



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

ELLEN ANIELLE XAVIER DOS SANTOS

**PERFIL DE GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA**

CAMPINA GRANDE – PB

2021

ELLEN ANIELLE XAVIER DOS SANTOS

**PERFIL DE GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof Dr^a Rosilene Santos Baptista

CAMPINA GRANDE – PB

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237p Santos, Ellen Anielle Xavier dos.
Perfil de gestantes atendidas no pré-natal de alto risco de uma maternidade pública [manuscrito] / Ellen Anielle Xavier dos Santos. - 2021.
56 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Rosilene Santos Baptista ,
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Obstetrícia. 2. Cuidado pré-natal. 3. Enfermagem
obstétrica. I. Título

21. ed. CDD 610.736 78


ELLEN ANIELLE XAVIER DOS SANTOS

**PERFIL DE GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Enfermagem

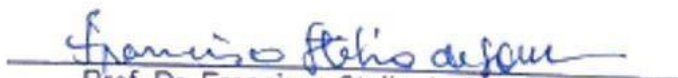
Aprovada em: 13 / 05 / 2021.

BANCA EXAMINADORA

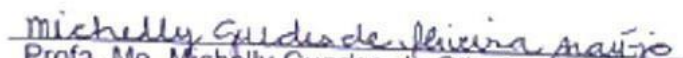


Prof. Dr^a Rosilene Santos Baptista
(Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Francisco Stelio de Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Michelly Guedes de Oliveira Araújo
Centro Universitário do Rio Grande do Norte
(UNI-RN)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Agradeço meus pais, Erinaldo dos Santos e Erinalda Xavier, pela confiança depositada em mim e por todo investimento emocional e financeiro realizado até hoje, vocês são meus exemplos de vida.

Ao meu irmão, Leonardo Xavier, por também me apoiar durante toda essa caminhada.

Ao meu namorado Fábio Alves, por toda paciência, compreensão, carinho e amor, e por me ajudar muitas vezes a achar soluções quando elas pareciam não aparecer, além deste trabalho, dedico todo meu amor a você.

A Prof. Dr^a Rosilene Santos Baptista pela orientação, dedicação, paciência e, principalmente, pela amizade durante todo o processo.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

“Muitos afirmam que tudo o que sabemos é infinitamente menos do que tudo o que ainda permanece desconhecido.”

(William Harvey)

RESUMO

A segurança e a tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento e o vínculo estabelecido entre a mulher e a equipe de saúde são um quesito importante para humanização da atenção e para adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal. Idealmente todo o serviço de atenção pré-natal de baixo risco deveria priorizar os aspectos que o usuário deseja ver solucionado e dispor da possibilidade de referência para os casos de alto risco identificados. Neste contexto as complicações maternas como hipertensão arterial, abortamento, afecções perinatais, prematuridade e diabetes gestacional, associadas a não adoção de medidas protetoras no período perinatal como a consulta de pré-natal e o aleitamento materno na primeira hora, constituem ainda problemas significativos na saúde da mulher e da criança. Estudo descritivo, analítico, exploratório com abordagem quantitativa e delineamento transversal realizado durante o período de 2019/2020. É uma pesquisa documental com base na ficha perinatal ambulatorial das gestantes de alto risco que necessitem de interconsulta ou acompanhamento no setor de alto risco da maternidade. Objetivou-se traçar o perfil de gestantes atendidas no Pré Natal de Alto Risco, considerando os aspectos clínicos, obstétricos, antropométricos, socioeconômicos e emocionais. Realizada em uma Maternidade pública de Campina Grande-PB, com uma amostra de 600 gestantes cadastradas, utilizando-se critérios de inclusão e exclusão. Torna-se válido ressaltar que o estudo apresentou certas limitações, como a redução do tempo de coleta de dados, ausência de entrevistas com as pacientes e enfermeiras do pré natal de alto risco em virtude de protocolos de segurança a saúde estabelecidos por conta da pandemia de Covid-19 na maternidade. Essa pesquisa considerou fatores como, o histórico pessoal da gestante e seu passado obstétrico, bem como a conjuntura sociodemográfica e econômica, afim de conhecer os fatores de risco que possam interferir em sua saúde materno-fetal e assim direcionar a melhor assistência ao binômio. O estudo realizado nos permitiu aferir sobre aspectos importantes como a vulnerabilidade socioeconômica e condições clínicas das pacientes, bem como fatores que podem acarretar grandes riscos a saúde materno-fetal.

Palavras-Chave: Maternidades. Cuidado Pré-Natal. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The security and tranquility acquired through the guarantee of care and the bond established between the woman and the health team are an important issue for the humanization of care and for adherence and the permanence of pregnant women in the prenatal care service. Ideally, all low-risk prenatal care services should prioritize the aspects that the user wishes to see solved and have the possibility of referral for the identified high-risk cases. In this context, maternal complications such as arterial hypertension, abortion, perinatal disorders, prematurity and gestational diabetes, associated with not adopting protective measures in the perinatal period, such as prenatal consultation and breastfeeding in the first hour, still constitute significant health problems. of women and children. Descriptive, analytical, exploratory study with a quantitative approach and cross-sectional design carried out during the period 2019/2020. It is a documentary research based on the outpatient perinatal record of high-risk pregnant women who need inter-consultation or follow-up in the high-risk sector of maternity. The objective of this study was to outline the profile of pregnant women attended at the Prenatal High Risk Program, considering the clinical, obstetric, anthropometric, socioeconomic and emotional aspects. Held in a public maternity hospital in Campina Grande-PB, with a sample of 600 registered pregnant women, using inclusion and exclusion criteria. It is worth noting that the study had certain limitations, such as reducing data collection time, absence of interviews with high-risk prenatal patients and nurses due to health safety protocols established due to the Covid-19 pandemic in the maternity ward. This research considered factors such as the personal history of the pregnant woman and her obstetric past, as well as the socio-demographic and economic situation, in order to know the risk factors that may interfere with her maternal-fetal health and thus direct the best assistance to the binomial. The study carried out allowed us to assess important aspects such as the socioeconomic vulnerability and clinical conditions of the patients, as well as factors that can cause great risks to maternal and fetal health.

Keywords: Maternities. Prenatal care. Obstetrics Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Perfil Sociodemográfico da Idade das Gestantes Atendidas no Pré Natal de Alto Risco do ISEA 23
- Figura 2 – Panorama das Cidades Atendidas pelo Setor de alto Risco do ISEA 24
- Figura 3 – Antecedentes Mórbitos Pessoais das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020 29
- Figura 4 – Motivo de Acompanhamento das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020 29

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01 – Perfil Sociodemográfico de Escolaridade das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA..... 25
- Tabela 02 – Perfil Sociodemográfico de situação Conjugal das Gestante Atendidasno Pré-Natal de alto Risco do ISEA..... 26
- Tabela 03 – Perfil de Planejamento Gestacional das Pacientes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA..... 27
- Tabela 04 – Antecedentes Obstétricos das Gestantes Quanto ao Número de Gestações..... 27
- Tabela 05 – Antecedentes Obstétricos das Gestantes quanto aos tipos de Partos e Abortos Anteriores das Gestantes atendidas no Pré-Natal de Alto Risco 28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
ISEA	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
ITU	Infecção do Trato Urinário
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Americana de Saúde
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SHG	Síndromes Hipertensivas Gestacionais
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVO	14
3.1	<i>Objetivo geral</i>	14
3.2	<i>Objetivos específicos</i>	14
4	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1	<i>Gestação de Alto Risco</i>	15
4.2	<i>Morte Materna</i>	19
4.3	<i>Importância do pré-natal no contexto do alto risco</i>	19
5	METODOLOGIA	21
5.1	Tipo de Pesquisa	21
5.2	<i>Local de Pesquisa</i>	21
5.3	<i>Amostra</i>	21
5.4	<i>Análise dos Dados</i>	22
5.6	<i>Aspectos Éticos</i>	22
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	23
7	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS.....	34
	ANEXO A – ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS.....	39
	ANEXO B – MOTIVO DE ACOMPANHAMENTO	46
	APÊNDICE A – FICHA PERINATAL.....	49
	APÊNDICE B – FICHA DE PERMISSÃO INSTITUCIONAL	51
	APÊNDICE C – TERMO DE ATORIZAÇÃO	52
	APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO.....	53
	APÊNDICE E – T.C.DIVULGAÇÃO.....	55

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento especial para a mulher e traz uma série de alterações fisiológicas, a fim de manter o desenvolvimento e crescimento do feto. Todas essas transformações são necessárias para se adaptar à nova fase de sua vida, por conta do aumento de hormônios, o qual possibilita maior absorção de nutrientes e retém mais energia no organismo para o desenvolvimento do bebê (PIMENTA et al., 2012).

A gravidez, por si só, já é um evento de muita significação na vida da mulher e é permeada por valores e transformações que se constituem como ímpares. (ROECKER et al., 2012).

A segurança e a tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento e o vínculo estabelecido entre a mulher e a equipe de saúde são um quesito importante para humanização da atenção e para adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal. Idealmente todo o serviço de atenção pré-natal de baixo risco deveria priorizar os aspectos que o usuário deseja ver solucionado e dispor da possibilidade de referência para os casos de alto risco identificados (COSTA et al., 2012).

Ao se falar de risco, segundo o modelo vigente de assistência que vem sendo prestada à gestação, ao parto e ao nascimento, inspirado no paradigma americano, as gestações são classificadas em alto, médio e baixo risco; conseqüentemente na atualidade, não há gestação sem risco (RATTNER, et al., 2005).

Os registros na Caderneta da gestante, são de suma importância, em especial os da enfermagem, já que se tornam elementos imprescindíveis no processo do cuidar humano. Portanto, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente (OLIVEIRA, C.V. et al., 2009).

No Brasil a morte materna ainda é considerada um problema de saúde pública. No ano de 2007 foi registrado 1.370 novos casos de mortes maternas por causas obstétricas diretas, resultantes de fatores de risco maternos e complicações da gravidez.

Neste contexto as complicações maternas como hipertensão arterial, abortamento, afecções perinatais, prematuridade e diabetes gestacional, associadas a não adoção de medidas protetoras no período perinatal como a consulta de pré-natal e o aleitamento materno na primeira hora, constituem ainda problemas significativos na saúde da mulher e da criança (OLIVEIRA et al., 2009).

Por isso, a Organização Mundial de Saúde recomenda que os serviços de atenção básica e hospitalar desenvolvam ações de forma integrada e contínua em todos os ciclos da vida, de forma que a gestante e o neonato, especialmente aquele em situação de risco, sejam monitorados pela equipe de saúde. Sendo assim, a presença de problemas em diferentes níveis da atenção perinatal deve ser bem avaliada para a identificação de outros fatores de risco, como as características dos serviços, das mães e das condições socioeconômicas que possam contribuir nas falhas contínuas da assistência (Martins, E.F. et al., 2009).

Analisando-se a tendência da RMM no Brasil, estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) mostraram redução de 52% da RMM, declinando de 143 mortes por 100 mil Nascidos Vivos (NV) em 1990, para 68 por 100 mil NV em 2010. Contudo, a velocidade de redução da RMM diminuiu a partir de 2001, revelando a necessidade de maiores esforços para atingir valores menores de óbitos em NV.4 No Brasil no período de 2009 a 2013 houve uma queda significativa na mortalidade materna, sendo que o percentual apresentado de mortalidade em 2009 foi de 20,04%, em 2011 foi 20,07% e em 2013 teve um percentual de 19,93% de mortes maternas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O desenvolvimento desta pesquisa mostra-se importante e necessária para o aprofundamento do tema, onde por meio desta, identificou-se dados que possibilitam tomadas de decisões mais acertadas no que concerne as necessidades específicas do serviço.

Baseado nesse cenário, esse estudo teve por objetivo traçar o perfil de gestantes atendidas no pré-natal de alto risco de uma maternidade pública.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu, pela experiência pessoal em atuar na maternidade pública há oito anos no setor de Acolhimento com Classificação de Risco, e pela curiosidade sobre quais seriam os perfis dessas gestantes usuárias do serviço especializado (pré-natal de alto risco).

Partindo desta experiência ocorreu algumas inquietações: Quem são estas mulheres atendidas no pré natal? Quais comorbidades, antecedentes clínicos e/ou obstétricos possuem? Diante do fato de que ainda é elevado o número de gestações de alto risco, torna-se de suma importância a identificação dos fatores que levam à complicação de uma gravidez, a fim de verificar as possíveis medidas a serem adotadas para prevenção das complicações e reduções da razão da mortalidade materna (RMM).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar o perfil das gestantes quanto aos aspectos clínicos, obstétricos e socioeconômicos de gestantes acompanhadas no Pré Natal de Alto Risco.

3.2. Objetivos específicos

- Traçar o perfil de gestantes atendidas no Pré Natal de Alto Risco, considerando os aspectos clínicos, obstétricos e socioeconômicos;
- Contribuir com parâmetros e análises que colocam a gestação de alto risco como multicausal, interdependente de diversos fatores individuais, sociais, obstétricos e clínicos, que são determinantes para as condições de vida, para o desenvolvimento da gravidez e para a saúde materno fetal.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Gestação de alto risco

A gravidez apresenta uma série de manifestações que servem de base para diagnosticar e avaliar a gestação, tendo como principais aspectos, eventos clínicos e elementos laboratoriais. O período gestacional dura em média 40 semanas, se a gravidez se desenvolver de acordo com os parâmetros normais e de acordo com as características da mãe e do concepto (CHAVES NETTO, 2004).

Porém, em alguns momentos da gestação, podem ocorrer situações que envolvam riscos para o binômio, comprometendo a evolução favorável da gravidez. Neste caso a gestante é considerada de alto risco. Entende-se, portanto, que a gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por agravos que a média das gestações (SOUZA, et al., 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de pertencerem a situações de risco (Buzzo, et al., 2007).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (CALDEYRO-BARCIA, et al., 1973).

Do ponto de vista obstétrico, estatísticas apontam que 90% das gestações iniciam e evoluem sem intercorrências ou complicações. No entanto, aproximadamente 10% delas apresentam problemas no início ou no seu decurso, chamadas de gestações de alto risco (Correa, et al., 2005).

Durante a gestação a mulher está sujeita as mudanças acarretadas pelos processos metabólicos (Figueiredo, et al., 2013). De modo geral, os fatores de risco que podem tornar o prognóstico materno e fetal desfavorável são as características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva, condições clínicas e obstétricas isoladas ou associadas a outras complicações que repercutem na evolução da gestação, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras (Brasil, 2012); (Aquino, et al., 2015).

As gestantes de alto risco representam 15% das grávidas. É essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para reconhecer os riscos e encaminhar a gestante de forma efetiva para o serviço de maior complexidade. Os casos específicos podem ser acompanhados no nível primário, mas se um cuidado mais complexo for necessário, com técnicas especializadas, eles devem ser encaminhados para o nível secundário ou terciário, para melhor avaliação da equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2001).

A assistência pré-natal constitui-se de orientações quanto aos hábitos de higiene, assistência psicológica e física, profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças próprias da gestação ou que nela intercorrem, de modo a preparar a mulher e o feto para o parto em condições saudáveis, dentre as mulheres que engravidam 10 a 20% podem ser consideradas grávidas de alto risco, sendo que estas são responsáveis por 50% da mortalidade fetal anteparto (Rezende Filho, et al., 2008).

Dados do MS dão conta de que no Brasil, de 70 a 150 mulheres em cada 100 mil morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, entretanto 90% desses óbitos poderiam ser evitados se tivessem assistência adequada (Ministério da Saúde, 2012).

Na atenção pré-natal de alto risco (PNAR) o Ministério da Saúde preconiza o atendimento da gestante por equipe multidisciplinar, que inclui o profissional enfermeiro (Brasil, 2016).

Uma assistência pré-natal adequada e de qualidade tem sido uma preocupação das instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Americana de Saúde (OPAS), e do próprio sistema brasileiro por meio do Ministério da Saúde (MS), pois consideram reais as possibilidades de diagnóstico e tratamento da maioria das situações patológicas, podendo repercutir favoravelmente em resultados maternos e em melhores condições dos recém-nascidos (DOURADO, 2005).

No Brasil, a prevalência de gestações de alto risco é imprecisa e, em geral, estão associadas aos quadros de hipertensão arterial, infecções e diabetes gestacional (Brasil, 2016).

Devido aos altos coeficientes de mortalidade materna e infantil, a assistência pré-natal tem merecido destaque, o que culminou na criação de políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal (Arrais, et al., 2014).

Com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, o MS instituiu em todo o País a Rede Cegonha, estratégia que visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil a ser implantada, gradativamente (Ministério da Saúde, 2013).

No Manual de Parto e Puerpério são apresentadas situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco, tais como: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas crônicas e doenças obstétricas na gravidez atual (Ministério da Saúde).

Para Zampieri (2009, p. 50), o profissional tem que ser capacitado para atender qualquer gestante, seja ela alto risco ou baixo risco, de uma forma holística, mesmo porque uma mulher pode ser classificada em uma ou outra situação, dependendo de sua condição e do bebê.

De acordo com o Ministério da Saúde, os fatores de riscos presentes anteriormente à gestação, no que se referem às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, estão relacionados: à idade maior que 35 anos; à idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; à altura menor que 1,45m; à dependência de drogas lícitas ou ilícitas; à história reprodutiva anterior; e às condições clínicas preexistentes, como hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, entre outras. Os outros grupos de fatores de risco referem-se às condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação, transformando-a em uma gestação de alto risco, a saber: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual, como desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragia, óbito fetal, entre outras; e intercorrências clínicas, como doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (infecção de trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.) (Ministério da Saúde, 2012).

No Brasil, a gestação de alto risco ocorre em 10% a 20% dos casos e se relaciona à ocorrência de alguns transtornos, sendo mais frequentes as síndromes hipertensivas da gravidez (SHG) e o diabetes mellitus gestacional (DMG), onde aproximadamente 3/4 das mortes maternas no mundo ocorrem por causas obstétricas diretas (Salge, et al., 2018).

No ano de 2013, ocorreram cerca de 587.379 gestações no Brasil, sendo que destas, 234.719 incidiram na região Nordeste, o maior índice encontrado entre as regiões brasileiras (Ministério da Saúde, 2013).

O diagnóstico pré-natal nas condições de risco no período gestacional é de grande ajuda para que a gestante, junto a família, lide da melhor forma, diante das situações a que são expostas, tanto a mãe quanto o bebê, facilitando o trabalho de prevenção a maiores agravos, quando possível, ou até mesmo preparando os pais para lidarem com as consequências que podem apresentar uma gravidez de alto risco (SOUSA, 2010).

A assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população. O pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos e o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes (Coutinho, 2003).

4.2 Morte materna

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como morte materna a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais. No ano de 2012 o Brasil apresentou uma Razão de Mortalidade Materna de 54,5 óbitos por 100.000 nascidos vivos (OMS, 2000).

Na América Latina, aproximadamente 15 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, parto ou puerpério. Enquanto que países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a 11 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, países em desenvolvimento como Bolívia e Peru chegam a mais de 200 óbitos e o Haiti apresenta uma Razão de Mortalidade Materna de 670 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Apesar da situação econômica do país ser um grande indicador dos índices de morte materna, existem países como Cuba e Costa Rica, onde as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, o que demonstra que os óbitos maternos estão também relacionados com questões políticas de garantia da saúde da mulher na gravidez e puerpério (Martins, 2006).

4.3 Importância do pré-natal no contexto do alto risco

Diante da ocorrência da mortalidade materna, a assistência pré-natal não pode prever as complicações do parto na maioria das mulheres, porém, a promoção da saúde e a identificação dos riscos poderão favorecer o prognóstico materno. A detecção de qualquer risco implica na necessidade de atenção especializada, com exame e/ou avaliação e seguimentos adicionais e, se necessário, referência da atenção básica para um serviço de nível mais complexo (Raybum, 2015).

Os dados nacionais referentes à cobertura do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento apresentam grandes variações por região do país (Andreucci, et al., 2011). Considerando-se no mínimo 6 consultas, observa-se a seguinte distribuição: Norte 30,18%, Nordeste 39,33%, Sudeste 68,69%, Sul 70,79%, Centro Oeste 60,38 %, e a média no Brasil de 55,38% (Grangeiro, et al., 2008).

Entretanto, a Paraíba, no contexto nacional, ainda é um dos Estados que apresentaram percentuais altos de nascidos vivos cujas mães não realizaram nenhuma consulta pré-natal (Brasil, Ministério da Saúde, 2011).

O enfermeiro deve dar maior ênfase aos aspectos preventivos do cuidado, motivando a mulher ao autocuidado e a comunicação de alterações precocemente (Silva, 2015).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, exploratório com abordagem quantitativa e delineamento transversal realizado durante o período de 2019/2020. É uma pesquisa documental com base na ficha perinatal ambulatorial dos anos de 2019/2020 das gestantes de alto risco que necessitem de interconsulta ou acompanhamento no setor de alto risco da referida maternidade (APÊNDICE A).

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) em Campina Grande-PB, esta maternidade compõe o sistema municipal de saúde, sendo referência nas especialidades de gineco-obstetrícia e não faz apenas atendimentos de partos, oferece vários outros serviços de saúde baseados nos princípios do SUS, atendimento Pré-Natal a gestantes de Alto Risco, com um número de especialistas que compõem uma equipe multidisciplinar. Oferece além desses, atendimento Pós-Parto, Planejamento Familiar. A referida instituição também oferece: Teste do Pezinho, Teste da orelhinha, Banco de Leite Humano, Imunização, Serviço de Cartório para registro do bebê, Ouvidoria SUS, Núcleo de Prevenção de Violência contra às Mulheres, Casa da Gestante Bebê e Puérpera, Enfermaria Mãe Canguru, Sala de Parto, Enfermaria de Alto Risco, Centro Cirúrgico, UTI Materna, UTI Neonatal e os serviços de USG, Raio X e Laboratório, além do CPN (Centro de Parto Normal) que atualmente está sendo utilizado como isolamento para gestantes com COVID-19.

5.3 População e amostra

A população foi de 600 mulheres cadastradas. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão foram: estar gestante, apresentar algum fator de risco relacionado a gestação, seja físico, social, problemas em gestação anterior, distúrbios presentes antes da gravidez, doenças durante a gestação, exposições durante a gestação.

Como critério de exclusão utilizamos: as fichas perinatais ambulatoriais que as gestantes foram orientadas/ encaminhadas pelas UBS e Centros de Saúde antes da 20ª semana de gestação, gestantes com prontuários incompletos, gestantes que não sabem informar a idade gestacional, nem a data da última menstruação e as que tiveram alta do pré-natal de alto risco. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o espaço amostral passou a ser de 306 gestantes.

5.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita através da análise dos dados por meio do programa Statistical Package of Social Sciences for Windows®, versão 20.0, o qual permitiu a realização de estatística descritiva com associações e distribuição de frequências, percentuais e medidas de tendência central (mediana, média) e dispersão (desvio padrão), os dados foram previamente trabalhados e tabelados no programa Microsoft office Excel 2007 de forma a auxiliar. O banco de dados utilizou ferramenta estatística denominada ROL, através desta, os dados foram ordenados de acordo com as variáveis e em seguida foram selecionados os dados de interesse.

5.5 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Não serão divulgados os nomes dos partícipes (BRASIL, 2012).

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, torna-se importante ressaltar que a gravidez se desenvolverá dentro de um contexto social e cultural que irá influenciar e determinar a sua evolução e a sua trajetória. Desta maneira, essa pesquisa considerou fatores como, o histórico pessoal da gestante e seu passado obstétrico, bem como a conjuntura sociodemográfica e econômica, afim de conhecer os fatores de risco que possam interferir em sua saúde materno-fetal e assim direcionar a melhor assistência ao binômio.

A população do estudo foi constituída por 600 gestantes cadastradas, entretanto por critérios de inclusão e exclusão a amostra final foi estabelecida em 306 gestantes atendidas no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) em Campina Grande-PB, maternidade que compõe o sistema municipal de saúde, sendo referência nessa especialidade.

Dentro dessa perspectiva a figura 1 apresenta a faixa etária de idade das gestantes mais prevalentes atendidas pelo setor de alto risco do ISEA, onde os dados revelam que a maior faixa etária ficou entre 31-35 anos com uma frequência de 71 pacientes o que configura 23,2% do total de atendimentos no setor.

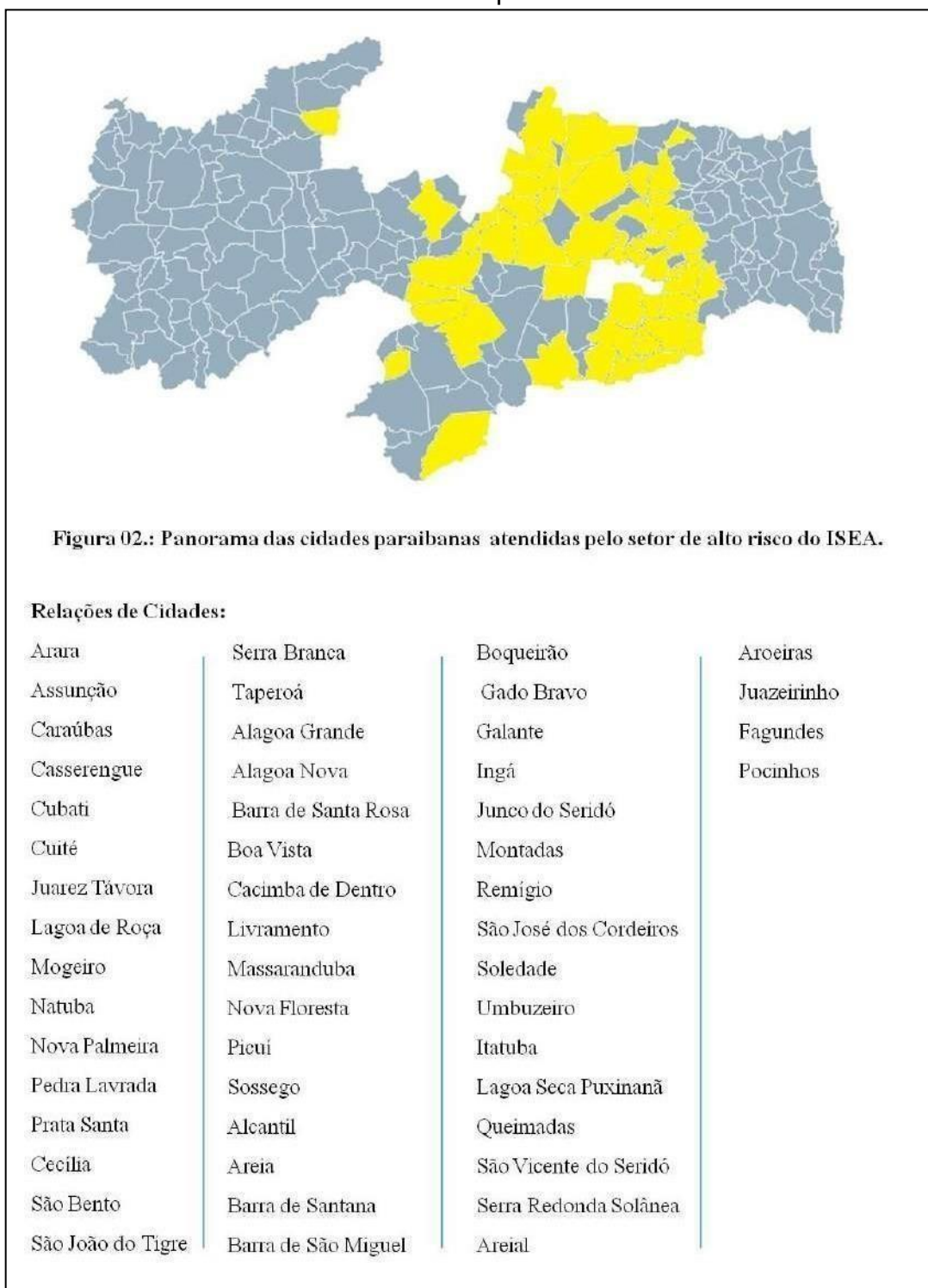
Figura 01-Perfil Sociodemográfico da idade das gestantes atendidas no Pré-natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020.



Fonte: Dados sintetizados pela autora através da coleta de dados.

Na figura 2, temos um panorama das cidades de origem dessas pacientes, o que demonstra a importância do setor não apenas para o compartimento da Borborema como também para o estado, uma vez que a proporção de atendimentos no setor levando em consideração pacientes de Campina Grande e outro municípios do estado apresentaram certo equilíbrio, já que 165 pacientes são de Campina Grande, o que corresponde 54% dos atendimentos e 141 pacientes, 46% dos atendimentos, são oriundas de outros 52 municípios.

Figura 02- Panorama das cidades atendidas pelo Pré-Natal de Alto Risco do ISEA



Fonte: Dados sintetizados pela autora através dos cartões de pré-natal.

No que diz respeito ao grau de escolaridade foi identificado que 29,1% possuía ensino fundamental completo, 57,5% ensino médio completo, 13,1% ensino superior completo e 0,3% não possuíam qualquer grau de escolaridade. Neste cenário, a maioria das gestantes dentro do espaço amostral dessa pesquisa possui ensino médio completo, 176 pacientes, o que caracteriza um aspecto positivo do ponto de vista socioeducacional.

Tabela 01-Perfil Sociodemográfico de Escolaridade das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Fundamental	89	29,1	29,1	29,1
Médio	176	57,5	57,5	86,6
Superior	40	13,1	13,1	99,7
Nenhuma	1	0,3	0,3	100,0
Total	306	100,0	100,0	

Fonte: Dados sintetizados pela autora através da coleta de dados.

Ainda nessa perspectiva, segundo o Manual Técnico da Gestação de Alto Risco, a baixa escolaridade pode representar um significativo fator de risco pois de maneira direta proporciona a essas gestantes limita es ao acesso   informa o (BRASIL, 2012). Para Souza et al (2013)   baixa escolaridade provoca um menor conhecimento por parte das gestantes de aspectos importantes, como o conhecimento sobre seu corpo e sobre a interven o do meio ambiente no estabelecimento da sua saúde, porém positivamente, este fator não constitui a realidade da amostra desta pesquisa.

Também foi possível observar, com relação a situação conjugal, que 74 gestantes, (24,2%) se afirmam solteiras, 121 gestantes, (39,5%), se afirmam casadas e 110 gestantes, (35,9%) se afirmam em união estável com seus parceiros. Segundo o Ministério da Saúde (2016), torna-se fundamental a participação do pai/parceiro durante o processo gestacional.

Tabela 02-Perfil Sociodemográfico de situação Conjugal das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020.

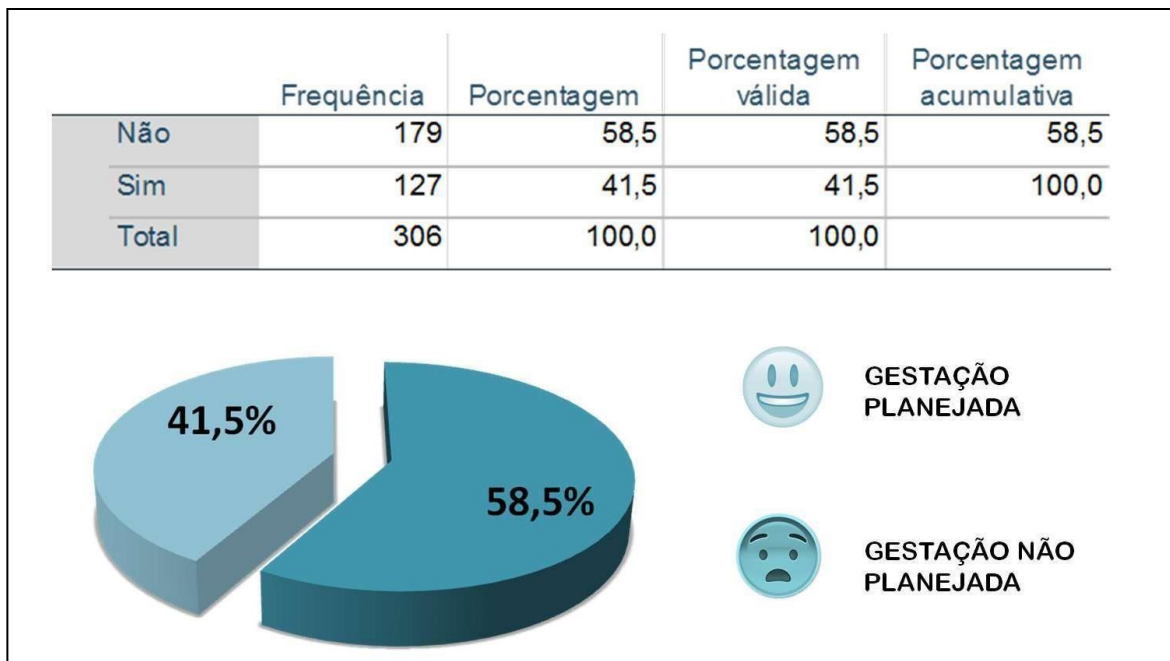
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Casada	121	39,5	39,5	39,5
Solteira	74	24,2	24,2	63,7
União Estável	110	35,9	35,9	99,4
Outros	1	0,3	0,3	100,0
Total	306	100,0	100,0	

Fonte: Dados sintetizados pela autora através da coleta de dados.

No Brasil, a gestação não planejada é considerada um problema de saúde pública. Esta ocorrência é um importante indicador da falha no controle do processo reprodutivo.¹ De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 45,8% dos nascimentos ocorridos nos primeiros cinco anos da década atual não foram planejados, esse número vem aumentando ao longo dos anos em várias regiões do país e do mundo. Além disso, estima-se que 50% das mulheres jovens com quatro filhos ou mais não os planejaram, tornando-se alarmante o número de gestações que evoluem para o aborto.

Com relação ao planejamento da gravidez, a pesquisa mostrou que as gestações não planejadas correspondem a 58,5% e as gestações planejadas ficaram no patamar de 41,5%.

Tabela 03-Perfil de Planejamento Gestacional das Pacientes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020.



Fonte: Dados sintetizados pela autora através da coleta de dados.

Dentro desse planejamento gestacional, podemos destacar os indicativos quanto ao número de gestações dessas pacientes, nesse cenário a segunda e terceira gestação predomina com 85 e 79 pacientes respectivamente, o que representa juntas 53,6% mais da metade do total de atendimentos no setor.

Tabela 04-Antecedentes Obstétricos das Gestantes Quanto ao Número de Gestações.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Primeira Gestação	55	18,0	18,0	18,0
Segunda Gestação	85	27,8	27,8	45,8
Terceira Gestação	79	25,8	25,8	71,6
Quarta Gestação	41	13,4	13,4	85,0
Quinta Gestação	30	9,8	9,8	94,8
Sexta Gestação	10	3,3	3,3	98,0
Sétima Gestação	3	1,0	1,0	99,0
Oitava Gestação	2	0,7	0,7	99,7
Décima Gestação	1	0,3	0,3	100,0
Total	306	100,0	100,0	

VÁLIDOS 306 | OMISSOS 0

MÉDIA 2,89 | ERRO MÉDIA PADRÃO 0,087 | ERRO DESVIO 1,5 | MÍNIMO 1 | MÁXIMO 10

Fonte: Dados sintetizados pela autora através da coleta de dados.

Tabela 05-Antecedentes Obstétricos das Gestantes quanto aos tipos de Partos e Abortos Anteriores das Gestantes atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020.

Tipos de Partos				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Cesária	105	34,3	34,3	34,3
Parto Vaginal	177	57,8	57,8	92,2
Parto Vaginal, Cesária	24	7,8	7,8	100,0
Total	306	100,0	100,0	

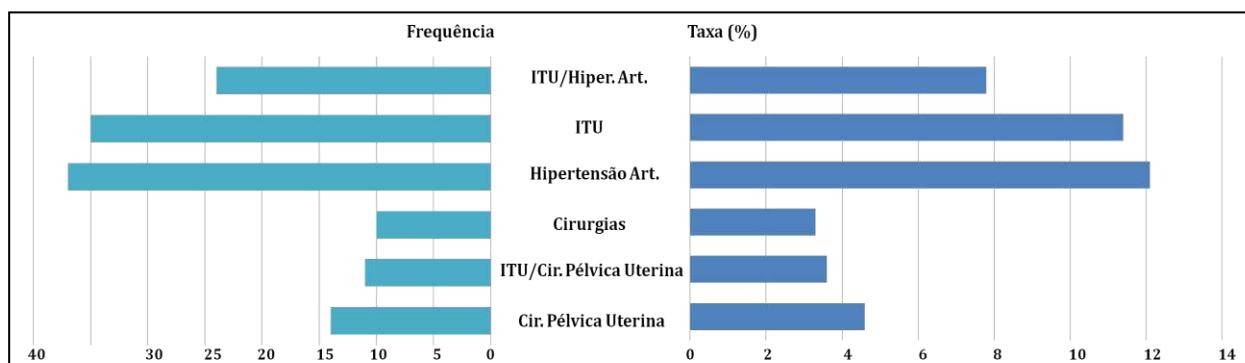
Abortos Anteriores				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
	5	1,6	1,6	1,6
Não	194	63,4	63,4	65,0
Sim	107	35,0	35,0	100,0
Total	306	100,0	100,0	

Fonte: Dados sintetizados pela autora através da coleta de dados.

Em relação ainda aos antecedentes obstétricos foi evidenciado um indicativo de 57,8% de partos vaginais, seguidos de 34,3% de partos cesáreos, pacientes que passaram pela experiência de partos vaginais e também cesáreos corresponderam a 7,8%. Foi também constatado que 63,4% delas referiram não possuir nenhum aborto anterior enquanto que 35% referiram que ocorreu aborto anterior.

Quanto os antecedentes mórbidos pessoais, os resultados obtidos apresentaram-se com variância significativa com índice de frequência igual ou superior a 10 (≥ 10), a relação completa com frequências e índices podem ser vistos no (ANEXO A).

Figura 03-Antecedentes Mórbitos Pessoais das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020.

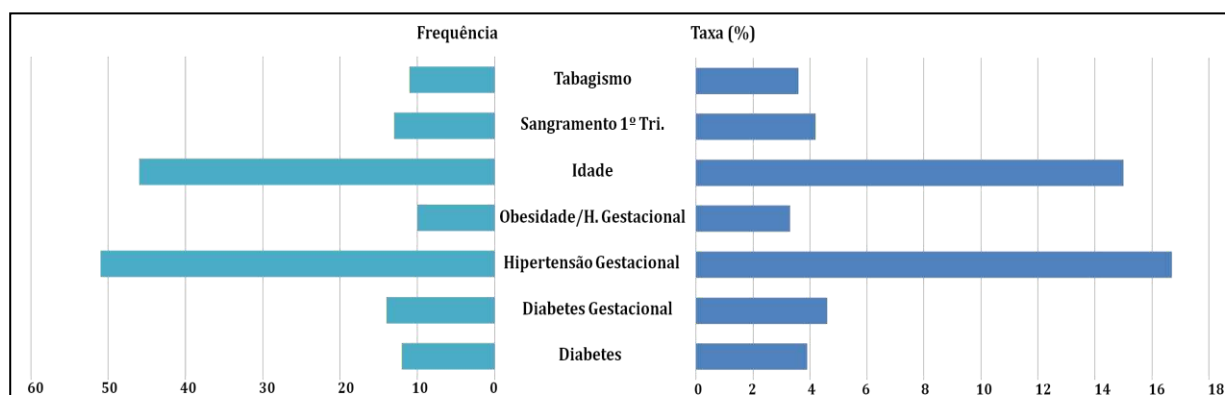


Fonte: Dados sintetizados pela autoras através de coleta de dados.

Desta maneira, as mais referidas foram hipertensão gestacional, com 37 casos (12,1%), seguidos de ITU com 35 casos (11,4%) e Hipertensão Arterial/ITU com 24 casos (7,8%).

Quanto as intercorrências na gestação, motivos pelos quais as gestantes foram classificadas como de alto risco, os resultados obtidos apresentaram-se com dispersão significativa. Por essa razão evidencia-se no diagrama as intercorrências com índice de frequência igual ou superior a 10 (≥ 10), a relação completa com frequências e índices podem ser vistos no ANEXO B. Assim as mais referidas foram hipertensão gestacional com 51 casos (16,7%), seguidos de Idade com frequência de 46 casos (15%) e diabetes gestacional com 14 casos (4,6%).

Figura 04-Motivo de Acompanhamento das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020.



Fonte: Dados sintetizados pelas autoras através de coleta de dados.

Dentre os motivos de acompanhamento das pacientes com hipertensão arterial durante a gestação, este representa um dos principais problemas relacionados a morbidade e mortalidade materno-fetal, apresentando alto índice de incidência no país. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) está entre os principais distúrbios relacionados ao aumento da pressão arterial durante a gravidez e está subdividida entre pré-eclâmpsia e eclâmpsia, onde além do aumento da pressão há também o aparecimento de edema e proteinúria (ROCHA et al., 2016).

Segundo estudo realizado, pesquisas apontam para uma associação entre a presença de DHEG e o aparecimento de hemorragias intracranianas maternas e descolamento prematuro de placenta. Quanto às consequências fetais podem ocorrer prematuridade, restrição de crescimento fetal ou morte intrauterina e também maior índice de internações em UTI's neonatais (MONTEIRO et al., 2017).

Importante destacar que dentre as comorbidades que torna necessário o acompanhamento da gestante no setor de alto risco, temos a diabetes gestacional, que no nosso estudo atinge 14 das gestantes do setor (4,6%), a qual representa um elevado risco a vida do feto, uma vez que existe uma relação entre a hiperglicemia materna e a morbidade fetal. Recém-nascidos de pacientes portadoras desta condição correm o risco de anoxia, prematuridade, infecções, desconforto respiratório, hipoglicemia grave, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, polidrâmnio e óbito fetal (COSTA et al., 2015).

Toda gestação, sendo ela de alto risco ou de risco habitual, pode evoluir com alterações no seu curso fisiológico e gerar algum problema nesse processo de andamento gestacional, o que se denomina intercorrência. Geralmente o desfecho dessa gestação é influenciado de alguma forma por estas intercorrências que podem gerar complicações simples e até mesmo o óbito materno (CALEGARI; GOUVEIA; GONÇALVES, 2016).

Portanto é válido ressaltar que importante que as gestantes de alto risco iniciem precocemente o pré-natal, tendo em vista que é através dele que a paciente terá a possibilidade de um acompanhamento mais eficaz a fim de evitar eventuais complicações.

Torna-se importante destacar a estimativa anual que revela que mais de 500.000 mulheres morrem por complicações gestacionais e/ou do parto (DIAS et al.,2015). No Brasil esse cenário segundo o Ministério da Saúde aponta que a Razão de Mortalidade Materna passou de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2010. Porém ainda havendo redução de casos, a morte de mulheres por complicações advindas da gestação reflete preocupação que requer esforços na criação de estratégias para o enfrentamento deste problema (BRASIL, 2015).

7. CONCLUSÃO

O estudo permitiu concluir que as gestantes atendidas na referida maternidade, durante a sua realização apresenta características semelhantes, quando se trata de aspectos epidemiológicos, com as de outros municípios do país. A evidência esteve presente ao se analisar variáveis como: idade, escolaridade e situação conjugal.

Contribuindo com parâmetros e análises que colocam a gestação de alto risco como multicausal, interdependente de diversos fatores individuais, sociais, obstétricos e clínicos, que são determinantes para as condições de vida, para o desenvolvimento da gravidez e para a saúde materno fetal.

Importante destacar o papel do enfermeiro, que realiza as consultas intercaladas com o médico, podendo identificar se a paciente apresenta uma gestação de risco ou se a mesma pode desenvolver fatores que impliquem no seu bem-estar e no do feto, analisando o seu histórico pessoal. Essa percepção se dá através dos exames físicos e também interpretando seus exames laboratoriais para direcioná-la às especialidades necessárias.

Tal avaliação requer medidas abrangentes e criteriosas a fim de possibilitar o reconhecimento dos aspectos biopsicossociais que fazem parte da vida da gestante e que possam levar a uma possível complicação. A identificação precoce de tais fatores leva a significativas reduções da mortalidade materna, cenário que constitui um problema de saúde mundial, cujas taxas apresentam-se crescentes no Brasil.

Nesse sentido os resultados apresentados na seção de discussão nos leva a concluir que a elevação da pressão arterial tem sido motivo de acompanhamento dessas gestantes ao pré natal de alto risco, quando comparado a outras patologias identificadas, continua como um dado prevalente, uma vez que atualmente as síndromes hemorrágicas ainda são apontadas como patologias responsáveis por elevados índices de morbimortalidade materna no país.

É válido ressaltar que o referido estudo apresentou certas limitações, como a redução do tempo de coleta de dados, ausência de entrevistas com as pacientes e enfermeiras do pré natal de alto risco em virtude de protocolos de segurança a saúde estabelecidos por conta da pandemia de Covid-19 na maternidade.

Apesar das limitações, o estudo permitiu refletir sobre aspectos importantes como a vulnerabilidade socioeconômica e condições clínicas das pacientes, bem como fatores podem acarretar grandes riscos à saúde materno-fetal.

Sobretudo, o importante papel do profissional da enfermagem a detecção e percepção precoce desses fatores de risco.

Diante desses achados, identificaram-se lacunas a serem trabalhadas na organização da atenção pré-natal de alto risco, assim como na assistência propriamente dita, almejando qualificação no acompanhamento.

Destaca-se a importância de pré-natal qualificado, com especial atenção ao histórico familiar e pessoal da gestante, além de um número e tempo de atendimentos adequados para as consultas e a realização dos exames em cada trimestre, visando identificar previamente qualquer alteração no desenvolvimento da gestação. Tornou-se possível reconhecer as características sexuais e obstétricas das gestantes, identificando fatores de risco no processo de gestar e intercorrências que podem ser evitadas ou tratadas.

Conhecendo o perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde podem repensar as ações direcionadas para essa população-alvo, em especial na perspectiva de atividades educativas individuais e coletivas que auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável.

Percebeu-se também a demora em encaminhar essas gestantes acompanhadas na UBS/ESF, muitas com uma idade gestacional já avançada, resultando na internação no setor de alto risco, por não ter como realizar uma prevenção de tal comorbidade e por muitas vezes precisar solucionar o parto.

Por fim, como perspectivas futuras ao estudo destacamos a necessidade de inclusão ao espaço amostral da pesquisa do grupo de gestantes menor de 18 anos, entrevistas com pacientes e profissionais do setor, bem como análise mais profunda de aspectos socioeconômicos e culturais das pacientes e de mais ampla discussão sobre planos de melhoramento das coletas e acompanhamento de dados das pacientes, medida que possibilitaria maior acessibilidade aos dados para estudos e projeções futuras.

REFERÊNCIAS

- Andreucci CB, Cecatti JG. **Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review.** Cad Saúde Pública. 2011; 27: 1053-64.
- Aquino PT, Souto BGA. **Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária.** Rev Med Minas Gerais. 2015; 25 (4): 568-76.
- Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Saú Soc. 2014; 23(1):251-64.
- Ayres JRCM. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas.** Saúde Soc. 2009;18(2):11-22.
- BD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, et al. **Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.** The Lancet. 2015; 386(10010): 2287-2323.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Diário Oficial União.** Brasília, DF; 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2011/C03b.htm>.
- Brasil, Governo do Estado da Paraíba, Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna,** João Pessoa, 2015.
- Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2012. **Instituto, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.**
- Brasil. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: Manual técnico.** In: Estratégias. 5 ed. Brasília, DF; 2012. p. 302.

Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Cadernos do pacto pela saúde 2010/2011 João Pessoa**. [acesso em 21 dez 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pb.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** [Internet]. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante. 3ª edição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Buzzo MC, Graçato TMR, Cavaglieri AG, Leite MSP. **Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral na cidade de Taubaté- SP**. Janus, Lorena. 2007; 4(5):103-16. Disponível em: <http://publicacoes.fatea.br/index.php/janus/article/viewArticle/189>

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. **Frecuencia cardíaca y equilibrio ácido base del feto**. Montevideo: Centro Latinoamericanode Perinatología y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519).

Calegari, R.S.; Gouveia, H. G.; Gonçalves, A. A. **Intercorrências Clínicas e Obstétricas Vivenciadas por Mulheres no Pré-Natal**. Cogitare Enferm. V.21, n2, p.01-08, abr-jun, 2016.

CHAVES NETTO, H. D. de M. **Obstetrícia básica**. São Paulo, Editora Atheneu, 2004.

Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN. **Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família**. Acta paul enferm. 2012;25(3):415-422.

Correa, M. D.; Oliveira, V. J. M. de. (1999). **Assistência pré-natal**. In: M. D. Correa (Org.) Noções práticas de obstetrícia (pp. 20 – 33). Rio de Janeiro: Medsizada. Brasília (DF): MS; 2005.

Costa MA, Guilhem D,Walter MIMT. **Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde**. Rev Saude Publica. 2005 39(5): 768-74.

Costa, R. C.; Campos, M. O. C.; Marques, L. A. R. V.; Rodrigues Neto, E. M.; Franco, M. C.; Diógenes, E. S. C. **Diabetes Gestacional Assistida: Perfil e Conhecimento das Gestantes. Saúde (Santa Maria), Santa Maria**, v. 41, n1, p.131-140, jan-jul, 2015.

Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25: 717-23.

DOURADO, V. G. **Gravidez de Alto Risco: a vida e a morte entre os significados da gestação. (2005)**, 149 f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá. Maringá.

Figueiredo FSF, Borges PKO, Paris GF, Alvarez GRS, Zarpellon LD, Peloso SM. **Atención gestacional conforme inicio del prenatal: estudio epidemiológico.** Online Braz J Nurs. 2013; 12 (4): 794-804.

Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. **Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do Sis prenatal.** Rev Esc Enferm USP. 2008; 42: 105-11.

Horizonte, Minas Gerais. Rev Min Enferm. 2009; 13(4):550-74.

MAC, Bezerra JPB. **Perfil de mães e recém-nascidos**

Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saúde Pública. 2006 nov; 22(11):2473-79.

Martins M, Monticelli M, Brüggemann OM, Costa R. **A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira.** Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46(4): 802-8.

Ministério da Saúde (BR). **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

Ministério da Saúde (BR). **Centro de Tecnologia de Informações e Serviços do Sistema Único de Saúde (DATASUS).** Óbitos maternos. Brasil [Internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi>.

Ministério da Saúde (BR). **Gestão de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 302 p.

Ministério da Saúde; DATASUS-SIAB. **Informações Estatísticas, situações de saúde - 2013**.

Monteiro, A. L. S.; Soares, M. C.; Maciel, P.C.; Nascimento, D. J. Avaliação **Epidemiológica de Gestantes Hipertensas Crônicas da Maternidade HC – UFPR**. Rev. Med. UFPR, v.4, n. 1, p. 17-22, jan-mar, 2017.

OLIVEIRA, C.V.; CADETTE, M.M.M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 301-306, maio/jun. 2009.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima Revisão (CID-10). 8.a ed. São Paulo: Edusp; 2000.

PIMENTA, A.M. et al. Programa “casa das gestantes”: perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. **Rev Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 912-920, out/dez. 2012.

Rattner D, Trench, B, organizadores. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo(SP): Senac; 2005. p.198.

Rayburn WF. **At-risk pregnancies**. **Obstet Gynecol Clin North Am**. 2015; 42 (2): xiii-xiv.

Rezende Filho M, Montenegro CAB. **11ª ed. Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Rocha, E. S. S.; Nunes, C. R.; Cardoso, M. S. L. V. D.; Marinho, E. A. R. O.; Batista, R. S. **Sistemas de Enfermagem na Gestão de Alto risco: Revisão Integrada**. Online Brazilian Journal of Nursing, Ceará, v. 15, n.3, 2016.

ROECKER, S. et al. A vivência de mães de bebês com mal formação. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 17-26, jan/mar. 2012.

Salge AKM, Reis MR, Siqueira KM, Castral TC, Guimarães JV, Castro ECC.

Associação entre as características macroscópicas do cordão umbilical, gestação de alto risco e repercussões neonatais. Rev esc enferm USP [Internet]. 2018.

Silva CT. **Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Gestantes Durante o PréNatal.** Revista Brasileira de Enfermagem: São Paulo, 2015. p. 659-664.

Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. **Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS.** Rev. bras. enferm. 2011; 64(2):381-4.

SOUSA, L; PEREIRA, G. **Interrupção da gravidez por malformação congênita: a perspectiva da mulher.** Psic. Saúde & Doenças, v.11, n.2, p. 229-242. Lisboa, outubro 2010.

Souza, J. P. **A mortalidade Materna e os Novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2016-2030).** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. V.37, n.12, p. 549-551, 2013.

SOUZA; N.L.; ARAÚJO, A.C.P.F; COSTA, I.C.C. **Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro.** Rev Esc Enferm, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1285-1292, dez. 2011.

ZAMPIERI; M.F.M. **Cuidados de enfermagem na gestação de alto risco.** In: **SILVA, I.A. PROENF: Saúde materna e neonatal.** Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2009. p. 39-84.

ANEXO A – Antecedentes Mórbitos Pessoais das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA, Campina Grande-PB, 2020.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Aborto habitual	1	0,3	0,3	0,3
ASMA	1	0,3	0,3	0,7
AVE	1	0,3	0,3	1,0
CARDIOPATIA	3	1,0	1,0	2,0
CARDIOPATIA, HIPERTENSÃO ARTERIAL	2	0,7	0,7	2,6
CARDIOPATIA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, CIRURGIAS, Diabetes	1	0,3	0,3	2,9
CARDIOPATIA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL	1	0,3	0,3	3,3
CARDIOPATIA, ITU, TROMBOEMBOLISMO	2	0,7	0,7	3,9
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA	14	4,6	4,6	8,5
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, Aborto habitual	1	0,3	0,3	8,8
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ABORTO HABITUAL	1	0,3	0,3	9,2
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, CARDIOPATIA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, AVE, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	9,8
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, CARDIOPATIA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, CIRURGIAS	1	0,3	0,3	10,1
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, CIRURGIAS	1	0,3	0,3	10,5
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, CIRURGIAS, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	10,8
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, CIRURGIAS, GASTRITE, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	11,1
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, Diabetes	8	2,6	2,6	13,7
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	5	1,6	1,6	15,4
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, EPILEPSIA	1	0,3	0,3	15,7

CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, GASTRITE, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	16,0
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, HIPERTENSÃO ARTERIAL	8	2,6	2,6	18,6
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, ASMA	1	0,3	0,3	19,0
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, CIRURGIAS	1	0,3	0,3	19,3
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, CIRURGIAS, DIABETES (TIPOS 1 OU 2), DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	19,6
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, Diabetes	1	0,3	0,3	19,9
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, HIPERTENSÃO	1	0,3	0,3	20,3
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, EPILEPSIA, CIRURGIAS	1	0,3	0,3	20,6
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, INFERTILIDADE, Gestação anterior ectópica, Diabetes	1	0,3	0,3	20,9
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU	11	3,6	3,6	24,5
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, CIRURGIAS	6	2,0	2,0	26,5
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, CIRURGIAS, Aborto habitual	1	0,3	0,3	26,8
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, CIRURGIAS, ABORTO HABITUAL	1	0,3	0,3	27,1
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, CIRURGIAS, Diabetes	1	0,3	0,3	27,5

CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, CIRURGIAS, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	2	0,7	0,7	28,1
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, CIRURGIAS, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO, ÚTERO BICORNO	1	0,3	0,3	28,4
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, DIABETES (TIPOS 1 OU 2)	1	0,3	0,3	28,8
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, EPILEPSIA	1	0,3	0,3	29,1
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL	7	2,3	2,3	31,4
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, CIRURGIAS	4	1,3	1,3	32,7
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES (TIPOS 1 OU 2)	2	0,7	0,7	34,0
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES (TIPOS 1 OU 2), DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	34,3
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	34,6
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, GASTRITE	1	0,3	0,3	35,0
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, INFERTILIDADE	1	0,3	0,3	35,3

CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, INFERTILIDADE	1	0,3	0,3	35,3
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, SEPSE NEONATAL	1	0,3	0,3	35,6
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, INFERTILIDADE	1	0,3	0,3	35,9
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, INFERTILIDADE, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	36,3
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, PARTO PREMATURO	1	0,3	0,3	36,6
CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, TROMBOEMBOLISMO	1	0,3	0,3	36,9
CIRURGIAS	10	3,3	3,3	40,2
CIRURGIAS, ENDOMETRIOSE	1	0,3	0,3	40,5
CIRURGIAS, INFERTILIDADE	1	0,3	0,3	40,8
CIRURGIAS, TROMBOEMBOLISMO	1	0,3	0,3	41,2
CIRURGIAS, TROMBOEMBOLISMO, ABORTO HABITUAL	1	0,3	0,3	41,5
Diabetes	5	1,6	1,6	43,1
DIABETES (TIPOS 1 OU 2)	3	1,0	1,0	44,1
DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	4	1,3	1,3	45,4
EPILEPSIA	1	0,3	0,3	45,8
GASTRITE, INFERTILIDADE	1	0,3	0,3	46,1
Hepatite	1	0,3	0,3	46,4
HEPATITE (A,B,C)	1	0,3	0,3	46,7
HIPERTENSÃO ARTERIAL	37	12,1	12,1	58,8
HIPERTENSÃO ARTERIAL, CIRURGIAS	6	2,0	2,0	60,8

HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES (TIPOS 1 OU 2), PARTO PREMATURO	1	0,3	0,3	61,8
HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	2	0,7	0,7	62,4
HIPERTENSÃO ARTERIAL, MIOMA	1	0,3	0,3	62,7
HIPERTENSÃO ARTERIAL, TROMBOEMBOLISMO	1	0,3	0,3	63,1
INFERTILIDADE	1	0,3	0,3	63,4
ITU	35	11,4	11,4	74,8
ITU, Aborto habitual	2	0,7	0,7	75,5
ITU, CIRURGIAS	6	2,0	2,0	77,5
ITU, CIRURGIAS, DIABETES (TIPOS 1 OU 2)	1	0,3	0,3	77,8
ITU, CIRURGIAS, FIBROMIALGIA	1	0,3	0,3	78,1
ITU, CIRURGIAS, MIOMA	1	0,3	0,3	78,4
ITU, CIRURGIAS,	1	0,3	0,3	78,8
ITU, CIRURGIAS, NEUROPATIA	1	0,3	0,3	78,8
ITU, Diabetes	1	0,3	0,3	79,1
ITU, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	79,4
ITU, DISTROFIA MUSCULAR	1	0,3	0,3	79,7
ITU, EPILEPSIA	2	0,7	0,7	80,4
ITU, EPILEPSIA, CIRURGIAS	1	0,3	0,3	80,7
ITU, GASTRITE	1	0,3	0,3	81,0
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL	24	7,8	7,8	88,9
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, Aborto habitual	1	0,3	0,3	89,2
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, CIRURGIAS	1	0,3	0,3	89,5
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, Diabetes	1	0,3	0,3	89,9
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES (TIPOS 1 OU 2)	1	0,3	0,3	90,2
ITU, HIPERTENSÃO	2	0,7	0,7	90,8

ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, Diabetes	1	0,3	0,3	89,9
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES (TIPOS 1 OU 2)	1	0,3	0,3	90,2
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	2	0,7	0,7	90,8
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, GASTRITE, DIABETES (TIPOS 1 OU 2)	1	0,3	0,3	91,2
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, INFERTILIDADE	1	0,3	0,3	91,5
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, MIOMA	2	0,7	0,7	92,2
ITU, HIPERTENSÃO ARTERIAL, VARIZES	1	0,3	0,3	92,5
ITU, INFERTILIDADE	2	0,7	0,7	93,1
ITU, INFERTILIDADE, DIABETES (TIPOS 1 OU 2)	1	0,3	0,3	93,5
ITU, INFERTILIDADE, GESTAÇÃO ANTERIOR ECTÓPICA	1	0,3	0,3	93,8
ITU, INFERTILIDADE, MIOMA, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	94,1
ITU, NEUROPATIA	1	0,3	0,3	94,4
ITU, PARTO PREMATURO, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	2	0,7	0,7	95,1
MIOMA	1	0,3	0,3	95,4
Mioma, Aborto habitual	1	0,3	0,3	95,8
MIOMA, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	96,1
PARTO PREMATURO, ASMA	1	0,3	0,3	96,4
PATOLOGIA GENÉTICA	2	0,7	0,7	97,1
SAÚDE MENTAL, CIRURGIA PÉLVICA UTERINA, ITU, EPILEPSIA	1	0,3	0,3	97,4

SAÚDE MENTAL, CIRURGIAS, Diabetes	1	0,3	0,3	97,7
SAÚDE MENTAL, ITU	2	0,7	0,7	98,4
SAÚDE MENTAL, ITU, EPILEPSIA	1	0,3	0,3	98,7
TROMBOEMBOLISMO	3	1,0	1,0	99,7
TROMBOEMBOLISMO, DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO	1	0,3	0,3	100,0
Total	306	100,0	100,0	


ANEXO B – Motivo de Acompanhamento das Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco do ISEA,, Campina Grande-PB, 2020.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
	1	0,3	0,3	0,3
ANIDRAMNIO	1	0,3	0,3	0,7
B24	7	2,3	2,3	2,9
B24, HIPERTENSÃO GESTACIONAL, SÍFILIS	1	0,3	0,3	3,3
DESCOLAMENTO DA PLACENTA	3	1,0	1,0	4,2
DESCOLAMENTO DA PLACENTA, Sangramento 1º Trimestre	1	0,3	0,3	4,6
DESCOLAMENTO DAS MEMBRANAS	1	0,3	0,3	4,9
DESCOLAMENTO DAS MEMBRANAS, TN ALTO PARA IG	1	0,3	0,3	5,2
DESCOLAMENTO RETROVULAR	2	0,7	0,7	5,9
DESCOLAMENTO RETROVULAR, IDADE	1	0,3	0,3	6,2
DIABETES	12	3,9	3,9	10,1
DIABETES GESTACIONAL	14	4,6	4,6	14,7
DIABETES GESTACIONAL, HIPERTENSÃO GESTACIONAL	1	0,3	0,3	15,0
DIABETES GESTACIONAL, HIPERTENSÃO GESTACIONAL	1	0,3	0,3	15,0
DIABETES GESTACIONAL, HIPERTENSÃO GESTACIONAL, IDADE	3	1,0	1,0	16,0
DIABETES GESTACIONAL, HIPERTENSÃO GESTACIONAL, OBESIDADE	1	0,3	0,3	16,3
DIABETES GESTACIONAL, IDADE	3	1,0	1,0	17,3
DIABETES GESTACIONAL, OBESIDADE	4	1,3	1,3	18,6
DIABETES GESTACIONAL, OBESIDADE, IDADE, ITU	1	0,3	0,3	19,0
DIABETES, IDADE	1	0,3	0,3	19,3
DIU	1	0,3	0,3	19,6
GEMELARIDADE	6	2,0	2,0	21,6
GEMELARIDADE, ITU	2	0,7	0,7	22,2

HEPATITE (A, B, C), TOXOPLASMOSE, IDADE	2	0,7	0,7	22,9
HIPEREMESE	1	0,3	0,3	23,2
HIPERTENSÃO GESTACIONAL	51	16,7	16,7	39,9
HIPERTENSÃO GESTACIONAL, DESCOLAMENTO DA PLACENTA	1	0,3	0,3	40,2
HIPERTENSÃO GESTACIONAL, GEMELARIDADE	1	0,3	0,3	40,5
HIPERTENSÃO GESTACIONAL, IDADE	7	2,3	2,3	42,8
HIPERTENSÃO GESTACIONAL, ITU	1	0,3	0,3	43,1
HIPERTENSÃO GESTACIONAL, OBESIDADE	10	3,3	3,3	46,4
HIPERTENSÃO GESTACIONAL, OBESIDADE, IDADE	1	0,3	0,3	46,7
HIPERTENSÃO GESTACIONAL, Sangramento 1º Trimestre	1	0,3	0,3	47,1
HIPOTIREOIDISMO	6	2,0	2,0	49,0
HIPOTIREOIDISMO, HIPERTENSÃO GESTACIONAL, OBESIDADE	1	0,3	0,3	49,3
HIPOTIREOIDISMO, IDADE	5	1,6	1,6	51,0
HIPOTIREOIDISMO, SÍFILIS	1	0,3	0,3	51,3
HORMÔNIO ALTERADO, ITU	1	0,3	0,3	51,6
IDADE	46	15,0	15,0	66,7
IDADE, GEMELARIDADE	1	0,3	0,3	67,0
IDADE, GEMELARIDADE, SÍFILIS, SANGRAMENTO 1º TRIMESTRE	1	0,3	0,3	67,3
IDADE, ITU	3	1,0	1,0	68,3
IDADE, LEUCOCITOSE	1	0,3	0,3	68,6
IDADE, Sangramento 1º Trimestre	2	0,7	0,7	69,3
IDADE, SANGRAMENTO 1º TRIMESTRE	4	1,3	1,3	70,6
IDADE, SÍFILIS	1	0,3	0,3	70,9
IIC	3	1,0	1,0	71,9
IIC, IDADE	1	0,3	0,3	72,2

IIC, SANGRAMENTO 2º TRIMESTRE	1	0,3	0,3	72,5
INCISURA DE PLACENTA	1	0,3	0,3	72,9
ITERATIVIDADE	5	1,6	1,6	74,5
ITU	4	1,3	1,3	75,8
OBESIDADE	9	2,9	2,9	78,8
OBESIDADE, IDADE	3	1,0	1,0	79,7
PLACENTA BAIXA	2	0,7	0,7	80,4
PSORÍASE	1	0,3	0,3	80,7
RH-	5	1,6	1,6	82,4
RH-, DIABETES	1	0,3	0,3	82,7
RH-, DIABETES GESTACIONAL	1	0,3	0,3	83,0
RH-, DIABETES GESTACIONAL, HIPOTIREOIDISMO	1	0,3	0,3	83,3
RH-, DIABETES, IDADE, Sangramento 1º Trimestre, Sangramento 2º Trimestre	1	0,3	0,3	83,7
RH-, HIPERTENSÃO GESTACIONAL, IDADE	3	1,0	1,0	84,6
RH-, IDADE	3	1,0	1,0	85,6
Sangramento 1º Trimestre	13	4,2	4,2	89,9
SANGRAMENTO 1º TRIMESTRE	3	1,0	1,0	90,8
Sangramento 2º Trimestre	1	0,3	0,3	91,2
SÍFILIS	1	0,3	0,3	91,5
TABAGISMO	11	3,6	3,6	95,1
TABAGISMO, IDADE	5	1,6	1,6	96,7
TABAGISMO, PLACENTA BAIXA	8	2,6	2,6	99,3
TOXOPLASMOSE	2	0,7	0,7	100,0
Total	306	100,0	100,0	

APÊNDICE A – Ficha Perinatal – Ambulatório, usado na coleta de dados clínicos da Gestantes Atendidas no Pré-Natal de Alto Risco no ISEA.



FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade: _____

Nome: _____

Como quer ser chamada: _____

Endereço: _____ **Cidade:** _____

Idade: anos meses dias

Instrução: Nenhuma Fundamental Média Superior

Peso atual (kg): **Gravidez:** Ética Subst. Alto risco

Altura (cm): **Gravidez planejada:** SIM NÃO

DUM: / / **Tipo de gravidez:** Única Gemelar Tripla ou mais Igavada

DPP: / /

DPP 2da: / /

Hospitalização na gestação: NÃO SIM **Dias:**

Transferido: NÃO SIM **Local:** **Data:** / /

Antecedentes familiares: Diabetes Hipertensão arterial Gemelar Outros

Abortos: Gest. prévia 3 ou + abortos Porto vaginal História vivas Vivas História morte Mortes no 1º trimestre Mortes depois do 1º trimestre NÃO SIM SIM

Porto: Ética Pré-edição Edição 3 ou mais prévia História morte Mortes no 1º trimestre Mortes depois do 1º trimestre NÃO SIM SIM

Diabetes: NÃO SIM SIM **Cardiopatia:** NÃO SIM SIM **Antecedentes clínicos:** NÃO SIM SIM

Infeção urinária: NÃO SIM SIM **Tromboembolismo:** NÃO SIM SIM **Cir. pélv. uterina:** NÃO SIM SIM

Infertilidade: NÃO SIM SIM **Hipertensão arterial:** NÃO SIM SIM **Cirurgia:** NÃO SIM SIM

Diál. amoniat.: NÃO SIM SIM **Outros:** NÃO SIM SIM

Fumo (nº de cigarros): **Alcool:** NÃO SIM SIM **Arroz:** NÃO SIM SIM

Citrus drogas: NÃO SIM SIM **Antes de parto prev.:** NÃO SIM SIM **Intoxicação Pb:** NÃO SIM SIM

Volúmia crônica: NÃO SIM SIM **Oligo/polidramio:** NÃO SIM SIM **Estro. prev. de membrana:** NÃO SIM SIM

HIV/AIDS: NÃO SIM SIM **Clor.:** NÃO SIM SIM **Outro:** NÃO SIM SIM

SIFIs: NÃO SIM SIM **Pós-parto:** NÃO SIM SIM **Febre:** NÃO SIM SIM

Touxoplasmose: NÃO SIM SIM **Hemorragia 1º trimestre:** NÃO SIM SIM

Infeção uterina: NÃO SIM SIM **Hemorragia 2º trimestre:** NÃO SIM SIM

Hemorragia 3º trimestre: NÃO SIM SIM **Exantema/erup. cutâneo:** NÃO SIM SIM

Exames

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH	/ /	/	/ /	/
Glicemia de Jejum	/ /	/	/ /	/
Teste Oral Tolerân. Glic.	/ /	/	/ /	/
SIFIs (teste rápido)	/ /	/	/ /	/
VDRL	/ /	/	/ /	/
HIV/Anti-HIV (teste rápido)	/ /	/	/ /	/
Hepatite B-HBsAg	/ /	/	/ /	/
Toxoplasmose	/ /	/	/ /	/
Hemog. Hematócrito	/ /	/	/ /	/
Urina-EAS	/ /	/	/ /	/
Urina-Cultura	/ /	/	/ /	/
Coombs Indireto	/ /	/	/ /	/

Vacina Influenza

Data: / /

Vacina dTpa

Data: / /

Vacina antitetânica (dT)

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Reforço / /

Vacina Hepatite B

Imunizada

1ª dose / /

2ª dose (1 mês após 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após 1ª dose) / /

Eletróforese de Hemoglobina

Padrão AA

Heterozigose AS AC

Homozigose SS SC

Tratamento da Sífilis

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Poso fetal	Placenta	Líquido	Outras
/ /	/	/	/	/	/	/
/ /	/	/	/	/	/	/
/ /	/	/	/	/	/	/

Malária (exame para gestantes de Região Endêmica)

Map. Pos.

Sulfato feroxo: 1ª dose 2ª dose 3ª dose 4ª dose 5ª dose 6ª dose 7ª dose 8ª dose 9ª dose

Ácido fólico: 1ª dose 2ª dose 3ª dose 4ª dose 5ª dose 6ª dose 7ª dose 8ª dose 9ª dose

Tratamento da Sífilis

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Curva de altura uterina / idade gestacional

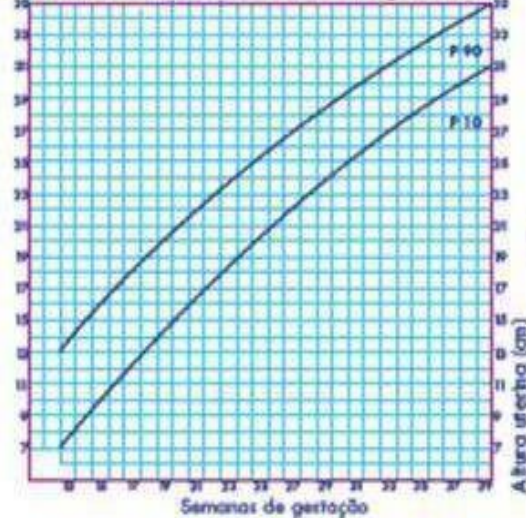
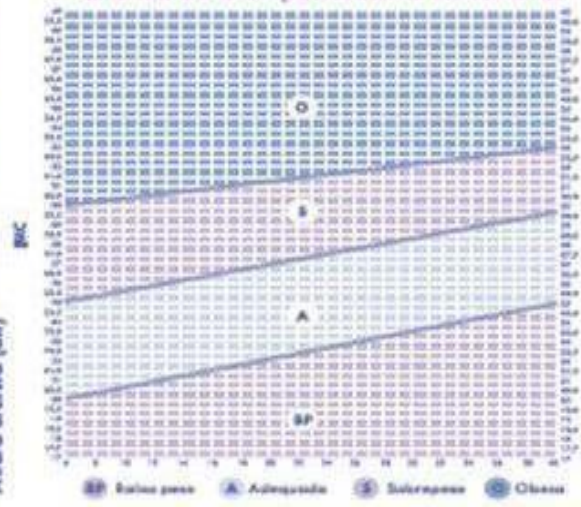


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Costeo										
IG - DIM/ISO										
Peso (kg) / IMC										
Edema										
Pressão arterial (mmHg)										
Altura uterina (cm)										
Apermeação fetal										
BCF / Mov. fetal										
Taquic. se indicado										
Exame (presença) urin										
Redesem visto à maternidade										
IMC - pré										
Data	/ /									
Participa de atividades educativas										
IMC - pós										
Data										
Data										
Data										

Parto e nascimento

Idade gest. Semanas <input type="text"/>	Viés trab. parto Espontâneo <input type="checkbox"/> Induzido <input type="checkbox"/>	Tendereço Espontâneo <input type="checkbox"/> Casório <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Sexo Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>	YOLR Neg. <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/>	APGAR 1º an. <input type="text"/>	APGAR 5º an. <input type="text"/>	Resuscitação Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Ex. físico imediato Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Peso Menor 3.500g <input type="checkbox"/> Entre 3.500g <input type="checkbox"/> Maior 3.500g <input type="checkbox"/>	Peso/IG Adequado <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/>	Per. cut. Mole e ros. bl. <input type="checkbox"/>	Alta materna Sem <input type="checkbox"/> Com part. <input type="checkbox"/>	Alta recém-nascido Sem <input type="checkbox"/> Com part. <input type="checkbox"/>	Patologias R24 Nenhuma <input type="checkbox"/> Al. Nat. <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> S. esp. <input type="checkbox"/> Hemorr. <input type="checkbox"/> Hemat. <input type="checkbox"/> Hipok. <input type="checkbox"/> A. esp. <input type="checkbox"/> Outra S24 <input type="checkbox"/>
Parto Espontâneo <input type="checkbox"/> Não SA <input type="checkbox"/>	Medicação no parto Anestésia local <input type="checkbox"/> Anestésia gen. <input type="checkbox"/> Analgésia <input type="checkbox"/>	Transv. <input type="checkbox"/> Ocitocina <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/>	Recim-nascido Sem <input type="checkbox"/>	Alta materna Sem <input type="checkbox"/> Com part. <input type="checkbox"/>	Alta recém-nascido Sem <input type="checkbox"/> Com part. <input type="checkbox"/>	Patologias R24 Nenhuma <input type="checkbox"/> Al. Nat. <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> S. esp. <input type="checkbox"/> Hemorr. <input type="checkbox"/> Hemat. <input type="checkbox"/> Hipok. <input type="checkbox"/> A. esp. <input type="checkbox"/> Outra S24 <input type="checkbox"/>								

APÊNDICE B – Termo de autorização da direção da maternidade para realização da pesquisa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Eu Mário de Oliveira Filho, responsável pelo INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA, em pleno gozo de minhas funções, autorizo a Professora Pesquisadora Doutora Rosilene Santos Baptista e sua orientanda Ellen Anielle Xavier dos Santos a desenvolver nessa instituição, a pesquisa intitulada: PERFIL DE GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA, que consistirá de pesquisa em ficha perinatal ambulatorial no setor do pré natal de alto risco.

Asseguro que as informações acima mencionadas são totalmente verdadeiras. Faça-se uso para devidos fins de comprovação.

Campina Grande, PB, 17 de Julho de 2020.

Mário de Oliveira de Filho

Diretor do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida de Campina Grande - PB

APÊNDICE C – Termo de Autorização Institucional



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL


Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado: "**Perfil de gestantes atendidas no Pré-Natal de Alto Risco de uma Maternidade Pública**", desenvolvido por: Ellen Anielle Xavier dos Santos, estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, orientada por: Doutora Rosilene Santos Baptista, tendo como cenário de pesquisa o Instituto de Saúde Elpidio de Almeida – ISEA.

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução CNS 466/2012, comprometendo-se a utilizar os dados coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, mesmo não havendo contato com as gestantes.

O responsável pela pesquisa deverá apresentar os resultados finais no local que coletou os dados.

Campina Grande, PB, 04 de setembro de 2020.

Atenciosamente,


Ana Luiza de O. Martins
- Assessora Técnica -
- Coordenação NUPEP -

Ana Luiza de Oliveira Martins

(COORDENADORA DO NÚCLEO DE PESQUISA, ESTÁGIO E EDUCAÇÃO PERMANENTE – NUPEP)

**APÊNDICE D – Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Arquivo
(Ficha Perinatal Ambulatorial)**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO (FICHA
PERINATAL AMBULATORIAL)**

Título do projeto:	Perfil de gestantes atendidas no Pré-Natal de Alto Risco de uma Maternidade Pública
Pesquisador responsável:	Rosilene Santos Baptista
Nome dos pesquisadores participantes:	Ellen Anielle Xavier dos Santos
Banco de dados do:	Instituto de Saúde Elpidio de Almeida - ISEA

O (os) pesquisador(es) do projeto acima identificado (os) assume(m) o compromisso de:

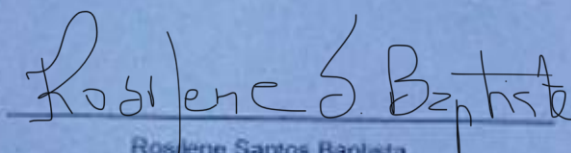
- I. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- II. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar a usuária da ficha utilizada.

Termo de Compromisso do(s) pesquisador (es)

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **"PERFIL DE GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA"** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica e ao Estado

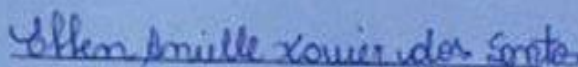
Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas utilizadas

Campina Grande, PB, 22 de Setembro de 2020.



Rosilene Santos Baptista

Orientadora



Ellen Anielle Xavier dos Santos

Orientanda

APÊNDICE E – Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados

Termo de Compromisso de divulgação dos resultados

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada, “**Perfil de gestantes atendidas no Pré-Natal de Alto Risco de uma Maternidade Pública**”, assumimos o compromisso de

- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar a usuária da ficha utilizada;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Campina Grande, PB, 22 de dezembro de 2020.

Rosilene S. Baptista

Rosilene Santos Baptista

Orientadora


Ellen Anielle Xavier dos Santos

Ellen Anielle Xavier dos Santos

Orientanda

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Campina Grande, PB, 22 de Setembro de 2020.

Assinar o nome legível de todos os pesquisadores:	Assinatura
Elm Brielle X. dos Santos	
Rosires Brito	