



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KARISA CARDOZO SOARES
MAYKELLE DERLANNE SILVA RAMOS

**PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO
RISCO ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA,
PARÁ, BRASIL**

Itaituba – PA
2023

KARISA CARDOZO SOARES
MAYKELLE DERLANNE SILVA RAMOS

**PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO
RISCO ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA,
PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do Título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof.^a Me. Cristhianny Almeida e
Silva Aguiar.

Itaituba – PA

2023

KARISA CARDOZO SOARES
MAYKELLE DERLANNE SILVA RAMOS

**PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO
RISCO ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA,
PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do Título de
Bacharel em Enfermagem

Orientador (a): Prof.^a Me. Cristhianny Almeida e
Silva Aguiar.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. _____

Avaliador(a): _____ Nota: _____

Prof. _____

Avaliador(a): _____ Nota: _____

Prof. _____

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ abril de 2023.

*A minha mãe **Marisa Cardozo**, pelo exemplo de coragem, pelo o grande apoio, minha motivação de ter chegado até aqui. E as minhas filhas queridas **Laísa e Alice** que foram minha fonte de inspiração a minha força maior. Dedico essa conquista a vocês.*

“Karisa”

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter me dado forças todos os dias para nunca desistir do meu objetivo, e por sempre está ao meu lado me guiando. Dedico ao meu Pai **Reginaldo do Carmo Ramos**, a minha Mãe **Maria Viana Silva** por todo o incentivo, apoio e por acreditarem em minha pessoa, e a minha filha **Maria Clara Ramos Soares**, por ser minha força e meu alicerce; Gratidão.*

“Maykelle”

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dá forças para as dificuldades e me manter firme durante todos esses anos. Aquele que sempre me conduziu pelo melhor caminho.

A toda minha família em especial minha mãe **Marisa Cardozo**, verdadeiramente a maior mestra da minha vida a que sempre acreditou em mim, sempre manteve a fé. Sem o apoio dela eu jamais conseguiria, obrigada por toda a dedicação e paciência, a senhora é a grande responsável por essa conquista, todo meu amor e gratidão a senhora.

A minhas filhas **Laísa** e **Alice**, que foram meu combustível diário, vocês mudaram o sentido da minha vida, se não fosse vocês eu não seria quem eu sou hoje.

A minha irmã **Karina Cardozo Coímbra** que me ajudou de alguma forma sempre me incentivando.

A minha amiga e companheira desse trabalho **Maykelle Derlanne**, pela força e compreensão. Aos amigos e colegas da Faculdade de Itaituba – FAI e todos os professores, obviamente não serão nessas poucas linhas descritas que serão citadas todas as pessoas e profissionais que foram fundamentais para essa conquista, e que estiveram diretamente envolvidos no crescimento pessoal e profissional desde o começo deste curso.

E a minha prezada e querida orientadora **Prof.^a Me. Cristhianny Almeida e Silva Aguiar** pela dedicação paciência e inspiração, por suas contribuições ao desenvolvimento desse trabalho nessa etapa tão importante na minha vida.

Agradeço de coração meu companheiro **Elton Paulo** que esteve sempre ao meu lado durante todos esses anos sendo parceiro e paciente, dando a força e sustentação para seguirmos firmes na caminhada até o final.

Por fim sou grata a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente participaram desta etapa tão importante na minha vida, minha eterna gratidão a todos.

KARISA

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por todas as oportunidades, e principalmente por chegar até aqui e estar concluindo mais uma etapa da minha vida.

Agradeço ao meu Pai **Reginaldo do Carmo Ramos**, pelo apoio e incentivo, por sempre acreditar na minha capacidade e na minha força e que com humildade e honestidade sempre esteve ao meu lado, á você todo o meu amor, respeito e gratidão.

Á minha mãe **Maria Viana Silva**, pelo apoio, por me ajudar nos momentos em que mais precisei, á você minha gratidão e respeito.

Quero agradecer a minha filha **Maria Clara Ramos Soares**, por ser minha força diária, por me dar forças todos os dias de não desistir e ser meu alicerce.

Aos meus professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

Agradeço a minha orientadora, professora mestre **Cristhianny Almeida e Silva Aguiar**, que me direcionou e indicou o caminho a seguir que incentivou e passou sua sabedoria para que eu conseguisse finalizar esse ciclo.

Aos meus colegas do curso, em especial a minha amiga **Karisa Cardoso**, companheira de TCC pela ajuda, parceria e pelo convívio durante esses longos anos de formação.

E por fim só tenho que agradecer a todos pelo apoio, ensinamentos, força, incentivo minha eterna gratidão.

MAYKELLE

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

“Florence Nightingale”

RESUMO

O início e o desenvolvimento de uma gestação são percebidos como fenômenos complexos, embora não sejam caracterizados como um estado patológico. Durante esse estágio ocorrem profundas alterações psicológicas, orgânicas e fisiológicas, repercutindo psíquica e socialmente na vida da mulher e de seus familiares. A classificação dos fatores de risco ocorre de acordo com peculiaridades existentes antes e durante da gravidez. As condições de antes da gestação envolvem as características fisiológicas individuais, circunstâncias clínicas preexistentes. Objetivo geral dessa pesquisa foi evidenciar o perfil socioepidemiológico e os antecedentes pessoais focado nas patologias das gestantes atendidas no hospital municipal de Itaituba. Está pesquisa se justifica por infundir um conhecimento conciso e importante para a área obstétrica, especificamente para os profissionais de enfermagem, em consonância com um tema que aborda o processo de atendimento das gestantes de alto risco, se categorizando como um estudo de natureza documental e com abordagem quantitativa. Quanto ao perfil socioepidemiológico das gestantes houve a identificação de que as gestantes participantes tiveram uma idade média de 36 anos, a raça mais predominante foi a parda, o estado civil dessas mulheres foi a união estável, a escolaridade evidenciada foi o ensino médio incompleto e grande parte das gestantes eram donas de casa. Sobre os antecedentes pessoais das gestantes com ênfase nas principais patologias encontradas, evidenciamos que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus foram as mais incidente. Indubitavelmente, foi possível atingir os objetivos propostos com foco na problemática levantada de forma satisfatória.

Palavras-Chave: Gestação. Socioepidemiológico. Patologias. Gestantes.

ABSTRACT

The beginning and development of a pregnancy are perceived as complex phenomena, although they are not characterized as a pathological state. During this stage, profound psychological, organic and physiological changes occur, with psychological and social repercussions in the lives of women and their families. The classification of risk factors occurs according to peculiarities existing before and during pregnancy. Conditions before pregnancy involve individual physiological characteristics, pre-existing clinical circumstances. The general objective of this research was to highlight the socio-epidemiological profile and personal background focused on the pathologies of pregnant women attended at the municipal hospital of Itaituba. This research is justified by infusing concise and important knowledge for the obstetric area, specifically for nursing professionals, in line with a theme that addresses the process of care for high-risk pregnant women, categorizing itself as a documentary study and with quantitative approach. As for the socio-epidemiological profile of the pregnant women, it was identified that the participating pregnant women had an average age of 36 years, the most predominant race was brown, the marital status of these women was a stable union, the schooling evidenced was incomplete high school and large part of the pregnant women were housewives. Regarding the personal history of the pregnant women, with emphasis on the main pathologies found, we evidenced that arterial hypertension and diabetes mellitus were the most frequent. Undoubtedly, it was possible to achieve the proposed objectives with a focus on the problem raised in a satisfactory manner.

Keywords: Gestation. Socioepidemiological. Pathologies. Pregnant Women.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico- 1	Faixa etária das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023).....	35
Gráfico- 2	Raça das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023).....	36
Gráfico- 3	Estado Civil das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023).....	37
Gráfico- 4	Escolaridade das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023).....	38
Gráfico- 5	Ocupação das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023).....	39
Gráfico- 6	Patologias identificadas nas gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023).....	41
Gráfico- 7	Tipos de partos realizados nas gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023).....	42

LISTA DE SIGLAS

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DHGE – Doença Hipertensiva Específica da Gestação

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HA – Hipertensão Arterial

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SHG - Síndrome da Hipertensão Gestacional

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO.....	16
2.2	FISIOPATOLOGIA DA GESTAÇÃO.....	18
2.3	PROGRAMAS DE ATENDIMENTO À GESTANTE EM REDE PÚBLICA.....	20
2.3.2	Pré-Natal de Alto Risco.....	23
2.4	PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	24
2.5	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PERÍODO PUERPERAL.....	28
3	METODOLOGIA.....	31
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	31
3.3	POPULAÇÃO AMOSTRAL.....	32
3.4	COLETA DE DADOS.....	32
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
3.7	ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.....	33
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
5	CONCLUSÃO.....	43
	REFERÊNCIAS.....	44
	ANEXO A.....	51
	ANEXO B.....	53
	ANEXO C.....	54

1 INTRODUÇÃO

O início e o desenvolvimento de uma gestação são percebidos como fenômenos complexos, embora não sejam caracterizados como um estado patológico. Durante esse estágio ocorrem profundas alterações psicológicas, orgânicas e fisiológicas, repercutindo psíquica e socialmente na vida da mulher e de seus familiares, podendo ser inclusive considerado um episódio de crise no ciclo evolutivo delas (COSTA *et al.*, 2010).

A classificação dos fatores de risco ocorre de acordo com peculiaridades existentes antes e durante da gravidez. As condições de antes da gestação envolvem as características fisiológicas individuais, circunstâncias clínicas preexistentes, o histórico reprodutivo anterior e condições sociodemográficas desfavoráveis. Com o passar da gestação, entre os indicativos de riscos estão a exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doença obstétrica na gravidez atual e/ou intercorrências clínicas (BRASIL, 2012a; FEBRASGO, 2011; SILVA; SOMMER; SILVEIRA; VIVIAN, 2021; SILVA; VIVIAN; MARRONE, 2020).

O Diabetes Mellitus é um distúrbio metabólico de condição múltipla, determinada por hiperglicemia crônica decorrente da deficiência na produção, secreção ou ação-resistência da insulina no organismo (BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

Quanto as complicações do ciclo verídico puerperal, a hipertensão arterial é considerada uma das mais importantes e mais comuns. Resulta em alto risco de morbidade e perinatal, com incidência de 6% a 30% das gestantes. De forma complementar. O diagnóstico da doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) ocorre quando os valores pressóricos são iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg, quadro que se inicia por volta do 5º mês de gestação (20 semanas) (PERAÇOLI; PARPINELI, 2005).

Existem vários fatores que aumentam o risco de ser diagnosticado com hipertensão específica da gravidez (DHEG), doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primeiro filho, idade igual ou superior a 30 anos, história pessoal ou familiar de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica (COSTA, 2003).

O papel do enfermeiro é importante no pré-natal. Este profissional deve estar qualificado para atender as necessidades da mulher durante todo o ciclo gravídico-

puerperal com conhecimentos suficientes e atualizados para prestar um suporte eficaz (CUNHA *et al.*, 2009).

Os profissionais de enfermagem têm papel fundamental na orientação à gestante durante o pré-natal. Portanto, o enfermeiro deve atuar de forma efetiva, proteger a gestante de negligência, imperícia e imprudência, agindo com ética e responsabilidade a fim de garantir o nascimento de gestações saudáveis (LEMES, 2012).

Dessa forma, após a delimitação do tema e de uma visualização prévia da literatura elaborou-se as seguintes questões norteadoras: Qual o perfil socioepidemiológico das gestantes de alto risco atendidas no hospital municipal de Itaituba? quais patologias são prevalentes na identificação de que são gestantes de alto risco? Qual o tipo de parto que foi realizado nessas gestantes atendidas?

Objetivo geral dessa pesquisa foi evidenciar o perfil socioepidemiológico e os antecedentes pessoais focado nas patologias das gestantes atendidas no hospital municipal de Itaituba. Com base nos seguintes objetivos específicos: identificar o perfil socioepidemiológicos com base nos seguintes aspectos (faixa etária, raça, estado civil, escolaridade e ocupação); destacando quais patologias que as gestantes apresentavam como critério para gestação de alto risco; averiguando também o tipo de parto que foi realizado nas gestantes que participaram da pesquisa.

Está pesquisa se justifica por infundir um conhecimento conciso e importante para a área obstétrica, especificamente para os profissionais de enfermagem, em consonância com um tema que aborda o processo de atendimento das gestantes de alto risco. Assim, necessitam de uma abordagem mais minuciosa e adequada dentro de um pré-natal eficiente com uma equipe multiprofissional atuante para dispor uma assistência holística para a mulher. Este estudo se categoriza como um acervo acadêmico para discentes do curso de graduação e para profissionais de enfermagem

Trata-se de um estudo de natureza documental, com abordagem quantitativa que teve por objetivo elencar o perfil epidemiológico e as patologias mais acometem as mulheres durante a gestação de alto risco entre os meses de outubro e novembro do ano de 2022 atendidas no município de Itaituba- Pará, visando através destes dados implementar e divulgar medidas de prevenção para esta população em destaque.

A estrutura desta monografia foi formada através da parte introdutória no qual podemos encontrar a inserção da contextualização teórica do tema, a problemática, os objetivos e a justificativa. A fundamentação teórica foi composta pelos tópicos que embasaram a parte teórico bibliográfica, posteriormente a metodologia que foi composta pelo tipo de método utilizado para coletar e analisar os dados. Os resultados e discussão trouxeram os trabalhos para comparar os resultados e discutir as informações fundamentais, por fim, a conclusão é o fechamento da ideia central do trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

As adaptações fisiológicas, morfológicas e bioquímicas que ocorrem no período gestacional provocam alterações, que pode afetar principalmente o sistema cardiorrespiratório, musculoesquelético e no metabolismo geral (GIACOPINI; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2016).

As alterações que acontecem neste período estão relacionadas, principalmente, à quantidade excessiva de hormônios como a progesterona e o estrogênio que são responsáveis pelas adaptações do organismo a sua nova condição (KISNER; COLBY, 2005 apud GIACOPINI, 2016). No período da gestação ocorrem alterações fisiológicas e anatômicas em quase todos os sistemas, como o sistema cardiovascular, o hematopoiético, o digestivo, o urinário, o tegumentar e o endócrino (GIACOPINI; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2016).

Durante a gravidez, o corpo da mulher passa por muitas mudanças. Um dos aspectos mais fascinantes da fisiologia são as mudanças que o corpo da mulher sofre durante a gravidez para permitir o desenvolvimento harmonioso de uma nova pessoa. No entanto, alguns fenômenos, incluindo alterações imunológicas, endócrinos e anatômicos, são necessários no organismo da mãe para garantir a residência e o desenvolvimento equilibrados da criança (SASS, 2017).

Mudanças anatômicas e funcionais ocorrem no corpo da mulher durante a gravidez, cujo objetivo é reorganizar harmoniosamente o funcionamento de todos os órgãos e sistemas, para que o feto em desenvolvimento receba novos recursos. É importante saber distinguir os aspectos fisiológicos da gravidez dos processos patológicos. Conhecendo as alterações fisiológicas que ocorrem nesse período, é possível prever momentos de desequilíbrio clínico de forma a antecipar o tratamento necessário para determinada gestante (ZUGAIB, 2012).

As inquietações fisiológicas acontecidas durante a gravidez consistir em elas sutis ou marcantes estão entre as mais aguçadas que o corpo humano pode sofrer, provocar receios, equívoco, aflições, fábulas ou meramente curiosidade em analogia às alterações sucedidas no corpo (COSTA *et al.*, 2010)

A princípio a ampliação de uma gestação é percebida como acontecimentos difíceis, não obstante consistir em distinguidos como uma condição patológica. Durante esse estágio, acontecem intensas inquietações psicológicas, orgânicas e

fisiológicas, refletindo psíquica e socialmente na vida da mulher e de seus familiares, podendo até mesmo ser estimado um acontecimento de crise no ciclo evolutivo de muitas mulheres (COSTA *et al.*, 2010).

A percepção das gestantes sobre as mudanças decorrentes da gravidez está centrada no peso, nas mamas e no abdômen, e essas mudanças são enfatizadas de forma diferente por cada mulher dependendo da fase da gravidez em que ela se encontra, destacando-se o segundo e terceiro períodos onde ocorrem as mudanças corporais mais importantes (COSTA *et al.*, 2010).

Para Duarte *et al.* (2010), o corpo feminino já vem preparado para isto, como a estrutura da pelve e dos órgãos internos do aparelho reprodutor feminino. Todavia, surgem algumas dificuldades cotidianas do organismo feminino relacionadas à respiração, sono e edema nos membros inferiores que tornam o período gestacional limitado a um processo totalmente prazeroso (DUARTE *et al.*, (2010).

A maior parte do ganho de peso durante a gravidez se deve ao alto acúmulo de gordura da mãe até a 27ª semana. Depois disso, o aumento é devido ao peso do feto em desenvolvimento. O hormônio progesterona, cujo nível diminui nas estruturas cerebrais durante a gravidez, pode fazer com que as mulheres se queixem do sono e de pequenas alterações na memória e na concentração, além do aparecimento de dores de cabeça (DUARTE *et al.*, 2010).

Devido a algumas das mudanças que ocorrem no corpo de uma mulher durante a gravidez, muitos fatores podem ser vistos para encorajar a grávida a permanecer fisicamente ativa durante a gravidez. Dentre esses fatores, podemos citar o fato de que a prática de exercícios auxilia na redução das dores lombares, muito comuns. Além de garantir bem-estar e melhorar o cansaço, a qualidade do sono e as articulares, as gestantes têm melhor controle do peso corporal e dos níveis de açúcar no sangue (PEREIRA, 2015).

A gravidez é um fenômeno fisiológico e deve ser encarada pelas gestantes e pelos profissionais de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que induz mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional (BRASIL, 2012).

2.2 FISIOPATOLOGIA DA GESTAÇÃO

A fisiopatologia afeta o metabolismo da mãe durante a gravidez, causando alterações no metabolismo da mãe no processo de adaptação e nutrição no desenvolvimento do feto no útero. Devido à secreção de hormônios e mediadores que estimulam a resistência à insulina e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e aminoácidos para garantir o bom funcionamento e ingestão de nutrientes para o feto (PEREIRA, 2019).

A resistência à insulina está associada aos hormônios diabetogênicos produzidos em grandes quantidades durante a gravidez, visando a hiperglicemia em favor do feto. Estes incluem hormônio da lactação placentária, cortisol, progesterona e hormônio do crescimento. À medida que a gravidez progride, a capacidade pancreática de secreção de insulina continua a congelar, especialmente por volta da semana 24, levando à hiperglicemia (PEREIRA, 2019).

Durante a gravidez, podem ocorrer alterações sanguíneas fisiológicas no corpo da mulher, como aumento do volume de glóbulos vermelhos e plasma, diminuição de plaquetas e, como resultado dessas alterações, a hemoglobina e o hematócrito também podem diminuir. Além disso, observa-se um aumento da necessidade de ferro a partir do final da gravidez condições como essas e outras alterações devem ser analisadas, pois podem levar a eventos patológicos como: Anemia grave que causa abortos espontâneos e partos prematuros (AREIA *et al.*, 2019; FAILACE; FERNANDES, 2015).

As síndromes hipertensivas específicas da gravidez incluem hipertensão incurável (antes de 20^a semanas de gestação), pré-eclâmpsia (pressão alta e proteinúria após 20^a semanas de gestação) e eclâmpsia com hipertensão (distúrbio tônico-clônico estereotipado ou coma feminino). Enquanto que a hipertensão crônica se apresenta com pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão pré-existente ou doença renal, sendo uma gravidez sem proteinúria e níveis pressóricos alterados (BRITO *et al.*, 2015).

O diabetes gestacional é definido como várias categorias e graus variados de intolerância a carboidratos inicialmente diagnosticados durante a gravidez e que podem ou não persistir após o parto. No Brasil, a prevalência de diabetes gestacional entre mulheres com 20 anos ou mais atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

é de 7,6% sendo que 94% dos casos indicam apenas falhas Intolerantes à glicose, e 6% tinham hiperglicemia em nível de diabetes não gestacional (BRASIL, 2013).

Estudos recentes têm reconhecido a importância da deficiência de vitamina B12 no desenvolvimento de danos neurológicos em crianças. As manifestações clínicas em crianças são particularmente importantes quando a deficiência de vitamina B12 está presente desde o nascimento e o dano é mais pronunciado do que em crianças mais velhas e adultos (ROSA *et al.*, 2010).

A anemia megaloblástica é a anemia macrocítica mais importante e resulta da deficiência de vitamina B12 e/ou folato. Esses dois nutrientes são muito importantes porque atuam como coenzimas nas reações que ocorrem na síntese do DNA. É, portanto, uma doença causada por alterações na síntese de DNA caracterizada por um estado de divisão celular lenta, apesar do crescimento citoplasmático. Essa anormalidade nada mais é do que a maturação assíncrona do núcleo para o citoplasma. A célula se prepara para uma divisão inacabada e se torna maior do que o esperado (FERNANDES *et al.*, 2010).

Os sintomas HELLP representam um quarto da mortalidade materna na América Latina, e a morbimortalidade materna é um desafio de saúde pública em nosso país. No Brasil, a hipertensão foi a principal causa de óbitos maternos em 2012 e 2013, respondendo por 20% de todas as mortes (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A gravidez gera um processo fisiológico para mulheres grávidas e recém-nascidos, mas a excitação geralmente ocorre na direção oposta. Nessas condições, a gravidez torna-se de alto risco, por isso o pré-natal é muito valorizado na detecção precoce e análise de possíveis alterações (BRASIL, 2012).

O quadro clínico da patologia é descrito como epigastralgia no quadrante superior direito, mal-estar e náuseas, mas formas leves podem passar despercebidas. Portanto, recomenda-se que gestantes com pré-eclâmpsia façam exames laboratoriais para a síndrome HELLP para reduzir o risco de morbimortalidade materna e fetal. A associação da síndrome HELLP com diagnóstico de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia aumenta a morbimortalidade materna e neonatal. Atualmente, o único tratamento definitivo para a síndrome HELLP é a criação e remoção de bolhas de coróide, pois não há tratamento específico disponível devido à falta de conhecimento preciso da fisiopatologia da doença (KATZ *et al.*, 2008).

Ainda existem múltiplos riscos regulatórios, todos com o mesmo aspecto, por isso é importante que cada profissional estabeleça seu próprio protocolo. Recomenda-se uma dose inicial de 4g por via intravenosa (IV) como dose de ataque e 1–2g/h como dose de manutenção. É importante ressaltar que alguns cuidados devem ser tomados. O paciente deve ser observado a cada 4 horas e avaliado: o volume de diurese (25ml/h), a presença de reflexos de êmese e a frequência respiratória devem ser maiores ou iguais a 12 movimentos por minuto (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

2.3 PROGRAMAS DE ATENDIMENTO À GESTANTE EM REDE PÚBLICA

As gestantes têm o direito a políticas públicas de saúde, a humanização do nascimento, certidões de nascimento gratuitas para seus filhos, e à premeditação familiar. Para tanto se faz constitucional reconhecer seus direitos para que tenham a capacidade de desfrutar deles com decência. Desse modo, a ocupação social procura interferir, a fim de que os direitos das mulheres gestantes e parturientes consistam em considerados e afirmados (BRASIL, 2000).

No entanto, as políticas públicas, os que se segue direitos que são certificados à gestante: o direito à bem-estar na gravidez com a efetivação de um pré-natal, um nascimento e um pós-nascimento de qualidade; os direitos trabalhistas, direitos que regulamentam a conexão do trabalho da gestante com o patrão ou com a empresa em que está empregada, garantindo a conservação do emprego; os direitos sociais: recepção em caixas especiais (em magazines, drogarias e supermercados), preferência na fila de bancos, entrada à porta da frente de lotações e registro preferencial. Além disso, as grávidas contêm direito ao Cartão da Gestante. Que são armazenados todos os documentos sobre o estado de saúde da gestante, o aumento da gestação e a implicação das análises laboratoriais (BRASIL, 2011).

Precauções Básicas caracterizam por um anexo de atos de saúde, no campo especial e coletivo, que compreende a elevação e a assistência da saúde, a atenção de danos, o exame de saúde, o tratamento, a reabilitação, diminuição de agravos e a sustentação da saúde com o desígnio de ampliar uma atenção total que impacte na ocorrência de saúde e autonomia das pessoas e nos decisivos e condicionantes de saúde das sociedades. (BRASIL, 2011)

A integralidade, enquanto entrada norteadora da Estratégia de Saúde da Família (ESF), administra atos sobre o sujeito e a sociedade de forma generalizada,

que deve analisar também, os aspectos sociais, culturais e econômicos. Desse modo, a conjunto de Saúde da Família trabalha em presença dos assuntos individual e biológica, como ao mesmo tempo com aspectos coletivos e socioculturais de cada indivíduo e da sociedade pela qual tem responsabilidade clínica (SILVA *et al.*, 2011).

O desempenho do Serviço Social é compreendido com proeminência no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os definitivos sociais na saúde explicitados no conceito ampliado de saúde. O Sistema Único de Saúde é respeitado muito recentemente em termos legais e muitos dos seus direitos são desconhecidos da maioria dos usuários, incluindo neles as gestantes. Ao longo desses anos vem sendo edificado um embasamento de direitos em contíguo com as políticas públicas, mas esses direitos muitas vezes não são aprovados, com isso danifica a gestação da mãe e até o incremento das crianças (BRASIL, 2009).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi instituído em 2008 tem como ponto de vista desenvolver a inclusão das obras da atenção básica para torná-la mais resolutiva, amparando as equipes de saúde da família, fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família, sendo o Serviço Social umas das ocupações que endireitam esses quadros (BRASIL, 2009).

Ao longo das décadas de 70 e 80, houve modificações nas políticas de saúde destinadas às mulheres, majoritariamente incentivadas pelo movimento feminista brasileiro que criticava vigorosamente o caráter reducionista com que esses programas tratavam as mulheres. Com forte atuação no campo da saúde, esse movimento contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões até então relegadas a segundo plano por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas: elas estavam ingressando mais no mercado de trabalho, assumindo novos papéis, sendo mais críticas e questionadoras acerca das políticas públicas no país (BRASIL, 2011).

No ano de 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou um sucesso conceitual nos princípios norteadores da política de saúde da mulher e nos critérios de seleção de prioridades na área (BRASIL, 1984 apud BRASIL, 2011).

Os cuidados com o feto são muito importantes e devem ser iniciados assim que a gravidez for descoberta, pois ações adequadas com medidas preventivas, atividades de promoção da saúde e identificação oportuna de fatores de risco

contribuirão para a redução da saúde e da mortalidade materno-infantil onde permite um desenvolvimento saudável (LANSKY *et al.*, 2014).

Um pré-natal de qualidade é quando se presta uma assistência competente e humanizada, levando em consideração um comportamento acolhedor e sem intervenções desnecessárias, fácil acesso a serviços de saúde de qualidade por meio de atividades que integram todos os níveis de atenção, visando a promoção, prevenção e saúde dupla da mãe e do filho (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

A resolução do COFEN nº 271/2002, baseada na lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, reafirma que: o “pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro”. Visto que a gestação é um processo fisiológico e que na maioria das vezes ocorre sem intercorrência sendo dessa forma caracterizado como risco habitual (SANTOS *et al.*, 2010).

O pré-natal é, na maioria das vezes, o primeiro contato do paciente com a assistência à saúde, ou seja, é a porta de entrada do usuário ao SUS. Portanto, a equipe de profissionais da atenção básica, em especial o enfermeiro, deve preocupar-se em acolher bem as gestantes garantindo o atendimento integral e os requisitos básicos, para a promoção e prevenção da saúde, (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

A dinâmica de grupo favorece a quebra do modelo hierárquico de aprendizagem e compartilhamento de saberes, sendo assim um espaço de livre expressão que pode facilitar os mecanismos de mudança de comportamento necessários para a promoção da saúde. A utilização desse recurso na dinâmica de mitos e verdades permite que as gestantes se sintam acolhidas e participem mais não só “levando cartazes”, mas também compartilhando suas experiências (MENDONÇA *et al.*, 2014).

Promover o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva segura e de qualidade, com foco nos direitos da mulher, especialmente os direitos humanos durante o trabalho de parto contribui para a redução da mortalidade materna e perinatal. Conforme o crescimento da tecnologia, evidencia-se o lado patológico da gravidez, culminando na despersonalização da mulher frente e sua independência de escolha. Dessa forma, a mulher deixa de ser a protagonista do parto e esse papel passa a ser do profissional de saúde, inclusive com decisões que seriam essencialmente dela (PAULA *et al.*, 2021).

A OMS preocupa-se cada vez mais com os cuidados prestados à mulher, à sua fisiologia e ao seu corpo, o que impossibilita a utilização de muitos dos procedimentos obstétricos desnecessários atualmente recomendados pelos modelos tecnocratas da área obstétrica. Esse modelo representa um viés ideológico que, pelas atuais demandas de políticas públicas e conhecimento científico, deve apresentar em seu amargor a oportunidade de aumentar a violência obstétrica no cotidiano de inúmeras maternidades (OLIVEIRA; PENNA, 2019.)

Nessa perspectiva, a assistência pré-natal pressupõe uma avaliação dinâmica das situações de alto risco para identificar problemas, de maneira a impedir um resultado desfavorável. Portanto, a ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode aumentar o risco para a gestante ou o recém-nascido, pois as gestantes podem se tornarem de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto ou mesmo as mulheres no período puerperal (BORTOLI *et al.*, 2017).

2.3.2 Pré-Natal de Alto Risco

Algumas gestações são consideradas altamente obstétricas e requerem maior cuidado por parte dos profissionais de saúde no atendimento à gestante, tanto durante o pré-natal, quanto durante o trabalho de parto e após o parto. A gravidez de alto risco é caracterizada por distúrbios que colocam em risco a saúde materna e/ou fetal. Tais distúrbios podem ser devidos apenas à gravidez ou a alterações que existiam antes da gravidez (LUCIANO, 2011).

Há atendimento diferenciado para gestantes de alto risco e de baixo risco, no qual as necessidades dos grupos de baixo risco geralmente são atendidas na atenção primária, enquanto os grupos de alto risco requerem atendimento especializado por meio de serviços de referência. A identificação precoce de mulheres com risco de gravidez é importante. Isso é essencial para o início imediato de intervenções apropriadas, maior probabilidade de alterações no desenvolvimento e resultados positivos para evitar mais danos (LUCIANO, 2011).

A assistência qualificada no pré-natal é um instrumento bastante eficaz, que envolve a mulher no seu autocuidado, com o objetivo de torná-la uma mãe saudável e com a possibilidade de gerir uma criança sadia. O enfermeiro deve ser responsável

pelos aspectos preventivos do cuidado, alertando a mulher a comunicar precocemente assim que perceber alguma alteração (LUCIANO, 2011).

Algumas mulheres grávidas com maior probabilidade de resultados desfavoráveis para o feto e para a mãe devido a certas características ou lesões durante a gravidez são chamadas de gestações de alto risco (BRASIL, 2012). Existem fatores de risco conhecidos que são muito comuns na população em geral e devem ser identificados em mulheres grávidas. Isso porque indica a real presença de fatores agravantes e pode levar a equipe médica a realizar maior vigilância (BRASIL, 2010).

Alguns fatores de risco, como, por exemplo, a hipertensão arterial, diabetes mellitus, o uso de álcool e a obesidade podem agravar esta gestação, tornando-a de alto risco. Dentro das patologias que se manifestam ou se agravam na gestação, a hipertensão arterial e a diabetes são as mais frequentes na gravidez de alto risco (BRASIL, 2010).

A interação entre a gravidez e o parto fragiliza a mulher e sua família e muitas vezes leva a um pico de sofrimento psíquico. Oferecer ajuda psicológica nesse contexto permite que as gestantes desenvolvam e considerem estratégias de enfrentamento a partir de sua condição clínica. Esse auxílio inclui atividades terapêuticas e preventivas, se concentrando principalmente nos aspectos emocionais e relacionais, levando em consideração as mudanças importantes que ocorrem na mulher e na família. Dessa forma, transformar experiências difíceis é uma oportunidade de melhorar a qualidade de vida das envolvidas (CALDAS *et al.*, 2013).

É evidente a importância dos fatores sociodemográficos e das características maternas para os desfechos de saúde materno-infantil. No entanto, a assistência obstétrica destaca-se como fator importante na proteção e prevenção de efeitos colaterais que afetam a saúde nesse processo, o que permite a identificação precoce e o tratamento clínico de possíveis fatores de risco para complicações que afetam a saúde da mãe e do recém-nascido. Assim, a falha ou oferta inadequada desse cuidado na atenção à gestante tem sido associada ao aumento da morbimortalidade materno-infantil (NUNES *et al.*, 2016).

2.4 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO

Na segunda década do século XXI, o sistema público de saúde brasileiro foi construído com um modelo de atenção integral à saúde dividido em três níveis de

atenção especial: a atenção básica, que estabelece diferentes ações individuais ou coletivas de promoção da saúde, promoção do paciente, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação. A atenção secundária e terciária que presta atendimento hospitalar e ambulatorial e serviços especializados para procedimentos de médio porte, bem como apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN *et al.*, 2013).

A atenção terciária, que consiste em serviços ambulatoriais de grande complexidade, como os serviços hospitalares especializados, organizados por um sistema de encaminhamentos de centros macrorregionais. Esses três níveis de atenção oferecem cuidados integrados entre si e visam oferecer uma assistência de qualidade aos usuários (ERDMANN *et al.*, 2013).

Atualmente, a gravidez de alto risco ocorre em aproximadamente em 10% das mulheres durante a gestação no Brasil, pois o aparecimento de alterações patológicas nas gestantes está essencialmente relacionado ao estilo de vida da mulher antes da gravidez. Sendo válido salientar que, as patologias mais conhecidas são as seguintes: síndrome da hipertensão gestacional (SHG) ou ainda o diabetes gestacional, doenças que aumentam o risco de morbimortalidade materna e fetal em todo o mundo (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A gravidez de alto risco e a gravidez de baixo risco são tratadas de forma diferente, a gravidez de alto risco requer uma abordagem mais abrangente da enfermagem, onde na gestão de baixo risco, as preocupações tendem a ser resolvidas na atenção primária. Enquanto que no parto de alto risco é necessário uma abordagem mais complexa que vai ser disponibilizada pela necessidade de uma intervenção multiprofissional apurada. Por isso, é preciso identificar os níveis de gravidade das gestações de alto risco nas fases iniciais e intervir no bom desenvolvimento do caso e prevenir as possíveis intercorrências (LUCIANO, 2011).

Durante a consulta de enfermagem, é importante discutir o efeito de cada doença no organismo da mãe, do feto e do recém-nascido, explicar, demonstrar e sempre orientar em caso de possíveis dúvidas da mãe e do pai em ambas as famílias (DOMINGUES, 2015).

De qualquer forma, é neste momento que a gestante deve despertar uma consciência crítica sobre sua saúde, o pré-natal correto é uma ferramenta muito eficaz que envolve a mulher no autocuidado, com o objetivo de torná-la uma mãe saudável

e a oportunidade de cuidar de uma criança que será saudável. O enfermeiro deve se responsabilizar pelos aspectos preventivos do cuidado e alertar a mulher para se comunicar assim que perceber alguma alteração (DOMINGUES, 2015).

Os fatores causais que determinam um alto risco durante a gravidez são múltiplos, inter-relacionados e complexos, variando desde as condições gerais de vida até fatores muito específicos. As complicações durante a gravidez aumentam a morbimortalidade materna e infantil e aumentam a necessidade de serviços de saúde. Assim, é necessário ajudar a gestante considerando a influência desses fatores no desenvolvimento da gravidez, a fim de promover a intervenção precoce e o tratamento resolutivo diante desses sinais de alerta (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Os enfermeiros buscam constantemente a ampliação e a autonomia em suas funções laborais, pois representam sua importância no cuidado humano no ciclo gravídico-puerperal. Sua atuação no acompanhamento de gestantes ainda se limita ao acolhimento e realização de algumas atividades de educação em saúde no serviço, embora a organização do conselho profissional permita a ampliação desse papel. No entanto, o objetivo dos profissionais é um cenário maior de protagonismo para fazer a consulta de enfermagem e gerenciar o cuidado em interação com outros pontos de atenção da rede de saúde (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2017).

O acesso à saúde é necessário para a atenção primária, onde a gestante deve receber atendimento humanizado. O enfermeiro é o profissional que está à frente da coordenação e é responsável pela gestão de cada serviço. É importante que os profissionais gerenciem com cuidado o registro no prontuário do paciente, pois evidencia os procedimentos realizados e permite a continuidade do cuidado prestado, demonstrando o tratamento, a falta de informações sobre os exames solicitados e o registro de resultados como descuido, negligência ou má conduta (COSTA *et al.*, 2016).

A consulta de enfermagem é a oportunidade de o enfermeiro atuar na atenção secundária ampliando a autonomia profissional com base no referencial normativo reconhecido. Assim, é necessário discutir políticas nacionais que possam subsidiar a assistência de enfermagem na atenção secundária à obstetrícia de alto risco, buscando o desenvolvimento de práticas legalmente respaldadas nos serviços públicos de saúde da rede. Nesse contexto, destaca-se a importância do envolvimento do enfermeiro na assistência obstétrica de alto risco, mas a formação e especialização

desses profissionais são necessárias para atuar com esse público específico (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2017).

Uma equipe assistencial é essencial para uma assistência obstétrica de qualidade, mas é importante que o especialista esteja atento às necessidades da paciente, tire suas dúvidas e ofereça assistência integral e hospitalar para ajudá-la a se recuperar psicologicamente de uma situação estressante que uma mulher grávida se encontra (SILVA *et al.*, 2021).

Além disso, enfatiza a necessidade de capacitar os profissionais para explicar e prestar a assistência necessária às pacientes e seus familiares para uma assistência valiosa e de qualidade, permitindo que as gestantes conheçam a importância do pré-natal e o acompanhamento de alta qualidade. Nesse sentido, as orientações sobre a gravidez de risco por meio de grupos, discussões e estratégias de educação em saúde são fundamentais para este manejo (SILVA *et al.*, 2021).

As intervenções durante a obstetrícia de alto risco são muito importantes porque podem prevenir e tratar doenças que ameaçam a saúde do binômio músculo materno-fetal. O enfermeiro deve orientar a gestante durante o trabalho de parto, amamentação e puerpério, procurando sempre evitar transtornos relacionados ao processo saúde-doença (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2017).

Existe um consenso de que o enfermeiro deve atuar como líder, gerente e educador no processo de cuidar em saúde, por isso a consulta de enfermagem é de extrema importância, pois há contato direto com a gestante com o objetivo de melhor compreensão de qualquer condição clínica que está sendo apresentada (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2017).

Portanto, o pré-natal deve trabalhar em conjunto de forma muito forte e positiva para evitar complicações para a saúde do feto e da mãe. Assim, a sistematização do trabalho de enfermagem (SAE) é uma importante ferramenta que o trabalhador de enfermagem dispõe para prestar um cuidado humanizado, planejado, individualizado e organizado, promovendo a saúde, o bem-estar físico, mental e social desses pacientes. Nesse sentido, reforça o cuidado integral e contínuo, o que de alguma forma contribui significativamente para a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro a essas gestantes (MARTINS *et al.*, 2015).

Nesse processo, o enfermeiro deve focar mais nos cuidados preventivos e nas atividades educativas para que possa aprimorar o cuidado que recebe. Portanto,

quando o profissional se sente um sujeito mutável que atua efetivamente no cuidado e cria uma relação de confiança com essas gestantes, o cuidado torna-se uma mudança, mesmo que existam obstáculos para a prestação do serviço, como falta de material, infraestrutura insatisfatória ou recursos humanos insuficientes (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PERÍODO PUERPERAL

O Ministério da Saúde identifica o puerpério como um período do ciclo gravídico-fetal, quando as alterações locais e sistêmicas decorrentes da gravidez e do parto da mulher retornam ao seu estado fisiológico normal. Este período começa uma ou duas horas após o nascimento e saída da placenta em consenso com a amamentação, no qual a mulher ainda passa por mudanças relacionadas à gravidez e o ciclo menstrual inicialmente não volta totalmente ao normal. O do puerpério é dividido em imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia) (BRASIL, 2020).

O período puerperal é um momento instável que requer o apoio da família, dos profissionais de saúde e da sociedade, pois a mortalidade materna é um problema de saúde pública. A situação de atenção obstétrica no país é precária: a maioria dos profissionais não é qualificada para o atendimento humanizado, há abortos clandestinos, centros obstétricos sem equipamento de ponta e em algumas áreas os comitês de saúde dos governos locais não conseguem fiscalizar (GOMES; SANTOS, 2017).

Apesar da maioria dos partos acontecer em hospitais, a mortalidade materna e infantil ainda é muito alta. As mulheres não utilizam de sua independência para reivindicar seus direitos porque alguns profissionais se atentam apenas ao modelo "tecnológico e mecânico" de assistência. Como resultado, as mulheres dão à luz em ambientes com equipe multidisciplinar, com qualificação insuficiente e recursos escassos, e com uma enorme mortalidade evitável (GOMES; SANTOS, 2017).

Embora a maioria das alterações pós-parto seja fisiológica, quando as mulheres entram no puerpério convivem com outros aspectos, tais como: medo, desafio, ansiedade e situações de risco que podem afetar negativamente o sistema binômio mãe-filho. Somam-se a esses riscos problemas já reais que mostram a

necessidade de a enfermagem estar mais próxima de ajudar este público (VIEIRA *et al.*, 2010).

O acesso a cuidados adequados durante o parto minimiza a morbidade e a mortalidade durante esse processo, e a falha em fornecer esses cuidados é geralmente durante a intervenção. Para otimizar o atendimento e evitar a perda de oportunidades, recomenda-se uma estratégia que aproveite a vida da mãe, cujo objetivo é levar a criança à puericultura e, juntos, oferecer ajuda à parturiente. Esta estratégia pode resolver o problema de acesso, otimizar o tempo do grupo e sobretudo permitir a observação diádica da mulher e da criança (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Considerando a importância da qualidade da assistência prestada à mulher durante o parto, destaca-se que o parto é um momento muito importante na vida da mulher, sendo necessário que o enfermeiro reserve espaço durante a consulta de pré-natal para disponibilizar uma comunicação efetiva, visto que, a mulher tem que enfrentar vários eventos novos que ela encontra em sua rotina pré-parto e puerperal (GARCIA; LEITE; NOGUEIRA, 2013).

O processo de assistência puerperal é uma fase especial que o enfermeiro necessita conduzir adequadamente a puérpera e a família, disponibilizando todas as informações necessárias para gerar um entendimento e posteriormente o autocuidado que é vital para se recuperar adequadamente. É fundamental dispor todo o suporte necessário que engloba tanto o cuidado neonatal quanto ao cuidado da mulher consigo mesmo e da sua família com ela (GARCIA; LEITE; NOGUEIRA, 2013).

O puerpério merece um olhar minucioso por parte dos formuladores de políticas, administradores, profissionais de saúde, comunidade e pesquisadores devido à clara evidência da importância do período do nascimento, a necessidade de cuidados mais competentes durante este período e a relação direta dos cuidados imediatos e cuidados pós-natais para saúde materno-infantil (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Humanizar o atendimento à parturiente significa cuidar de forma diferente, criando relações humanas entrelaçadas com sentimentos de empatia, respeito e afeto. Apesar disso, compreende-se que é um processo complexo que inclui diversas variáveis para atingir seus objetivos, como a articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde, programas e políticas públicas de saúde e gestão das instituições

que se baseiam nos requisitos de infraestrutura e recursos humanos para esse tipo de atendimento (CASSIANO *et al.*, 2015).

As dificuldades relacionadas à deficiência na estrutura física e nas condições de trabalho do hospital fragilizam a qualidade da assistência de enfermagem e, assim, dificultam o processo humanitário. De fato, a humanização da assistência prestada à mulher na gestação e parto, e principalmente no parto, passa por questões que vão desde o desenho de políticas públicas, a organização da rede de serviços até as dimensões específicas das práticas de saúde implementadas por profissionais da equipe multiprofissional (CASSIANO *et al.*, 2015).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) denomina-se quando se identifica um aumento na dosagem de glicose (hiperglicemia) na corrente sanguínea acima de 90 mg/dl em jejum no primeiro trimestre ou durante os demais, e assim tornando-se um grave distúrbio (ARAÚJO; PORTO, 2014). O diagnóstico clínico dessa doença se dá, referente a um maior risco de complicações obstétricas e fetais, assim como de elevada incidência de parto cesáreo (LEVIS *et al.*, 2013). Essa patologia ocasiona perda no bem-estar fisiológico do organismo, como retinopatia, excisão de membros, doenças coronarianas, distúrbios renais que afetam o processo de filtração do sangue e acidentes vasculares (TOSCANO, 2018).

Como estratégia para praticar a abordagem correta, o enfermeiro deve se colocar no lugar do paciente, para que possa avaliar se o cuidado que oferece é semelhante ao que gostaria de receber em situação semelhante. Dentro dessa proposta, o profissional pode identificar fatores de estresse e sensibilidade decorrentes de qualquer fase da gravidez (PEREIRA; CÁSSIA; SANTOS, 2019).

Dessa forma, compreender a humanização da assistência à mulher durante a gestação, parto e nascimento pode ampliar o caráter biopsicossocial da assistência ao desestruturar o planejamento profissional e os limites da equipe multiprofissional, mas essa ação envolve uma renegociação das competências das equipes multiprofissionais e pessoas que estão incluídas dentro de todo esse processo (PEREIRA; CÁSSIA; SANTOS, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de natureza documental, com abordagem quantitativa que teve por objetivo elencar o perfil epidemiológico e as patologias mais acometem as mulheres durante a gestação de alto risco entre os meses de outubro e novembro do ano de 2022 atendidas no município de Itaituba- Pará, visando através destes dados implementar e divulgar medidas de prevenção para esta população em destaque.

De acordo com Gil (2010) a pesquisa documental refere-se a um estudo mais aprofundado dos dados sociodemográficos e epidemiológicos que definem um caso ou grupo de pessoas em todos os aspectos. Portanto a pesquisa documental consiste em um estudo em grande escala e detalhado, ou seja, um complexo de um ou mais objetos que seu melhor conhecimento se caracteriza por coletar informações diretamente das anotações de documentos oficiais. Essencialmente solicitar informações, organizar informações de prontuários, sistemas do problema investigado e depois analisar quantitativa e qualitativamente para chegar a conclusões adequadas informações coletadas.

A pesquisa quantitativa pode ser entendida como explicar fenômenos por meio da coleta de dados numéricos que são analisados por métodos matemáticos (especialmente estatísticos). Assim, pode-se argumentar que, com esse tipo de pesquisa, busca-se a precisão dos resultados para evitar erros na análise e interpretação dos dados, o que aumenta a segurança das conclusões tiradas. Sua aplicação é comum em estudos descritivos que buscam relações entre variáveis e tentam descobrir características de um fenômeno (MINAYO, 2008).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi produzido no Município de Itaituba, que está situado nas seguintes coordenadas geográficas: 04° 16' 24" S e 55° 59' 09" W. Sua altitude é de 45 m em relação ao nível do mar, ocupando uma área de 62.111,60 Km², limitando-se geograficamente ao Norte: com o município de Aveiro; ao Sul: com o município de Jacareacanga; a Leste: com Altamira, Rurópolis, Novo Progresso e Trairão e a Oeste: com Jacareacanga e o Estado do Amazonas (IBGE, 2020).

3.3 POPULAÇÃO AMOSTRAL

O quantitativo total de prontuários verificados foi de 108 gestantes que receberam atendimento no período de outubro e novembro, todavia, a população foi composta por 20 prontuários de gestantes atendidas que se enquadraram como gestantes de alto risco.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de dados secundários obtidos através da análise dos prontuários das gestantes que deram entrada no hospital municipal de Itaituba- Pará em trabalho de parto. Foi utilizado como instrumento para a coleta um formulário estruturado de acordo com o objetivo da pesquisa. A primeira parte foi composta por dados sociodemográficos como: faixa etária, raça, escolaridade, estado civil e situação ocupacional. A outra parte com os antecedentes pessoais das gestantes focado nas patologias que identificaram essas gestantes como de alto risco, por fim, buscou-se verificar o tipo de parto que foi realizado.

A pesquisa documental refere-se a um estudo mais aprofundado dos dados sociodemográficos e epidemiológicos que definem um caso ou um grupo de pessoas em todos os aspectos, portanto, a pesquisa documental consiste em um estudo amplo e detalhado, ou seja, um ou mais objetos complexos que buscam melhor. O mesmo conhecimento caracteriza-se por coletar informações diretamente de anotações em documentos oficiais, essencialmente solicitar informações, organizar informações de prontuários, sistemas do problema em estudo e depois analisá-las quantitativa ou qualitativamente para chegar a conclusões relevantes (GIL, 2010).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada através de um formulário, contendo itens que atenderam ao objetivo do estudo, sendo observado um quantitativo maior de prontuários que foram analisados a fim de separar apenas os que se encaixaram como gestantes de alto risco.

Lakatos e Marconi (2003) sobre coleta de dados: “Etapa da pesquisa em que se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de se efetuar a coleta dos dados previstos”. Todos os itens foram considerados como variáveis independentes e as intervenientes emergiram da análise dos dados.

3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: prontuários de gestantes que se enquadravam nos critérios de idade avançada e patologias que categorizaram o atendimento de alto risco para essas mulheres. Exclusão: prontuários de gestantes que não se enquadravam nos critérios já mencionados, em consenso com aqueles que se identificavam com uma abordagem de atendimento normal, sem se categorizar como uma gestação de alto risco.

3.7 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos envolvidos e presumidos pelo estudo, dizem respeito ao sigilo das informações coletadas com a divulgação dos nomes das pacientes que participaram do estudo e que tem alguma patologia crônica. Dessa forma, o presente estudo pode apresentar riscos mínimos como desconforto emocional por parte da população, nesse contexto, o pesquisador suspenderá a pesquisa imediatamente se perceber alguma possibilidade de danos à dimensão ética, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos envolvidos na pesquisa.

O estudo apresenta benefícios, pois possibilita maior conhecimento acerca do quantitativo de gestantes de alto risco que são atendidas no Hospital Municipal de Itaituba. Essas informações são importantes para observar o perfil sociodemográfico e as principais características que identificadas em todo esse processo e análise documental dos prontuários. Dispondo um acervo acadêmico relevante sobre a temática em questão.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A investigação respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, tais como se apresentam (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, houve a investigação nos prontuários das gestantes atendidas no hospital municipal de Itaituba no ano de 2022 nos meses de outubro e novembro, a fim de evidenciar quais destas se categorizavam como gestações de alto risco. Observou-se um quantitativo de 108 prontuários, no qual apenas 20 destes foram utilizados para preencher o formulário de pesquisa para estruturar o referido tópico dos resultados e discussão dessa monografia. Buscando entender o perfil sociodemográfico (faixa etária, raça, estado civil, escolaridade e ocupação), em consonância verificou-se os antecedentes pessoais dessas gestantes e por fim o tipo de parto que foi realizado.

Nessa ótica, com base na coleta dos dados da referida pesquisa, foi possível identificar o seguinte dado sobre a faixa etária das gestantes, onde evidenciou-se uma média de 36 anos das participantes conforme disposto no gráfico 1.

Silva *et al.* (2019) realizaram um estudo no Município de Caxias, situado a 70 km da capital do Piauí, Teresina, em uma maternidade pública e um centro de Especialidade em Assistência Materno Infantil, no qual foi identificado que a maioria das gestantes atendidas em grau de alto risco tinham uma faixa etária entre os 25 a 36 anos, corroborando com os achados do nosso estudo que teve uma média de 36 anos das gestantes participantes.

Em consenso, Costa *et al.* (2016) produziu uma pesquisa realizada no Instituto da Mulher da Secretária de Saúde do Município de Francisco Beltrão-PR, onde os dados de 61 gestantes de alto risco foram obtidos em uma coleta realizada entre os meses de janeiro a junho de 2015, identificando a sua faixa etária das mulheres foi evidenciada entre 15 e 35 anos, discorrendo sobre uma disparidade nos achados da pesquisa de Silva *et al.* (2019) e na referida monografia com ênfase na idade da gestante mais nova atendida.

Em consonância aos estudos de Silva *et al.* (2019), Costa *et al.* (2016) e as faixas etária desse estudo, Guerra, Valette e Alves (2019) demonstram em seu estudo que as características sociodemográficas das gestantes se apresentaram da seguinte forma: 54% (n= 96) tinham uma idade que variou entre os 18 e 29 anos, enquanto que 33% (n= 58) apresentaram a faixa etária de 30 e 40 anos, 15% (n= 27) dessas gestantes se categorizaram com uma idade igual ou acima dos 35 anos. Cerca de 8% (n= 14) eram gestantes adolescentes e 1% (n= 2) continham uma idade de 15 anos

ou inferior a este valor. Sendo importante salientar que, esse estudo foi realizado em uma maternidade de um hospital universitário localizado em Niterói-RJ.

A faixa etária das gestantes do referido estudo teve uma média de 36 anos, evidenciando que uma idade avançada gera uma possibilidade maior de ocorrer uma gestação de alto risco devido as alterações fisiológicas que ocorrem no período gravídico. Dessa maneira, as mulheres ficam mais propensas a desenvolver intercorrências referente a esse dado analisado.

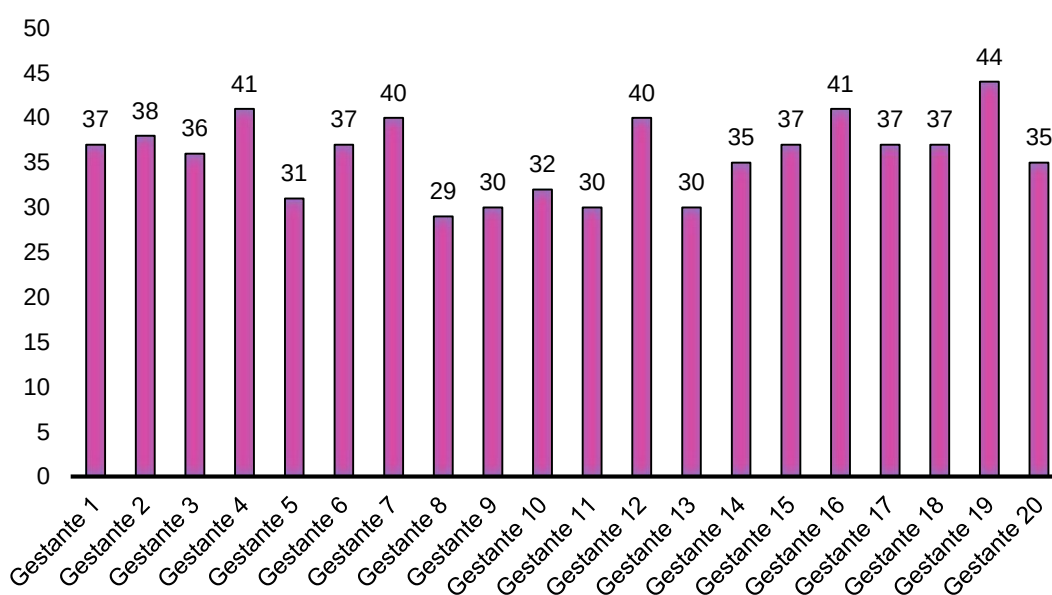


Gráfico 1 - Faixa etária das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023)

Quanto a raça, houve uma prevalência da parda com um quantitativo de 80% (n= 16) e da raça preta com 20% (n= 4) dados evidenciados no (gráfico 2).

Gadelha *et al.* (2020) construíram uma pesquisa em uma maternidade situada na cidade de Fortaleza-CE que é referência no atendimento de mulheres gestantes de alto risco. A amostra do estudo foi composta de 276 gestantes que tiveram o acompanhamento ambulatorial específico para pré-natal de alto risco, tendo assim uma predominância da raça parda 80% (n= 223), corroborando com a presente pesquisa que teve um percentual elevado da raça parda das gestantes identificadas.

Em contrapartida aos achados dessa monografia e do estudo de Gadelha *et al.* (2020), Rezende (2012) traz em seu estudo que a raça predominante no atendimento de alto risco foi a branca com 64%, seguido da raça afro-brasileira com 23%. Embora as pacientes negras sejam mais propensas a doenças como Hipertensão, doença

arterial coronariana, obesidade, acidente vascular cerebral, miomas e câncer de pele. Esses fatores não afetaram a qualidade gestacional das pacientes desse estudo que foi realizado no Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados-MS, cerca de 330 gestantes estavam cadastradas no período do estudo que ocorreu de janeiro a maio de 2011.

Entende-se que o Brasil é um país miscigenado, assim, quando se realiza uma pesquisa para averiguar a raça mais prevalente, a parda geralmente é a mais identificada. Nessa monografia foi possível observar que quase todas as mulheres foram identificadas como pardas, a inserção desse tipo de dado é fundamental para entender quais patologias ou características de intercorrências são mais recorrentes em determinada raça.

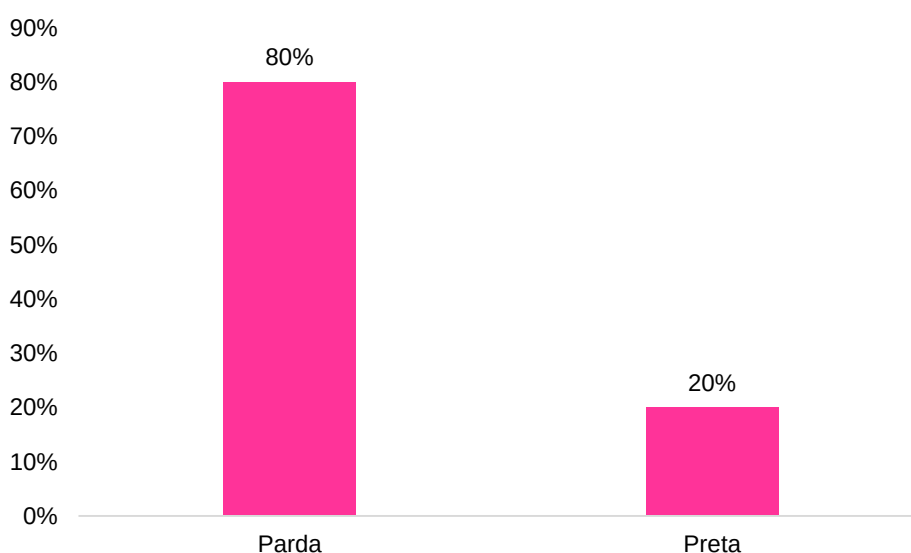


Gráfico 2 - Raça das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023)

Sobre o estado civil dessas mulheres, foi possível identificar que 55% (n= 11) estão em uma união estável, 25% (n= 5) são casadas e 20% (n= 4) são solteiras (gráfico 3)

Conforme o estudo de Almeida (2018), a situação conjugal das gestantes foi evidenciada da seguinte forma: as adolescentes atendidas não viviam com o companheiro, tendo um percentual de 75%. Por outro lado, as mulheres que foram categorizadas como adultas jovens e as que tinham uma idade avançada eram casadas ou viviam em uma união estável (58% e 69%), se assemelhando com os dados da referida monografia.

Corroborando com o estudo de Almeida (2018), a pesquisa de Silva (2019) apresentou um percentual de 67% (n= 67) como mulheres casadas ou em uma união estável, sendo que esses dados foram coletados e analisados de um Centro de especialidade em assistência materno infantil localizado em Teresina-PI.

Conforme os dados apresentados, grande parte das gestantes está em uma união estável com seus parceiros, entretanto, ao observar em alguns estudos como o de Almeida (2018), quando se trata de uma adolescente é notório que a maioria se apresenta como solteira sem nenhum vínculo com o pai da criança. Sendo assim, entende-se que esse dado pode dimensionar o processo de planejamento familiar e educação em saúde para evitar esse tipo de situação, prevenindo a gravidez precoce que também pode vir a se tornar uma gestação de alto risco.

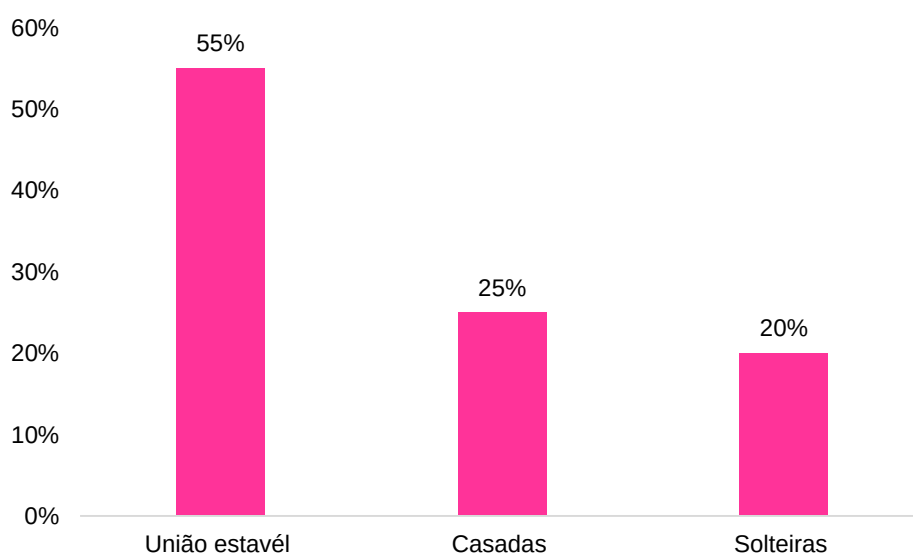


Gráfico 3 - Estado civil das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023)

A escolaridade das mulheres se apresentou da seguinte forma: ensino médio completo 20% (n= 4), ensino médio incompleto 35% (n= 7), ensino fundamental completo 20% (n= 4), ensino fundamental incompleto 20% (n= 4) e ensino técnico 5% (n= 1) demonstrado no (gráfico 4).

Segundo o estudo de Versiani e Fernandes (2012), uma baixa escolaridade é um fator de risco para uma gestação, devido à falta de instrução e capacidade de adesão ao autocuidado neste período. Assim, identificou-se que 11% (n= 15) gestantes tinham curso superior completo ou estavam cursando o ensino superior, enquanto que 47% (n= 65) tinham o ensino fundamental completo ou incompleto. Já

26% (n= 37) possuíam o ensino médio completo ou incompleto e por fim 16% (n= 23) eram analfabetas.

Em consenso, Jantsch *et al.* (2017) houve o desenvolvimento de um estudo em um ambulatório que atende gestantes de alto risco na região central do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta por 233 prontuários que tiveram o acompanhamento e foi identificado que 51% (n= 118) das gestantes apresentaram o ensino fundamental completo e 4% (n= 9) com o ensino superior completo.

O aspecto correlacionado com a escolaridade se destaca como um importante fator para determinar a capacidade preventiva na saúde da população, no referido caso em questão mulheres com uma maior escolaridade terão uma maior possibilidade de gerar o autocuidado em uma gestação de alto risco. Além disso, visualizando por outra ótica o aspecto preventivo e de comprometimento com o pré-natal será maior do que das mulheres que tem uma carência educacional para entender a importância desse cuidado.

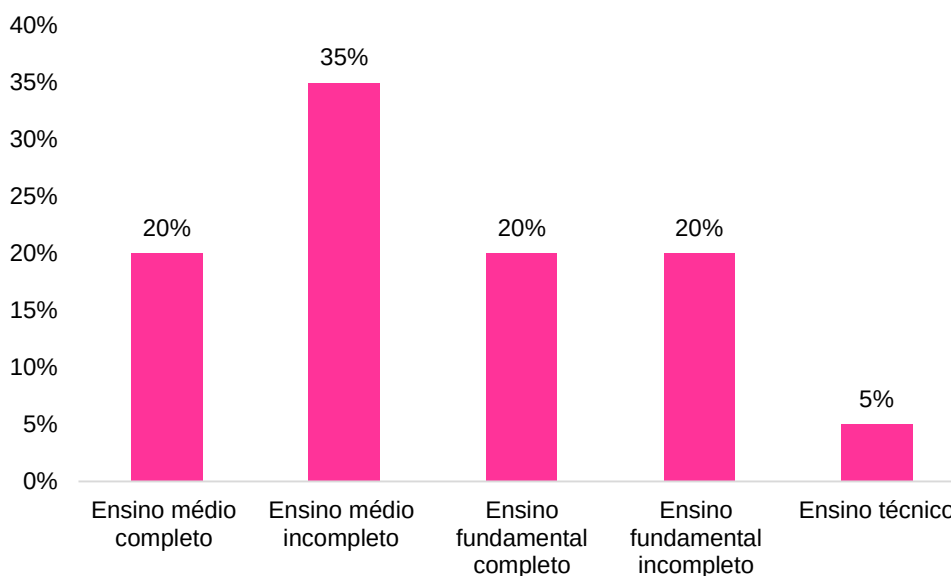


Gráfico 4 - Escolaridade das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023)

Fechando o perfil sociodemográfico, temos os seguintes dados: dona de casa 55% (n= 11), autônoma 15% (n= 3), estudante 15% (n= 3), consultora de vendas 10% (n= 2), tec. Em enfermagem 5% (n= 1) dados que foram destacados no (gráfico 5).

Gadelha *et al.* (2020) destacou o seguinte dado com ênfase na atividade laboral, no qual 62% (n= 172) exerciam atividade remunerada e apenas 18% (n= 51) possuíam carteira assinada no referido trabalho que estavam ocupando.

Almeida (2018) construiu um estudo em setembro de 2012 a setembro de 2017 sendo um lapso temporal de 5 anos de dados coletados no ambulatório da Rede Mãe Paranaense no Sul do Brasil. Demonstrando que, quanto ao trabalho remunerado a maioria das mulheres não possuíam ocupação remunerada (87%), sendo apenas donas de casa e sendo categorizadas na sua grande maioria como adolescentes, enquanto que as adultas jovens e gestantes em idade avançada tinham um trabalho remunerado, tendo um percentual de 57% e 70%.

Com base nas informações do estudo e da visualização na literatura foi possível identificar que grande parte das gestantes de alto risco se encontram sem nenhuma ocupação remunerada, sendo apenas donas de casa e dependendo apenas do seu companheiro. Esse aspecto traz à tona um processo enraizado sobre a capacidade que uma mulher pode ter nos dias atuais, visto que, muitas tem ocupado cada vez mais espaços de grande importância na sociedade, todavia, ainda existem aquelas que são submissas apenas ao trabalho doméstico. Esse fato provoca um maior dimensionamento de gestações indesejadas e de alto risco pelo cuidado deficiente durante esse período.

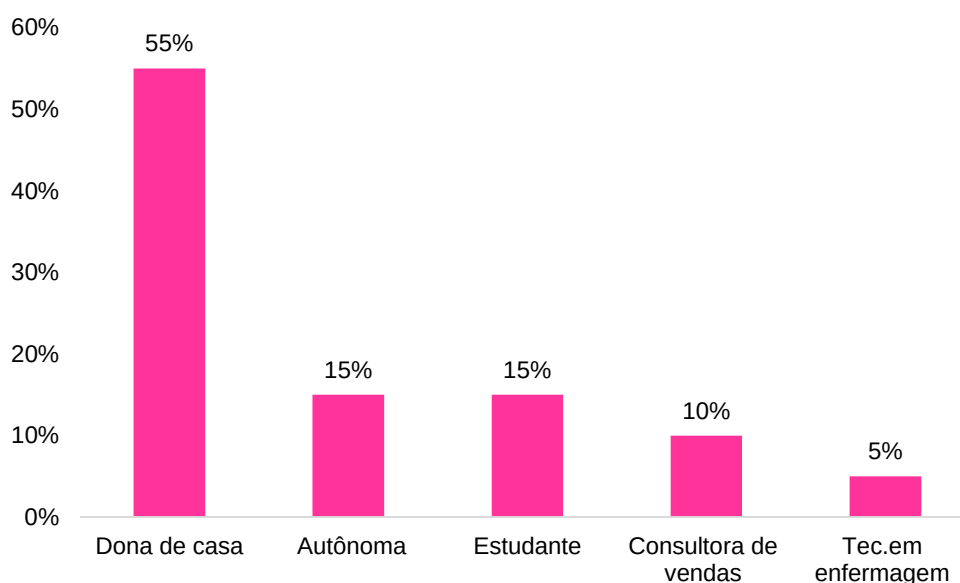


Gráfico 5 - Ocupação das gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023)

Nessa ótica, a monografia buscou identificar os antecedentes pessoais dessas mulheres focando em qual patologia que categorizou seu período gestacional como de alto risco. Na referida coleta evidenciamos que 45% (n= 9) possuem hipertensão arterial crônica, 35% (n= 7) são portadoras do diabetes mellitus tipo 2 e 20% (n= 4) contém cardiopatias não especificadas no prontuário, dados que foram dispostos no (gráfico 6)

Jantsch *et al.* (2017), realizou um estudo no ambulatório especializado na região central do Rio grande do Sul, no qual foram analisados 233 prontuários das gestantes de alto risco, identificando que as principais patologias encontradas foram Hipertensão Arterial com 21% (n= 49) e diabetes com 13% (n= 30).

Em consenso com o estudo de Jantsch *et al.* (2017), Guerra, Valet e Alves (2019) realizaram uma pesquisa com 25 mulheres demonstrando que as principais patologias encontradas foram o diabetes mellitus que se caracteriza quando existe uma intolerância a glicose e resistência à insulina. Além disso, casos de hipertensão arterial sistêmica que também foi encontrada, no qual as alterações pressóricas que ocorrem no organismo afetam o manejo gestacional.

Entrando em concordância com os achados de Jantsch *et al.* (2017), Guerra, Valet e Alves (2019) e os referidos dados evidenciados nessa monografia, Paiva *et al.* (2019) realizaram um estudo na Fundação Casa de Misericórdia do Pará em um período de janeiro a junho de 2016 no qual a hipertensão arterial foi a patologia mais frequente com 69% dos casos, enquanto que o diabetes teve um percentual de 31% dos Casos identificados. Demonstrando que a associação com as duas patologias é habitual quando se trata de uma gestação de alto risco.

As mulheres que tem uma patologia base instaurada antes de engravidar corroboram com a sua inserção em uma gestação de alto risco, visto que, conforme o estudo observou-se que a hipertensão e o diabetes foram os aspectos mais incidentes, sendo válido salientar uma curiosidade, as gestantes dessa monografia em sua totalidade já tinham essas patologias crônicas em seu organismo. Entende-se que uma mulher pode ter a possibilidade de ter uma hipertensão ou diabetes transitória na gestação e se tornar de alto risco, mas não se tornar uma portadora ao fim da gestação. Outro aspecto importante foram as cardiopatias que não foram especificadas no prontuário, mas que são elencadas como um grande fator de risco para uma gravidez.

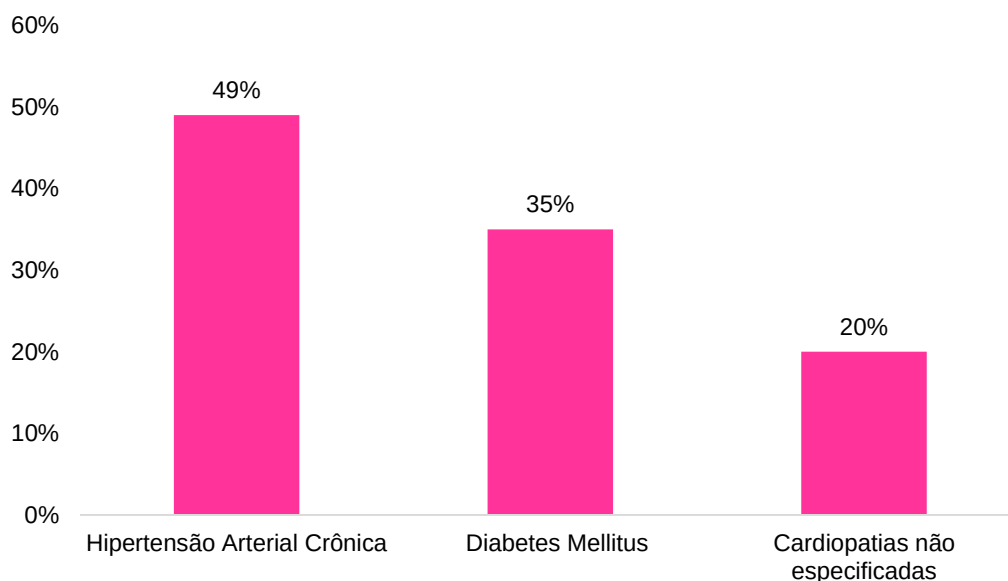


Gráfico 6 - Patologias identificadas nas gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023)

Em consonância, buscou-se destacar o tipo de parto que ocorreu com essas mulheres chegando em um quantitativo de 75% (n= 15) cesarianas realizadas e apenas 25% (n= 5) partos vaginais (gráfico 7).

Costa *et al.* (2016) fizeram uma pesquisa no Instituto da Mulher do Município de Francisco Beltrão localizado no estado no Paraná, no qual o tipo de parto mais frequente nas gestações de alto risco foi a cesariana, demonstrando um percentual de 80% (n= 49) dos 61 casos atendidos.

Santos, Campos e Duarte (2014) demonstram em seu estudo um dado contrário ao identificado na pesquisa de Costa *et al.* (2016) e os referidos dados dessa monografia, no qual dos 316 prontuários analisados 94 casos de gestação de alto risco foram manejadas, demonstrando que 65% (n= 61) dos partos foram do tipo vaginal e 35% (n= 33) foram cesarianas.

Corroborando com a presente monografia e o estudo de Costa *et al.* (2016), Versiani, Fernandes (2012) observou que dos partos realizados na maternidade de Barbora do município de Montes Claros-MG 51% foram cesárias e 49% partos vaginas, todavia, demonstrando que a maioria das gestações conseguiu ser a termo mesmo tendo um quantitativo maior de cesarianas.

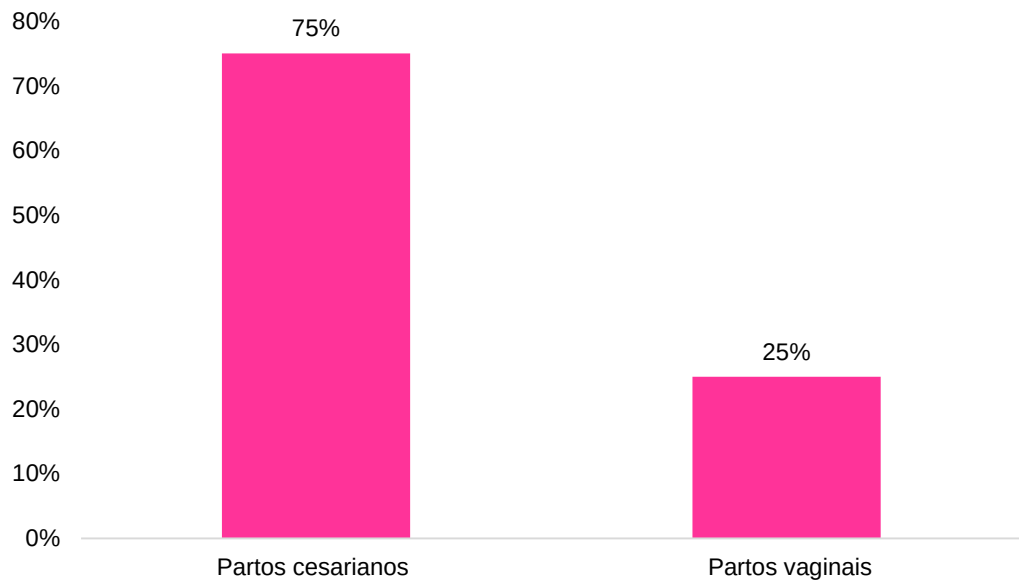


Gráfico 7 - Tipos de partos realizados nas gestantes participantes da pesquisa. Fonte: Soares e Ramos (2023)

O estudo alinhou as informações evidenciadas na literatura sobre a incidência do tipo de parto que é realizado em uma gestação de alto risco, sendo importante destacar o parto cesariano como o mais comum, por conta da sua segurança e controle de dados para esse processo que pode ser grave tanto para a gestante quanto para o feto.

5 CONCLUSÃO

Quanto ao perfil socioepidemiológico das gestantes houve a identificação de que as gestantes participantes tiveram uma idade média de 36 anos, a raça mais predominante foi a parda, o estado civil dessas mulheres de união estável, a escolaridade evidenciada foi o ensino médio incompleto e grande parte das gestantes eram donas de casa. Nessa ótica, o processo da identificação de um determinado perfil facilita os principais aspectos que estão envolvidas em determinados fatores sociais e epidemiológicos. No caso das gestantes de alto risco isso destaca quais são os principais indicadores associados com esse processo gestacional, que por sua vez geram risco para a mulher e para o feto.

Sobre os antecedentes pessoais das gestantes com ênfase nas principais patologias encontradas, evidenciamos que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus foram as mais incidentes. Por conta da faixa etária alterada evidenciada na monografia, as patologias observadas nas gestantes já eram crônicas e não foram em caráter transitório, o que dispõe um alto risco para a instalação de um período gestacional. Posto isso, outro fator foram as cardiopatias que não são muito comuns, mas que são extremamente preocupantes para uma gestação. Em consonância, o tipo de parto mais realizado foi o cesariano devido ao seu caráter de segurança e controle de dados para a mãe e para o filho no momento do nascimento.

Essa monografia se apresenta como um acervo acadêmico importante para quem deseja conhecer mais sobre a temática, visto que, as gestações de alto risco sempre vai ser prevalentes durante o atendimento em unidade básica de saúde e no hospital. Sendo assim, este trabalho é indicado para acadêmicos e profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem que estão mais próximos durante a realização das principais condutas. Indubitavelmente, foi possível atingir os objetivos propostos com foco na problemática levantada de forma satisfatória.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.G.; SILVA, F. C.; AYRES, E.P.Q.; MARQUES, V.M.; MARINHO, P.; SÁ, R.A.M. **Doppler hepático na pré-eclâmpsia e na síndrome HELLP**. *Femina*; v.43, n. 6, p.246-249. 2015.

ALMEIDA, B. B. P. Idade materna e resultados perinatais na gestação de alto risco. **Nursing (São Paulo)**, v. 21, n. 247, p. 2513-2517, 2018.

AREIA, A. L. **Anemia na gravidez e no puerpério**. *Acta Obstet Ginecol Port*, v. 13, n. 2, p. 127–133, 2019.

ARAÚJO, M. N. O.; PORTO, F. D. et al. Mulheres diagnosticadas com Diabetes Mellitus gestacional: um olhar por meio da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 4, p. 31504-31522, 2014.

BRASIL. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012 [document on the internet]. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 2012 [cited 2014 Sep 25]. Available from: [http:// conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf)

BRASIL. **Ministro de Estado da Saúde**, Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 5ª ed. Brasília, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Guia dos Direitos da Gestante e do bebê**. Brasília: **Ministério Da Saúde**, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **Secretaria de Políticas de Saúde**. **Área Técnica de Saúde da Mulher**. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco: manual técnico/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.** Cadernos de Atenção Básica n. 32; Normas e Manuais Técnicos. 2013.

BRASIL. Risco em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Resolução 466/96, artigo V.** Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRITO, K.K.G.; MOURA, J.R.P.; SOUSA, M.J.; BRITO, J.V.; OLIVEIRA, S.H.S.; SOARES, M. J. G.O. **Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG).** Revista de pesquisa Cuidado é fundamental online. v.7, n.3, p. 2717- 2725. 2015.

BRUNNER, F. D. C.; SUDDARTH, D. E. Implicações da hipertensão arterial e diabetes mellitus na gestação. **Dê Ciência em Foco**, v. 3, n. 2, p. 120-130, 2015.

BORTOLI, C.F.C.; BISOGNIN, P. et al. **Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal.** Revista Fundação Care Online, v. 9, n. 4, p. 978-983, 2017 out/dez.

COSTA, E.S.; PINON, G.M.B.; COSTA, T.S.; SANTOS, R.C.D.A.; NÓBREGA, A.R.; SOUSA, L.B.D. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene.** Fortaleza, v.11, n.2, p.86-93, abr/JUN.2010.

CASSIANO, A. N.; ARAÚJO, M. G.; et al. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2051-2060, 2015.

COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2003.

CALDAS, D. B. et al. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 66-87, 2013.

COSTA, L. D., PERONDI, A. R., CAVALHEIRI, J. C., Ferreira, A. S., Teixeira, G. T., & Bortoloti, D. S. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. **Rev. Rene.** V.17, n.4, p.459-465, 2016.

DUARTE, S.; LOPES, M.A.B. Adaptações do organismo materno à gravidez. In: LOPES, M.A.B.; ZUGAIB, M. Atividade física na gravidez e pós-parto. São Paulo: ROCA, 2010. **MODIFICAÇÕES CORPORAIS NA GESTAÇÃO** Disponível em

<http://liviafrulani.wordpress.com/2012/07/03/modificacoes-corporais-na-gestacao/>
acessado em 10 de maio de 2015.

DOMINGUES, R. M. S.; MADEIRA, R.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, Jacqueline Alves; FILHA, Mariza Miranda Teme; GAMA, Silvana Granado Nogueira;

ERDMANN A. L. A. S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 21, p.131-9, 2013.

FERREIRA JUNIOR, A. R. et al. O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, 2017.

FERNANDES et al., M. D. et al. Anemia megaloblástica: revisão de literatura. **Revista Saúde em Foco**. Ed, n. 11, p. 934-963, 2010.

GIACOPINI S. M., OLIVEIRA D. V., ARAÚJO A. P. S I. **Benefícios e Recomendações da Prática de Exercícios Físicos na Gestação**. Revista BioSalus, Maringá-PR, v. 1, n. 1, dez. 2016.

GOMES, Gabriella Farias; DOS SANTOS, Ana Paula Vidal. Assistência de enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 211-220, 2017.

GADELHA, I. P. et al. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. **Rev Rene**, v. 21, p. 6, 2020.

GUERRA, J. V. V.; VALETE, C. O. S.; ALVES, V. H. Perfil sociodemográfico e de saúde de gestantes em um pré-natal de alto risco. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 249-261, 2019.

GARCIA, E. S. G. F.; LEITE, E. P. R. C.; NOGUEIRA, D. A. Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. **Rev Enferm UFPE online**, v. 7, n. 10, p. 5923-8, 2013.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 5ª ed., 2010

IBGE (10 de outubro de 2002). Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Consultado em 5 de dezembro de 2010

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População no último censo. Município de Itaituba, 2020.**

JANTSCH, P. F. et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 9, n. 3, 2017.

KATZ, L.; AMORIM, M.M.R.; MIRANDA, G.V.; SILVA, J.L.P. **Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v.30, n..2. 2008.

KISNER, C., COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas.**

LEAL, M. C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam Saluda Publica.** V.37, n.3, 2015.

LAKATOS, E. M. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**, v. 5, 2003.

LANSKY, S.; FRICHE, A.A.D.L.; SILVA, A.A.M.D. et al. **Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência gestante e ao recém-nascido.** Caderno de Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. 5192-5207, 2014.

LUCIANO, Marta Pelizari; SILVA, Eveline Franco da; CECCHETTO, Fátima Helena. **Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes.** Revista de enfermagem UFPE, v.5, n.5, p.1261-266, 2011.

LEVIS, K. L. Comparação entre duas técnicas de genotipagem do HPV em mulheres com lesão intraepitelial de alto grau. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 37, p. 94-99, 2015.

MARTINS-COSTA, S.H; RAMOS, J.G.L; VALÉRIO, E.G; VETTORAZZI, J. **Eclâmpsia, síndrome de HELLP e fígado gorduroso agudo na gestação.** Rotinas em Obstetrícia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

MARTINS, Q. P. M. et al. Conhecimentos de Gestantes no pré-natal: Evidências para o cuidado de Enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008

NASCIMENTO, T. F. H. et al. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 4, 2018.

NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Coletiva**. v.24, n.2, p.252-261, 2016.

OLIVEIRA, V. J, PENNA, C. M. M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 21];71(Suppl 3):1304-12. Disponível em: [https:// doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497)

PEREIRA, G. E. **Exercícios físicos para gestantes: uma revisão de literatura**. 2015. Monografia – Universidade do sul de Santa Catarina – Unisul, Palhoça, 2015. 4. ed.

PEREIRA. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. *Feminina*, v.47. p.786-96, 2019.

PAULA, E. et al. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2021.

PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, p. 627-634, 2005.

PEREIRA, A. C. G. L.; DE CÁSSIA, A. R.; SANTOS, M. L. F. Estratégias de humanização na assistência de enfermagem a mulher no período de gestação, parto e puerpério. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 4, n. 6, p. 47-76, 2019.

PAIVA, D. S. B. S. et al. Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 2, p. e136-e136, 2019.

RODRIGUES, A.L. Implicações da hipertensão arterial e diabetes mellitus na gestação. **Revista DêCiência em Foco**, v.3, 2019.

ROSA, D.J.; SMITH, S.A. Interpretation of canine bone marrow. *Compend. Contin. Educ. Pract. Vet. Minnesota*. v.24. n.10, p.784-93.2010.

REZENDE, C. L. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em centro de atendimento à mulher do Município de Dourados, MS**. 2012. Tese de Doutorado. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, Brasil, 2012.

RODRIGUES, A. R. M. et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, 2017.

SASS, N. *Obstetrícia* / Nelson Sass e Leandro Gustavo de Oliveira. – 1. ed. – [Reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2017.

SANTOS. **Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia** – IMIP. Ed. MedBoock, 1º Ed. Cap 4; p. 41-47, Rio de Janeiro - 2010.

SILVA, C. A; SOMMER, J. A; SILVEIRA, E. F; VIVIAN, A. G. Gestação de alto risco: vulnerabilidade social e fatores socioeconômicos. **Conjecturas**, vol. 21, p. 592-608, 2021.

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. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 13-22, 2014.

SILVA, J. D. C. et al. Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. e451-e451, 2019.

SILVA, M. P. B. et al. O pré-natal e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 9, pág. e9410917173-e9410917173, 2021.

SOUZA, A. B. Q.; FERNANDES, B. M. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. **Rev Rene**, v. 15, n. 4, p. 594-604, 2014.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. **A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura.** RevEscEnferm USP, v. 45(5), p.1250-5, 2011.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. **As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?** Rev. bras. enferm. 2009, v.62, n.3, p. 424-429. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/14.pdf> >. Acesso em: 20 Out. 2013.

TOSCANO, M. R. **Factores de riesgo y su relación con desgarros vulvo perineales en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro año 2018.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. BABAHOYO, UTB, 2018.

VERSIANI, C. C.; FERNANDES, L. L. Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. **Revista Renome**, v. 1, n. 1, p. 68-78, 2012.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 83-89, 2010.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. **Qualidade da atenção pré-natal na estratégia de saúde da família** – Rev. bras. enferm. Brasília vol.61, n.5, p.595-602 set-out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>. Acesso em: 20 out.2013

ZUGAIB, M. **Obstetrícia.** Barueri, SP: Manole, 2012



ANEXO- A: CARTA DE ANUÊNCIA

Senhor: Iamax Prado Custódio.

Solicitamos, autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **Perfil Socioepidemiológico Das Gestantes De Alto Risco Atendidas No Hospital Municipal De Itaituba, Pará, Brasil** a ser realizada na Faculdade de Itaituba - FAI, pelas alunas de graduação Karisa Cardozo Soares e Maykelle Derlanne Silva Ramos, sob orientação da Prof. Me. Cristhianny Almeida e Silva Aguiar, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): **Objetivo geral:** Evidenciar o perfil socioepidemiológico e os antecedentes pessoais focado nas patologias das gestantes atendidas no hospital municipal de Itaituba. **Objetivos específicos:** Identificar o perfil socioepidemiológicos com base nos seguintes aspectos (faixa etária, raça, estado civil, escolaridade e ocupação); destacando quais patologias que as gestantes apresentavam como critério para gestação de alto risco; averiguando também o tipo de parto que foi realizado nas gestantes que participaram da pesquisa.

Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos com **local a ser coletado**.

Ao mesmo tempo, peço autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressalto que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradeço antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba – PA, ____ de _____ de _____.

Karisa Cardozo Soares/ Maykelle Derlanne Silva Ramos

() Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição

ANEXO- B: TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS-TCUD

Nós, Karisa Cardozo Soares, Maykelle Derlanne Silva Ramos e Cristhianny Almeida e Silva Aguiar, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Perfil Socioepidemiológico das Gestantes de Alto Risco Atendidas no Hospital Municipal, Pará, Brasil, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de consultas, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito a Gestantes de Alto Risco atendidas entre as datas de outubro e novembro de 2022 na cidade de Itaituba, Pará, Brasil.

ANEXO- C: FORMULÁRIO DE PESQUISA**1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

FAIXA ETÁRIA_____

RAÇA_____

ESTADO CIVIL_____

ESCOLARIDADE_____

OCUPAÇÃO_____

2- DADOS EPIDEMIÓLOGICOS

ANTECEDENTES PESSOAIS_____

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES_____

TIPO DE PARTO REALIZADO_____

OBS:_____