendo como fonte de informações a coleta de dados em prontuário de pessoas gestantes que desenvolveram PE e apresentavam fatores de risco para prescrição da profilaxia medicamentosa. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2024.

VARIÁVEIS	FORMA DE EXPRESSÃO
<u>Variáveis independentes</u> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição da profilaxia para PE 	Sim ou não
<u>Desfechos</u> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de PE 	Sim ou não
<u>Covariáveis</u> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Presença de parceria • Escolaridade maior que 9 anos • Exerce trabalho remunerado • Cor da pele branca • Local de realização do pré-natal • Tabagista • Multípara • Comorbidades prévias a gestação • Comorbidades durante a gestação • Comorbidades fetais 	Menor de 20 anos; entre 20 e 35 anos; maior/igual a 35 anos Sim ou não Sim ou não Sim ou não Sim ou não USF; UBS; outros * Sim ou não Sim ou não Sim ou não Sim ou não

*USF-Unidade Saúde da Família; UBS-Unidade Básica Modelo Tradicional; outros-consultório particular, setor terciário, unidades de saúde de outros municípios

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Realizou-se análise bivariada, por meio de regressão linear simples com resposta Poisson, e teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, respectivamente entre uso profilático de CaCO₃ e AAS, o desfecho e as covariáveis, sendo estimados os riscos relativos (RR) brutos, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). As covariáveis que apresentaram associação com nível de significância estatística

menor que 0,20 foram inseridas no modelo de regressão múltipla, por seu potencial efeito de confusão em relação às associações sob investigação. A relação entre uso profilático de CaCO_3 e AAS e PE então avaliada por regressão linear múltipla com resposta Poisson robusta. Relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$, sendo as análises realizadas com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa possui parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu sobre o Parecer n 6.592.134 CAAE: 73275523.0.0000.5411, exposto em Anexo B.

4. RESULTADOS

Foram utilizados para a elaboração deste estudo 251 históricos em prontuário eletrônico de pessoas gestantes que passaram por investigação para PE durante a gestação, conforme descrito no item 3.4. Destas, 139 (55,4%) apresentavam indicação para uso de profilaxia para PE com AAS e CaCO₃ devido presença de fatores de risco para seu desenvolvimento, tendo em vista o referencial teórico exposto no Anexo A.

A Tabela 1 apresenta as principais características das pessoas gestantes incluídas nesse estudo, com dados sociodemográficos e obstétricos, prévios e atuais.

Tabela 1. Perfil das pessoas gestantes que apresentaram indicação para uso profilático de AAS e CaCO₃, segundo características socioeconômicas e obstétricas. Botucatu, São Paulo, 2023.

CARACTERISTICAS	n	%
IDADE		
< 20 anos	5	3,6
20-34 anos	95	68,3
> 35 anos	39	28,1
ESTADO CIVIL		
Casada/União estável	97	69,6
Solteira/Divorciada	42	30,2
ESCOLARIDADE		
< 9 anos	15	10,8
≥ 9 anos	124	89,2
TRABALHA		
Sim	138	99,3
Não	1	0,7
COR		
Preta/Parda	25	18,0
Branca	114	82,0
LOCAL DO PRÉ-NATAL		
USF	56	40,3
UBS Tradicional	44	31,7
Outros	39	28,1
FUMA		
Sim	9	6,5
Não	130	93,5
PARTOS VAGINAIS ANTERIORES		
Sim	47	33,8
Não	92	66,2
COMORBIDADES ANTERIORES		
Sim	64	46,0
Não	75	54,0
COMORBIDADES ATUAIS		
Sim	56	40,3
Não	83	59,7
COMORBIDADES FETAIS		
Sim	30	21,6
Não	109	78,4
PRESCRIÇÃO DE PROFILAXIA		

Sim	74	53,2
Não	65	46,8
DIAGNOSTICO DE PE		
Sim	88	63,3
Não	51	36,7
Total	139	100

Fonte: Prontuário eletrônico

Uma parcela expressiva (68,3%) das pessoas gestantes que tinham indicação para uso de profilaxia tinham entre 20 e 34 anos de idade; encontravam-se casadas ou em união estável (69,6%); referiu presença de vínculo empregatício (99,3%); se declarava branca (82%); realizava inicialmente o pré-natal em unidade de Estratégia Saúde da Família (40,3%). Ainda, prevaleceu a ausência de tabagismo (93,5%); a maioria (66,2%) nunca havia parido via vaginal; a maior parte (54%) não possuía comorbidades anteriores a gestação, como por exemplo, Hipertensão Crônica, Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo; não desenvolveram comorbidades durante a gestação (59,7%), como Hipertensão Gestacional, Diabetes Gestacional, alterações em líquido amnióticos; e não houve o desenvolvimento de comorbidades fetais (78,4%), como Restrição de Crescimento Intrauterino ou alterações em Doppler.

É possível observar que entre as 139 pessoas gestantes com indicação de profilaxia, apenas 74 (53,2%) tiveram a correta prescrição e realizaram o uso de AAS e CaCO₃. Ainda, 88 (63,3%) tiveram como desfecho a diagnóstico de PE.

Tabela 2. Análise bivariada entre a prescrição do uso profilático de AAS e CaCO₃, as covariáveis e desfecho em estudo, por regressão linear simples Poisson robusta. Botucatu, São Paulo, 2023.

VÁRIÁVEL	RR	IC95%	P	
IDADE				
≥35 anos	1,20	0,93	1,55	0,170
<20 anos	1,00	0,48	2,08	1,000
20-34 anos	1,00			
ESTADO CIVIL				
Solteira/Divorciada	1,08	0,83	1,40	0,579
Casada/União estável	1,00			
ESCOLARIDADE				
≤ 9 anos	1,06	0,72	1,55	0,766
> 9 anos	1,00			
TRABALHA				
Sim	1,00			
Não	0,00	0,00	0,00	
COR				
Preta/Parda	1,01	0,73	1,40	0,936
Branca	1,00			
LOCAL DO PRÉ-NATAL				
USF	1,00			
UBS Tradicional	1,11	0,81	1,53	0,508
Outros	1,26	0,93	1,70	0,136
FUMA				

Sim	0,87	0,48	1,58	0,649
Não	1,00			
PARTOS VAGINAIS ANTERIORES				
Sim	1,00			
Não	1,09	0,83	1,45	0,525
COMORBIDADES ANTERIORES				
Sim	1,07	0,83	1,39	0,594
Não	1,00			
COMORBIDADES ATUAIS				
Sim	0,62	0,46	0,85	0,002
Não	1,00			
COMORBIDADES FETAIS				
Sim	1,07	0,80	1,43	0,656
Não	1,00			
PRESCRIÇÃO DE PROFILAXIA				
Sim	1,00			
Não	0,96	0,75	1,24	0,764

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 2 apresenta os resultados de uma análise de regressão linear simples Poisson robusta, onde o objetivo é investigar os fatores que podem explicar a ocorrência de pré-eclâmpsia. A análise leva em considerações variáveis independentes e fornece o Risco Relativo (RR), o intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e o valor de p para cada variável. As variáveis que apresentaram maior valor de relevância foram: idade acima de 35 anos que elevou o risco de PE em 20%; realização de pré-natal em locais diferentes a USF e eAP elevou o risco de PE em 26%; e o desenvolvimento de patologias que diminuiu o risco de PE em 38%.

É possível citar com resultados secundários encontrados neste estudo o fato que das 113 pessoas gestantes que foram investigadas para PE, sem indicação de uso de profilaxia, 74 (65,5%) obtiveram como desfecho o diagnóstico de PE. Ainda, 84 (74,3%) destas tinham ao menos um fator de risco moderado para o desenvolvimento de PE, contudo, como 56 (66,7%) destas não apresentavam em prontuário nenhuma informação quando ao IMC pré gestacional ou ao menos o peso durante a gestação, ou ainda informações quanto histórico familiar, se tornando impreciso afirmar que esta parcela da amostra não tinha indicação absoluta para uso de profilaxia.

Acerca do grupo amostral supracitado, pessoas gestantes sem indicação de uso de profilaxia por triagem de fator de risco, neste, a porcentagem de indivíduos com ao menos um fator de risco moderado para PE que desenvolveu a doença (69%) se assemelha aos grupos com indicação de profilaxia que obteve a prescrição de uso (62%) e ao que não obtiveram sua prescrição (64%), enquanto, entre as

peessoas gestantes que não continham nenhum fator de risco aparente para o desenvolvimento de PE, 16 (55,2%) desenvolveram a doença e 13 (44,2%).

Ao realizar-se a análise múltipla considerando a variável independente, desfecho e as covariáveis cujo p-valor foi igual ou menor a 0,20 na bivariada, não houve associações estatisticamente significativas (dados não apresentados em tabela).

5. DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu verificar o efeito do uso profilático de AAS e CaCO_3 , prescrito às pessoas gestantes com fatores de risco para PE, sobre a ocorrência de pré-eclâmpsia, contudo, os dados encontrados não demonstraram associação estatisticamente significativa entre uso profilático e desenvolvimento da PE. O artigo de Atallah et al.⁽²¹⁾ em revisão de literatura, discute a eficácia da aspirina na prevenção secundária da pré-eclâmpsia, especialmente em mulheres com histórico pessoal da condição. Destaca que o efeito da aspirina na agregação plaquetária e no equilíbrio entre tromboxano A2 (TXA2) e prostaciclina (PGI2) é dependente da dose, sugerindo uma faixa ideal entre 75 e 150 mg/dia, embora a dosagem ótima ainda não esteja claramente estabelecida. Além disso, os autores identificaram variáveis que influenciam a eficácia do tratamento, como dose terapêutica, momento de início, seleção adequada das pessoas gestantes e horário de administração, uma vez que há importância na administração noturna da medicação devido ao efeito cronobiológico da Aspirina®⁽¹⁹⁾.

O estudo desenvolvido por Pitolin et al.⁽²⁰⁾ investigou o impacto da suplementação de cálcio em diferentes dosagens (500 mg/dia e 1500 mg/dia) em pessoas gestantes hipertensas. Os resultados indicaram que ambas as dosagens de cálcio reduziram significativamente a pressão arterial sistólica e diastólica, bem como os níveis de creatinina e proteinúria, sugerindo uma melhora no prognóstico vascular dessas pacientes. Esses achados destacam o potencial da suplementação de cálcio na prevenção da pré-eclâmpsia em pessoas gestantes com hipertensão⁽²⁰⁾.

Souza⁽²¹⁾ investigou por via de estudo controlado e duplo cego no estado de São Paulo a eficácia da combinação de baixas doses de AAS e cálcio (2 g/dia) na prevenção da pré-eclâmpsia em pessoas gestantes com hipertensão crônica e alterações na dopplervelocimetria das artérias uterinas. Os resultados indicaram que essa combinação não foi eficaz na prevenção da pré-eclâmpsia ou do parto prematuro, embora tenha havido uma redução significativa na incidência de restrição de crescimento intrauterino (RCIU) no grupo tratado. Além disso, a dopplervelocimetria mostrou-se útil na predição da pré-eclâmpsia, prematuridade e RCIU⁽²¹⁾.

A Nota Técnica Conjunta nº 251/2024, emitida pelo Ministério da Saúde, estabelece a suplementação universal de cálcio para gestantes a partir da 12ª semana de gestação até o parto, com o objetivo de prevenir distúrbios hipertensivos,

como a pré-eclâmpsia, e reduzir a morbimortalidade em pessoas gestantes e perinatal. Essa medida é especialmente relevante para pessoas negras e indígenas, que apresentam maior vulnerabilidade a essas condições⁽²²⁾.

Quanto ao sistema tradicional de triagem por fatores de risco para PE, no presente estudo revela-se que, dentre a população com indicação da profilaxia, ou seja, um fator de alto risco ou dois fatores de moderado risco para o desenvolvimento de PE, cerca de 53% tiveram a prescrição realizada, sem identificação quanto ao período da gestação que foi iniciada ou ao período do dia que faziam uso das medicações, por ausência de dados nos prontuários.

Oliveira et al.⁽¹⁰⁾ discute a complexidade do rastreamento da pré-eclâmpsia devido às incertezas sobre sua etiologia, os custos associados e a falta de métodos preventivos altamente eficazes. Diante disso, a Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gravidez da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) conclui que, atualmente, não existem algoritmos de rastreamento aplicáveis no Brasil, em detrimento da ausência de estudos robustos que esclareçam a ocorrência de doença entre essa nacionalidade⁽¹⁰⁾.

Em contra partida, o estudo desenvolvido por Scazzocchio et al.⁽²²⁾ em Barcelona, avaliou a eficácia de um modelo de rastreamento no primeiro trimestre para prever a pré-eclâmpsia em pessoas gestantes de baixo risco. A pesquisa combinou fatores maternos, Doppler das artérias uterinas, pressão arterial média e a proteína plasmática associada à gravidez A (PAPP-A). Os resultados indicaram que essa abordagem correlacionando diversos métodos de avaliação, é útil na predição da pré-eclâmpsia em um contexto de atendimento rotineiro⁽²³⁾.

Sobre os fatores associados a ocorrência de PE, a qualidade do atendimento pré-natal tem sido amplamente relacionada à prevenção e ao manejo eficaz de complicações obstétricas. Lima et al.⁽²⁴⁾ sugere em estudo qualitativo e quantitativo que um acompanhamento pré-natal estruturado e de qualidade reduz o risco de desfechos negativos ao permitir a detecção precoce de sinais e fatores de risco da pré-eclâmpsia, além de possibilitar intervenções oportunas. Souza et al.⁽²⁵⁾ traz em revisão de literatura a importância da atuação multiprofissional, especialmente a dos enfermeiros, e destacada esta como essencial para garantir uma abordagem preventiva e educativa durante o pré-natal, promovendo o controle adequado da pressão arterial e orientando sobre hábitos de vida saudáveis⁽²⁵⁾. Esses resultados

evidenciam que um pré-natal adequado não apenas reduz a incidência de pré-eclâmpsia, mas também melhora os desfechos maternos e neonatais em geral, reforçando a necessidade de investir na qualidade da atenção primária em saúde^(24,25).

Encontra-se neste estudo a vinculação entre o local de realização de do pré-natal e o maior risco de pré-eclâmpsia, dando destaque ao pré-natal neste estudo classificado como “Outros”, que inclui principalmente o acompanhamento em ambulatório de pré-natal de alto risco, com 26% maior risco de desfechos de PE, comparado ao pré-natal realizado em USF. Assim, infere-se que o atendimento na USF é mais eficaz para garantir uma assistência integral e humanizada às pessoas gestantes, pois integra acompanhamento clínico, social e familiar. Esse modelo promove proximidade com a comunidade, fortalece o vínculo entre pessoas gestantes e a equipe de saúde e prioriza ações preventivas, resultando em melhores desfechos maternos e neonatais⁽²⁶⁾.

Ainda quanto a qualidade do pré-natal, este estudo encontrou como resultado singular o fato de que as pessoas gestantes que durante a gestação desenvolveram alguma patologia (ex.: diabetes gestacional ou hipertensão gestacional) apresentaram 38% menor risco de desenvolvimento de PE. Uma teoria pode ser levantada para justificar esse dado, é que frente o desenvolvimento do patologias durante a gestação, os profissionais da saúde realizam uma assistência ao pré-natal de forma singular, reforçando seu cuidado frente a pessoa gestante e o feto, o que tem impactos positivos frente a descoberta precoce de hipertensão gestacional e melhor supervisão pressórica, logo, melhores resultados quanto o desenvolvimento de PE.

Outro achado do presente estudo foi a associação de maior risco de ocorrência de PE e idade da pessoa gestante acima dos 35 anos (20% maior risco). KALIL et al.⁽²⁶⁾ encontrou resultado semelhante em vasta revisão de literatura, como maior ocorrência de hipertensão gestacional, diabetes gestacional, PE e maior ocorrência de cesáreas, devido a este grupo apresentar maior predisposição para alterações na função endotelial e maior prevalência de comorbidades prévias, como hipertensão crônica e diabetes e obesidade que são fatores de risco significativos para a condição. Essas evidências reforçam a importância do acompanhamento pré-natal rigoroso e personalizado para mulheres em idade avançada, com foco em

intervenções precoces que possam minimizar os riscos e garantir melhores desfechos maternos e neonatais⁽²⁷⁾.

Há ausência de artigos que abordem a perspectiva trazida no presente estudo, sobre a não prescrição de profilaxia para PE com AAS somado ao CaCO_3 para pessoas gestantes com indicação por triagem de fator de risco. Apesar da falta de evidências científicas acerca da prevalência de não prescrição de profilaxia às pessoas gestantes com indicação, considera-se preocupante o fato de 46,8% das pessoas com indicação perceptível não terem recebido a prescrição adequada.

Os resultados sugerem que um número significativo de pessoas gestantes sem indicação formal de profilaxia para PE desenvolveu a condição, indicando possíveis falhas na triagem de risco. Dentre essas, a maioria apresentava ao menos um fator de risco moderado, mas a ausência de registros detalhados sobre IMC pré-gestacional, peso durante a gestação e histórico familiar limita a precisão na determinação da necessidade de profilaxia, logo, demonstra uma limitação do estudo. Além disso, a taxa de desenvolvimento de PE entre pessoas gestantes sem indicação de profilaxia (69%) foi semelhante àquelas com indicação que receberam a prescrição (62%) e às que não a receberam (64%), sugerindo que a classificação de risco utilizada pode não captar todos os fatores relevantes. Esses achados reforçam a necessidade de aprimorar os critérios de triagem e o registro de informações clínicas, garantindo uma identificação mais precisa das pessoas gestantes que se beneficiariam da profilaxia.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A principal limitação é a escassez de artigos de grande impacto que abordem especificamente a eficácia da profilaxia com a combinação de AAS e CaCO_3 na prevenção da pré-eclâmpsia, o que restringe a comparação dos achados com a literatura existente. Além disso, a ausência de registros detalhados nos prontuários eletrônicos sobre a forma de utilização dessas medicações – incluindo dose, tempo de início e adesão ao tratamento – impede uma avaliação mais precisa da influência desses fatores na eficácia da profilaxia. Essas limitações destacam a necessidade de estudos futuros que explorem de forma mais abrangente a associação entre essas intervenções e a redução do risco de PE, além de reforçarem a importância de melhorias na qualidade do registro de dados clínicos.

Nesse estudo buscou-se por incluir todas as pessoas que tem a possibilidade de gerar independente de identidade de gênero. Apesar desse estudo buscar a inclusão, não houve a possibilidade de identificar em prontuários a presença de homens transexuais entre a amostra.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo contribuiu para a compreensão do impacto do uso profilático de AAS e CaCO_3 na prevenção da pré-eclâmpsia (PE), porém, não identificou uma associação estatisticamente significativa entre essa estratégia e a redução da ocorrência da condição. A análise da literatura evidenciou que a eficácia dessas medidas pode depender de fatores como dose terapêutica, momento de início, seleção adequada das pessoas gestantes e cronobiologia da administração, destacando a necessidade de protocolos mais bem estabelecidos.

Além disso, os achados reforçam o papel fundamental da qualidade do pré-natal na prevenção da PE, demonstrando que um acompanhamento estruturado, multiprofissional e acessível pode minimizar riscos maternos e neonatais. A assistência oferecida pelas USF se mostrou mais eficaz na redução da PE, possivelmente devido à sua abordagem integral e ao vínculo mais próximo entre pessoas gestantes e equipe de saúde.

Outro dado relevante foi a menor incidência de PE entre pessoas gestantes que desenvolveram outras condições obstétricas durante a gestação, sugerindo que o maior cuidado dispensado a esses casos pode contribuir para a detecção precoce e manejo adequado da hipertensão gestacional. Por outro lado, a idade da pessoa gestante acima de 35 anos se confirmou como fator de risco relevante, reiterando a necessidade de estratégias específicas para esse grupo.

Diante desses resultados, enfatiza-se a importância da implementação de diretrizes mais claras para a prescrição de profilaxia com AAS e CaCO_3 , bem como do fortalecimento do pré-natal de qualidade, especialmente em populações vulneráveis. Estudos futuros são essenciais para aprofundar o entendimento sobre os fatores que modulam a eficácia dessas intervenções e aprimorar as estratégias de rastreamento e prevenção da PE.

7. REFERÊNCIAS

1. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 [Internet]. United Nations Population Fund. 2015 [cited 2025 Feb 7]. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-1990-2015>
2. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143.
3. Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korkes HA, Ramos JGL, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Sass N. Pré-eclâmpsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 202. Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2019 Jan [cited 2025 Feb 7];133(1):e1–25. Available from: <https://journals.lww.com/greenjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2019&issue=01000&article=00049&type=Fulltext>
5. Pinto KB, Chagas LTPC, Alexandra L, Dos Santos D, Dantas MKL, Figueiredo MS. Panorama de Mortalidade Materna no Brasil por Causas Obstétricas Diretas. Research, Society and Development. 2022 Apr 24;11(6):e17111628753.
6. August P, Sibai BM, Baer RA. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2024 [cited 2025 Feb 7]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis/print?search=PRE+ECLAMPسيا&source=search_result&select%E2%80%A6
7. Ramos JGL, Sass N, Costa SHM os. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) [cited 2025 Feb 7]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAMPسيا.pdf
8. August P, Baer RA, Jeyabalan A. Preeclampsia: Prevention [Internet]. UpToDate. 2024 [cited 2025 Feb 7]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-prevention?search=pre%20eclampsia&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6
9. Sium AF, Gudu W, Tolu LB, Birara M, Bekele D. Missed opportunity for aspirin prophylaxis for preeclampsia prevention: a cross-sectional study from Sub-Saharan Africa. AJOG Global Reports [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2025 Feb 7];4(1):100295. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666577823001375>
10. Oliveira LGD, Diniz ALD, Prado CA de C, Cunha Filho EVD, Souza FLPD, Korkes HA, et al.. Pre-eclâmpsia: Universal Screening or Universal Prevention for Low and Middle-Income Settings?. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2021 Jan;43(1):61–5. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713803>
11. Chaemsathong P, Sahota DS, Poon LC. First trimester preeclampsia screening and prediction. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2020 Jul 16 [cited 2025 Feb 7];226(2):S1071-S1097.e2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32682859/>
12. Nascimento CBS. Pré-natal em pacientes na atenção primária de saúde com síndromes hipertensivas gestacionais no Brasil: uma revisão integrativa de

- literatura. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2024 May 6 [cited 2025 Feb. 7];7(3):e69461. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/69461>
13. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Quem Somos. Disponível em: <<https://hcfmb.unesp.br/our-clinic/quem-somos/>>. Acesso em: 13 jan. 2025.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Botucatu (SP) | Cidades e Estados | IBGE. [cited 2025 Feb. 7] Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/botucatu.html>
 15. Loureiro C. Prefeitura de Botucatu - SP. [cited 2025 Feb. 7] Available from: <https://www.botucatu.sp.gov.br/secretarias&secretaria=secretaria-de-saude>
 16. ACOG. Low-Dose Aspirin Use for the Prevention of Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality [Internet]. www.acog.org. 2021. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/12/low-dose-aspirin-use-for-the-prevention-of-preeclampsia-and-related-morbidity-and-mortality>
 17. NICE. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management | Guidance | NICE [Internet]. 2019 [cited 2025 Feb 7]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
 18. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension* [Internet]. 2021 Oct 9 [cited 2025 Feb 7];27:148–69. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210778921005237?via%3DiHub>
 19. Atallah A, Lecarpentier E, Goffinet F, Gaucherand P, Doret-Dion M, Tsatsaris V. Aspirine et prééclampsie. *La Presse Médicale* [Internet]. 2019 Jan [cited 2025 Feb 7];48:34–45. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498218304809>
 20. Pitilin E de B, Bagatini MD, Gasparin VA, Oliveira PP de, Lentsck MH, Baratieri T, et al.. Efeitos da suplementação do cálcio sobre marcadores da pré-eclâmpsia: ensaio clínico randomizado. *Acta paul enferm* [Internet]. 2024;37:eAPE01622. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0001622>
 21. Souza EV de. Ácido acetilalicílico associado ao cálcio na prevenção da pré-eclâmpsia em gestantes hipertensas crônicas selecionadas pela dopplervelocimetria das artérias uterinas. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2006Feb;28(2):136–. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200010>
 22. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA CONJUNTA No 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS [Internet]. 2025 Feb [cited 2025 Mar 20]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms.pdf>
 23. Scazzocchio E, Figueras F, Crispi F, Meler E, Masoller N, Mula R, et al. Performance of a first-trimester screening of preeclampsia in a routine care low-risk setting. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2025 Feb 7];208(3):203.e1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23246313/>
 24. Lima LH de M, Souza DC, Candido D, Souza MB, Firmino MG, Eduarda M, et al. Qualidade do pré-natal e a pré-eclâmpsia: Estudo transversal. *Research Society*

- and Development [Internet]. 2024 Jul 2 [cited 2025 Feb 7];13(7):e3613746253–3. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/382170546_Qualidade_do_pre-natal_e_a_pre-eclampsia_Estudo_transversal
25. Souza AMNG de, Lima G de AV, Lima L de A, Dias AM de A. O papel do enfermeiro no diagnóstico precoce de gestantes com Pré-eclâmpsia. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2024 Jan 5 [cited 2025 Feb 7];7(1):292–304. Available from:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/66123/47185>
 26. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol T da S. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012Apr;28(4):789–800. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>
 27. Kalil GKMDOG, Della V, Ribeiro R, Mezzalira KL, Lucachinski C, Simioni DE, et al. Impacto da idade materna avançada na gravidez e no parto. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet]. 2024 Sep 18 [cited 2025 Feb 7];6(9):3172–87. Available from: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p3172-3187>

APÊNDICE A - FORMULÁRIO NORTEADOR PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.

1. **Idade em anos completos:** [1] <20 anos [2] 20-34 [3] >= 35 anos
2. **Estado civil:** [1] Solteira/divorciada/viúva [2] União estável/casada
3. **Escolaridade em anos completos:** [1] <= 9 anos [2] >9 anos
4. **Vínculo empregatício:** [1] Sim [2] Não
5. **Cor/raça:** [1] Branca [2] Preta/parda
6. **Local de realização do PN:** [1] Unidade de Saúde da Família [2] Unidade Básica de Saúde [3] Outros (PN ambulatorial de alto risco/ PN privado/ PN em outros municípios)
7. **Fumante:** [1] Sim [2] Não
8. **IMC >30Kg/m²:** [1] Sim [2] Não [3] Não consta
9. **Paridade:** [1] Nulípara [2] Multípara
10. **Comorbidades prévias à gestação:** [1] Sim [2] Não
11. **Comorbidades gestacionais:** [1] Sim [2] Não
12. **Comorbidades fetais:** [1] Sim [2] Não
13. **Fatores de risco para PE:** [1] 1 fator de risco moderado [2] 2 fatores de risco moderado [3] 1 fator de alto risco
14. **Indicação de uso de profilaxia com AAS e CaCO₃:** [1] Sim [2] Não
15. **Prescrito profilaxia:** [1] Sim [2] Não
16. **Diagnóstico de PE:** [1] Sim [2] Não

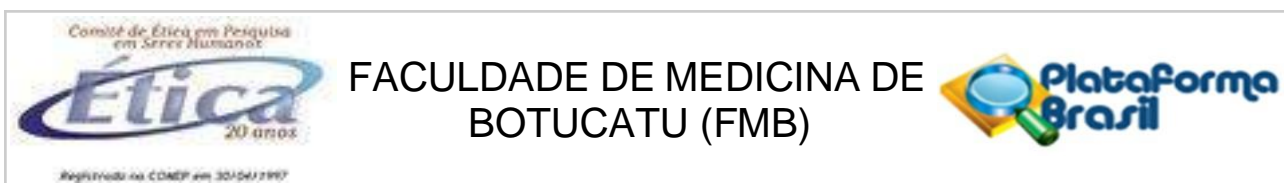
ANEXO A - FATORES DE ALTO E MODERADO RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PRÉ-ECLÂMPسيا

	ACOG ⁽¹⁶⁾	NICE ⁽¹⁷⁾	ISSHP ⁽¹⁸⁾
FATORES DE ALTO RISCO			
Histórico de doença hipertensiva em gestação anterior		X	
Histórico de pré-eclâmpsia em uma gravidez anterior	X		X
Hipertensão crônica	X	X	X
Diabetes pré-gestacional tipo 1/tipo 2	X	X	X
Doença renal crônica	X	X	X
Doença autoimune (LES ou SAF)	X	X	X
Gravidez multifetal	X		
IMC pré-gestacional >30 kg/m ²			X
Tecnologia de reprodução assistida			X
Combinações de múltiplos fatores de risco moderados	X		
FATORES DE RISCO MODERADOS			
Nuliparidade	X	X	X
Parente de primeiro grau com pré-eclâmpsia	X	X	
Gravidez multifetal		X	X
> Intervalo de gravidez de 10 anos	X	X	
IMC >30 kg/m ²	X		
IMC >35 kg/m ² primeira consulta de PN		X	
Idade ≥35 anos	X		
Idade >40 anos		X	X
Raça negra (como uma aproximação para o racismo subjacente)	X		
Renda mais baixa	X		
Fertilização in vitro	X		
Fatores de história pessoal (por exemplo, baixo peso ao nascer ou pequeno para a	X		

idade gestacional, resultado adverso da gravidez anterior)			
Descolamento, natimorto ou restrição do crescimento fetal em uma gravidez anterior			X

Fonte: *UpToDate* ⁽⁹⁾

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Internações por condições sensíveis à Atenção Primária: identificação de lacunas na assistência pré-natal

Pesquisador: ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 73275523.0.0000.5411

Instituição Proponente: Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.592.134

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa.

Introdução:

As internações por condições sensíveis à atenção primária é um importante desafio para a saúde pública quando se fala em doenças crônicas e também no pré-natal, resultando em hospitalizações desnecessárias, trazendo complicações aos usuários, bem como gastos significativos aos cofres públicos. A atenção primária desempenha um papel crucial na saúde materna, fornecendo cuidados preventivos, rastreamento de condições médicas e apoio durante a gravidez. No entanto, em alguns casos, podem ocorrer internações hospitalares durante o período pré-natal devido a condições que poderiam ter sido gerenciadas de forma mais eficaz.

Hipótese:

As internações por causas sensíveis à Atenção Primária durante a gestação estão relacionadas a falhas na assistência pré-natal.

Metodologia Proposta:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.592.134

Primeira etapa: Identificar, por meio de dados secundários, qual a realidade do município acerca das internações por condições sensíveis à atenção primária, em específico as relacionadas ao período gestacional, disponíveis nos sistemas ministeriais. Em seguida, mantendo a mesma lógica de busca, optouse por avaliar os números do PóloCuesta, região de saúde em que está inserido o município em tela. A trajetória percorrida foi composta por AIH's pagas por ano de competência segundo condições sensíveis a AB, Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS de ocorrência – RRAS 09, sendo usada a região de saúde de ocorrência denominada de PóloCuesta, no período de 2012 a 2022. Segunda etapa: Identificar a (s) condição (ões) mais prevalente (s), traçar um panorama comparativo entre Brasil, Estado e os achados, de modo a elaborar um instrumento que seja possível de ser replicado em locais com características semelhantes ao município estudado e servir de base para tomada de decisões, sejam elas, assistenciais ou de gestão em saúde. Para atender as duas primeiras etapas será aplicado o método transversal analítico que tem como propósito emitir um panorama das condições avaliadas em um determinado intervalo de tempo. Terceira etapa: Elaboração de um fluxograma Após avaliação das doenças previstas pela portaria nº 221/2008 (BRASIL, 2008), a pesquisadora irá elencar a mais prevalente e mediante a este resultado, tem o compromisso de elaborar um fluxograma que possa nortear as equipes de saúde com o propósito de garantir qualidade assistencial e maior resolutividade da APS. Esta ferramenta será elaborada, no primeiro semestre de 2024, pela plataforma gratuita Lucidchart, apoiado em estudo metodológico que busca aplicar rigora construção, elaboração e validação de uma ferramenta assistencial. Para tanto, envolve investigação, organização e precisão do conteúdo, que garanta a confiabilidade (MELO, et. al., 2017). Quarta etapa: Implantar nas unidades de saúde da família o fluxograma de atendimento por meio de capacitação com todos os profissionais envolvidos no cuidado à gestante sejam eles, médico, enfermeiros, equipe de nível médio. Espera-se a participação de aproximadamente 110 profissionais, das categorias acima citadas. Quinta etapa: A devolutiva será feita por meio de reunião de equipe, onde a pesquisadora, após implantar, irá argui-los acerca do objeto em uso, registrando os dados em um diário de campo. Ainda, avaliar por meio dos indicadores de saúde (dados constantes em prontuários e sistemas de informação local) se a condução do pré-natal foi modificada com a ferramenta proposta. O período de análise será o correspondente ao primeiro quadrimestre de avaliação do Previne Brasil.

Critério de Inclusão:

Serão incluídas na amostra, todas as gestantes e puérperas, internadas no Hospital das Clínicas de Botucatu, no período de 01 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022, sem restrição de idade

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.592.134

ou idade gestacional, acompanhadas pela atenção básica do município de estudo, que sejam residentes na cidade independente do local de domicílio (urbana ou rural).

Critério de Exclusão:

Pacientes internadas por causas não sensíveis à atenção primária e internação para trabalho de parto.

País de origem do estudo: Brasil

Número de participantes do estudo: 80

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir um fluxograma assistencial para reduzir internações pela causa sensível à APS mais prevalente no município de Botucatu-SP.

Objetivo Secundário:

Desvelar a proporção de internações por causas sensíveis à APS; Identificar os fatores associados à internação pela causa sensível mais prevalente; Elaborar um fluxograma assistencial considerando a causa sensível mais prevalente à APS e os indicadores relacionados. Implementar o fluxograma assistencial elaborado a partir das internações pela causa sensível mais prevalente à APS. Avaliar o fluxograma assistencial elaborado a partir das internações pela causa sensível mais prevalente à APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos de desconforto e conveniência, o sigilo será garantido e o direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, também está assegurado.

Benefícios:

Trata-se de um estudo que não trará benefício direto ao participante, porém, é de extrema relevância para a sociedade, pois pode reduzir significativamente a morbi-mortalidade materna infantil.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.592.134

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo metodológico, descritivo e transversal, que terá cinco passos para sua elaboração, sendo o estudo metodológico a base para construção de um fluxograma. Será levantado a causa mais prevalente de internações por condições sensíveis à atenção primária, por meio da avaliação de todos os prontuários de gestantes internadas na maternidade do Hospital das clínicas de Botucatu, no período de 01 de janeiro de 2022 à 31 de dezembro do presente ano. Após esta avaliação será possível identificar a condição mais prevalente e assim, elaborar um fluxograma que norteie os profissionais das unidades de saúde, com o propósito de reduzir hospitalizações desnecessárias.

Local do estudo: Hospital das Clínicas de Botucatu.

O custo será de R\$500,00, com financiamento próprio.

Cronograma de execução na PB: 04/09/2023 a 16/02/2026 (coleta de dados deverá ser iniciada após aprovação do CEP).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados:

- folha de rosto,
- anuências institucionais (FMB, HCFMB, SMS, Pirangi),
- projeto de pesquisa/brochura
- TCLEs
- TALE

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

1-Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.592.134

Pendência 1.1: Foi submetido para análise ética um TCLE único destinado tanto aos participantes de pesquisa acima de 18 anos quanto aos pais/representante legal de participante menor de 18 anos, alternando a utilização dos termos “você” e “seu”, referindo-se ao participante e ao filho/tutelado respectivamente. Tendo como objetivo facilitar a linguagem do TCLE, solicita-se que sejam submetidos para análise ética na Plataforma Brasil dois TCLE, um destinados aos pais ou/e responsáveis e outro aos participantes de pesquisa acima de 18 anos. Apresentar em arquivos separados um TCLE para maiores de 18 anos e um para os pais/responsáveis pelos participantes menores.

Resposta: Ambos os documentos estão anexados, em arquivos separados, para sua análise.

Análise: Pendência Atendida

Pendência 1.2: De forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que essa seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2, por exemplo. Solicita-se adequação.

Resposta: A numeração das páginas foi devidamente inserida no documento, garantindo a integridade do mesmo. Cada página agora exibe o número individual, indicando também o número total de páginas, seguindo o formato recomendado (por exemplo: 1 de 2, 2 de 2). P

Análise: Pendência Atendida

Pendência 1.3: Solicita-se que conste neste documento a informação de que o TCLE será elaborado em duas VIAS, que deverão ser assinadas ao final pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s). Salienta-se que os campos de assinatura de ambos deverão estar na mesma página (folha). (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d).

Resposta: Foi incluída no documento a informação de que o TCLE será elaborado em duas vias. Cada via deverá ser assinada ao final pelo participante convidado a participar da pesquisa ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável. Esta inclusão assegura a conformidade com as diretrizes éticas.

Análise: Pendência Atendida

Pendência 1.4: Incluir campo de assinatura do pesquisador.

Resposta: Um campo de assinatura do pesquisador foi acrescentado ao documento, garantindo a rastreabilidade e autenticidade do consentimento.

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.592.134

Análise: Pendência Atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, o PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO.

O projeto de pesquisa deverá ter início somente após aprovação deste CEP.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2175707.pdf	10/12/2023 09:53:45		Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_dezassinado.pdf	10/12/2023 09:52:00	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEG.docx	10/12/2023 09:51:14	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLED.docx	10/12/2023 09:50:59	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEB.docx	10/12/2023 09:50:42	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJ.docx	10/12/2023 09:50:24	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TALE.docx	10/12/2023 09:49:25	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.592.134

Ausência	TALE.docx	10/12/2023 09:49:25	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	10/12/2023 09:32:36	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CORRETA_assinado.pdf	04/11/2023 12:59:21	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	COMPROMISSO.pdf	26/10/2023 15:01:55	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	DISPENSA.pdf	26/10/2023 15:01:01	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	isencao_de_TCLE_assinado.pdf	24/09/2023 12:51:25	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	carta_resposta_CEP_assinado.pdf	24/09/2023 12:50:57	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	Elis.pdf	08/08/2023 11:30:47	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TESE.pdf	26/07/2023 18:02:41	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	INSTITUCIONAL.pdf	26/07/2023 18:01:38	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	Gestor.pdf	26/07/2023 18:01:18	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	SMS.pdf	26/07/2023 17:59:10	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	DGAA.pdf	26/07/2023 17:57:51	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Outros	PIRANGI.pdf	26/07/2023 17:56:58	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaHcfmbSipe2192023.pdf	26/07/2023 17:53:45	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	26/07/2023 17:53:16	ELISANGELA CRISITINA DE CAMPOS	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.592.134

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 19 de Dezembro de 2023

**Assinado por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador(a))**

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br