



Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes

Gestação de alto risco: perfil das gestantes atendidas em um hospital de referência.

Belém
2014

Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes

Gestação de alto risco: perfil das gestantes atendidas em um hospital de referência.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Eliete da Cunha Araújo.

**Belém
2014**

Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes

Gestação de alto risco: perfil das gestantes atendidas em um hospital de referência.

Aprovada em __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Nara Macedo Botelho Brito

Professora Doutora Jacira Nunes Carvalho

Professora Doutora Lucia Hisako Takase Gonçalves

“Dedico este trabalho especialmente aos meus pais, Raimundo Dárcio Lisboa Fernandes e Próspera Madalena Ribeiro Fernandes pelo amor incondicional e por sempre acreditarem na minha vitória”.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela minha vida e por estar a frente dos meus sonhos.

Aos meus pais Raimundo Dárcio Lisboa Fernandes e Próspera Madalena Ribeiro Fernandes por todo exemplo de luta, dedicação e apoio, que me fortaleceram nos momentos mais difíceis.

Meus sinceros agradecimentos a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, onde passei os melhores momentos da minha vida praticando meu amor pela docência.

Agradeço a minha querida professora e orientadora Dra. Eliete da Cunha Araújo pela valiosa contribuição, pela disponibilidade, paciência e compreensão. Obrigada por tudo!

À Dra. Nara Macedo Botelho Brito pela atenção, disponibilidade e conhecimento transmitido.

À todos os professores do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGENF) em especial a Dra Marília de Fátima Vieira de Oliveira, Dra Jacira Nunes Carvalho, Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima e Dra Lúcia Hisako Takase Gonçalves, agradeço por todo o exemplo de profissionalismo, conhecimento e amizade.

A todas as gestantes pela oportunidade de conhecer a realidade, luta, sacrifício e pela possibilidade de refletir a cerca dos fatores de risco que levam a gestação de alto risco.

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

(Cora Carolina)

RESUMO

A gestação de alto risco se caracteriza como aquela em que existe um distúrbio que ameaça a vida da mulher e/ou do feto. Esse distúrbio pode ser em decorrência da gravidez ou de uma alteração pré-existente, que, se não remediada poderá contribuir para o aumento da mortalidade materna e perinatal. **Objetivo:** Estudar o perfil das gestantes de alto risco internadas na FSCMPA no período de fevereiro a abril de 2014. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de cunho quantitativo com 415 gestantes de alto risco internadas na FSCMPA no período de fevereiro a abril de 2014. Na análise inferencial foram aplicados os testes Qui-quadrado de Aderência e Teste G de aderência. O pacote estatístico utilizado para análise inferencial foi o Bioestat versão 5.3 *for Windows* e para as tabelas foram utilizados os programas *Word* e *Excel* do pacote *Office* da *Microsoft* versão 2007. **Resultados:** 48,19% das gestantes tinham entre 21 a 30 anos, 60,24% eram pardas, 29,64% tinham o ensino fundamental incompleto, 17,59% possuíam renda própria, 54,94% eram provenientes da zona rural, 19,76% não tinham casa própria 59,04% consumiam água não tratada, em 25,3% o destino dos dejetos era em céu aberto, 80,49% dispunham de coleta de lixo, 96,63% referiram energia elétrica nas residências. A maioria das pacientes, 69,16%, encontrava-se no 3º trimestre de gestação, 40,24% eram primigestas, 65,78% tinham história de abortamento, 30,6% apresentaram ameaça de trabalho de parto prematuro, 13,73% oligoidrâmnio, 4,35% pré-eclâmpsia/eclâmpsia e doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). A principal intercorrência clínica encontrada foi doenças infecciosas com 36,14%. Os fatores de risco para gestação de alto risco identificados foram a idade materna, a situação conjugal instável, a baixa renda familiar e antecedente de prematuridade. Relacionado à assistência prestada constatou-se que 10,6% iniciaram o pré-natal após a 20ª semana. Das gestantes que estavam no final da gestação 63,8% realizaram de 7 a 10 consultas, 32,77% apresentaram esquema vacinal incompleto. A verificação da pressão arterial ocorreu em 99,04% das gestantes, em 8,67% não foi realizado o exame ginecológico, em 14,22% não foi realizada a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, 20,48% não realizaram o teste anti-HIV e 31,57% não realizaram o exame de VDRL. **Conclusão:** Considerando a importância da identificação e controle da gravidez de alto risco para a saúde materno- fetal, é necessário que estudos periódicos sejam realizados nos centros especializados, para que assim, possam ser identificados os agravos mais prevalentes, possibilitando o direcionamento de políticas públicas e programas que possam contribuir de forma decisiva para a redução da morbimortalidade materno-infantil.

Palavras Chaves: Gestação. Fatores de risco. Epidemiologia. Enfermagem Obstétrica

ABSTRACT

The high-risk pregnancy is characterized as one in which there is a disturbance that threatens the life of the woman and/or the fetus. This disorder may be as a result of pregnancy or a change pre-existing, which, if not remedied may contribute to the increase of maternal and perinatal mortality. **Objective:** Study the profile of high-risk pregnant women hospitalized in FSCMPA in the period of February to April 2014. **Methodology:** This is a descriptive and quantitative study with 415 high-risk pregnant women hospitalized in FSCMPA during the period of February to April 2014. In the inferential analysis were applied the Chi-square test of adhesion and G Test of adhesion. The statistical package used for inferential analysis was the Bioestat version 5.3 for Windows and for the tables were used programs Word and Excel from Office suite of Microsoft version 2007. **Results:** 48.19% of the women were between 21 and 30 years, old 60.24% were mixed race, 29.64% had incomplete basic education, 17.59% get your own money, 54.94% were from grassland areas, 19.76% had no own home 59.04% drank untreated water, in 25.3% the wastes are dumped in an open sewer, 80.49% had garbage collection, 96.63% had electricity in homes. Most patients, 69.16%, was in the 3rd trimester of the pregnancy, 40.24% were first pregnancy, 65.78% had a history of abortion, 30.6% had threatened premature labor, 13.73% oligohydramnios, 4.35% preeclampsia / eclampsia and hypertensive disorders of pregnancy (HDP). The main clinical complication was infectious diseases with 36.14%. The risk factors for high-risk pregnancies were maternal age, unstable marital status, low purchasing power of the family and a history of prematurity. Related to the care provided was found that 10.6% began prenatal care after the 20th week. Pregnant women who were in the end of pregnancy 63.8% had 7-10 visits, 32.77% had incomplete immunization. The measuring blood pressure occurred in 99.04% of pregnant women, in 8.67% the gynecological examination was not performed, in 14.22% auscultation of the fetal heart rate was not performed, in 20.48% the anti test -HIV was not performed and 31.57% the test of Venereal Disease Research Laboratory was not performed. **Conclusion:** Considering the importance of the identification and control of high-risk pregnancy for maternal and fetal health, it is necessary periodic studies be performed in specialized centers, so that the most prevalent health problems can be identified, allowing the targeting of public policies that may contribute decisively to the reduction of maternal and infant morbidity and mortality.

Key words: Gestation. Risk factors. Epidemiology. Obstetric.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO-RH	Tipagem Sanguínea
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCF	Batimento Cardíaco Fetal
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
CIVD	Coagulação Intravascular Disseminada
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DPP	Data Provável do Parto
DPPNI	Deslocamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DUM	Data da Última Menstruação
FSMPA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Hb	Hemoglobina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IG	Idade Gestacional
IGHAHB	Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SHG	Síndrome Hipertensiva na Gravidez
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TG	Toxoplasma gondi
TV	Transmissão Vertical
TVP	Trombose Venosa Profunda
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UFPA	Universidade Federal do Pará
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory – Sorologia não treponêmica para sífilis
VHB	Vírus da Hepatite B

RELAÇÃO DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01	Razão de mortalidade materna (RMM por 100.000 nascido-vivos) por região e no Brasil.
Quadro 02	Causas de óbito materno no Brasil.
Quadro 03	Fatores de Risco para a Gravidez Atual.
Quadro 04	Fatores sociais essenciais relacionados aos fatores de risco.
Quadro 05	Complicações das gestações múltiplas.
Quadro 06	Fatores de Risco para DMG.
Tabela 01	Características demográficas das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 02	Distribuição sócio demográfica das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 03	Condições de habitação das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 04	Caracterização da assistência pré-natal das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 05	Intercorrências obstétricas em pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 06	Intercorrências clínicas em pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 07	Hábitos durante a gestação pelas pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 08	Antecedentes gestacionais das gestantes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 09	Caracterização das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA segundo a gestação, paridade e abortamento, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 10	Assistência Inicial das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.
Tabela 11	Realização de Exames HIV e VDRL pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. JUSTIFICATIVA	13
1.2. SITUAÇÃO PROBLEMA	15
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1. Geral	16
1.3.2. Específicos	17
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1. MORTALIDADE MATERNA COMO INDICADOR DE QUALIDADE DA SAÚDE DA MULHER	17
2.2. O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO – PHPN	18
2.2.1. A importância do pré-natal na gestação	20
2.3. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	22
2.4. FATORES ASSOCIADOS À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	23
2.5. AGRAVOS INFECCIOSOS E NÃO INFECCIOSOS	27
2.5.1. Hipertensão arterial na gestação e eclampsia	27
2.5.2. Ameaça de aborto	28
2.5.3. Prematuridade	28
2.5.4. Gemelaridade	29
2.5.5. Epilepsia na gestação	31
2.5.6. Anemias	31
2.5.7. Diabete mellitus gestacional	32
2.5.8. Cardiopatias	33
2.5.9. Pneumopatias	34
2.5.10. Lúpus eritematoso sistêmico (LES)	34
2.5.11. Tromboembolismo	35
2.5.12. Infecção urinária	35
2.5.13. Toxoplasmose	36

2.5.14. Malária	36
2.5.15. Hanseníase	37
2.5.16. Rubéola	37
2.5.17. Citomegalia	37
2.5.18. Sífilis	38
2.5.19. Hepatites B e C	38
2.5.20. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)	39
2.5.21. Herpes simples vírus (HSV)	39
2.5.22. Infecção pelo HIV	40
6. METODOLOGIA	40
6.1. TIPO DE ESTUDO	40
6.2. LOCAL DO ESTUDO	40
6.3. SUJEITOS DA PESQUISA	41
6.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	42
6.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	42
6.6. INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	42
6.7. ASPECTOS ÉTICOS	42
6.8. ANÁLISE DOS DADOS	42
7. RESULTADOS	45
8. DISCUSSÃO	52
9. CONCLUSÕES	64
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A	74
APÊNDICE B	79

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período particular na vida da mulher no qual se observa que o comportamento físico, psíquico e social encontra-se submetido a condições especiais consideradas como próprias do estado gravídico (CIARI JÚNIOR; ALMEIDA, 1972). Toda a gestação traz risco tanto para a mãe quanto para o feto, sendo que este encontra-se aumentado na gestação de alto risco (GOMES et al., 2001).

A gestação de alto risco se caracteriza como aquela em que existe um distúrbio que ameaça a vida da mulher e/ou do feto. Esse distúrbio pode ser em decorrência da gravidez ou de uma alteração pré-existente, que, se não remediada poderá contribuir para o aumento da mortalidade materna e perinatal (RICCI, 2008).

Atualmente há evidências históricas e epidemiológicas de que a atenção qualificada ao longo da gestação, do parto e do puerpério, tem papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e neonatal (MOURA; SILVA, 2005).

A mortalidade materna é aquela que ocorre durante o ciclo gravídico- puerperal em consequência de complicações inerentes deste período ou de doenças adquiridas ou pré-existentes. Ela pode ser classificada em dois grupos, o de causa obstétrica direta e o de causa indireta. O primeiro grupo trata de complicações específicas da gravidez, parto e puerpério, tais como hemorragias, eclampsia, aborto e infecção puerperal, podendo ser evitados através de uma boa assistência pré-natal e ao parto; porém, o segundo grupo, trata de doenças que podem vir oferecer riscos e complicar tanto a gestação quanto o parto, sendo este fator também prevenível e controlável por uma assistência de qualidade, refletindo assim na diminuição das complicações gestacionais e no índice de mortalidade materna (BRASIL, 2000).

A relação entre assistência pré-natal de qualidade e os indicadores de saúde da mulher é mais impactante quando se constata que 529.000 mulheres morrem a cada ano por causas relacionadas com a maternidade em países em desenvolvimento, sendo que 80% dos casos é resultado de causas obstétricas diretas, e que, para cada mulher que morre muitas outras são acometidas por enfermidades que as incapacitam, de alguma forma, em sua vida produtiva e responsabilidades. Além disso, quase quatro milhões de recém-nascidos morrem antes de completarem um mês de vida devido a complicações como prematuridade, baixo peso ao nascer e malformações congênitas (SIBLEY et al., 2008).

Logo, para se obter um resultado perinatal favorável, é necessário identificar precocemente os fatores de risco que contribuem para a morbidade e mortalidade das gestantes e do feto, sendo esses fatores classificados em categorias socioeconômicas, demográficas, médicas (problemas obstétricos anteriores e a condição clínica materna) e em relação aos hábitos da gestante, como uso do tabaco e do álcool (AUMANN; BAIRD, 1995).

1.1. JUSTIFICATIVA

A morte materna é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo o óbito de uma mulher grávida em qualquer fase da gestação até 42 dias após o parto, independentemente da duração e da localização da gravidez (OMS, 1996).

A OMS considera o valor máximo de morte materna de 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (NV) (THEME-FILHA; SILVA; NORONHA, 1999). Em países como o Canadá e os Estados Unidos os índices de mortalidade materna são inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 (NV). Bolívia, Peru e Haiti somam mais de 200 óbitos por 100.000 NV, sendo que destes casos, 98% poderiam ser evitados, com medidas preventivas na área da saúde (BRASIL, 2002a).

No Brasil, um estudo sobre mortalidade materna nas capitais brasileiras revelou uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 54,3 por 100 mil nascidos vivos, sendo que na região Norte foi de 52,97 (LAURENT; JORGE; GOTLIEB, 2004). Esses dados são semelhantes aos observados em uma pesquisa, que constatou que no Estado do Pará não houve redução estatisticamente significativa da RMM, que ainda permanece alta (51,91 óbitos/100.000 NV) nos anos de 2006 a 2010, sendo que a maioria dessas gestantes tinham entre 20 e 29 anos e baixa escolaridade, eram solteiras, pardas e donas de casa (BOTELHO et al., 2013).

Na cidade de Recife, no período de 1994 a 2000, ocorreram 144 óbitos de mulheres por causas maternas, o que resultou em uma RMM de 75,5 óbitos por 100 mil NV. Dentre as causas de morte, destacaram que 70% dos óbitos eram relacionados às causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, sendo que nesse grupo, as doenças hipertensivas da gravidez (DHEG) somavam 19%, as síndromes hemorrágicas 16% e infecção puerperal 11%. Com relação às causas obstétricas indiretas, ou seja, aquelas doenças previamente existentes, agravadas pela gravidez, somaram 31% de óbitos maternos (COSTA et al., 2002).

No ano de 2008 foram admitidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) 7.438 mulheres para atendimento obstétrico; desse total, 24 evoluíram a óbito devido doenças relacionadas à gravidez ou ao puerpério. Tal valor corresponde ao percentual de 0,32%, o qual está de acordo com o aceitável pelo MS, uma vez que para as Instituições de atendimento em nível terciário, o percentual tolerado é de 1% (CORRÊA, 2009).

Uma pesquisa realizada em 328 prontuários de mulheres que tiveram partos de feto morto a partir de 20^a semana de gestação no ano 2009 na FSCMPA identificou que a faixa etária materna de maior frequência dessas mulheres foi entre 16 a 30 anos, 50% eram multigestas (de 2 a 4 gestações), 39% eram nulíparas, 75,9% dos casos não apresentavam situação de aborto. Em relação à assistência pré-natal, essa pesquisa constatou que 13% das gestantes não realizaram nenhuma consulta pré-natal, sendo que em 15% havia falta de informações relacionadas ao número de consultas, e mais da metade das gestantes realizaram menos de seis consultas de pré-natal. No que diz respeito às intercorrências clínicas durante a gestação nenhuma teve relevância estatística. Já o quesito que teve maior amostragem foi a falta de registro (42,1%), que somando aos registros ilegíveis contabilizam quase que 50% dos prontuários sem informação concreta sobre possíveis complicações durante a gravidez (OLIVEIRA, 2009). É importante salientar que, de modo geral, os resultados dessa pesquisa divergem bastante dos dados apresentados em nível nacional e internacional, mostrando, dessa forma, toda a peculiaridade da região Norte.

No estado do Pará 95% dos óbitos maternos poderiam ser evitados por fatores ligados ao adequado atendimento e à qualidade dos serviços de saúde prestados à mulher durante a gestação, parto e puerpério (MS, 2007).

A gravidez de risco há muito vem sendo discutida, tornando-se uma preocupação mundial, na medida em que os agravos gerados à gestante e feto, levam ao processo de doença que resulta em tratamentos de alto custo, causando impacto social e econômico (OLIVEIRA, 2009).

Conhecer a realidade de uma grande maternidade da região norte, que é referência para estes agravos e que presta assistência a gestantes procedentes da capital e interior do estado do Pará e até de estados vizinhos, poderá contribuir para o direcionamento de políticas públicas que permitam uma assistência qualificada às gestantes, na identificação precoce dos fatores e das causas que levam uma mulher a ter uma gestação

de alto risco, pois há evidências, histórica e epidemiológica de que a atenção qualificada durante o parto e pós-parto têm um efeito significativo na redução das mortes maternas (MOURA; SILVA, 2005).

1.2. SITUAÇÃO PROBLEMA

O MS define risco gravídico como sendo um identificador de graus de vulnerabilidade durante a gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano. Logo, a avaliação dos fatores de risco inicia-se no pré-natal, podendo ser realizada através de perguntas relacionadas à idade, altura e paridade da mãe, antecedentes de complicações obstétricas, uso de medicamentos ou dependências de drogas (OMS, 1996).

Os fatores de riscos são classificados com relação às características individuais das gestantes, condições sócio demográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior e doença obstétrica na gravidez atual (BRASIL, 2005). Além disso, deve-se ressaltar a importância de uma assistência integral às gestantes, considerando questões relacionadas à raça, etnia, classe social, situação conjugal e familiar, condições de trabalho e renda, violência doméstica e sexual, e o consumo de álcool e drogas. Essa prática promove a valorização da escuta e da compreensão dos vários fenômenos que determinam maiores ou menores condições de risco à gestação (BRASIL, 2010).

No Brasil, em relação à qualidade da atenção pré-natal, observa-se uma realidade cuja cobertura adequada, por si só, não garante bons resultados na redução dos coeficientes de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas e mortalidade perinatal precoce (AERT, 1997). Essa situação demonstra certa ineficácia dos serviços de saúde para garantir um atendimento adequado não apenas em relação ao número de consultas, mas também ao conteúdo do atendimento oferecido (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

As ações que fazem parte da consulta pré-natal, não demandam uma estrutura sofisticada de atendimento e dependem quase que, exclusivamente, da atuação dos profissionais envolvidos com o cuidado pré-natal e que compreendem sua importância para a qualidade dessa assistência (KOFFMAN; BONADIO, 2005). Assim, acredita-se que a falta de ações sistematizadas nas consultas de pré-natal nos municípios pode estar comprometendo a qualidade da assistência prestada às gestantes, afetando a adesão das

mesmas ao pré-natal e contribuindo para aumentar o índice de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal (ROCHA, 2010).

A mortalidade materna é um indicador consistente sobre a saúde da mulher e retrata as iniquidades existentes em cada região do país. A análise dessa causa específica remete além dos dados estatísticos permeando a atenção integral à saúde da mulher no que se refere às ações de promoção, proteção e assistência à saúde executadas em diferentes níveis de atenção. Essas ações passam pelo acesso ao pré-natal de qualidade, a referência e acesso imediato da gestante a maternidade e atendimento com segurança no momento do parto e puerpério (WHO, 2004).

O reconhecimento precoce dos fatores de risco pelos profissionais de saúde contribui para qualidade da assistência através do aconselhamento e orientações direcionadas para uma evolução gestacional favorável e assistência diferenciada a essas gestantes. Assim, conhecer os fatores que levaram uma mulher a ter uma gestação de alto risco é de grande importância para a saúde pública, pois evidencia o enfoque que se deve trabalhar para que a prevenção a agravos ocorra, diminuindo assim as altas taxas de mortalidade materna que ainda representam um desafio à saúde em todo o país (ENGELMANN, 2009).

Logo, tendo em vista a problemática acima e considerando que a identificação dos fatores de riscos gestacionais e o emprego de uma assistência pré-natal qualificada se tornam um fator relevante na redução da mortalidade materna, torna-se imprescindível conhecer alguns aspectos da assistência pré-natal, os fatores de risco e complicações gestacionais mais relevantes na amostra estudada socializando as informações obtidas com órgãos das três esferas de governo a sociedade e a comunidade acadêmica fim de subsidiar a implementação de políticas públicas que possam impactar nesse agravo e melhorar a assistência às gestantes.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Geral

Estudar o perfil das gestantes de alto risco internadas na FSCMPA no período de fevereiro a abril de 2014.

1.3.2. Específicos

- Conhecer o perfil sócio demográfico e clínico das gestantes classificadas como de alto risco;
- Identificar os fatores de risco que levaram ao diagnóstico de alto risco na casuística estudada;
- Verificar aspectos da assistência prestada a essas gestantes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. MORTALIDADE MATERNA COMO INDICADOR DE QUALIDADE DA SAÚDE DA MULHER

Segundo a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a morte materna é um indicador que reflete as condições de vida e de saúde das mulheres, como também revela uma assistência inadequada e de qualidade indesejável (OMS, 1996).

Nas últimas décadas, a mortalidade materna tem apresentado índices cada vez mais aceitáveis. Devido à melhora na qualidade da assistência à saúde e desenvolvimento dos programas de pré-natal, as mortes maternas têm diminuído consideravelmente. Porém, isso não significa dizer que este seja um problema já resolvido, pois os índices desses óbitos ainda são elevados, sendo de grande relevância pesquisas que abordem as causas determinantes dessas mortes e os fatores relacionados a elas (CORRÊA, 2009).

No Brasil, segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do MS (2002), a RMM não corrigida foi de 52,7/100.000 NV; 53,7/100.000 NV e 100,0/100.000 NV (BRASIL, 2002a).

Segundo MS no ano 2000 foi evidenciado uma maior taxa de óbito materno na região Norte (63%) como constatado no Quadro 01.

Quadro 01- Razão de mortalidade materna (RMM por 100.000 nascido-vivos) por região e no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Regiões	RMM/100.000
Norte	63,0
Nordeste	57,8
Sudeste	45,6
Sul	54,0

Centro- Oeste	39,1
Brasil	51,4

Fonte: Rezende Filho e Montenegro (2008).

De acordo com a OMS (dados de 1997-2002) as maiores causas de morte materna no mundo são as hemorragias, hipertensão, infecções e abortamento (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008). Já no Brasil foi constatado que a principal causa de morte materna em 2004 foi a hipertensão (23,5%) como evidenciado no Quadro 02.

Quadro 02- Causas de óbito materno no Brasil (MS, 2004).

Causas	%
Hipertensão	23,5
Eclampsia	11,6
Infecção puerperal	6,3
Abortamento	6,0
Hemorragia	5,7
HIV	2,8
Gravidez ectópica	1,7

Fonte: Rezende Filho e Montenegro (2008).

2.2. O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO – PHPN

A evolução histórica da saúde pública ocorreu em predominância com base na descentralização e na assistência médico hospitalocêntrica através do acesso ao pronto-atendimento e com pouca racionalidade epidemiológica. Nesse contexto, em 1983 foi criado pelo MS o Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher (PAISM) que promoveu um aumento da oferta de assistência médico-ginecológica, privilegiando ações dirigidas ao tratamento de patologias do aparelho reprodutor feminino gerando, de certa forma, uma mudança no modo de trabalho do modelo assistencial vigente (BRASIL, 2002).

Implementado em 1984, o PAISM surgiu com a finalidade de melhorar a atenção à saúde reprodutiva da mulher. Suas diretrizes previam atender necessidades específicas das mulheres no seu contexto social, familiar, emocional e de saúde reprodutiva e

preventiva, garantindo a humanização da assistência durante todas as fases de sua vida (OSIS, 1998).

As bases filosóficas do PAISM estabeleceram outros conceitos dentro da atenção à saúde da mulher, levando em consideração a integralidade e a autonomia do corpo feminino a serem discutidas nas ações educativas do programa.

Com relação à integralidade, este foi o maior desafio do programa, uma vez que exigia dos gestores e profissionais uma postura que extrapolava a capacitação técnica para responder isoladamente aos problemas de saúde das mulheres (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

No ano de 2000 foi implantada no Brasil uma política de enfrentamento às questões ainda sem resolução do PAISM, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Além do atendimento humanizado, esse programa também incluiu a necessidade de melhorar o atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal. Isso porque a mortalidade materna no Brasil ainda era muito superior a dos países desenvolvidos, principalmente os óbitos maternos relacionados a causas obstétricas, ainda consideradas evitáveis (BRASIL, 2007).

O PHPN concedeu incentivo financeiro aos municípios nos quais as gestantes cumprissem as recomendações que servem como indicadores de qualidade da assistência pré-natal. Para Andreucci et al. (2011), esses indicadores são: trimestre de início do acompanhamento; percentual de mulheres inscritas no pré-natal em relação ao número de nascidos vivos; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos; consulta puerperal, teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

Esses incentivos financeiros foram assim estabelecidos: R\$ 10,00 no registro do cadastramento da gestante no PHPN e R\$ 40,00 por gestante na conclusão do pré-natal, desde que cumprido o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo PHPN (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Após dez anos de implantação do PHPN, os municípios têm a responsabilidade de adequar a qualidade da assistência e capacitar seus profissionais para a correta documentação de informação em saúde, pois ainda existem muitos desafios a serem enfrentados para melhorar a qualidade da assistência prestada e as notificações do acompanhamento das gestantes inscritas como: a necessidade de estímulo constante à

adesão e manutenção do programa em cada um dos municípios; a disponibilização mais efetiva da informação em saúde, o surgimento de estratégias evitando a perda dos dados; e investimentos para o cumprimento da proposta inicial, que inclui a humanização do atendimento. O monitoramento das ações mínimas estabelecidas no PHPN está contido no SISPRENATAL, que corresponde a um sistema eletrônico para coleta de informações sobre o acompanhamento pré-natal das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse instrumento de gestão foi criado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) objetivando adquirir informação sobre a saúde durante a assistência pré-natal, parto e puerpério. Essas informações obtidas, se realmente precisas, podem refletir o panorama da saúde materna no Brasil, permitindo investimentos em nível local, regional e universal, com especificações para cada grupo populacional ou contexto social (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

O PHPN ainda reflete dados nacionais referentes à baixa cobertura e com grandes variações por região do País. Embora o número de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal tenha aumentado nacionalmente ao longo dos anos, os requisitos mínimos ainda não atingiram mais de 20% de abrangência, com grandes diferenças regionais (SERRUYA; CECATTI E; LAGO, 2004).

2.2.1. A importância do pré-natal na gestação

A assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal, sendo que o objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005). Dessa forma, a avaliação da assistência pré-natal requer critérios que são estabelecidos nas ações desenvolvidas nos serviços de saúde e orientados essencialmente para a análise da atuação profissional no cuidado do binômio saúde/doença, garantindo a resolutividade das ações desenvolvidas nesse processo.

Para assegurar a qualidade do pré-natal é necessário investigar o risco obstétrico, realizar exame clínico e obstétrico; assegurar a suplementação de ferro e ácido fólico; instruir a gestante sobre os sinais e os locais de atendimento de emergência e atentar para o preenchimento correto da ficha de pré-natal (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

Um estudo realizado por Duarte e Mamede (2012), que propôs caracterizar as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na assistência pré-natal no município de Cuiabá, identificou algumas fragilidades que comprometem a atenção qualificada. Nessa pesquisa foi evidenciado que das 74 gestantes consultadas, apenas 35 estavam com vacina antitetânica em dia, e que somente 72% delas tiveram anotações no prontuário e no cartão da gestante nas consultas, sendo que todas as gestantes portavam o cartão da gestante no momento da consulta.

O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, tais como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, sífilis e HIV (DOMINGOS et al., 2012).

Aumann e Baird (1995) recomendam a frequência mensal de consultas de pré-natal começando logo na confirmação de gestação até a 28^a a 30^a semana; uma consulta de 2 em 2 semanas até a 36^a semana, e semanal da 37^a semana até o termo.

Na primeira consulta o exame ginecológico completo, o cálculo da relação peso/altura, a solicitação de exames laboratoriais básicos, como dosagem de hemoglobina (Hb), sorológico para sífilis/DST, urinálise e tipagem sanguínea (ABO e Rh) e verificar a carteira de vacinação observando se a vacina antitetânica foi realizada. Se não, deve-se encaminhar para a primeira dose. A dosagem de Hb e a vacina antitetânica deverão ser repetidas na terceira consulta; as orientações quanto ao parto e recomendações sobre amamentação e anticoncepção deverão ser iniciadas na terceira e reforçadas na última visita (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

Em uma pesquisa sobre mortalidade materna realizada no Rio Grande do Sul, em um hospital de referência para gestantes de alto risco, evidenciou-se a importância do acompanhamento do pré-natal constatando que 42% das mulheres que morreram não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal (BRIETZKE et al., 2009).

A assistência pré-natal vem ocupando um relevante espaço na atenção à saúde da mulher, sendo que sua atuação corresponde a um conjunto de atividades que visam à promoção da saúde de 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 et al., 2003). Logo, seu propósito é identificar precocemente as gestações de alto risco, oferecendo atendimento diferenciado que previna complicações que determinam maior

morbidade materna e perinatal, sendo necessário avaliar a história da doença materna pré-existente, os fatores socioeconômicos e psicossociais, os antecedentes obstétricos e eventos da gestação atual (ENGELMANN, 2009).

Cabe ainda ressaltar a importância da abordagem integral às mulheres, considerando-se as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Essa atenção implica na valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação (BRASIL, 2012).

2.3. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A gestação acarreta mudanças fisiológicas e emocionais ocasionando alterações, corporal e familiar (COSTA et al., 2010). Nesse sentido, sabe-se que, alguns fatores poderão desequilibrar o processo fisiológico normal da gestação, podendo ocasionar prejuízos à saúde da mulher e/ou do feto, desencadeando uma gravidez de risco.

Segundo Tedesco (2002), a gravidez traz por si só risco para a mãe e para o feto. Entretanto, em cerca de 20% das gestações, este risco está aumentado, sendo estas mulheres incluídas nas gestantes de alto risco. Assim, define-se a gravidez de alto risco como sendo aquela que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de serem atingidas que a da média da população (BRASIL, 2000a). Para Almeida et al. (1975), a palavra “risco” é definida como a probabilidade de lesão, dano ou perda e “risco gravídico” é definido como sendo a oportunidade a agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto.

De acordo com o Comitê de Assistência Materno-Infantil da Associação Médica Americana a gestação de alto risco é aquela que apresenta alta probabilidade de nascer uma criança com impedimento físico, intelectual, social ou de personalidade, que possa dificultar o crescimento e o desenvolvimento normais e a capacidade para aprender, podendo este impedimento ser originado no período pré-natal, perinatal ou pós-natal, que pode resultar de fatores hereditários ou ambientais desfavoráveis, atuando em separado ou em combinação (ALMEIDA et al., 1975).

Para Fustioni, Schimer e Sumita (2002), a gravidez é considerada de alto risco na presença de algum fator de risco materno ou fetal que afetará adversamente seu

resultado. Esses fatores poderão estar relacionados ao indivíduo, à família, ao grupo, à comunidade ou ao ambiente (FREITAS et al., 2006).

Para Gomes et al. (2001), a avaliação de risco não é tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco associa-se às possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. Logo, o conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano.

O conceito de risco está associado ao de probabilidade (BRASIL, 2005). Já para Barros, Marin e Abrão (2009), o fator de risco é toda característica ou circunstância determinável de uma pessoa que se sabe estar associado a um risco anormal de aparecimentos ou evolução de um processo patológico. Por isso, logo no início do pré-natal, e durante toda a gestação, deve-se proceder a uma avaliação de risco das gestantes de modo a identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos aos quais estão expostas (BRASIL, 2010).

2.4. FATORES ASSOCIADOS À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A pesquisa sobre “o enfoque do risco” em saúde pública afirma que a estratégia de risco baseia-se em dois fatos fundamentais. O primeiro fato está relacionado à uma distribuição desigual dos “danos” à saúde entre os grupos populacionais, na qual alguns indivíduos apresentam características próprias que aumentam a probabilidade de ocorrência de um dano à saúde, em relação a outros indivíduos sem as mesmas características, ou que não foram expostos às circunstâncias (fatores de risco). O segundo fato importante é que esses fatores de risco são observáveis ou identificáveis antes do evento a que estão associados (CESAR, 1998).

O Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo identifica alguns fatores de risco para a gravidez atual, evidenciados no Quadro 03.

Quadro 03- Fatores de Risco para a Gravidez Atual.

1. Características pessoais e sociodemográficas:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altura menor que 1,45 m. Baixa escolaridade (menos de 5 anos de estudo regular)

<ul style="list-style-type: none">▪ Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social▪ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas▪ Transtorno mental▪ Idade menor que 15 e maior que 35 anos▪ Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, níveis altos de estresse▪ Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg▪ Situação afetiva conflituosa▪ Suporte familiar ou social inadequado▪ Não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente▪ Violência doméstica.
2. Antecedentes obstétricos:
<ul style="list-style-type: none">▪ Abortamento habitual▪ Cirurgia uterina anterior▪ Esterilidade/infertilidade▪ Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos▪ Macrossomia fetal▪ Morte perinatal explicada ou inexplicada▪ Nuliparidade e multiparidade▪ Pré-eclâmpsia/eclâmpsia▪ Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado▪ Síndromes hemorrágicas.
3. Morbidades:
<ul style="list-style-type: none">▪ Aneurismas▪ Aterosclerose▪ Alterações osteoarticulares de interesse obstétrico

- Câncer
- Cardiopatias
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses)
- Doenças inflamatórias intestinais crônicas
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus)
- Epilepsia
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).
- Hemopatias
- Hipertensão arterial – classificar em leve, moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo
- Infecção urinária
- Nefropatias
- Pneumopatias
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST)
- Trauma
- Tromboembolismo.

4. Doenças obstétricas na gravidez atual

- Aloimunização
- Amniorrexe prematura
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquidoamniótico
- Ganho ponderal inadequado
- Hidropsia fetal
- Malformações fetais
- Óbito fetal
- Síndromes hemorrágicas
- Síndromes hipertensivas.
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada.

Fonte: Amaral, Sousa e Cecatti (2010).

Alguns grupos são considerados populações de alto risco para doenças, devido a fatores sociais, econômicos e culturais. Os fatores sociais e econômicos como a pobreza, o desemprego ou a falta de moradia causam impacto na saúde e na estabilidade da família em formação, devido ao acesso limitado à água limpa, aos alimentos, à moradia e ao atendimento de saúde (Quadro 04).

Quadro 04- Fatores sociais essenciais relacionados aos fatores de risco:

1. A pobreza limita o acesso a alimentos saudáveis, causando déficits nutricionais;
2. A falta de acesso ao cuidado de saúde diminui a promoção e a manutenção de saúde e contribui para o diagnóstico tardio das doenças e a demora ao tratamento;
3. O desemprego contribui para a pobreza e a possibilidade de ausência de moradia, aumentando a exposição, em abrigos superlotados, às situações de perigo e às doenças que ameaçam a mãe e o feto ou o recém-nascido;
4. Os comportamentos de alto risco, como o sexo sem proteção e consumo de drogas, podem causar infecções, vícios e lesões que aumentam a mortalidade e a morbidade materna e do recém-nascido;
5. A gestação na adolescência pode resultar na falta de cuidado pré-natal, parto prematuro e defeitos congênitos, assim como na habilidade parental deficiente, gerando dano fisiológico e psicológico no paciente pediátrico;
6. O distúrbio familiar devido a fatores como o abuso de álcool ou de drogas, a doença mental, a violência doméstica ou o divórcio pode desestabilizar a família em formação, levando ao sofrimento;
7. A instabilidade comunitária motivada por atividade de gangues, crime, violência, desemprego alto e pobreza pode resultar em redução dos recursos de saúde disponíveis.

Fonte: Johnson (2012).

2.5. AGRAVOS INFECCIOSOS E NÃO INFECCIOSOS

2.5.1. Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia

A hipertensão arterial complica aproximadamente 10% de todas as gestações e representa uma causa importante de morbidade e mortalidade materna e perinatal, sendo caracterizada por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Para Costa e Amorim (2002), no Brasil, cerca de 25% das mortes maternas relacionam-se com hipertensão. Além disso, as mulheres com hipertensão arterial crônica têm risco aumentado (20 a 40%) de pré-eclâmpsia sobreposta, crescimento intrauterino retardado, prematuridade, descolamento prematuro de placenta e mortalidade perinatal, sendo esses riscos exacerbados com a gravidade da hipertensão e com a presença de pré-eclâmpsia. Portanto a orientação dos sinais e sintomas da pré-eclâmpsia é obrigatória (MAGALHÃES, 2006).

Os fatores que aumentam o risco de desenvolver a Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) são: diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltiplas, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e / ou hipertensão arterial crônica e raça negra (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Segundo Telles, Menezes e Lima (1999), a hipertensão representa importante causa de prematuridade, estando presente em um terço dos partos prematuros, além de oferecer riscos maternos, caracterizados por eclâmpsia, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, deslocamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI), síndrome HELLP (sendo estas siglas baseadas nos três critérios estabelecidos para seu diagnóstico: H – hemolysis, destruição dos glóbulos vermelhos; EL –elevated liver enzymes, enzimas do fígado elevadas; LP – low platelets, queda do número de plaquetas), coagulação intravascular disseminada (CIVD), insuficiência renal aguda e inversa outras complicações.

Na assistência a gestante é importante classificar os distúrbios hipertensivos na gravidez, diferenciando a hipertensão crônica das complicações mais graves, representada pelo desenvolvimento de hipertensão e proteinúria, caracterizando a pré-eclâmpsia (BRASIL, 2005).

A pré-eclâmpsia caracteriza-se pela associação de hipertensão e proteinúria durante a gravidez, em geral depois de 20 semanas de gestação (exceto em casos de mola hidatiforme e hidropsia fetal). Incide em 3% a 7% das nulíparas e 0,8% a 5% das múltiparas, sendo mais frequentes em gestação gemelar e em pacientes com história anterior de pré-eclâmpsia/eclâmpsia. A eclâmpsia é caracterizada pela ocorrência das crises convulsivas tônico-clônicas, generalizadas, que não podem ser atribuídas a outras causas em mulheres com pré-eclâmpsia (AMORIM; KATZ; SOUZA, 2011).

2.5.2. Ameaça de aborto

A ameaça de aborto ocorre quando o sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional, e não existem sinais de infecção (BRASIL, 2011). Para este diagnóstico é necessário uma ultrassonografia, que pode não ter alterações ou identificar área de descolamento ovular, com vitalidade embrionária. Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea, e retornar ao atendimento de pré-natal (BRASIL, 2010).

Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, a mulher deve retornar ao serviço de saúde para nova avaliação. Não há evidências de benefício do uso da progesterona nesses casos, pois não modifica o curso da gravidez. Os casos de insuficiência de corpo lúteo são raros, precisando de confirmação diagnóstica para essa indicação (BRASIL, 2000).

2.5.3. Prematuridade

O parto pré-termo é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação (RAMOS et al., 2011). O trabalho de parto prematuro é definido como a presença de contrações regulares, dolorosas, ocorrendo pelo menos quatro vezes a cada 30 minutos, acompanhadas de modificações cervicais, com menos de 37 semanas de gestação (GOLDENBERG et al., 2008).

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constatam que inúmeras são as causas que levam um bebê ao nascer prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas e primiparidade. Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida (RAMOS; CUMAN, 2009).

2.5.4. Gemelaridade

Gestações múltiplas estão associadas ao aumento da morbimortalidade perinatal, resultando no maior número de recém-nascidos prematuros e de baixo peso (BRASIL, 2010). A gemelaridade também determina maior frequência de malformações fetais, assim como alterações de vascularização e quantidade de líquido amniótico. Além de aumentar a probabilidade de morbidade materna devido a maior probabilidade de ocorrência dos fenômenos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hemorragias puerperais.

Nos últimos anos, o número e a taxa de nascimentos múltiplos aumentaram significativamente. Tal acontecimento é atribuído principalmente ao uso crescente de drogas indutoras de ovulação e às tecnologias de reprodução assistidas (SÁ; SILVA; REZENDE, 2008).

A gemelaridade pode estar correlacionada com os seguintes resultados maternos e perinatais (Quadro 05).

Quadro 05- Complicações das gestações múltiplas.

Complicações maternas anteparto:
- Hiperêmese gravídica;
- Síndromes hipertensivas;
- Diabetes gestacional;
- Polidrâmnio;
- Anemia ferropriva e de folatos;
- Dispneia;

- Edema, varizes e estrias;
- Pielonefrite;
- Trabalho de parto prematuro;
- Amniorrexe prematura;
- Abortamento espontâneo;
- Acidentes do cordão umbilical;
- Complicações hemorrágicas: placenta de inserção baixa e DPPNI
- Edema agudo de pulmão

Complicações maternas intraparto:

- Distorcias com aumento da taxa de cesárias
- Apresentações anômalas.

Complicações maternas pós-parto:

- Hipotonia uterina;
- Hemorragia e choque hipovolêmico

Complicações fetais:

- Prematuridade
- Malformações congênitas;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Síndrome transfusor-transfundido;
- Hidropsia fetal;
- Patologia funicular: nós, torções, prolapso.

Fonte: Pôrto e Guerra (2011).

2.5.5. Epilepsia na gestação

A epilepsia é afetada pelos hormônios sexuais, sendo que estrógenos aumentam a excitabilidade e diminuem o limiar para desencadeamento de crises, já a progesterona diminui a excitabilidade e aumenta o limiar de desencadeamento de crises. Logo, existe uma ação pró-convulsivante do estrógeno e anticonvulsivante da progesterona. Esses esteróides ovarianos alteram a excitabilidade neuronal e a conectividade sináptica levando a complicações para a saúde reprodutiva da mulher, especialmente durante a gestação (BRASIL, 2005).

O controle adequado das crises é fundamental durante a gestação. Especialmente quando se considera que a taxa de mortalidade materna é maior em mulheres com epilepsia em comparação com a população em geral. Além disso, crises convulsivas na mãe podem causar bradicardia fetal e morte fetal intrauterina (YACUBIAN, 2011).

Estima-se que entre 17% e 37% das mulheres com epilepsia apresentam aumento da frequência das crises, em especial no terceiro trimestre. Isso se deve às alterações sistêmicas próprias da gravidez, como ganho de peso, alterações hormonais e aumento do volume plasmático, que levam a alterações na absorção das drogas, aumento do metabolismo e outras alterações fisiológicas que culminam com a diminuição do seu nível sérico. Outro fator que leva ao aumento dos episódios das crises é a suspensão da droga pela própria gestante, por medo de efeitos deletérios ao feto (BRASIL, 2005).

Tem-se discutido a associação das inúmeras complicações durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia e o uso de anticonvulsivantes. Essas complicações incluem abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e desenvolvimento nessas crianças, em taxas maiores que as da população geral. No entanto, ainda não está esclarecido se esses efeitos são secundários às crises convulsivas ou às drogas utilizadas para o seu controle (BRASIL, 2005).

2.5.6. Anemias

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11,0g/dl (OMS, 1974). Durante a gravidez, as alterações fisiológicas resultam no aumento do volume plasmático em cerca de 50% e aumento da massa eritrocitária em 25%. Isso promove relativa redução na concentração de hemoglobina materna, mas não necessariamente representa anemia (NOMURA; IGAI, 2007).

O termo “anemia” é muitas vezes utilizado como sinônimo de “anemia ferropriva”, uma vez que a carência de ferro é a deficiência nutricional predominante causadora de anemia e seu diagnóstico pode ser realizado através dos valores de hemoglobina ($Hb \leq 8,0$ g/dl) e do volume corpuscular médio (VCM). Elas podem ser classificadas de acordo com sua fisiopatologia em três tipos: por falta de produção dos eritrócitos, por excesso de destruição dos eritrócitos e por perda sanguínea (NOMURA; IGAI, 2007).

Entre as anemias existem as adquiridas (anemia ferropriva, anemia causada por hemorragia aguda, anemia megaloblástica, anemia causada por inflamação ou neoplasia maligna e anemia aplásica ou hipoplásica), as hereditárias (talassemias, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias) e as anemias hemolíticas, que podem ser adquiridas ou hereditárias (CUNNINGHAM et al., 2012).

2.5.7. Diabete mellitus gestacional

O diabetes mellitus (DM) constitui a endocrinopatia mais frequente do ciclo gestatório, afetando cerca de 2 a 8% de todas as gestações e estando associado a significativo impacto não apenas na mortalidade perinatal, mas também no controle metabólico materno (GRAVES, 2007).

O DM é uma doença metabólica crônica, caracterizada pela hiperglicemia. Ela é responsável pelo elevado índice de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais (BRASIL, 2000).

Para a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2006), o diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultantes em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Tem semelhança fisiológicas com a diabetes mellitus tipo 2 (DM2), devido ocorrer um déficit na quantidade de receptores para insulina ou um acréscimo importante de gordura corporal. Essas alterações estão presentes em cerca de 90% dos casos, sendo que nos 10% restantes há déficit da produção de insulina, evoluindo para o DM2 insulino dependente (KATZ; AMORIM; SANTOS, 2011).

A incidência de DMG é de 3% a 7%, variando de acordo com a população estudada e com os critérios diagnósticos utilizados, sendo que no Brasil estima-se a prevalência de 2,4% a 7,2% (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2008).

Segundo Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do MS os principais fatores de risco do DMG são os seguintes (Quadro 06).

Quadro 06- Fatores de Risco para DMG

História prévia de diabetes gestacional;
Diabetes na família com parentesco em 1º grau;
Baixa estatura (<1,50m);
Idade superior a 25 anos;
Obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação;
Síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo;
Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional;
Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio.

Fonte: Brasil (2005).

Os grandes desafios da assistência pré-natal às diabéticas consistem basicamente em: reduzir a incidência de malformações congênitas, instituindo o adequado controle metabólico pré-concepcional; rastrear o diabetes que se desenvolve durante a gestação e prevenir as complicações imediatas e em longo prazo (obesidade, mortalidade cardiovascular aumentada etc.) das alterações metabólicas intra-útero (KATZ; AMORIM; SANTOS, 2011).

2.5.8. Cardiopatias

As doenças cardíacas ocorrem em aproximadamente 1% das gestações, das quais 90% são consequências de lesões reumáticas (BRASIL, 2000a).

No Brasil sua incidência é em torno de 4,2%, 6 a 8 vezes maior quando comparada a estatísticas internacionais, e ocupa o primeiro lugar como causa indireta de morte materna não obstétrica e a quarta causa de mortalidade materna, sendo que cerca de 55% da etiologia é reumática, 16% cardiopatias congênitas, 15% cardiomiopatias (entre as quais a cardiopatia chagásica), em 12% hipertensão arterial e nos 2% incluem-

se prolapso da valva mitral, hipertensão arterial pulmonar, arritmias, embolia e cardiopatia isquêmica (ANDRADE; LOPES; MALDONADO, 1998).

2.5.9. Pneumopatias

A gestação associa-se a mudanças mecânicas e bioquímicas que podem afetar a função respiratória. Desse modo, a dispnéia na gravidez pode estar presente, mesmo sem pneumopatia, estando presente em 60% a 70% das gestantes (BRASIL, 2000a).

As mudanças na fisiologia pulmonar, durante a gravidez, são resultado de uma resposta hormonal, já que a progesterona estimula o centro respiratório, levando a um aumento do volume corrente (que atinge 40% no termo) e do volume-minuto. Isto resulta numa alcalose respiratória moderada, com diminuição dos valores basais de PaCO₂ para cerca de 30 mmHg, compensados pelo aumento da excreção renal de bicarbonato e queda dos valores séricos para cerca de 20 mEq/L. O consumo de oxigênio também aumenta 20-30% devido às maiores necessidades metabólicas. Finalmente, com o aumento do tamanho do útero a capacidade residual funcional e o volume residual diminuem (TOMÉ, 2007).

2.5.10. Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

É uma doença auto-imune que pode acometer vários órgãos e, por isso, tem as mais variadas manifestações clínicas (BRASIL, 2000a).

As manifestações clínicas do LES ocorrem com maior frequência no período gestacional ou no puerpério em pacientes com doença ativa na concepção ou até um ano antes, sendo as mais frequentes as doenças articulares, cutânea e renal.

As pacientes com doença em remissão por dois anos antes da gestação geralmente têm uma gravidez com boa evolução, enquanto as que engravidam com a doença ativa ou têm a doença diagnosticada durante a gestação, apresentam os piores resultados gestacionais (BRASIL, 2000a).

As pacientes lúpicas apresentam maior risco de complicações obstétricas como a pré-eclâmpsia, parto prematuro e aumento das taxas de cesariana, crescimento intrauterino restrito (CIUR), perda fetal, diabetes mellitus e hipertensão gestacional, hipertensão pulmonar, insuficiência renal, tromboembolismo e perda fetal quando em comparação com a população geral (CLOWSE et al., 2008).

2.5.11. Tromboembolismo

O tromboembolismo é a oclusão total ou parcial de uma veia por um trombo, com reação inflamatória primária ou secundária de sua parede, sendo mais frequente em membros inferiores (BRASIL, 2000a).

A gestação constitui, por si, um fator de risco para a Trombose Venosa Profunda (TVP), pois a compressão exercida pelo útero grávido sobre vasos importantes como poplítea, femoral, ilíaca e cava, causa redução significativa da drenagem venosa, levando à estase local e as alterações hormonais que ocorrem nesse período causam hipercoagulabilidade, o que também favorece o aparecimento da trombose (BARRETO, 2002).

O tromboembolismo pulmonar (TEP) e a TVP na gravidez e no puerpério são fatores determinantes para o aumento da morbimortalidade materno-fetal, sendo que o elevado número de cesarianas tem contribuído significativamente para o aumento na incidência de fenômenos tromboembólicos (KALIL et al., 2008). Dessa forma, uma anamnese minuciosa, especialmente em pacientes com história pregressa e familiar de fenômenos tromboembólicos, deve conduzir a uma investigação laboratorial em gestantes selecionadas.

2.5.12. Infecção urinária

Durante a gestação, o organismo materno passa por profundas modificações em todos os seus sistemas, incluindo o sistema urinário, que levam a uma falha dos mecanismos de defesa maternos e maior suscetibilidade à infecção urinária. Entre elas, as principais são: compressão da pelve renal pelo útero, que leva à estase relativa de urina nos ureteres e consequente hidronefrose fisiológica da gestação, queda da osmolaridade do filtrado glomerular, secundária à hemodiluição; aumento do pH urinário, por uma excreção aumentada de bicarbonato; e presença de glicosúria, por deficiência na reabsorção por transporte ativo, nos túbulos, da glicose que continua a ser filtrada livremente (MELO et al., 2011).

O quadro clínico varia de bacteriúria assintomática (mais de 100.000 colônias/ml de urina), que acomete de 2% a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite. Em 80% dos casos de bacteriúria assintomática, a *Escherichia coli* é o agente etiológico identificado (BRASIL, 2000a).

2.5.13. Toxoplasmose

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondi* (TG) e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de comprometimento fetal (BRASIL, 2005).

A toxoplasmose pode ser transmitida por três vias: a ingestão de oocisto proveniente do solo e objetos contaminados com fezes de gatos infectados; ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cisto, especialmente carne de porco e carneiro; infecção transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriam a infecção durante a gestação (BRASIL, 2005).

A gravidade das manifestações clínicas no feto ou no recém-nascido é inversamente proporcional à idade gestacional de ocorrência da transmissão transplacentária da infecção. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes dessa afecção podem ser observados retardo de crescimento intra-uterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (microftalmia, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificação cerebrais) (BRASIL, 2000a). A infecção no primeiro trimestre é mais grave, embora menos frequente. Quando a infecção ocorre no último trimestre, o recém-nascido pode ser assintomático ou apresentar ausência de ganho de peso, anemia, plaquetopenia, coriorretinite, miocardite ou pneumonia (BRASIL, 2005).

Recomenda-se durante o pré-natal, a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou Imunofluorescência) para todas as gestantes. A detecção de anticorpos IgG, apesar de ser classicamente realizada, não modifica a tomada de decisão terapêutica, não sendo considerada, portanto, como essencial para o diagnóstico laboratorial da toxoplasmose (BRASIL, 2005).

2.5.14. Malária

A ocorrência de malária na gestação pode levar a aborto, prematuridade, baixo peso, anemia megaloblástica, mortalidade perinatal e materna (BRASIL, 2000a).

São comuns as lesões placentárias com a presença de parasitas e pigmento maláricos, mas a infecção congênita ocorre em 0,3% dos casos nas regiões não endêmicas, ou até 1% a 4% dos casos de região endêmicas como nos estados de Rondônia, Pará e Mato Grosso (BRASIL, 2000a).

Na gestação, tem sido encontrada uma depressão imunitária do componente humoral, contribuindo para o aumento das manifestações clínicas e gravidade da doença, sendo constatado que as complicações são mais importantes em primigesta; casos com sintomas clínicos exacerbados e parasitemia elevada (BRASIL, 2000a).

2.5.15. Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos (BRASIL, 2000a). É frequente os primeiros sinais da hanseníase aparecerem na gestação, como também recidivas e reações. Isso ocorre devido às alterações hormonais durante a gravidez que causam depleção da imunidade celular, fundamental na defesa contra o bacilo (BRASIL, 2000a).

A gestação nas mulheres portadoras de hanseníase tende a apresentar poucas complicações, exceto a anemia, comum em doenças crônicas (BRASIL, 2002a).

2.5.16. Rubéola

O vírus da rubéola apresenta elevada toxicidade para tecidos embrionários, causando a síndrome da rubéola congênita (microftalmia, cardiopatia, alterações auditivas e retardo mental). Entretanto, existe a possibilidade de acometimento de órgãos isolados ou síndrome ampliada (entre outras alterações, miocardite, hepatite, púrpura, alterações ósseas, retardo de crescimento intra-uterino e óbito) (BRASIL, 2010).

2.5.17. Citomegalia

A citomegalia ou doença de inclusão citomegálica é causada por um herpesvírus, cuja replicação se faz no interior do núcleo na forma de inclusão. A prevalência é maior em países subdesenvolvidos, sendo a transmissão realizada pelo contato com fluídos biológicos infectados. A transmissão vertical é frequente (0,5% a 2%), podendo também ocorrer através do canal de parto e leite materno (BRASIL, 2000a).

A infecção primária atinge o feto em cerca de 35% de todos os casos, podendo ocorrer malformações (microcefalia, calcificação, hepatoesplenomegalia, hidropsia, retardo psicomotor, trombocitopenia). Abortamentos, partos prematuros e retardo do crescimento fetal são mais frequentes com mortalidade perinatal elevada, em torno de

50%. Além disso, podem ocorrer complicações tardias como déficit mental e motor, surdez, atrofia óptica e cegueira, espasticidade motora, etc (BRASIL, 2000a).

2.5.18. Sífilis

A taxa de mortalidade por sífilis congênita no Brasil variou de 70 a 100 por milhão de nascidos vivos, no período de 1979 a 1990, e estima-se em 40% a mortalidade perinatal (BRASIL, 2000a).

A infecção do feto estaria na dependência do estado da doença na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção materna, mais grave será o comprometimento fetal. O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação (BRASIL, 2010). Essas condições justificam a necessidade da realização do exame, no mínimo duas vezes na gestação (início do pré-natal e 30ª semana), e no momento de sua internação hospitalar para realização do parto ou curetagem. A realização do teste para sífilis no início do 3º trimestre (28ª – 30ª semanas) permite que o tratamento materno seja finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero (BRASIL, 2010).

2.5.19. Hepatites B e C

As hepatites virais são causadas por vários agentes etiológicos com características epidemiológicas, quadros clínicos e laboratoriais semelhantes. Existem pelo menos cinco tipos distintos de hepatites virais: hepatite A, hepatite B, Hepatite C, hepatite D e hepatite E. Cada uma delas causada por um vírus distinto, salvo a hepatite D, que é causada por um agente delta associado ao vírus da hepatite B (OLIVEIRA, 2011).

De 05 a 10% dos adultos infectados e de 70 a 90% dos recém-nascidos filhos de mãe portadora do vírus da hepatite B (VHB) desenvolve a forma crônica da doença e podem, no futuro, apresentar suas complicações como cirrose e carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2005).

O VHB é altamente infectante e facilmente transmitido através da via sexual, transfusões de sangue, contato com sangue contaminado e pela via vertical (BRASIL, 2005).

Segundo a OMS, o Brasil apresenta média prevalência de infecção pelo VHB, ocorrendo alta endemicidade na região Amazônica, Espírito Santo e oeste de Santa

Catarina, sendo que objetivando prevenir a transmissão vertical do VHB, recomenda-se a triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg- antígeno de superfície do VHB, que deve ser realizada, preferencialmente, próximo à 30ª semana de gestação (BRASIL,2005).

Para a prevenção da transmissão vertical do VHB, deve ser administrada a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a imunização ativa (vacina), nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. A criança deve receber doses subsequentes da vacina, com um e seis meses. É necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs, anticorpo contra o HBsAg na criança até um ano de idade (BRASIL, 2005).

Em relação à amamentação, a OMS indica o aleitamento em crianças de mães portadoras do VHB após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da IGHAHB (BRASIL, 2005).

2.5.20. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)

O HPV também conhecido como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo é uma doença infecciosa com transmissão sexual, sendo atualmente conhecidos mais de 70 tipos do vírus, sendo que 20 podem infectar o trato genital causando o desenvolvimento de neoplasias intra-epiteliais e câncer invasor do colo uterino (BRASIL, 2000a).

Na gestação, as lesões condilomatosas causadas pelo HPV poderão atingir grandes proporções, devido à vascularização, alterações hormonais e imunológicas (BRASIL, 2010).

A cesariana não deve ser indicada baseando-se apenas na prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido, e sim deve ser realizada em alguns casos raros, quando as lesões estão obstruindo o canal de parto ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo (BRASIL, 2000a).

2.5.21. Herpes simples vírus (HSV)

A ocorrência de herpes na gravidez é comum, sendo o maior risco de contaminação fetal no momento da passagem no canal de parto, mesmo na forma assintomática (BRASIL, 2000).

A indicação da via de parto é obstétrica, exceto na presença de lesões herpéticas ativas, onde está indicada via alta. Essa conduta perde seus benefícios quando a bolsa está rota há mais de 4 horas (BRASIL, 2000).

2.5.22. Infecção pelo HIV

A transmissão vertical (TV) do HIV entende-se pela passagem do vírus da mãe para o filho durante a gestação, parto e amamentação, sendo responsável por 95% dos casos de AIDS na infância (BELTRÃO et al., 2011).

A OMS (2000) estima que sem qualquer intervenção 15% a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação ou durante o trabalho de parto ou parto, ou através da amamentação.

No Brasil, desde 1996, o MS vem garantindo o acesso ao tratamento antirretroviral a todas as pessoas que vivem com HIV e que têm indicação de recebê-lo, conforme as recomendações terapêuticas vigente no país (BELTRÃO et al., 2011). Além disso, durante o pré-natal, o teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta e repetido próximo à 30ª semana gestacional (BRASIL, 2005).

A detecção precoce do HIV em gestantes e as medidas adotadas na tentativa de reduzir a transmissão para as crianças, evitando o surgimento de novos casos de AIDS infantil, têm sido umas das prioridades do MS dentro do Programa Nacional DST/AIDS (BELTRÃO et al., 2011). OMS buscando conhecer a prevalência do HIV em gestantes e crianças expostas, tornou obrigatória a notificação das gestantes em que for detectada a infecção pelo HIV. Da mesma forma, é obrigatória a notificação das crianças nascidas de mães infectadas ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV (BRASIL, 2004).

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de cunho descritivo de abordagem quantitativa.

6.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas enfermarias de alto risco da FSCMPA. Este hospital possui 406 leitos, sendo que destes, 59 leitos são destinados as gestantes de alto risco,

sendo 30 leitos na enfermaria Santa Marta e 29 leitos na enfermaria Santa Rita. São realizados cerca de 500 partos mensais (COSTA, 2011).

Esta instituição tem uma importância social significativa, pois é referência no atendimento materno-infantil na Região Norte prestando atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na área hospitalar quanto ambulatorial. Além disso, recebeu a certificação de Hospital de Ensino através da Portaria nº 2.378/MS, de 26 de outubro de 2004, que lhe permitiu obter convênio com a Universidade Federal do Pará (UFPA) e outras importantes instituições de ensino superior.

A FSCMPA tem como finalidades essenciais a assistência, o ensino e a pesquisa através do seguinte perfil:

- Referência Nacional, para a região Norte, em Treinamento e Capacitação em Banco de Leite Humano; Programa de Residência Médica;
- Programa de Internato nas Clínicas: Médicas, Pediatria, Toco-ginecologia e Cirurgia;
- Programa de assistência por Uma Cultura de Paz: Pró-Paz Integrado;
- Programa de Humanização inclusivo aos pacientes, funcionários, discentes da graduação e firma terceirizada de limpeza hospitalar;
- Campo de aula prática para alunos de cursos da área da saúde para mais de três universidades.
- Participa do Projeto Hospitalar Sentinelas, da ANVISA, atuando nas áreas de coleta de informações e investigações nas áreas de Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância;
- Membro Efetivo do Polo de Educação Permanente da Região Metropolitana;

6.3. SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado com 415 gestantes e puérperas internadas nas enfermarias de alto risco e que apresentavam o diagnóstico de alto risco conforme estabelecido pelo MS.

6.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todas as gestantes classificadas com alto risco de acordo com o MS e diagnóstico estabelecido no prontuário, internadas nas enfermarias de alto risco da FSCMPA e que portavam o cartão da gestante durante a entrevista.

6.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Todas que não se enquadrarem nos critérios de inclusão.

6.6. INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada ou padronizada (apêndice A) com as pacientes atendidas no período de fevereiro a abril de 2014, além da consulta dos cartões das gestantes e dados do prontuário.

6.7. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FSCMPA, e seguiu as exigências da Resolução nº 466 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo que todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. CAAE nº 24620213.8.0000.5171

6.8. ANÁLISE DOS DADOS

O dados obtidos foram analisados por meio de técnicas estatísticas, descritiva e inferencial. Na análise descritiva, os resultados alcançados no trabalho proposto foram organizados na forma de tabelas apresentando valores absolutos e relativos das variáveis estudadas. Na análise inferencial foram aplicados os testes estatísticos não-paramétricos, ou seja, o Qui-quadrado de Aderência para proporções esperadas iguais e Teste G de aderência. Para aplicação dos testes foi estabelecido o nível de significância $\alpha = 0,05$. O pacote estatístico utilizado para análise inferencial foi o Bioestat versão 5.3 *for Windows*. Para edição das tabelas foram utilizados os programas *Word* e *Excel* do pacote *Office* da *Microsoft* versão 2007.

Com objetivo de definir o número de entrevistas necessárias para que amostra das pacientes estudadas fosse representativa ao total da população analisada utilizou-se

cálculo amostral probabilístico para populações finitas por meio da Equação 1 e adotou-se o método de amostragem aleatória simples, assegurando igual probabilidade de escolha das pacientes.

Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado nível de confiança de 95%, erro amostral máximo de $\pm 3,6\%$ e variância máxima (25%) o que resultou no tamanho amostral de 415 pacientes a serem entrevistadas.

Equação1:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Onde:	Valor
Z = Nível de Confiança	95% (1,96)*
P = Quantidade de Acerto esperado (%)	50%
Q = Quantidade de Erro esperado (%)	50%
N = Total do Número de Gestantes internadas nas enfermarias de alto risco de fevereiro a abril de 2014.	940
E = Erro amostral máximo (%)	3,6%
Tamanho da amostra (n) =	415

*Valor tabelado

Como se trata de variáveis quantitativas utilizou-se a frequência simples, considerando um nível de significância de 0,05 (5%). O programa da Microsoft Excel versão 2010 foi utilizado na formação e formatação das tabelas.

Foram criadas 29 variáveis que caracterizam as gestantes de alto risco entrevistadas, sendo estas organizadas em onze tabelas. A tabela 01 que trata da identificação das gestantes de alto risco é composta das variáveis: faixa etária, cor da pele e situação conjugal. Com relação à faixa etária, o Ministério da Saúde informa que um dos fatores de risco para a gestação de alto risco é a idade menor de 15 anos e maior que 35 anos (MS, 2006).

A tabela 02 trata da distribuição sócio demográficas das pacientes e contém as seguintes variáveis: procedência, escolaridade, ocupação e renda familiar das gestantes. Com relação à procedência, a amostra foi dividida em duas categorias: região metropolitana (gestantes provenientes dos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba,

Benevides, Santa Isabel do Pará e Santa Bárbara do Pará) e zonal rural (gestantes provenientes de outros municípios).

A tabela 03 retrata a condição de habitação das pacientes, sendo caracterizada pelas variáveis: tipo de moradia, tipo de construção, tipo de água para consumo, energia elétrica, destino dos dejetos e destino do lixo. Com relação a variável: tipo de água para o consumo encontrou-se pacientes que consumiam água mineral (água adquirida comercialmente), água tratada (água que foi submetida a algum tipo de tratamento antes do consumo como: fervida ou adição de hipoclorito) e não tratada (correspondeu aquela água que não recebeu nenhum tratamento antes do consumo como: encanada, poço e igarapé).

A tabela 04 demonstra a assistência pré-natal das gestantes de alto risco, sendo dividida nas variáveis: idade gestacional do início do pré-natal (antes da 20ª semana de gestação, depois da 20ª semana de gestação e não possui registro). Com relação a idade gestacional do início do pré-natal, a classificação das pacientes foi feita de acordo com o MS (2006), que preconiza que o pré-natal deverá ser iniciado precocemente antes da 20 semanas de gestação, sendo esta informação colhida do cartão da gestante, dessa forma, as pacientes que não possuíam essa informação no cartão foram classificadas como “não possui registro”. A tabela 04 também demonstra a idade gestacional atual, realização de seis ou mais consultas do pré-natal e esquema vacinal (antitetânica). Os critérios para caracterização das gestantes foram baseados no Manual do MS (2006), que relata sobre a importância de realização de no mínimo seis consultas no pré-natal sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre.

Na tabela 05 e 06 constam as intercorrências obstétricas e clínicas, respectivamente, presentes nas gestantes de alto risco. A Tabela 07 retrata os hábitos das pacientes durante a gestação.

A tabela 08 mostra os antecedentes gestacionais das pacientes. A tabela 09 demonstra a caracterização das pacientes quanto ao número de gestações, paridade e abortamento.

A tabela 10 evidencia a distribuição dos aspectos relacionados à assistência prestada às gestantes na triagem obstétrica, sendo abordadas as variáveis: verificação da pressão arterial; realização de exame ginecológico e realização da ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF).

A tabela 11 apresenta a distribuição das pacientes que realizaram os exames de HIV e VDRL durante o pré-natal.

7. RESULTADOS

A faixa etária das pacientes incluídas no estudo variou de 13 a 44 anos, com 48,2% (200/415) delas tendo entre 21 a 30 anos (Tabela 01).

O fator de risco, idade, esteve presente em 15,42% (64/415) da amostra, com 20 (4,82%) pacientes com idades inferiores a 15 anos e 44 (10,6%) pacientes com mais de 35 anos (Tabela 01).

Ainda na Tabela 01 pode-se observar que 131 (31,9%) dessas mulheres eram adolescentes e 97 (23,4%) eram solteiras, configurando situação afetiva conflituosa, com impacto negativo na gravidez.

Tabela 01- Características demográficas das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Características demográficas	Frequência (N=415)	%
FAIXA ETÁRIA (anos)		
13 a 15	20	4,82
16 a 20	111	26,75
21 a 30	200*	48,19
31 a 34	40	9,64
35 a 44	44	10,6
COR DA PELE		
Amarela	1	0,24
Branca	75	18,07
Preta	89	21,45
Parda	250*	60,24
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteira	97	23,43
União estável	315*	75,85
Viúva	3	0,72

* $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

Na Tabela 02, observa-se que 228 (54,29%) das pacientes são provenientes da zona rural, 123 (29,64 %) possuem ensino fundamental incompleto, 73 (17,59%) têm renda própria e 173 (41,69%) possuem renda familiar de um salário mínimo.

Tabela 02- Distribuição sócio demográfica das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência (N=415)	%
PROCEDÊNCIA		
Zona Rural	228*	54,94
Região Metropolitana	187	45,06
ESCOLARIDADE		
Nunca estudou	4	0,96
Ensino fundamental incompleto	123	29,64
Ensino fundamental completo	18	4,34
Ensino médio incompleto	103	24,82
Ensino médio completo	144**	34,7
Ensino superior incompleto	15	3,61
Ensino superior completo	8	1,93
OCUPAÇÃO		
Dona de Casa	313**	75,42
Trabalha fora de casa	73	17,59
Estudante	29	6,99
RENDA FAMILIAR		
Menos de 01 salário mínimo	93	22,41
01 salário mínimo	173**	41,69
02 salários mínimos	98	23,61
03 salários mínimos	23	5,54
Acima de 03 salários mínimos	20	4,82
Não possui renda	8	1,93

* $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de aderência; $p = 0,0496$)

** $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

No que se refere às condições de habitação (Tabela 03) constatou-se que 82 (19,76%) pacientes não têm casa própria, 245 (59,04%) consomem água não tratada e 105 (25,3%) referiram que o destino dos dejetos ocorre em céu aberto.

Tabela 03- Condições de habitação das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
TIPO DE MORADIA		
Própria	333*	80,24
Alugada	72	17,35
Cedida	10	2,41
TIPO DE CONSTRUÇÃO		
Alvenaria	285*	68,68
Madeira	115	27,71
Mista	10	2,41
Pau- a- pique	5	1,2
ÁGUA DE CONSUMO		
Mineral	84	20,24
Tratada	86	20,72
Não tratada	245*	59,04
ENERGIA ELÉTRICA		
Possui Energia Elétrica	401*	96,63
Não Possui Energia Elétrica	14	3,37
DESTINO DOS DEJETOS		
Fossa Séptica	310*	74,7
Céu aberto	105	25,3
DESTINO DO LIXO		
Coletado	334*	80,49
Queimado	75	18,07
Enterrado	2	0,48
Céu aberto	4	0,96

* $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

Observa-se na tabela 04 que 44 (10,6%) iniciaram as consultas após a 20ª semana de gestação e 287 (69,2%) gestantes estavam com 27 ou mais semanas de gestação no momento da entrevista. O MS preconiza a realização de pelo menos 6 consultas durante a assistência pré-natal. Na amostra estudada, as gestantes se encontravam em diferentes

idades gestacionais, não podendo, portanto, ainda, contabilizar o número mínimo de consultas. Das 415 mulheres participantes do estudo, 138 (33,25%) realizaram 6 ou mais consultas. Destas, 98 realizaram mais de 6 consultas e 136 (32,77%) apresentavam o esquema vacinal incompleto; ressalte-se que 112 (27%) não haviam realizada a vacinação antitetânica.

Tabela 04- Caracterização da assistência pré-natal das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
IDADE GESTACIONAL DO INÍCIO DO PRÉ-NATAL		
Antes da 20s de gestação	257*	61,93
Após a 20s de gestação	44	10,6
Não possui registro	21	5,06
IDADE GESTACIONAL (IG) ATUAL		
1 a 13 semanas	45	10,84
14 a 26 semanas	66	15,90
27 ou mais semanas	287*	69,16
Não soube informar	17	4,10
REALIZAÇÃO DE 6 OU MAIS CONSULTAS (n=138)		
6	40	29,0
7-10	88	63,8
11-15	8	5,8
16-20	2	1,4
ESQUEMA VACINAL		
Completo	167*	40,24
Incompleto	136	32,77
Não realizou vacina	112	26,99

* $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

As principais intercorrências obstétricas relatadas foram ameaça de trabalho de parto prematuro 127 (30,6%), oligoidrânio 57 (13,73%) e hipertensão na gestação 38 (9,16%). (Tabela 05).

Tabela 05- Intercorrências obstétricas em pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
Ameaça de aborto	17	4,1
Ameaça de trabalho de parto prematuro	127*	30,6
Oligoidrâmnio	57	13,73
Polidrâmnio	23	5,54
Gemelar	17	4,1
Amniorrexe prematura	11	2,65
Placenta prévia	8	1,93
Rotura prematura de membrana	5	1,2
Hipertensão na gestação	38	9,16
Incompetência istmo cervical	3	0,72
Gravidez ectópica	11	2,65

* $p < 0,05$ (Teste G de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

As principais intercorrências clínicas apresentadas foram doenças infecciosas 150 (36,14%), sendo que, destas, 133 pacientes apresentaram infecção urinária, 83 (20,00%) alterações pressóricas, 26 (6,27%) alterações glicêmicas e 26 (6,27%) ginecopatias, sendo as principais, as miomatoses, malformação uterina e as vulvovaginites. Apenas 16 (3,86%) foram internadas para tratar anemia (Tabela 06).

Tabela 06- Intercorrências clínicas em pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
Ginecopatia	26	6,27
Endócrinopatia	3	0,72
Neuropatia	4	0,96
Pneumopatia	7	1,69
Nefropatia	25	6,02
Hepatopatia	6	1,45
Doenças infecciosas	150*	36,14
Doenças auto-imune	2	0,48
Doença sexualmente transmissível	11	2,65
Alterações glicêmicas	26	6,27
Alterações pressóricas	83	20,00
Anemia	16	3,86
Hiperêmese gravídica	5	1,2
Trombose	4	0,96

Púrpura trombocitopênica	2	0,48
--------------------------	---	------

* $p < 0,05$ (Teste G de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

Observa-se na Tabela 07 que o etilismo esteve presente em 4,82% (20/415) e o consumo de drogas ilícitas em 1,69% (7/415). Tabagismo ocorreu em 4,34% (18/415) das gestantes.

Tabela 07- Hábitos durante a gestação pelas pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
Não teve hábitos na gestação	385*	92,77
Etilismo	20	4,82
Tabagismo	18	4,34
Usuárias de drogas	7	1,69

* $p < 0,05$ (Teste G de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

A prematuridade esteve presente em 20,96% (87/415) das gestações anteriores, seguida pelas doenças infecciosas (10,12%) e hipertensão em gestações anteriores (5,78%). Houve um número expressivo de pacientes com história de natimortalidade (6,51%).

Tabela 08- Antecedentes gestacionais das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
Não teve problemas na gestação anterior	83	20
Doenças infecciosas	42	10,12
Prematuridade	87*	20,96
Hipertensão na gestação	24	5,78
Diabetes gestacional	1	0,24
Natimorto	27	6,51
Neomorto	11	2,65
Bebê macrossômico	7	3,26
Gemelar	4	0,96
Parto pós-termo	2	0,48
Gestação ectópica	6	1,45

* $p < 0,05$ (Teste G de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

A maioria das pacientes estudadas (40,24%) era primigesta; 77 (18,55%) relataram mais de três gestações; 140 (33,73%) eram nulíparas e 142 (34,22%) referiram abortamento.

Tabela 09- Caracterização das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA segundo a gestação, paridade e abortamento, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
Gestação		
Uma	167*	40,24
Duas	104	25,06
Três	67	16,15
Mais que Três	77	18,55
Paridade		
Nenhuma	140	33,73
Uma	141	33,98
Duas	69	16,63
Três	40	9,64
Mais que Três	25	6,02
Abortos		
Sim	142	34,22
Não	273*	65,78

* $p < 0,05$ (Teste G de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

Na maioria das gestantes (99,04%) foi verificada a pressão arterial durante o atendimento inicial, 36 (8,67%) não realizaram o exame ginecológico e 59 (14,22%) não realizaram a ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

Tabela 10- Assistência Inicial das pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
Pressão arterial		
Verificou a PA	411*	99,04
Não verificou a PA	4	0,96
Exame ginecológico		
Realizou exame ginecológico	379*	91,33

Não realizou exame ginecológico	36	8,67
Ausulta do BCF		
Realizou a auscultação do BCF	356*	85,78
Não realizou a auscultação do BCF	59	14,22

* $p < 0,05$ (Teste G de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

Um percentual expressivo de pacientes (20,48%) não realizou os testes de HIV e 131 pacientes (31,57%) não realizaram o exame de VDRL, tanto no pré-natal quanto na maternidade.

Tabela 11- Realização de Exames HIV e VDRL pelas pacientes de alto risco internadas na FSCMPA, fevereiro a abril de 2014.

Variáveis	Frequência	%
Teste de HIV		
Realizou teste de HIV	330*	79,52
Não realizou teste de HIV	85	20,48
Exame de VDRL		
Realizou o VDRL	284*	68,43
Não realizou o VDRL	131	31,57

* $p < 0,05$ (Teste G de aderência; $p < 0,0001$)

Fonte: Dados primários

8. DISCUSSÃO

Quase a metade das pacientes de alto risco em estudo tinham entre 21 a 30 anos (Tabela 01). Resultado semelhante foi observado em pesquisa sobre o perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da FSCMPA (MARREIRO et al., 2009), onde, 51% de 549 gestantes tinham entre 21 a 30. Segundo Cavalcante et al (1997), a faixa etária mais incidente é compatível com o menacme, fase de maior atividade reprodutiva da mulher.

Em um estudo caso-controle sobre fatores de risco para mortalidade materna, realizado em Recife, foi verificado que mulheres de 20 a 34 anos de idade predominaram entre os casos, o que seria esperado, considerando-se que nessa faixa

etária ocorre o maior número de gestações. Porém, o risco de morte eleva-se com a idade, acentuando-se bastante a partir dos 35 anos ou mais (LEITE et al., 2011). Outros estudos também evidenciam a maior idade como fator de risco para aumento na incidência de malformação fetal, sendo que até os 34 anos é de cerca de 0,75%; percentual este que aos 35 anos chega a 1,29%, aumentando progressivamente a cada ano de vida da mulher (MAGALHÕES; LEMOS; CAVALHEIRO, 1997).

Uma pesquisa realizada por Ramos e Cuman (2009) sobre fatores de risco para prematuridade constatou através da análise de 106 declarações de nascidos vivos prematuros que 54% da amostra era constituída de mulheres de 20 e 34 anos e 34% eram adolescentes, o que é semelhante ao encontrado neste estudo, onde 240 pacientes (57,83%) tinham entre 21 a 34 anos e 131 (31,57%) eram adolescentes (Tabela 01). O elevado percentual de adolescentes talvez possa ser justificado pela mudança de comportamento dos jovens em relação ao início precoce da atividade sexual que eleva a frequência de gestações na adolescência, acarretando repercussões clínicas, sociais e consequentemente aumento dos registros de gestação de alto risco (CAVALCANTE et al., 1997).

A gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais. Segundo a OMS (1998) as adolescentes têm uma probabilidade maior de evoluírem com anemia na gravidez, partos prematuros, bebês de baixo peso, por desenvolvimento fetal insuficiente e desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), podendo levar à morte materna, sendo o risco mais elevado nas gestantes menores de 20 anos. Entre as adolescentes de 10 a 14 anos, o risco de morte materna é cinco vezes maior, quando comparado com o das jovens de 15 a 19 anos (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD-OMS, 1998). As intercorrências relativas à gravidez na adolescência se potencializam quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas, bem como à fragilidade da estrutura familiar e dificuldade de acesso aos serviços assistenciais (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005). Considerando as características biológicas e sociais da adolescente ressalta-se a importância de uma assistência pré-natal especial e multiprofissional que envolva estratégias práticas de intervenção social e educativa para melhorar a qualidade de vida e minimizar os riscos gestacionais (MARREIRO et al., 2009).

Foi evidenciado na presente pesquisa, que 60,24% (250/415) das pacientes eram pardas (Tabela 01). De acordo com Ramos et al (2003), o risco de mortalidade materna é maior em mulheres negras e as que se encontram na terceira década de vida, sendo que a raça não - branca é um fator de risco para as síndromes hipertensivas gestacionais, que são as causas principais de morte materna no país (ASSIS, VIANA, RASSI, 2008).

Ainda na tabela 01, observa-se que 23,43% (97/415) das pacientes eram solteiras. A situação conjugal instável consiste em um fator de risco devido à instabilidade emocional ocasionada por gerar um filho com a ausência do parceiro. Resultado superior foi encontrado por Anjos et al (2014) que constataram que das 94 gestantes atendidas no Centro de Referência de Alto Risco em Santarém- Pará, 34% eram solteiras. Com relação ao estado civil, o fato da mulher ser solteira é um aspecto importante a ser considerado, pois além da desvantagem psicológica, a ausência do pai traz menor estabilidade econômica para a família, podendo se constituir em fator de risco para o baixo peso ao nascer (VICTORA; BARROS; VAUGHAN, 1989).

Estudo realizado em São Luís (MA) mostrou que a ausência do companheiro para a mulher foi um fator socioeconômico associado à inadequação da assistência pré-natal, sendo que as gestantes com parceiro obtiveram 83,7% de adequação ao pré-natal, e aquelas gestantes sem parceiro tiveram quase o dobro da proporção de pré-natal insuficiente (COIMBRA et al., 2003). Segundo Ferrari (2001) a experiência do parto parece ser mais sofrida para as mães solteiras do que para as casadas. Em sua pesquisa, os relatos das solteiras mostraram-se mais carregados de ansiedade, sofrimento, temores de morte e desamparo, quando comparados aos relatos das casadas. A presença do companheiro tem sido interpretada como a possibilidade de maior suporte emocional e apoio material no período da gravidez (MS, 2000).

Mais da metade das pacientes estudadas (54,29%) foram procedentes da zona rural (Tabela 02). Este achado pode denotar situações de vulnerabilidade relacionadas com dificuldade de acesso à assistência à saúde reprodutiva.

Duchiade et al (1989) apontam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência e as precárias condições socioeconômicas e culturais como fatores condicionantes e/ou determinantes para elevar o número da mortalidade materna e neonatal.

É preocupante observar que 29,64% (123/415) das gestantes não concluíram o ensino fundamental (Tabela 02). Resultado superior foi observado por Buzzo et al.

(2007) em estudo envolvendo 264 gestantes de alto risco, onde 34% relataram ensino fundamental incompleto.

Para Abrão, Barros e Marin (2002) menos que 5 anos de estudos é considerado um fator de risco para complicações gestacionais. Dessa forma, o aumento da instrução materna reduz significativamente as taxas de morbidade e mortalidade perinatal, por ser a instrução um indicador das condições socioeconômicas (AUMANN, BAIRD, 1995).

Ainda relacionado à escolaridade materna, Haider, Oliveira e Nascimento (2001), associaram o grau de instrução das mães com o número de consultas no pré-natal, ou seja, as mães com maior instrução tinham uma chance duas vezes maior de iniciarem o pré-natal mais precocemente e efetuarem mais de seis consultas. Dessa forma, a baixa escolaridade materna é um fator importante que poderá predispor o aparecimento de fatores de risco para a mãe e o recém-nascido.

Em um estudo sobre a adequação do processo da assistência pré-natal em Juiz de Fora (MG), foram analisados 370 cartões das gestantes e verificou-se que em comparação com as gestantes analfabetas (0,8%), as portadoras de escolaridade superior a oito anos apresentaram percentuais maiores tanto da procura pelo pré-natal no primeiro trimestre (33,0% vs. 0,0%), quanto da média de consultas (6,9 vs. 4,3) (COUTINHO et al., 2003). Logo, a menor escolaridade e condição de vida desfavorável podem dificultar o acesso à informação e aos cuidados de saúde necessários ao desenvolvimento de uma gravidez saudável, além de restringir o reconhecimento de direitos de cidadania (LEITE et al, 2011).

Renda própria foi relatada por 17,59% (73/415) das pacientes (Tabela 02). Achado superior foi evidenciado por Engelman (2009) que constatou que 40% (18/45) das gestantes de alto risco estudadas tinham renda própria. Domingues et al (2012) também relataram dados superiores aos observados neste estudo, demonstrando que das 2.353 gestantes estudadas, 34,8% possuíam trabalho remunerado. O baixo percentual de mulheres com renda própria observado no presente estudo, é preocupante na medida em que é sabido que a pobreza aumenta o risco gestacional.

A ocupação da mulher, levando em consideração o esforço físico, a carga horária, a rotatividade de horário, estresse, e somando-se o trabalho de casa, pode representar um fator de risco para problemas gestacionais (FUSTIONI, SCHIRMER E SUMITA, 2002). Logo, a ocupação exercida pela gestante, deve ser do conhecimento do

profissional que a assiste para que se possa orientá-la sobre os cuidados a serem tomados durante o período de gravidez (XIMENES et al., 2007).

A maioria das pacientes pesquisadas (41,69%) referiu renda familiar de um salário mínimo (Tabela02). Percentagem de 11,1% (24/216) foi constatado por Ximenes et al (2007) em gestantes assistidas pela Estratégia de Saúde da Família dos municípios pertencentes à Microrregião de Saúde de Aracajú.

Segundo Gonçalves, Cesar e Mendoza (2009) renda mais elevada favorece o acesso a cuidados à saúde ginecológica e reprodutiva, incluindo início precoce e realização oportuna de exames no pré-natal, repercutindo na qualidade da assistência à gestante.

A pesquisa demonstrou que 17,35% (72/415) das pacientes não tinham casa própria, onerando ainda mais o orçamento familiar, 59,04% consumiam água não tratada, 25,3% relataram que o destino dos dejetos era a céu aberto. Engelmann (2009) encontrou resultados superiores, ou seja, 44,4% (20/45) das gestantes estudadas não possuíam casa própria. A ausência de casa própria revela maiores gastos com moradia, diminuindo consideravelmente a renda empregada para a subsistência.

Com relação a caracterização da assistência pré-natal observou-se que 10,6% (44/415) das pacientes iniciaram o pré-natal após a 20ª semana de gestação (Tabela 04). Um estudo realizado por Carvalho e Araújo (2007) sobre a adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco na cidade de Recife evidenciou que 35% (214/ 612) das gestantes começaram o pré-natal após o início do quarto mês, ou seja, após a 20ª semana de gestação, evidenciando resultado superior ao encontrado neste estudo.

A maior procura pelos cuidados pré-natais no segundo trimestre pode está ligado ao baixo nível de sensibilização e conscientização das gestantes acerca da relevância do seu início precoce. A identificação precoce das gestantes na comunidade, tendo o início do acompanhamento pré-natal ainda no 1º trimestre da gravidez, é condição primordial para uma assistência pré-natal efetiva (BRASIL, 2000).

O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos direcionados adversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, tais como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV (DOMINGUES et al., 2012).

Relacionado ao número de consultas é importante destacar que a amostra foi constituída por mulheres em diferentes idades gestacionais, o que impossibilitou definir o percentual de mulheres que completaram o número mínimo de consultas pré-natal proposto pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Assim, observou-se que 33,25% (138/415) das gestantes que realizaram seis consultas ou mais, 98 (71%) contabilizaram mais de 6 consultas, chegando uma paciente a totalizar 20 consultas; é possível que o risco gestacional justificasse esse número de consultas (Tabela 04). Na pesquisa realizada por Chrestani et al (2008) observou-se um aumento no número de consultas pré-natais entre os anos de 2002 e 2005, sendo que a proporção de mulheres que realizaram seis ou mais consultas aumentou de 42% para 52%. O estudo que propôs estabelecer a relação das políticas de saúde com os indicadores de mortalidade materna e neonatal revelou que o percentual das gestantes que conseguem realizar sete ou mais consultas de pré-natal passou de cerca de 30% em 1996, para aproximadamente 50%, em 2005 (SANTOS NETO et al.,2008). Bittermann e Pivatto (2010) observaram que somente 9,4% (42/445) das gestantes realizaram um mínimo de 6 consultas e 30,6% (136/445) realizaram 7 ou mais. A realização de seis consultas durante o pré-natal seria o mínimo necessário para garantir, não somente o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestação e a detecção de fatores de risco e agravos que podem surgir, mas, também, são de igual importância para promover o estabelecimento do vínculo com as gestantes e sua família, no sentido de prepará-las da melhor maneira possível para o parto e puerpério (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Esquema vacinal incompleto foi relatado por 32,77% (136/415) das pacientes e 27% (112/415) não receberam nenhuma dose da vacina antitetânica, contabilizando 59,97% de falha na profilaxia do tétano neonatal (Tabela 04). Resultado duas vezes maior foi encontrado por Coutinho et al (2003) onde, de um total de 370 gestantes 57,6% não realizaram a vacinação antitetânica.

A baixa cobertura vacinal pode ser causada por motivos pessoais, familiares ou culturais; situação socioeconômica desfavorável dificultando o acesso ao serviço de saúde; fatores institucionais, como alta rotatividade dos profissionais de saúde, inadequação das consultas de pré-natal por insuficiência de profissionais e/ou infraestrutura e recursos de materiais, hábitos de trabalho desleixados, erros e omissões nos relatórios (PEIXOTO et al., 2011).

Segundo o Programa Nacional de Imunização é necessária uma imunização de 100% das mulheres em idade gestacional para que a erradicação do tétano neonatal seja uma realidade (Brasil, 2003).

Segundo Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), apesar de a vacinação antitetânica estar disponível em, praticamente, todos os serviços de saúde no Brasil, ainda existem mulheres que não recebem nenhuma dose de vacina e há também um número importante de gestantes que também não são corretamente imunizadas.

A ameaça de parto prematuro (30,6%) foi a intercorrência obstétrica mais frequente (Tabela 05). Resultado semelhante foi encontrado por Santos, Campos e Duarte (2014) em uma maternidade no município de Maceió na qual foi constatado que 31,4% (98/312) das gestantes de alto risco apresentaram o trabalho de parto prematuro como a principal intercorrência obstétrica.

A hipertensão na gestação foi observada em 9,16 % (38/415) da amostra (Tabela 05), sendo que dentro dessa amostra observou-se gestantes com pré-eclâmpsia/eclâmpsia e DHEG. Resultado semelhante foi evidenciado por Sampaio (2005) em sua amostra de 1321 gestantes onde constatou que dentre as 22% que apresentaram algum tipo de complicação, a mais frequente foi a pré-eclâmpsia com 5%.

Marreiros et al (2009) identificam a DHEG como a segunda intercorrência obstétrica mais frequente em seu estudo regional com 9,1% (50/549) dos casos, o que vem a ser mais que o dobro observado neste estudo.

As intercorrências clínicas mais frequentes foram as doenças infecciosas representando 36,14% (150/415) da amostra, sendo que, a infecção urinária esteve presente em 32% (133/415) dos casos (Tabela 06). Santos, Campos e Duarte (2004) também constataram número expressivo de doenças infecciosas em 17,3% (n= 54) das gestantes de alto risco em Maceió, assim como Marreiro et al (2009) que evidenciaram 11,1% (61/549) das gestantes com doenças infecciosas no ambulatório de alto risco da FSCMPA no período de janeiro a junho de 2007.

É interessante observar que o percentual de ameaça de trabalho de parto prematuro (30,6%) observado no presente estudo (Tabela 05) foi semelhante ao observado nos casos de infecção urinária (32%), como constatado em outros estudos (BRASIL, 2006). Segundo Cunha e Duarte (1998), a erradicação da bacteriúria reduz significativamente a porcentagem de parto prematuro.

As alterações pressóricas foram detectadas em 83 (20%) pacientes (Tabela 06). Anjos et al (2014) obtiveram o dobro desse resultado (40,5%) em estudo envolvendo 94 gestantes no município de Santarém. Segundo Montenegro e Rezende Filho (2008), aproximadamente 30% das alterações pressóricas na gravidez são decorrentes da hipertensão crônica. Os mesmo autores relatam que a hipertensão crônica na gravidez eleva os riscos de pré-eclâmpsia e de descolamento prematuro da placenta.

Alterações glicêmicas foram observadas em 6,27% dos casos (Tabela 06). Estudo realizado em Curitiba com 445 mulheres internadas em maternidade de alto risco evidenciou uma frequência duas vezes maior (16,4%) de mulheres com diabetes mellitus gestacional (BITTERMAN; PIVATTO, 2010).

Ginecopia foi referida por 26 (6,27%) pacientes estudadas (Tabela 06). Engelmann (2009) encontrou resultado semelhante em estudo com pacientes atendidas no Centro de Atendimento à Mulher (CAM) em Dourados/MS, no qual foi observado que 8,6% das 45 gestantes apresentaram ginecopia. Marreiro et al (2009) evidenciaram um percentual maior (18,6%) em gestantes atendidas no ambulatório de alto risco da FSCMPA.

Anemia esteve presente em somente 3,86% (16/415) das pacientes estudadas (Tabela 06); esse resultado poderia ser justificado pelo fato da anemia ser tratada, na maioria das vezes, ambulatorialmente. Resultado diferente foi encontrado por Marreiro et al., (2009) que constataram que a anemia representou a intercorrência clínica mais frequente, com 244 (44,4%) achados em gestantes de alto risco atendidas no ambulatório da FSCMPA. Esse agravamento, apesar de frequente em gestantes, pode ser tratado ambulatorialmente; quando não revertida poderá implicar em internação.

Para Santos e Cerqueira (2008), a anemia na gravidez destaca-se, não só pela frequência com que se manifesta, mas também pelos efeitos maléficos resultantes da baixa concentração de hemoglobina no sangue, sendo prejudicial tanto para a gestante quanto para o conceito, destacando-se o baixo peso e a prematuridade. Segundo Cavalcante et al (1997), no Brasil, a nutrição se baseia em alta ingestão de carboidratos e pobre ingestão de ferro e proteínas, tendo como repercussão, maior incidência de obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes e anemia, aumentando assim, os riscos gestacionais.

Com relação aos hábitos durante a gestação observou-se que 20 (4,82%) pacientes relataram etilismo, 4,34% informaram tabagismo e 1,69% fizeram uso de drogas ilícitas

durante a gestação (Tabela 07). Algumas pacientes informaram mais de um hábito durante a gestação. Resultados diferentes foram encontrados por Engelman (2009) que constatou o uso maior do cigarro (8,9%) entre as gestantes atendidas no Centro de Atendimento a Mulheres em Dourados/MG. Resultados superiores aos encontrados neste estudo foram evidenciado por KASSADA et al (2013) em estudo realizado com gestantes no município de Maringá- Paraná, onde 18,28% (72/394) relataram uso de drogas de abuso durante a gestação, sendo a mais utilizada o cigarro, seguido do álcool. Bitterman e Pivatto (2010) evidenciaram o número expressivo de gestantes que relataram hábito de fumar 76 (17,1%) em comparação com as que não fumavam 317 (71,2%). Os resultados obtidos neste estudo são inferiores aos achados encontrados na literatura. É possível que a maioria da população em estudo tenha sido orientada quanto aos malefícios ocasionados pelo uso de drogas lícitas e ilícita durante a gestação.

As gestantes que fazem uso de drogas de abuso no período gestacional são classificadas de alto risco em razão não somente do uso dessas substâncias durante o período de desenvolvimento do feto, mas também da condição de risco social e emocional dessas mulheres (KASSADA et al., 2013). O hábito de fumar durante a gestação ocasiona baixo peso ao nascer e a restrição do crescimento intrauterino; podem levar ao maior risco de prematuridade e morte perinatal (PARADA; POSSATO; TONETE, 2007). Aumann e Baird (1995) informam que os bebês nascidos de mulheres que ingerem regularmente álcool, além de correrem o risco de ter a síndrome alcoólica fetal, podem ainda sofrer retardo mental e deficiências desenvolvimentais.

O consumo de drogas por gestantes representa um grave problema social e de saúde pública. As gestantes com dependência química tem menor adesão à assistência pré-natal e apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e fetais (KASSADA et al., 2013). Logo, as gestantes usuárias de drogas devem ser conduzidas como gestantes de alto risco em razão não somente do uso da droga durante o período de desenvolvimento do feto, mas também da condição de risco social e emocional dessas mulheres.

A prematuridade ocorreu em 20,96% (87/415) da amostra (tabela 08). Resultado semelhante foi encontrado por Marreiro et al (2009) no ambulatório de alto risco da FSCMPA que evidenciou 24,7% (99/549) das gestantes atendidas com história de prematuridade nas gestações anteriores.

Segundo Azevedo et al (2002), a prematuridade entre gestantes em idade avançada pode estar associada a fatores relacionados a intercorrências clínicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia e infecção urinária ou intercorrência obstétrica como a ruptura prematura de membranas e placenta prévia. Além disso, a prematuridade está associada a 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil (VICTORIA, 2001 APUD SILVEIRA et al., 2008). Isso confere à prematuridade um importante papel nos óbitos infantis e, portanto, torna-se importante estabelecer o controle e manejo adequado para a redução desta mortalidade.

As pacientes que relataram hipertensão na gestação anterior somaram 5,78% (24/415) (Tabela 08). Resultado diferente foi encontrado por Xavier et al (2012) em estudo sobre o risco reprodutivo e sua associação com situações de vulnerabilidade em saúde, no qual, das 3440 gestantes, 1,7% (59) apresentaram antecedentes gestacionais de DHEG/pré-eclâmpsia. Segundo Assis, Viana e Rassi (2008), antecedente pessoal ou familiar de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica é um fator de risco para a ocorrência da DHEG.

Rivero (2002) identificou em seu estudo que mais da metade das pacientes tiveram pré-eclâmpsia, e justificou tal achado pelo controle pré-natal inadequado ou até mesmo ausente. No entanto, acredita-se que o controle pré-natal não diminui a ocorrência dos transtornos hipertensivos na gravidez, mas reduz a ocorrência das complicações decorrentes deste evento (MARREIRO et al., 2009).

As pacientes que relataram antecedentes de natimortalidade foram 6,51% (27/415) (Tabela 08). Resultado superior foi relatado por Marreiro et al, (2009) que evidenciaram 10,5% das gestantes relatando antecedentes de natimortalidade. Relacionado a incidência de natimorto, uma pesquisa que propôs estudar os fatores de risco para natimortalidade evidenciou maior risco de ocorrência de natimortos entre as mulheres cujo pré-natal foi considerado inadequado (VARDANEGA et al., 2002). Engelmann (2009) observou que 20% (9/45) das gestantes relataram antecedentes de natimortalidade. Segundo Rouquayrol et al (1996), a ausência de acompanhamento médico pré-natal ou o número insuficiente de consultas está fortemente associado à ocorrência de morte fetal.

Com relação ao número de gestações a maioria das mulheres, 40,24% (167/415) eram primigesta. Marreiro et al (2009) observaram percentual menor, 27% (148/549) de

primigestas em gestantes de alto risco atendidas no ambulatório de alto risco da FSCMPA.

Relacionado à paridade, 33,73% (140/415) das mulheres estudadas eram nulíparas (Tabela 09). Marreiro et al (2009) constataram em seu estudo que a maioria das gestantes de alto risco, 39,7% (218/549) eram nulíparas. Espada (1981) também observou a predominância da nuliparidade em 35% de uma amostra de 400 gestantes com o diagnóstico de alto risco em sua pesquisa. Os achados relacionados à paridade podem estar relacionados à maior divulgação e acesso aos métodos anticoncepcionais que afetam diretamente na diminuição do número de gestações e paridade (CAVALCANTE et al., 1997).

Antecedente de abortamento foi constado em 34,22% (142/415) (Tabela 9). Menor percentagem foi observada no estudo de Engelmann (2009), que evidenciou 1,19% (5/420) das gestantes com história de abortamento em gestação anterior. Marreiro et al (2009), identificaram 22,8% de abortamentos em uma amostra de 549 gestantes. Segundo Watanabe et al (2000), o antecedente de abortamento é fator de risco para a repetição deste evento em gestações futuras já que 40,9% das mulheres com ameaça de aborto apresentam positividade para tal antecedente.

Na Tabela 10 observa-se que em 99,04% (411/415) das pacientes foi verificada a pressão arterial e 8,67% (36/415) não realizaram o exame ginecológico durante a assistência inicial. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo sobre equidade na assistência à gestante realizado no município de Rio Grande do Sul, com 2.557 puérperas onde se constatou que foi aferida a pressão arterial em 98% da amostra (GONÇALVES; CESAR; SASSI, 2009). Chrestani et al (2009) constataram um decréscimo na realização do exame ginecológico, sendo evidenciado que 41,4% das gestantes realizaram este exame em 2002 e 30,8% realizaram em 2005. A não realização do exame ginecológico pode estar relacionada ao tipo de intercorrência obstétrica apresentada pela gestante, como ameaça de abortamento. Além disso, durante a assistência à gestante, o exame ginecológico, muitas vezes é substituído pela ultrassonografia transvaginal.

Os batimentos cardíacos fetais (BCF) não foram aferidos em 14,22% (59/415) das pacientes estudadas (Tabela 10). Resultados inferiores foram encontrado por Coutinho et al (2003) que constataram que durante a auditoria de 370 cartões de gestantes

atendidas pelo SUS em Juiz de Fora apenas 2 (0,5%) gestantes realizaram a verificação do BCF.

Das 415 mulheres estudadas, 85 (20,48%) não realizaram o teste de HIV e 131 (31,57%) não realizaram o exame de VDRL (Tabela 11). Estudo realizado em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Juiz de Fora (MG) identificou percentual superior, 34,1% (126/ 370) em relação à realização do teste para pesquisa do HIV, mas percentual inferior, 23% (86/370) para o exame VDRL (COUTINHO et al 2003).

8. CONCLUSÕES

A faixa etária mais prevalente foi de 21 a 30 anos (48,19%); 60,24% das pacientes eram pardas, 64% tinham o ensino fundamental incompleto e somente 17,59% possuíam renda própria.

Mais da metade (54,94%) eram procedentes da zona rural, 17,35% não tinham casa própria e 59,04% consumiam água não tratada. Os dejetos eram a céu aberto em 25,3% dos casos.

O lixo era coletado em 80,49% dos casos e 96,63% das residências possuíam energia elétrica.

A maioria das mulheres (69,16%) encontrava-se no 3º trimestre de gestação; 40,24% eram primigestas e 65,78% tinham história de abortamento.

A ameaça de trabalho de parto prematuro ocorreu em 30,6% da amostra: oligoidrâmnio em 13,73%, pré-eclâmpsia/eclâmpsia em 4,34% e DHEG em 4,34%.

A principal intercorrência clínica encontrada foram as doenças infecciosas com 36,14%, sendo a infecção urinária a mais frequente.

Faixa etária de risco foi observada em 15,42% (13 a 15 anos) e em 10,6% (35 a 44) das pacientes; 23,43% eram solteiras; 41,69% relataram renda mensal de um salário mínimo e 20,96% relataram antecedentes de prematuridade.

Consumo de álcool foi relatado por 4,82% das pacientes; consumo de drogas ilícitas por 1,69% e tabagismo por 4,34% das gestantes.

Das pacientes estudadas, 10,6% iniciaram o pré-natal após a 20ª semana de gestação; apenas 138 estavam no final da gravidez e realizaram seis ou mais consultas, sendo que 63,8% delas realizou de sete a dez consultas.

Esquema vacinal incompleto foi relatado por 32,77% pacientes e 26,99% não realizaram a vacinação.

Verificação da pressão arterial foi relatada por 99,04% das pacientes; em 8,67% não foi realizado o exame ginecológico e em 14,22% não foi feita a ausculta dos batimentos cardíacos do feto.

O teste para HIV não foi realizado em 20,48% da amostra e o exame de VDRL em 31,57%.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, A. C. F.V; BARROS, S. M. de; MARIN, H. de F. M. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002. 488p.
- AERTS, D. R. G. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 6, p. 364-366, 1997.
- ALMEIDA, P. A. M; JUNIOR, C. C; SIQUEIRA, A. A. F; SCHOR, N; GIRON, S. G; TANAKA, A. C. A. Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 417-25, 1975.
- AMARAL, E. M; SOUSA, F. L. P; CECATTI, J. G. Atenção à gestante e à puérpera no SUS - SP: Manual técnico do pré-natal e puerpério. CALIFE, K.; LAGO, T.;LAVRAS, C. (Org). São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.
- AMORIM, M. M. R; KATZ, L.; SOUZA, A. S. R. Hipertensão na Gravidez. In: SANTOS, L. C; MENDONÇA, V. G. *Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências*. Rio de Janeiro: MedBook, 2011. p. 215-250.
- AMORIM, M. M. R; KATZ, L; ÁVILA, M. B; ARAÚJO, D. E; VALENÇA, M; ALBUQUERQUE, C. J. M; CARBALHO, A. R. M. R; SOUZA, A. S. R. Perfil das admissões de uma maternidade brasileira. *Rev. Bra. Saúde Matern. Infant*. Recife, v. 6, p. 555-562, 2006.
- ANDRADE, J; LOPES, C. M. C; MALDONADO, M. A. Cardiopatia e gravidez, In: PORTO, S. C. *Doenças do coração: prevenção e tratamento*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 1042-1045.
- ANDREUCCI, C. B; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p.1053-1064, 2011.
- ANDREUCCI, C. B; CECATTI, J. G; MACCHETTI, C. E; SOUSA, M. H. Sis prenatal as a tool for evaluating quality of prenatal care. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 854-63, 2011.
- ANJOS, J. C. S; PEREIRA, R. R; FERREIRA, P. R. C; MESQUITA, T. B. P; PICANÇO JÚNIOR, O. M. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto-risco. *Rev. Paraense de Medicina*, v. 28, n. 2, p. 23-34, 2014.
- ASSIS, T. R.; VIANA, F.P, RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, vol.91, n.1, Julho 2008. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: Nov 2008.
- AUMANN, G. M. E; BAIRD, M. M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 25-32.

AZEVEDO, G. D; FREITAS JÚNIOR, R. A. O; FREITAS, A. K. M. S. O; ARAÚJO, A. C. P. F; SOARES, E. M. M; MARANHÃO, T. M. O. Efeitos da idade materna sobre os resultados perinatais. RBGO, v. 24, n. 3, p. 181 – 185, 2002.

BARRETO, S. E. A. Trombose mata mais que acidente de trânsito. Rev. Nursing, v. 55, p. 5- 6, 2002.

BARROS, S. M. O; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. 488p.

BELTRÃO, C. A. L; SOUSA, E. S; AZEVEDO, M. C. M. D. D; MENEZES, M. L. B. HIV e Gestação. In: SANTOS, L. C; MENDONÇA, V. G. Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p. 53- 62.

BOTELHO, N. M; SILVA, I. F. M. M; TAVARES, J. R; LIMA, L. O. Morte materna no estado do Pará: aspectos epidemiológicos. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n1/a3503.pdf>. Acesso em 04/11/2013.

BITTERMAN, R. B; PIVATTO, L. F. Perfil das mulheres de uma maternidade pública de alto risco do município de Curitiba – PR. Boletim de Enfermagem, v. 1, p. 53 – 69, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico: Gestação de alto risco. 4. ed. Brasília, 2000.

_____. Gestação de Alto Risco. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, 2000a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília, 2002a. 75p.

_____. Organização Pan. Americana da Saúde. Série técnica do Projeto de Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde/ Organização Pan Americana de Saúde. Brasília, 2002.

_____. Guia para Controle da Hanseníase. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de Imunização 30 anos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Implicações éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV. Programa Nacional DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Manual técnico: Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Série A. Brasília. Departamento de ações programáticas estratégicas, 2005.

_____. Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2007. 126p.

_____. Manual técnico: Gestação de Alto risco. 5 ed. Brasília, 2010.

_____. Norma técnica: Atenção humanizada ao abortamento. 2. ed. Brasília, 2011.

_____. Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5 ed. Brasília, 2012. 302p.

_____. DATASUS. Painel de monitoramento da mortalidade materna. Mortalidade de _____ 2012. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Acesso em: 07/09/2013.

BRIETZKE, E; MARTINS-COSTA, S; RAMOS, J. G. L; VETTORAZZI-STUCZYNSKI, J. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v.25, n.6, jul. 2003.

BUZZO, M. C; GRACATO, T. M. R; CAVAGLIERI, A. G; LEITE, M. S. P. Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um Hospital Geral na cidade de Taubaté- SP. Janus, Lorena, v. 4, n.6, p. 87- 102, 2007.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. Intervenções maternas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006.

CAMPOS, A. L. A; ARAÚJO, M. A. L; MELO, S. P; GONÇALVES, M. L. C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1741- 1755, 2010.

CARVALHO, V. C. P; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.

CAVALCANTE, J.C.M et al. Gravidez de alto risco: análise estatística das patologias mais incidentes no ambulatório de tocoginecologia da UFPA. Revista de Medicina. 1997; 11 (2): 32-40.

CESAR, C. L. G. O “enforque de risco” em saúde pública. In: BARRETO, M. L, ALMEIDA FILHO, N; VERAS, R. P; BARATA, R. B. Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO. 1998. p. 79-92.

CHRESTANI, M. A; SANTOS, I. S; CESAR, J. A; WINCKLER, L.S; GONÇALVES, T. S; NEUMAN, N. A. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1609 – 1618, 2008.

CIARI JÚNIOR, C; ALMEIDA, P. A. M. Elementos de avaliação do “risco gravídico”. Revista de Saúde Pública. v. 6, n. 1, p. 57-58, 1972.

CLOWSE, M. E. B; JAMISON, M; MYERS, E; JAMES, A. H. A national study of the complications of lupus in pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology. v. 199, n. 2, p. 1-127, 2008.

COIMBRA, L. C; SILVA, A. A. M; MOCHEL, E. G; ALVES, M. T. S. S. B; RIBEIRO, V. S; ARAGÃO, V. M. F; et al. Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública, v. 37, n. 4, p. 456-62, 2003.

CORRÊA, T. P. Causas de Morte Materna na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2008. 2009. 73f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Pará, Belém. 2009.

COSTA, A. A. R; RIBAS, M. S. S. S; AMORIM, M. M. R; SANTOS, L. C. Mortalidade materna na cidade do Recife. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 455-462, 2002.

COSTA, M. C; FILHO, J. G. B; BEZERRA, M. G. A; OLIVEIRA, M. I.V; OLIVEIRA, R. M. C; SILVA, A. R. V. Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. Revista Electrónica de Enfermeria Global. 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica5.pdf. Acesso em: 19/09/2013.

COSTA, A. P. O hospital e sua evolução histórica. Belém: FSCMP, 2011. 263p.

COUTINHO, T; TEIXEIRA, M. T. B; DAIN, S; SAYD, J. D; COUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-24, 2003.

CUNHA, S. P.; DUARTE, G. **Gestação de alto risco**. São Paulo: MEDSI, 1998.

CUNNINGHAM, F. G; MACDONALD; P. C, GANT; N. F; LEVENO, K. J; GILTRASP III, L. C; HANKINS, G. D. V. Obstetrícia de Williams. 23 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 1404p.

DOMINGUES, R. M. S. M; HARTZ; Z. M. A; DIAS, M. A. B; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

DUARTE, S. J. H; MAMEDE, M. V. Estudo das Competências essenciais na atenção pré-natal: a es da equipe de enfermagem em Cuiabá, MT. Revista enfermagem em foco. Brasília, v. 3, n. 2, p. 75-80, 2012.

DUCHIADE, M. P; CARVALHO, M. L; LEAL, M. C. As mortes em domicílio de menores de 1 ano na região metropolitana de Rio de Janeiro em 1986: um 'evento sentinela' na avaliação dos serviç os de saúde. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, p. 251- 63, 1989.

ENGELMANN, C. R. Gestação de alto risco: fatores de risco predominantes em mulheres atendidas no centro de atendimento   mulher.2009. em Dourados/MS. 2009. 75f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, 2009.

ESPADA, A. M. Diagnóstico etiológico de 400 casos de embarazo de riesgo. Acta. M dCostarric, v. 24, n. 2, p. 87 – 92, 1981.

FERRARI, H. A ausência paterna e suas implicações na qualidade da interação mãe – bebê. Dissertação de mestrado do Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

FREITAS, F; MAGALHÃES, J. A.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L. Rotinas em obstetrícia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FUSTINONI, S. M.; SCHIRMER, J; SUMITA, S. L. N. Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto risco. In: BARROS, S. M. O; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002. 488p.

GOLDENBERG, P; FIGUEIREDO, M. C. T; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, 2005.

GONÇALVES, C. V; CESAR, J. A; MENDONZA- SASSI, R. Qualidade e equidade da assistência à gestante: um estudo de base populacional no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507- 2516, 2009.

GOLDENBERG , R. L; CULHANE, J. F; IAMS, J. D; ROMERO, R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. United King dom, v. 371, p. 75-84, 2008.

GOMES, R; CAVALCANTI, L. F; MARINHO, A. S. N; SILVA L. G. P. Os Sentidos do Risco na Gravidez Segundo a Obstetrícia: um estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 62-67, 2001.

GRANGEIRO, G.R.; DIOGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev. Esc Enferm USP, v.42, n.1, p. 105-11, 2008.

GRAVES, C. R. Antepartum fetal surveillance and timing of delivery in the pregnancy complicated by diabetes mellitus. Clinical Obstetrics and Gynecology. Philadelphia, v. 50, n. 4, p. 1007-1013, 2007.

Haidar, F. H; OLIVEIRA, U. F; NASCIMENTO, L. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-29, jul./ago. 2001.

JOHNSON, J. Y. Enfermagem materna e do recém-nascido desmistificada: um guia de aprendizado. 1 ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. p. 37-38.

LEITE, R. M. B; ARAÚJO, T. V. B; ALBUQUERQUE, R. M; ANDRADE, A. R. S; DUARTE NETO, P. J. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, 2011.

LAURENTI, R; JORGE, M. H. P. M; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 7, n.4, p. 449-460, 2004.

KALIL, J. A; JOVINO, M. A. C; LIMA, M. A; KALIL, R; MAGLIARI, M. E. R; SANTO, M. K. D. Investigação de trombose venosa na gravidez. *Jornal Vascular Brasileiro*. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 28-37, 2008.

KASSADA, D. S; MARCON, S. S; PAGLIARINI, M. A; ROSSI, R. M. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta Paul Enferm.*, v. 26, n. 5, p. 467-71, 2013.

KATZ, L; AMORIM, M. M. R; SANTOS, L. C. Diabetes e Gestação. In: SANTOS, L. C; MENDONÇA, V. G. Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2011. p. 251-284.

KOFFMAN, M. D; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da Cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Materno Infantil*, v. 5, supl.1, p. 23-32, 2005.

MAGALH ES, J. A; LEMOS, N. A; CAVALHEIRO, J. Retardo do Crescimento intra-uterino. In: FREITAS, F; MARTINS-COSTA, S. H; RAMOS, J. G. L; MAGALH ES, A. Rotinas em Obstetrícia. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.74-83.

MAGALH ES, D. R. B. et al. Assistências pré-concepcional e pré-natal. In: ALVES FILHO, N.; CORREA, M. D.; ALVES JR, J. M. S.; CORREA JR, M. Perinatologia básica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 37-51.

MAGALH ES M. C. Gestação na adolescência precoce e tardia- há diferenç as nos riscos obstétricos? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 28, n. 8, p. 446, 2006.

MARREIRO, C. M; PAIXÃO, N. C. F; BRITO, N. M. B; CAVALCANTE, J. C. W. Perfil clínico- epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto-risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. *Revista Paraense de Medicina*, v. 23, n. 3, p. 37 – 42, 2009.

MELO, B. C. Infecção do Trato Urinário na gestação. In: SANTOS, L. C; MENDONÇA, V. G. Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.p. 19-24.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de morte materna. Brasília, DF, 2007, 104 p.

Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral   saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério as Saúde; 2004.

Ministério da Saúde.  rea Técnica de Saúde da Mulher, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. 4a Ed. Brasília, DF, 2000, 164p.

MOURA, E. R. F, SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.

NOMURA, R. M. Y; IGAI, A. M. K. Anemias. In: ZUGAIB, M.; BITTAR, R. E. Protocolos Assistenciais: clínica Obstétrica. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 175-189.

OLIVEIRA, A. T. Hepatites. In: SANTOS, L. C; MENDONÇA, V. G. *Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências*. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p. 47-51.

OLIVEIRA, F. A. M. Perfil Epidemiológico do óbito fetal na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2009. 2010. 76f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Pará. Belém. 2009..

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Reunião Mista ADI/OIEA/OMS sobre Luta contra a anemia nutricional, especialmente contra a carência de ferro. Genebra, 1974. Informe. Genebra, 1975.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996. 53p.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. Higiene de la producción en la adolescencia: estrategia de acción. Genebra: OMS/ FNUAP/ UNICEF, 1998.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PARADA, C. M. G. de L.; POSSATO, M.; TONETE, V. L. P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 434-440, set. 2007.

PEIXOTO, C. R; FREITAS, L. V; TELES, L. M. R; CAMPOS, F. C; PAULA, P. F. de; DAMASCENO, A. K. C. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. de Enfermagem da UERJ*, 2011; 19 (2): 286- 291.

PÔRTO, A. M. F; GUERRA, G. L. Gemelaridade. In: SANTOS, L. C; MENDONÇA, V. G. *Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências*. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2011, p.195-205.

RAMOS, H. A. C; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RAMOS, J. G. L; MARTINS, S. H. C; VALÉRIO, E. G; MULLER, A. L. L. Nascimento pré-termo. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. *Rotinas em obstetrícia*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 110-122.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia Fundamental*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008. 607p.

RICCI, S. S. *Enfermagem materna-neonatal*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008. 736p.

RIVERO, S. B. Preclampsia severa, eclampsia y síndrome hellp: característica materna y resultado neonatal. *Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramón Sardá.*, v. 21, n. 1, p. 18 -21, 2002.

ROCHA, C. C. S. Análise da atenção pré-natal no município de Conselheiro Lafaiete/MG. 52p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

ROUQUAYROL, M.Z; CORREIA, L. L; BARBOSA, L. M. M; XAVIER, L. G. M; OLIVEIRA, J. W; FONSECA, W. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. *J Pediatr.* 1996, v. 72, p. 374-8.

SÁ, R. A. M; SILVA, N. R; REZENDE, K. R. F. Gestação gemelar: problemas em dobro? *Feminina-UFRJ.* Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 749-755, 2008.

SANTOS, D. T. A; CAMPOS, C. S. M; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev. Bras. MedFam Comunidade.* Rio de Janeiro, v.9, n30, p. 13: 22, 2014.

SANTOS NETO, E. T; ALVES, K. C. G; ZORZAL, M; LIMA, R. C. D. Política de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107 – 119, 2008.

SANTOS, P. N. P; CERQUEIRA, E. M. M. Prevalência de anemia nas gestantes atendidas em Unidades de Saúde em Feira de Santana, Bahia, entre outubro de 2005 e março de 2006. *RBAC,* v. 40, n. 3, p. 219, 2008.

SERRUYA, S. J; CECATTI, J. G, LAGO, T. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

SIBLEY L. M.; SIPE, T. A; BROWN, C. M; DIALLO, M. M; MCNATT, K; HABARTA, N. Treinamento de atendente de nascimento tradicionais para melhorar os hábitos de saúde e os resultados da gravidez. *Biblioteca Cochrane Plus.* Chichester, v. 18, n. 3, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: situações especiais: gravidez. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia.* São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diabetes mellitus gestacional. Diretrizes em foco. *Revista da Associação Médica Brasileira.* São Paulo v. 54, n. 6, p 471-86, 2008.

TEDESCO, J. J. A. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. 1. ed. São Paulo: Atheneu; 2002. 892p.

THEME-FILHA, M. M; SILVA, RI.; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993- 1996. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 15, n. 2, p. 397-403, 1999.

TELES, V; MENEZES, J; LIMA, G. Mortalidade Neonatal em gestações com pré-eclâmpsia. Recife. *Revista do Instituto Materno Infantil do Pernambuco,* v. 13, n. 1, p. 17-21, 1999.

TOMÉ, J. P. B. Doença respiratória e gravidez. Acta Médica Portuguesa. Lisboa, v. 20, p. 359-367, 2007.

VARDANEGA, K; LORENZI, D. R. S; SPIANDORELLO, W. P; ZAPPAROLI, M. F. Fatores de risco para natimortalidade em um hospital universitário da região sul do Brasil. RBGO, v. 24, n. 9, p. 617 – 622, 2002.

VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev. Bras. Epidemiol. 2001; 4 (1): 63 – 9. Apud Silveira MF et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional . Rev. Saúde Pública. 2008; 42 (5): 958.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo: Hucitec, 1989.

YACUBIAN, E. M. T. Epilepsia na Gestação. In: SANTOS, L. C; MENDONÇA, V. G. Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2011. p. 369-382.

WATANABE, C. L; BRIZOT, M. L; PEREIRA, P. P; MUSTAFÁ, S. A; MIYADAHIRA, S; ZUGAIB, M. Achados ultra-sonográfico em pacientes com ameaça de abortamento no primeiro trimestre da gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 22, n. 5, p. 275-7, 2000.

WHO/UNICEF/UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimatives developed by WHO, UNICEF, UNFPA. WHO/WQ16, Geneva: World Health Organization: 2004. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acessoem: 18/06/2013.

XAVIER, R. B; JANNOTTI, C. B; SILVA, K. S; MARTINS, A. C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestante. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 4, p. 1161 – 1171, 2013.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al . Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **RevBrasEnferm**, Brasília, maio-jun. 2007, v.60, n.3, p.279-285.

APÊNDICE A

Formulário de Entrevista

Identificação do Formulário:	
Datada entrevista:	Nº de controle :
Dados de Identificação da Paciente	
Idade (anos):	
Peso (Kg):	
Altura (m):	
Procedência	Zona rural () Região Metropolitana () Localidade _____
Cor da pele:	() Branca () Preta () Parda () Amarela
Escolaridade:	() Nunca estudou () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo
Ocupação:	() Dona de Casa () Trabalha fora de casa Função: _____
Situação Conjugal:	() Solteira () Casada () União estável () Separada/ divorciada () Viúva
Renda familiar:	() Menos de 01 salário mínimo () 01 salário mínimo () 02 salários mínimos () 03 salários mínimos () acima de 03 salários mínimos

	<input type="checkbox"/> Não possui renda
Nº de pessoas que moram na sua casa, e que trabalham fora (tem salário): _____	
Condições de Habitação	
Moradia	<input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Casa Alugada <input type="checkbox"/> Outros: _____
Nº de moradores:	
Tipo de Construção:	<input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Pau-a-pique <input type="checkbox"/> Outros: _____
Origem da água para consumo:	<input type="checkbox"/> Poço <input type="checkbox"/> Encanada <input type="checkbox"/> Igarapé <input type="checkbox"/> Mineral <input type="checkbox"/> Filtrada <input type="checkbox"/> Coadada <input type="checkbox"/> Fervida <input type="checkbox"/> Adição de hipoclorito
Energia elétrica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Destino dos dejetos:	<input type="checkbox"/> Fossa séptica <input type="checkbox"/> Céu aberto (no quintal)
Destino do Lixo:	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Queimado <input type="checkbox"/> Enterrado <input type="checkbox"/> Céu aberto (no quintal)
Gestação Atual	
Assistência Pré- Natal	
Pré-Natal	<input type="checkbox"/> Não realizou Pré –natal. <input type="checkbox"/> Realizou pré-natal Idade gestacional do início do pré-natal: _____

	N° de consultas médicas: _____ N° de consultas de enfermagem: _____ Data da última menstruação (DUM): _____ Data provável do parto (DPP) : _____ Idade Gestacional (IG): _____ Esquema vacinal: () Completo () Incompleto
Aspectos clínicos, obstétricos e hábitos na gestação atual	
Problemas na gestação atual:	<input type="checkbox"/> Ameaça de aborto <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Doença sexualmente transmissível (HIV/ AIDS) <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Nenhuma doença <input type="checkbox"/> Outros: _____
Uso de medicação na gestação	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / prescrito pelo médico. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Sim / por conta própria. Qual ? _____
Hábitos na gestação	<input type="checkbox"/> Não tem hábitos <input type="checkbox"/> Álcool Frequência: ____ <input type="checkbox"/> Cigarros Frequência: ____ <input type="checkbox"/> Drogas . Quais? _____
Antecedentes Clínicos e Obstétricos	
Antecedentes Pessoais:	<input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis Quais? _____ <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial (pressão alta) <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Nefropatias <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Toxoplasmose

	<input type="checkbox"/> Não tive doença <input type="checkbox"/> Outras: _____
Problemas na gestação / parto anterior:	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gestação ectópica <input type="checkbox"/> Infecções: Qual? _____ <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro (bebê prematuro) <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Eclampsia (convulsão) <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/> Infertilidade (Não conseguia engravidar) <input type="checkbox"/> Bebê macrossômico (nasceu com mais de 4Kg) <input type="checkbox"/> Não teve problemas nas gestações anteriores <input type="checkbox"/> Outros: _____
Nº de gestações:	<input type="checkbox"/> Gesta <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Aborto
Tipo de Aborto	<input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Induzido <input type="checkbox"/> Curetagem
Tipo de parto anterior	<input type="checkbox"/> Vaginal/ normal <input type="checkbox"/> Com uso de fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea Caso mais de um parto especificar: _____
Gestação Anterior	<input type="checkbox"/> Pré-termo <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pós-termo Caso mais de um filho especificar: _____
Já teve caso de natimorto (bebê que morre dentro do útero ou no parto)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Já teve caso de neomorto (nasceu vivo e morreu no hospital)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nº de filhos vivo	
Aspectos Relacionadoa Assistência	
Tipo de classificação de risco:	
Diagnóstico de risco:	
Verificação de pressão arterial	<input type="checkbox"/> Sim

	<input type="checkbox"/> Não
Realizou Teste de HIV	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim .Quando: _____ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Realizou VDRL	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quando: _____ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Avaliação obstétrica	
Realizou exame ginecológico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Realizou ausculta dos batimentos cardíaco fetal (BCF)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da pesquisa- Gestação de alto risco: perfil das gestantes atendidas em um hospital de referência.

Esta pesquisa visa estudar o perfil das pacientes que evoluíram para gestação de alto risco, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Eliete da Cunha Araújo.

A pesquisa ocorrerá por meio de entrevista com gestantes e puérperas sendo as informações fornecidas voluntariamente pelos participantes. Após seu término, o estudo poderá trazer benefícios para os acadêmicos, profissionais da saúde, comunidade científica e sociedade, pois seus resultados poderão contribuir para a melhor compreensão do problema por parte dos gestores, possibilitando o direcionamento das ações de saúde à essa população.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Mestranda Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes que poderá ser contatada pelos telefones (91) 32261777 e (91) 81278140.

A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações utilizadas. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, sendo que essa pesquisa será realizada com recurso próprio dos autores, não tendo financiamento ou cooperação de nenhuma instituição de pesquisa. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

As informações obtidas serão analisadas, sendo a sua identificação e dos demais participantes mantidas em sigilo e utilizadas somente para o estudo, podendo ocorrer a publicação do mesmo em eventos, periódicos, livros, dentre outros, apenas com finalidade científica.

Fica assegurado também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento da pesquisadora.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito de minha participação no **estudo “Gestação de alto risco: perfil das gestantes atendidas em um hospital de**

referência”, e concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Belém, _____ de _____ de _____.

Assinatura da paciente
