

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

**CARLA GABRIELA MENIN HASS
MARINA FELTRIN**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL E AS PATOLOGIAS MAIS
COMUNS APRESENTADAS POR GESTANTES DE ALTO RISCO EM UM
MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

**CRICIÚMA
2023**

**CARLA GABRIELA MENIN HASS
MARINA FELTRIN**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL E AS PATOLOGIAS MAIS
COMUNS APRESENTADAS POR GESTANTES DE ALTO RISCO EM UM
MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Projeto de Trabalho de Conclusão do Curso
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense - UNESC, para a obtenção do título
de bacharel em enfermagem.

Orientador(a): Prof. (a) Enf. Cecília Marly Spiazzi
dos Santos

**CRICIÚMA
2023**

**CARLA GABRIELA MENIN HASS
MARINA FELTRIN**

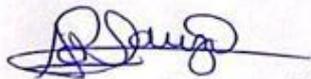
**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL E AS PATOLOGIAS MAIS
COMUNS APRESENTADAS POR GESTANTES DE ALTO RISCO**

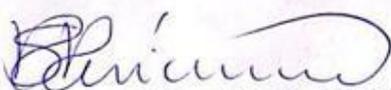
Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela Banca Examinadora para
obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Criciúma, 27 de novembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Ms Cecília Marfy Spiazzi dos Santos - UNESC - Orientadora


Prof.^a Ms Rozilda Lopes de Souza - UNESC - Banca Examinadora


Prof.^a Ms Susane Raquel Périco Pavei - UNESC – Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre presente fazendo com que não desistíssemos.

A nossa Senhora do Caravaggio pela sua proteção e assistência.

A nossa família, em especial nossos pais Carlos Alberto Hass (*in memoriam*), Ivete Menin, Pedro Leoberto Feltrin e Vanete Terezinha Casagrande Feltrin.

A nossa orientadora Prof^a Ms. Cecília Marly Spiazzi dos Santos, por todo seu suporte e conhecimento, sempre nos incentivando e mostrando que somos capazes.

E a todos os amigos e professores que ajudaram diretamente ou indiretamente para que nos tornássemos profissionais com integridade e ética.

“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos”.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

A gestação é algo natural que ocorre na vida da maioria das mulheres e que traz transformações que necessitam de acompanhamento. O pré-natal tem como intuito conhecer o histórico gestacional anterior, atual e as condições clínicas prévias dessas gestantes e classificá-las como baixo, médio ou alto risco na primeira consulta e mantendo-se nas consultas seguintes, rastreando-se de possíveis patologias que antes eram ausentes e que manifestaram-se em determinado período da gestação, contribuindo assim para a prevenção da morbimortalidade materna e neonatal. Este estudo teve como objetivo identificar a pontuação e as características que classificam as gestantes com alto risco gestacional, assim como pontuar as patologias mais apresentadas. O estudo foi quantitativo, descritivo, transversal, documental e de campo. Foram avaliados os prontuários das gestantes classificadas como alto risco, sendo selecionados 8 prontuários. Os critérios considerados na ficha de estratificação de risco foram: características individuais, condições socioeconômicas e familiares, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual, condições clínicas prévias à gestação. Em resultado, podemos avaliar que as gestantes apresentam pontuação entre 11 e 54 pontos, e entre as patologias apresentadas, as mais comuns são: sobrepeso, DMG, HAs e tireoideopatias. Patologias essas que intensificam um desfecho desfavorável na gravidez, o que destaca a importância da assistência ao pré-natal, para que seja realizado de maneira minuciosa, a fim de identificar todas as características dessa gestante além da correta passagem de informações ao prontuário.

Palavras-chave: Complicação na gravidez; Pré-natal; Gravidez de alto risco.

ABSTRACT

Pregnancy is a natural occurrence in most women's lives and brings about changes that need to be monitored. The purpose of prenatal care is to learn about the previous and current gestational history, the previous clinical conditions of these pregnant women, and to classify them as low, medium or high risk at the first appointment. This classification must be maintained at subsequent appointments to allow for screening for possible pathologies that were previously absent and could have manifested themselves at a certain time during the pregnancy, which can contribute to the prevention of maternal and neonatal morbidity and mortality. The objective of this study was to identify the scores and characteristics that classify pregnant women at high gestational risk, as well as the most frequent pathologies. The study was quantitative, descriptive, cross-sectional, documentary and field-based. The medical records of pregnant women classified as high risk were assessed, and 8 were identified. The criteria considered in the risk stratification form were: individual characteristics, socio-economic and family conditions, previous reproductive history, clinical/obstetric complications in the current pregnancy, clinical conditions prior to pregnancy. As a result, we can see that the pregnant women scored between 11 and 54 points, and among the pathologies presented, the most common are: overweight, Gestational diabetes Mellitus, hypertension and thyroid disease. These are pathologies that intensify an unfavorable outcome in pregnancy, which highlights the importance of care for pregnant women.

Keywords: Pregnancy complications; Prenatal care; High-risk pregnancy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Individuais, Condições Socioeconômicas e Familiares ...	42
Tabela 2 - História Reprodutiva Anterior	43
Tabela 3 - Intercorrências Clínicas/Obstétricas na Gestação Atual	44
Tabela 4 - Condições Clínicas Prévias à Gestação	46
Tabela 5 - Pontuação Geral	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AHA	American Heart Association
BI	Bomba de Infusão
CE	Consulta de Enfermagem
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
DMG	Diabete Melito Gestacional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
DCV	Doença Cardiovascular
DHL	Desidrogenase Láctica
DOHAD	Desenvolvimento da Hipótese da Saúde e Doença
EV	Endovenoso
ELISA	Enzima-Imunoensaio
ELFA	Imunoensaio Fluorescente Ligado a Enzima
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
GAR	Gestação de Alto Risco
HCG	Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana
HB	Hemoglobina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HELLP	Hemolysis (Hemólise), Elevated (Elevado), Liver (Fígado), Enzymes (Enzimas), Low (Baixa) and Platelet (Plaqueta), Count (Contagem).
IM	Intramuscular
ITU	Infecção do Trato Urinário
IGM	Imunoglobulina M
IGH	Imunoglobulina G
IGA	Imunoglobulina A
IGE	Imunoglobulina E
LA	Líquido Amniótico
LSD	Ácido Lisérgico Dietilamida
MGSO4	Sulfato de Magnésio

MEIA	Ensaio Imunoenzimático de Micropartículas
MS	Ministério da Saúde
NO	Óxido Nítrico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PEG	Pré-eclâmpsia Grave
QI	Quociente de Inteligência
RCF	Restrição de Crescimento Fetal
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
RPM	Ruptura Prematura de Membranas
RPMO	Ruptura Prematura de Membranas Ovulares
RN	Recém Nascido
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SES	Secretaria de Estado da Saúde
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
TNFA	Fator de Necrose Tumoral-Alfa
TGO	Transaminase Oxalacética
TSH	Hormônio Estimulador da Tireoide
T4	Tiroxina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	11
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
2 PRESSUPOSTOS	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	16
4.2 REDE CEGONHA.....	17
4.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM	18
4.4 HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NO NASCIMENTO	19
4.5 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES	21
4.5.1 Sobrepeso	21
4.5.2 Obesidade	21
4.5.3 Tabagismo	22
4.6 HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR.....	23
4.6.1 Abortamento	23
4.6.2 Pré-Eclâmpsia	25
4.6.3 Eclâmpsia	26
4.6.4 Síndrome Helpp	27
4.7 INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL.....	28
4.7.1 Hipertensão gestacional	28
4.7.2 Diabetes melitos gestacional	28
4.7.3 Infecção no trato urinário	29
4.7.4 Cálculo renal	30
4.7.5 Polidrâmnio/oligoidrâmnio	30
4.7.6 Anemia	31
4.7.7 Sífilis	32
4.7.8 Toxoplasmose	33
4.7.9 O uso de drogas	34

4.7.10 Drogas lícitas	35
4.7.11 Drogas ilícitas	35
4.8 CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	36
4.8.1 Tireoideopatias	36
4.8.2 Doença psiquiátrica grave	37
4.8.3 Pneumopatia grave	37
5 MÉTODO	39
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
5.2 LOCAL DE ESTUDO	39
5.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	40
5.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	40
5.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	40
5.6 COLETA DE DADOS	40
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	41
5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
5.9 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE (S)	61
APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS.....	62
ANEXO (S)	64
ANEXO 1 - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	65
ANEXO 2 - CARTA DE ACEITE.....	67
ANEXO 3 - INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ESTACIONAL	68

1 INTRODUÇÃO

O termo “gestação de alto risco” é abrangente e diz respeito a todas as situações que podem intervir na evolução normal de uma gestação, focalizando tanto aspectos relativos à saúde materna quanto à fetal. Diversos fatores podem influenciar na estimativa de risco gestacional que podem ser identificados já no período pré-concepcional, sendo, portanto, de grande importância, o desenvolvimento de investimentos assistenciais para preparar o organismo materno para uma gravidez a fim de diminuir seus efeitos (Guazzelli; Abrahão, 2007).

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido (Ministério da Saúde, 2022a).

A enfermagem pode atuar de forma significativa para a redução das complicações relacionadas com a função reprodutiva através de uma adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ampliando os horizontes para a equipe assistir melhor as gestantes de alto risco nos serviços de pré-natal e na orientação de planejamento familiar, de acordo com seu contexto socioeconômico-cultural (Dourado; Pelloso, 2006).

A realização da assistência pré-natal é uma das práticas desenvolvidas por ambos os modelos de atenção primária. Alguns autores destacam uma relação direta entre a assistência pré-natal adequada e o nascimento do recém-nascido saudável. Em outras palavras, quando os cuidados primários são oportunos e corretamente conduzidos durante a gestação, o risco de desfechos como baixo peso ao nascer e prematuridade pode ser reduzido (Frigo *et al.*, 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA

A gestação é um evento fisiológico na vida da mulher, caracterizado por intensas transformações e cada uma lida com essas mudanças de um modo muito particular. Entretanto, essas transformações, que geram mudanças físicas e emocionais, demandam um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde e envolvem, também, o apoio dos familiares (Rezende; Souza, 2012).

O acompanhamento pré-natal, por meio de ações preventivas, busca assegurar o saudável desenvolvimento da gestação e possibilitar o nascimento de um bebê saudável, com preservação de sua saúde e de sua mãe (Marques *et al.*, 2021). Essa identificação de risco deverá ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e deverá ser dinâmica e contínua, sendo revista a cada consulta (Ministério da Saúde, 2022a).

Os cuidados pré-concepcionais surgem, nesse contexto, para diagnosticar e tratar adequadamente, o mais cedo possível, as condições relacionadas a complicações durante a gravidez, com a intenção de promover a futura saúde materno-fetal. As mortalidades ou morbidades materna, fetal e neonatal são maiores em um pequeno grupo da população que apresenta determinados fatores de maior risco, classificado como população de alto risco (Zugaib; Francisco, 2020).

O profissional responsável pelo atendimento da gestante deve ter conhecimento técnico-científico e aplicar o mesmo aos recursos disponíveis, conforme a realidade da sua unidade. Além disso, quando classificada como de alto risco, a gestante poderá ser encaminhada para um acompanhamento secundário ou terciário, aonde uma equipe qualificada para tal atendimento fica devidamente informada do quadro clínico daquela gestante. A equipe de referência deve ser composta por especialistas encarregados de apoiar a condução do seguimento pré-natal nas gestantes com condições clínicas específicas. Essa equipe deve incluir obstetras, especialistas em medicina materno-fetal, outras especialidades médicas e não médicas para fornecer um conjunto coordenado de serviços de saúde perinatal com base no nível de risco identificado (Ministério da Saúde, 2022).

É importante ressaltar que durante toda a gestação podem ocorrer complicações que tornam uma gestação normal em gestação de alto risco. 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 a que estão expostas (Ministério da Saúde, 2001). Com o acompanhamento seguido de forma correta e ininterrupta, a gestante terá uma maior possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila. Ademais, um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, além de dar assistência em todas as suas necessidades (Brito *et al.*, 2021).

Diante desta, cada gestante deve ter sua estratificação de alto risco feita de forma correta com as pontuações certas para cada patologia encontrada. Cada

patologia corresponde a uma pontuação sendo classificada como alto risco acima de 10 pontos, porém nem todos os profissionais vão afundo para saber se a gestante pode ter mais doenças que irá classifica-la com mais de 10 pontos.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a pontuação que as gestantes apresentam e quais as principais patologias apresentadas por gestantes classificadas como alto risco no pré-natal realizado na unidade básica de saúde?

2 PRESSUPOSTOS

P1 - A gestante sem risco presumido chega a UBS/ESF onde é realizada a consulta de Enfermagem e aplicada a estratificação de Risco;

P2 - As intercorrências/condições mais comuns, que serão informadas nos prontuários para a estratificação de risco de gestantes, serão: Sobrepeso, DMG, Tireoideopatias e HAs;

P3 - Os encaminhamentos das gestantes classificadas como de alto risco serão para o serviço especializado do município.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a pontuação e as características que classificam as gestantes com alto risco gestacional, assim como pontuar as patologias mais apresentadas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os prontuários das gestantes classificadas como gestação de alto risco;
- ✓ Realizar as pontuações de cada gestante;
- ✓ Denominar as principais patologias apresentadas por essas gestantes;
- ✓ Descrever as condições e intercorrências clínicas ou obstétrica na gestação.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Estratificar o risco gestacional é fundamental para o seguimento à saúde, considerando sua capacidade de reduzir a morbimortalidade materna e infantil por causas evitáveis. A estratificação deve ser realizada desde o início do pré-natal até o momento do parto pelo médico ou enfermeiro e registrada no prontuário e na carteira de saúde da gestante, visto que o atendimento será realizado de forma mais adequada e, conseqüentemente, contribuirá favoravelmente para a redução dos índices de mortalidade (Bender *et al.*, 2021).

A avaliação pré-natal nada mais é do que o exame clínico, a anamnese, um dos métodos de coleta de dados mais comuns na enfermagem. A enfermeira tem um papel importante na anamnese. Ela realiza a visita de enfermagem, ou a primeira consulta de enfermagem, coletando dados subjetivos e objetivos relativos ao seu estado geral e à gravidez. Toda a história da gestante deve ser relatada na primeira consulta, devendo ter um tempo extra para essa consulta, em ambiente adequado, tranquilo, onde a gestante se sinta segura e diminua sua ansiedade com relação à gestação. É importante que nesse primeiro contato toda a equipe de saúde passe segurança e confiança à gestante (Santos, 2009).

A gestante de alto risco deve ser atendida pela equipe de APS e referenciada para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) estadual, regional ou municipal para acompanhamento por equipe multiprofissional (médico obstetra, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, entre outros). O AAE deve compartilhar o cuidado com a equipe de APS por meio da elaboração e monitoramento do plano de cuidados, monitoramento dos marcadores clínicos de estabilização, vigilância para rápida identificação e intervenção nas intercorrências clínicas e obstétricas, realização e avaliação dos exames especializados, visitas domiciliares mais frequentes e vigilantes, vinculação à maternidade de alto risco de referência para o parto e nascimento e ações de rotina do pré-natal descritas para todos os estratos de risco (Governo do Estado de Santa Catarina, 2022).

4.2 REDE CEGONHA

O Brasil lançou a Estratégia Rede Cegonha (RC) em 2011 com ações voltadas a assegurar atenção qualificada e pautada em direitos às mulheres e crianças no ciclo gravídico-puerperal até os dois anos de idade, somando-se aos programas e propostas já instituídos a nível nacional 2-4. A RC, em consonância com reivindicações dos movimentos de mulheres relativas à violência obstétrica, assumiu a necessidade de mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento e de redução da morbimortalidade materna e neonatal, trazendo, no rol de ofertas, o apoio institucional amplo a gestores e a serviços estratégicos (Vilela *et al.*, 2021).

Na regulamentação da RC, foram estabelecidos três objetivos: (i) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; (ii) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade; e (iii) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. As suas Diretrizes dizem respeito à: (i) garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, (ii) ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; (iii) garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (iv) garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (v) garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e (vi) garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (Silva *et al.*, 2021).

As estratégias adotadas pela RC são fortemente embasadas em evidências científicas que demonstram os benefícios da atenção ao parto por enfermeiras e obstetrias, tanto para as mulheres quanto para os seus filhos 7,8, levando ao aumento da satisfação, sem prejuízo aos indicadores perinatais (Gama *et al.*, 2021).

Segundo Arana *et al.* (2023), a atuação do profissional enfermeiro na educação em saúde às gestantes trata-se de um processo de suma importância, pois, torna mulheres mais capacitadas e conscientes da necessidade de realizar um ciclo gravídico-puerperal com o acompanhamento e desenvolvimento de ações de educação em saúde. Desta forma, através da efetividade de um profissional que, além de capacitador é cuidador, a mulher, conhecendo a fisiologia da gravidez e etapas do

parto, previne situações de violência obstétrica, além de, lidar de forma clara e coesa com o processo de parto, puerpério, aleitamento e cuidados com o recém-nascido.

4.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Constata-se a pluralidade da atuação do enfermeiro nas consultas, sempre confirmando a sua função principal como educador em saúde (Machado; Andres, 2021). A consulta de Enfermagem (CE) é uma tecnologia levedura que trabalha promovendo a melhora do autocuidado na proporção em que viabiliza ao usuário expandir capacidades próprias para aprimorar a sua qualidade de vida. É uma ferramenta em que o profissional enfermeiro dispõe absoluta autonomia para elaborar metodologias de cuidado integral para a promoção da saúde do usuário, da família ou da população. A realização da CE tem seu arcabouço legal sustentado pela Lei do Exercício Profissional, nº 7.498/86, que a legitima como sendo uma atividade privativa do enfermeiro, ou seja, está entre as atividades que somente podem ser executadas pelo enfermeiro (Silva; Santos, 2016). Ao enfermeiro cabem tarefas diretamente relacionadas com sua atuação com o cliente, liderança da equipe de enfermagem e gerenciamento de recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação para a prestação da assistência de enfermagem. Do enfermeiro são exigidas conhecimentos, habilidades, atitude adequada para desempenhar seu papel e, acima de tudo, idoneidade para que os membros de sua equipe tenham competência para executar as tarefas que lhes são destinadas (Stolarski; Teston; Kolhs, 2009).

A assistência ao pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar eficientemente e obter um resultado favorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou para o bebê (Nascimento *et al.*, 2018).

Na maioria das situações, as consultas de enfermagem tanto de baixo como de alto risco contemplaram a prática do exame físico obstétrico completo, aferição de peso e pressão arterial, medição da altura uterina, ausculta de batimentos cardíacos fetais quando em idade gestacional adequada ao exame, acompanhamento dos resultados de todos os exames solicitados a cada trimestre gestacional (Silva *et al.*, 2019).

Existem cuidados diferenciados nas gestações de alto e baixo risco, o de alto risco requer um olhar mais específico da Enfermagem, desta forma, a assistência de baixo risco tende a ter seus anseios já solucionados no atendimento primário, enquanto o pré-natal de alto risco é mais complexo com necessidade de uma intervenção especializada e sendo assim teremos uma positividade em identificar precocemente, as gravidades da gestação de alto risco e intervir na boa evolução do caso, prevenindo o, é quando a equipe identifica casos de pré-eclâmpsia com presença da pressão arterial subindo a todo o momento (Lima *et al.*, 2019).

4.4 HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NO NASCIMENTO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria/GM 569, de 1º de junho de 2000, com base na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido (RN) e à mulher no puerpério, representou grande avanço no cuidado à saúde desse grupo de pacientes e objetivou a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil com a implementação de medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade dos serviços prestados por meio de uma série de investimentos na rede pública (Silva Filho; Laranjeira, 2017).

A assistência ao pré-natal, em consonância com o Ministério da Saúde, é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ou seja, faz-se a manutenção e a promoção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, trazendo informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente (Brito *et al.*, 2021).

Segundo Montenegro e Filho (2017), os objetivos básicos da assistência pré-natal são:

- ✓ Orientar os hábitos de vida (higiene pré-natal);
- ✓ Assistir psicologicamente a gestante;
- ✓ Preparar a gestante para a maternidade: instruí-la sobre o parto (parto humanizado), dando-lhe noções de puericultura;
- ✓ Evitar o uso de medicação e de medidas potencialmente prejudiciais ao feto (p. ex., teratogênese);
- ✓ Tratar os pequenos distúrbios da gravidez;

✓ Realizar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças próprias da gravidez ou nela intercorrentes.

O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal. A partir da identificação de risco, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início ou próximo ao termo (Governo do Estado de Santa Catarina, 2022). É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher (Ministério da Saúde, 2016).

No Brasil, não há estatísticas da época de início do pré-natal; no entanto, segundo dados do DataSUS, em 2010, do total de 2.836.805 nascidos vivos, apenas 61% (1.733.492 nascidos vivos) tiveram sete ou mais consultas de pré-natal. Conforme o número de consultas realizadas, é possível inferir que o início do pré-natal no Brasil ainda é tardio (Zugaib; Francisco, 2020).

O acompanhamento pré-natal é de suma importância pois permite aumentar a garantia de um desenvolvimento saudável para a criança e certamente uma diminuição dos riscos para as gestantes, além de poder detectar patologias que acometiam a paciente anteriormente como também as desenvolvidas durante a gravidez, porém, com um quadro evolutivo silencioso, são exemplos, diabetes, anemias, hipertensão arterial, sífilis, doenças do coração, dentre outras. Assim, o diagnóstico precoce permite a implementação de um tratamento eficaz no intuito de evitar um maior prejuízo a mulher e ao conceito, não só durante a gestação, mas por toda sua vida (Brito *et al.*, 2021a). A seguir será caracterizado cada patologia acima citada.

4.5 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES

4.5.1 Sobrepeso

Em mulheres gestantes, ocorrem diversas alterações fisiológicas, dentre elas, o ganho de peso resultante do aumento de tecidos maternos (útero, tecido adiposo, aumento das mamas, placenta, crescimento fetal, líquido amniótico). Esse aumento de peso pode ser influenciado por fatores sociodemográficos (escolaridade, idade, presença de companheiro etc.), fatores nutricionais (estado nutricional do início da gravidez e ganho energético), obstétricos (paridade, intervalo interpartal) e comportamentais (hábito de fumar ou beber) (Silva *et al.*, 2023).

Essa condição no período gestacional aumenta as chances de complicações para a mulher, como diabetes mellitus gestacional, síndromes hipertensivas na gestação, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, maior retenção de peso pós-parto cesariana e aumento do risco de obesidade futura. Há, também, riscos para o conceito, como macrosomia fetal, recém-nascido grande para idade gestacional (GIG), rupturas cardíacas, defeitos do tubo neural e morte fetal (David *et al.*, 2023).

Gestantes com sobrepeso, obesas ou com ganho de peso descompensado podem contribuir para a alta taxa de mortalidade infantil. Bebês nascidos de mulheres que começaram as gravidezes previamente obesas têm cerca de 40% de chance a mais de morrer do que bebês nascidos de mães com peso adequado. Silva *et al.* (2023).

4.5.2 Obesidade

A obesidade define-se por excesso de tecido adiposo na composição corporal de um indivíduo, a mesma possui causa multifatorial e se caracteriza por altas taxas de agravos e mortes no mundo. De acordo com o Ministério da Saúde, 1 em cada 5 pessoas apresenta sobrepeso, tendo o índice da obesidade crescido cerca de 7% entre 2006 e 2016 (Brandão; Silva; Siqueira, 2019). O ganho de peso exagerado durante a gestação é forte preditor de complicações. Diversos estudos epidemiológicos o associaram a alterações glicêmicas, síndromes hipertensivas, complicações no parto e complicações cardiometabólicas futuras (Zugaib, 2023).

Segundo Ramos *et al.* (2023), o ganho de peso ao final da gestação deve contemplar peso do feto (3,2-3,6 kg), reserva de gordura (2,7-3,6 kg), aumento do volume sanguíneo (1,4-1,8 kg), aumento do líquido corporal (0,9-1,4 kg) e do líquido amniótico (0,9 kg), aumento das mamas (0,45-1,4 kg), hipertrofia uterina (0,9 kg) e placenta (0,7 kg). Os autores sugerem como peso ideal:

- ✓ 14 a < 16 kg para mulheres com baixo peso.
- ✓ 10 a < 18 kg para mulheres com peso adequado.
- ✓ 2 a < 16 kg nas mulheres com sobrepeso.
- ✓ 2 a < 6 kg na obesidade grau I.
- ✓ Perda de peso ou 0 a < 4 kg na obesidade grau II.
- ✓ 0 a < 6,0 kg na obesidade grau III.

4.5.3 Tabagismo

O tabagismo, ato de consumir produtos que contenham tabaco, é a principal causa de mortes por doenças crônicas não transmissíveis, podendo desencadear quase 50 doenças fatais e incapacitantes. Sendo assim, é considerado um grave problema de saúde pública. No entanto, mundialmente mais de 1,2 bilhões de indivíduos são fumantes, destes 250 milhões são mulheres (Massago *et al.*, 2018).

O tabagismo na gestação aumenta o risco de aborto espontâneo, gravidez ectópica, ruptura prematura de membranas (RPM), restrição de crescimento fetal e parto prematuro (Tamashiro *et al.*, 2020).

Baseado nas teorias das origens do desenvolvimento da hipótese da saúde e doença (DOHaD), acredita-se que o fumo na gravidez provoque hipóxia fetal, comprometendo o crescimento intrauterino. Esse déficit de crescimento intrauterino seria determinante para o déficit de comprimento/estatura na infância e em fases posteriores da vida. Entretanto, em crianças que tiveram RCIU, a ocorrência do catch-up (crescimento pós-natal acelerado), proporcionaria maior ganho de peso, predispondo-as ao excesso de peso (Fonseca *et al.*, 2018a).

Tratamentos contra o tabagismo estão disponíveis no sistema público de saúde, e os profissionais da saúde são responsáveis por transmitir as informações sobre os riscos causados pelo cigarro para mãe e bebê, e aconselhar a gestante a largar o vício. Com informação, tratamento farmacológico associado ao apoio

psicológico, as chances de a gestante largar o vício aumentam (ABRANTES *et al.*, 2020).

4.6 HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

4.6.1 Abortamento

A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, não necessariamente associada com morbidade física grave ou mortalidade alta, mas frequentemente com repercussões sociais e psicológicas importantes para as gestantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no mundo, 67 mil mulheres morrem anualmente por falta de tratamento ou por tratamento inadequado das diferentes complicações da perda gestacional no primeiro trimestre (Javier *et al.*, [s.d]).

O aborto espontâneo é definido como gestação intrauterina não viável de até 20-22 semanas ou peso fetal de 500g. É considerado precoce ou de primeiro trimestre até 12 semanas e 6 dias. Considera-se perda bioquímica o aborto que ocorre após um teste urinário ou beta-hCG positivo, mas sem diagnóstico ultrassonográfico ou histológico. O termo aborto clínico é utilizado quando a ultrassonografia ou a histologia confirmam que houve uma gravidez intrauterina (Ministério da Saúde, 2022).

O aborto espontâneo possui origem multifatorial, de causas genéticas e não genéticas, que podem estar interligadas. Dentre os fatores genéticos, destacam-se as anormalidades cromossômicas e polimorfismos; como causas não genéticas, sobressaem a presença de agentes infecciosos, causas socioeconômicas, ambientais, ocupacionais, história de vida e distúrbios endócrinos e trombofílicos (Oliveira *et al.*, 2020).

O aborto também pode ser classificado como incompleto (passagem parcial de tecido fetal através de cérvix parcialmente dilatada), completo (passagem espontânea de todo tecido fetal), ameaçado (sangramento uterino sem dilatação cervical ou passagem de tecido), inevitável (sangramento com dilatação cervical sem passagem de tecido fetal), ou aborto omitido (morte fetal intrauterina sem passagem de tecido) (Ferri, 2019).

A ameaça de abortamento e o abortamento iminente são quadros semelhantes com prognósticos distintos. Enquanto na ameaça de abortamento a probabilidade de interrupção da gestação é de cerca de 30%, no abortamento iminente pode chegar a 80% (Silva Filho; Laranjeira, 2017).

Já o abortamento incompleto, segundo Silva Filho e Laranjeira (2017), é mais frequente após 10 semanas e é diagnosticado quando toda ou parte da placenta é retida no útero após a expulsão do feto. O sangramento está presente, podendo ser muito importante nas gestações avançadas. O exame clínico mostra o útero amolecido e aumentado, porém menor do que o esperado para a idade gestacional, e o colo uterino entre aberto.

O aborto completo ocorre no primeiro trimestre da gravidez, principalmente nas 10 semanas iniciais, é comum a expulsão completa dos produtos da concepção. Rapidamente, o útero se contrai e o sangramento, juntamente às cólicas, diminui de intensidade. O orifício interno do colo uterino tende a fechar-se em poucas horas (Zugaib; Francisco, 2020).

Denomina-se aborto retido (em inglês, *missed abortion*) a ocorrência de morte embrionária ou fetal antes de 20 semanas de gravidez, associada à retenção do produto conceptual por período prolongado de tempo, por vezes dias ou semanas. Geralmente, as pacientes relatam cessação dos sintomas associados à gravidez (náuseas, vômitos, ingurgitamento mamário) (Zugaib; Francisco, 2020).

O tratamento da perda gestacional pode ser abordado de maneira expectante, farmacológica ou cirúrgica, e sempre que possível, a escolha de uma das três opções deve ser oferecida para as pacientes (Javier *et al.*, [s.d.]). A maioria dos estudos preconiza a administração de 800 mg de misoprostol por via vaginal a cada 24 horas, por até 2 dias, com taxa de sucesso (abortamento completo) superior a 80% nos casos de aborto retido e gestação anembrionada. Já o esvaziamento cirúrgico do conteúdo uterino, pode ser feito por curetagem ou aspiração manual intrauterina (AMIU) (Zugaib; Francisco, 2020).

Esse método pode ser utilizado de preferência em úteros pequenos (< 14 cm). É uma conduta rápida e eficaz, porém apresenta risco de hemorragia, perfuração de uterina, laceração de colo e pode levar a incompetência istmocervical em gestação futura, além de mutilar o feto, o que impossibilita estudo mais aprofundado deste e não permite a visão do produto conceptual pela mãe e família. Tal conduta só poderá

ser realizada na ausência de ossos que na retirada possam liberar espículas que poderão traumatizar o útero (Liao, 2020).

Aborto recorrente envolve três ou mais perdas espontâneas da gravidez antes de 20 semanas. Afeta aproximadamente 1% dos casais que tentam a concepção. Entretanto, na prática real, a maioria dos especialistas reprodutivos consideram duas perdas espontâneas da gravidez suficientes para iniciar uma avaliação de um aborto habitual ou espontâneo recorrente, uma vez que o risco de outra perda é similar nesse ponto e o estresse emocional é alto (Ferri, 2019).

4.6.2 Pré-Eclâmpsia

A hipertensão na gravidez é classificada em apenas 4 categorias: (1) pré-eclâmpsia/eclâmpsia; (2) hipertensão crônica (de qualquer causa); (3) hipertensão crônica com pré-eclâmpsia; e (4) hipertensão gestacional (Montenegro; Filho, 2017).

A pré-eclâmpsia pode ser definida como doença sistêmica de causa desconhecida, caracterizada por resposta vascular anormal à placentação, associada a aumento da resistência vascular sistêmica, aumento da agregação plaquetária, disfunção celular endotelial e ativação do sistema de coagulação (Silva Filho; Laranjeira, 2017).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, os distúrbios hipertensivos da gravidez são uma causa importante de morbidade grave, incapacidade prolongada e morte entre as mães e seus fetos. Entre os distúrbios hipertensivos que complicam a gravidez, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia se destacam como principais causas de mortalidade e morbidade materna e perinatal (MAI *et al.*, 2021).

A pré-eclâmpsia é definida pela presença de níveis tensionais elevados na gravidez, após a 20^a semana, relacionados à proteinúria, sendo responsável por grande parte das indicações de interrupção prematura da gestação. De acordo com os últimos dados divulgados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as síndromes hipertensivas causaram 325 óbitos, representando 20% das causas de óbitos maternos, e 56% destes aconteceram no período de gravidez (Sarmiento *et al.*, 2021).

A obesidade em mulheres grávidas pode causar pré-eclâmpsia por dois mecanismos. Em indivíduos obesos, adipócitos hipertróficos e células estromais

dentro do tecido adiposo aumentam a resposta inflamatória sistêmica. Isto conduz à liberação de proteínas inflamatórias tais como a proteína C-reativa (PCR), interleucina-6 (IL-6) e fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α) para a circulação materna. Estes mediadores inflamatórios poderiam alterar a função das células endoteliais e levar ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia (Macedo *et al.*, 2015).

O objetivo do tratamento da pré-eclâmpsia é prevenir as complicações materno-fetais como o descolamento prematuro de placenta, acidente vascular cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, agravamento do quadro clínico para pré-eclâmpsia grave, síndrome de Hellp e eclampsia; para o lado fetal, o parto prematuro e o desconforto respiratório do recém-nascido. Uma vez diagnosticada a pré-eclâmpsia, a gestante deve ser internada e permanecer em repouso relativo, em decúbito lateral esquerdo, a fim de favorecer o retorno venoso, aumento do débito cardíaco e do fluxo plasmático renal com intensificação da natriurese, com consequente melhora da hipertensão e da perfusão uteroplacentária. É essencial a dieta hipossódica contendo 2 a 3 gramas de sal e rica em proteínas (Kahhale; Francisco; Zugaib, 2018).

A pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas) apresenta mortalidade 20 vezes maior do que a pré-eclâmpsia tardia; mulheres com essa forma da doença necessitam de tratamento em centros terciários, e um terço delas, de tratamento intensivo, mulheres normotensas que desenvolveram pré-eclâmpsia na gravidez têm chance de 17% de serem hipertensas no prazo de 5 anos. Por essa razão, o American Heart Association (AHA), já em 2011, colocava a pré-eclâmpsia como um dos fatores de risco de DCV (doença cardiovascular) (Montenegro; Filho, 2017).

4.6.3 Eclâmpsia

Segundo Coelho e Siqueira (2022), eclâmpsia é um processo patológico principalmente relacionado ao diagnóstico de pré-eclâmpsia e pode ocorrer antes do parto, durante o parto e até 6 semanas após o parto. Mulheres com eclâmpsia geralmente apresentam-se após 20 semanas de gestação, com a maioria dos casos ocorrendo após 28 semanas de gestação. O principal achado do exame físico para eclâmpsia são crises tônico-clônicas generalizadas, que geralmente duram de 60 a 90 segundos. Um estado pós-ictal geralmente está presente após a atividade convulsiva. Os pacientes podem apresentar sintomas de alerta, como dores de

cabeça, alterações visuais, dor abdominal e aumento da pressão arterial antes do início da atividade convulsiva.

A droga de escolha para prevenção da eclâmpsia é o Sulfato de Magnésio, único fármaco com efeitos preventivos comprovados em relação as convulsões eclâmpicas, superior em relação à hidantoína, iazepam e placebo. Deve ser iniciado na PEG ou na Eclâmpsia, durante o trabalho de parto, antes da cesárea, permanecendo até 24 horas no pós parto. Quando por via EV, é necessário utilizar Bomba de Infusão (BI) com controle rigoroso de enfermagem, para evitar os riscos de depressão e parada respiratória por superdosagem e intoxicação. É importante manter avaliação de diurese, reflexos tendinosos, e estar acompanhado do Gluconato de Cálcio 1g que funciona como um antídoto, se for necessário (Gonçalves *et al.*, 2020).

4.6.4 Síndrome Helpp

A síndrome HELLP segundo Krebs *et al.* (2021), ocorre quando uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia tem um agravamento da doença, evoluindo para um quadro de hemólise, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas.

Para que o diagnóstico laboratorial da Síndrome de HELLP seja assertivo é necessário que haja hemólise, enzimas hepáticas elevadas e trombocitopenia. Caracterizada pela presença de hemólise (desidrogenase láctica [DHL] > 600UI/L, hemoglobina < 10,5%, presença de esquizócitos em esfregaço sanguíneo, bilirrubina total > 1,2mg%), trombocitopenia (plaquetas < 100.000/mm³) e elevação das enzimas hepáticas (transaminase oxalacética [TGO] > 70UI/L) (Silva Filho; Laranjeira, 2017).

A hemólise, comum a esta síndrome, é uma anemia hemolítica microangiopática que resulta da separação dos glóbulos vermelhos ao passo que se deslocam pelos vasos sanguíneos com endotélio danificado e fios de fibrina. Além disso, há presença de esquizócitos, baixos níveis séricos de haptoglobina e baixos níveis de hemoglobina (Macedo *et al.*, 2022).

A utilização de MgSO₄ é preconizada sempre diante dos quadros de iminência de eclâmpsia e ainda de forma liberal em pacientes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Preconiza-se ainda sua utilização especialmente para aquelas pacientes com pressão arterial de difícil controle ou crise hipertensiva, mesmo sem

sinais e/ou sintomas de iminência de eclampsia e para os casos de síndrome HELLP (Peraçoli *et al.*, 2019).

4.7 INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

4.7.1 Hipertensão gestacional

A hipertensão gestacional está entre as patologias que mais se destacam quando a gravidez é de alto risco. É um tipo de hipertensão que se desenvolve antes ou durante a gestação, porém, é frequentemente associada à gestação de alto risco que surge quando a mulher apresenta uma ou mais patologias associadas, desencadeando assim risco potencial para a gestação, além de contribuir para outros agravos de maior natureza que aumentam os índices de morbimortalidade materna (Lins *et al.*, 2022).

Além do risco ao binômio materno-fetal, a hipertensão gestacional também é responsável por aumentar a chance de ocorrência de outras patologias, principalmente cardiovasculares e renais, assim como desencadear o agravamento de doenças pré-existentes. Dessa forma, o diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo com uma equipe multiprofissional durante o pré-natal ainda representa a melhor forma de prevenção e controle desta doença (Costa *et al.*, 2020).

4.7.2 Diabetes melitos gestacional

O DMG é uma condição na qual a intolerância aos carboidratos desenvolve-se na gravidez. O DMG passível de controle sem medicação é denominado classe A1; o DMG que requer medicação para atingir a normalidade no nível de glicose, é denominado classe A2 (Montenegro; Filho, 2017). A concomitância entre o diabetes mellitus e a gravidez foi, por muitos anos, sinônimo de altas taxas de mortalidade materna e fetal, o que fazia com que muitos desaconselhassem a gestação para essas pacientes. A descoberta da insulina, em 1922, modificou o prognóstico dessa doença, sobretudo com relação ao futuro reprodutivo das mulheres (Zugaib; Francisco, 2020).

A prevenção da morte fetal e da macrosomia é um motivo para induzir o parto na diabética. De acordo com Montenegro e Filho (2017), a indução do parto, ou

a cesárea, se indicada, devem ser oferecidas com 37+0 a 38+6 semanas; outra opção seria esperar o parto espontâneo até 40+6 semanas. Em caso de complicações maternas ou fetais, deve-se considerar a interrupção antes de 37+0 semanas. A cesárea deve ser considerada se o peso fetal estimado pela ultrassonografia for > 4.500 g.

4.7.3 Infecção no trato urinário

A infecção do Trato Urinário (ITU) consiste na infecção bacteriana mais comum do ciclo gravídico-puerperal. É potencialmente grave, pois, devido às modificações gravídicas do trato urinário (relaxamento da musculatura lisa pela progesterona, discreta hidronefrose, aumento do volume residual da bexiga e fatores mecânicos, como o útero sobre a bexiga e os ureteres), predispõe à ascensão bacteriana aos rins levando a infecção sistêmica e sepse (Campaner; Soraia; Ribeiro, 2019). A ITU pode ser classificada como complicada e não complicada. São complicadas quando acomete o sistema urinário realizando modificações funcionais e não complicadas quando agravam o sistema urinário normal. A caracterização também se faz segundo a localização anatômica, em alta ou baixa. As infecções baixas são infecções que afetam a uretra e a bexiga, são designadas de bacteriúria assintomática, uretrite e cistite. As altas podem afetar os rins ou as cavidades pielocaliciais, indicativo de pielonefrite aguda (Silva; Souza, 2021).

Esta é a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, acometendo de 10% a 12% das gestantes. A infecção urinária em gestantes é ainda mais preocupante quando assintomática, pois, justamente por passar despercebida, essa condição pode levar ao parto prematuro do bebê e em internação da gestante (Barros, 2013). A incidência de abortamentos é extremamente alta (5 a 45%), e a grande variação dessas taxas deve-se ao fato de muitas dessas gestações serem interrompidas no primeiro trimestre em alguns centros estrangeiros. Das gestações que prosseguem, no entanto, 90% são bem-sucedidas. A prematuridade é observada em aproximadamente 45% dos casos, e a Restrição do Crescimento Fetal (RCF), em 20% (Zugaib; Francisco, 2020).

4.7.4 Cálculo renal

Durante a gestação, ocorrem alterações fisiológicas e anatômicas em todo o trato urinário. A prevalência de litíase urinária é elevada, acometendo até cerca de 15% da população mundial. Em função da elevada frequência desta afecção e uma maior predisposição da mulher gestante a formar cálculos, o diagnóstico de urolitíase durante a gestação torna-se frequente. O simples diagnóstico de nefrolitíase assintomática na mulher gestante não requer medidas específicas, na maioria dos casos (Korkes; Rauen; Heilberg, 2014).

A presença de doença renal aumenta a suscetibilidade à pré-eclâmpsia, a qual pode ocorrer mais precocemente, constituindo um dos principais riscos da doença renal na gravidez. Em outro extremo, quando o quadro clínico materno não é grave, a própria vasodilatação da gestação exerce um efeito anti-hipertensivo, constituindo uma defesa que atenua as repercussões da própria hipertensão e da nefropatia (Zugaib; Francisco; Zugaib, 2020).

O manejo de mulheres grávidas com nefrolitíase depende dos sintomas e da duração da gestação. A hidratação intravenosa e os analgésicos são usados com frequência. Quase 50% das mulheres grávidas com cálculos sintomáticos têm alguma infecção associada, que necessita tratamento. Dois terços dos casos melhoram com terapia conservadora e a eliminação dos cálculos é espontânea. Os demais casos exigem procedimento invasivo (Leveno *et al.*, 2014).

4.7.5 Polidrâmnio/oligoidrâmnio

O polidrâmnio é determinado quando o volume de líquido amniótico excede 2.000 mL, situação que ocorre em aproximadamente 0,2 a 2% das gestações (Zugaib, 2023). Quanto mais precocemente ocorrer o polidrâmnio e quanto maior for o volume de líquido amniótico, maior será a morbimortalidade perinatal. Dentre as repercussões do polidrâmnio estão o desconforto respiratório materno devido ao aumento do volume abdominal e à resistência à contração diafragmática, o trabalho de parto prematuro (TPP), a ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO), o descolamento prematuro de placenta (DPP), a apresentação fetal anômala, o prolapso de membros ou do cordão umbilical; a atonia uterina com hemorragia pós-parto; o trabalho de parto prolongado e a distocia funcional (Liao, 2020).

Caracterizado pela insuficiência da quantidade de LA, o oligoidrânio é uma redução patológica de líquido, que pode acontecer em 0,5 a 5% das gestações. O volume de LA varia durante a gestação e diminui fisiologicamente nas últimas semanas, porém sua grave redução pode acarretar na compressão do cordão umbilical, levando a sofrimento fetal e até mesmo ao óbito (Lara; Cesar, 2017). O oligoânio pode ser secundário à perda de líquido amniótico por via vaginal, à ruptura prematura de membranas ovulares, ou resultado de alterações na regulação entre a produção e absorção do líquido na cavidade amniótica. Diante das alterações de regulação, o diagnóstico frequentemente associado a anomalias fetais ou a quadros de insuficiência placentária com restrição do crescimento fetal (Zugaib, 2023).

4.7.6 Anemia

A anemia é uma condição patológica em que ocorre diminuição da massa de hemoglobina e da massa eritrocitária. A redução da concentração de hemoglobina (Hb), em si, não define a anemia, pois esse achado pode ocorrer em situações fisiológicas, como a que se observa a partir do segundo trimestre da gestação, principalmente por volta da 24^a semana, atribuída à hemodiluição. Ainda assim, para fins práticos, a concentração da hemoglobina (ou o hematócrito) é o parâmetro laboratorial mais utilizado para definir o quadro de anemia (De Santis, 2019).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência global de anemia em gestantes entre 1993 e 2005 correspondeu a 41,8%, sendo classificada como um grave problema de saúde pública. No Brasil, contudo, ainda não há dados consistentes que permitam estimar com precisão a prevalência de anemia na gestação em âmbito nacional. Ao avaliarem os estudos sobre a prevalência de anemia ferropriva em gestantes realizados entre 1970 e 2005 no Brasil, retrataram uma escassez de trabalhos com esse grupo populacional, especialmente a partir dos anos 2000, observando-se, em contrapartida, o foco das pesquisas no grupo infantil (Magalhães *et al.*, 2018).

Na gestação, há uma elevação do volume sanguíneo total pelo aumento do volume plasmático (40% a 50%), da massa total de eritrócitos e dos leucócitos circulantes. O volume plasmático eleva-se progressivamente a partir da sexta semana de gestação, expande-se durante o segundo trimestre, com pico em torno da 24^a semana, estabilizando-se até o final da gestação (32^a a 34^a semanas) (Guia *et al.*,

2021). Ademais, a necessidade de ferro aumenta principalmente no 2º trimestre para compensar a expansão de eritrócitose no 3º trimestre para permitir o crescimento da placenta e do feto, resultando no maior risco de anemia ferropriva (Silva *et al.*, 2018).

Os exames laboratoriais específicos oferecem diagnóstico dos estágios de depleção do ferro. Na suspeita de anemia ferropriva, deve-se solicitar um hemograma completo (com os índices hematimétricos e avaliação de esfregaço periférico) e dosagem de ferritina. Outras medidas, como ferro sérico, transferrina e a saturação da transferrina não são obrigatórios inicialmente, apenas em casos de dúvidas e como medidas confirmatórias (Brito *et al.*, 2021a).

Com intuito de combater a anemia ferropriva, principalmente para mulheres grávidas e lactantes no pós-parto, diversos programas de fortificação de ferro em alimentos foram efetuados em certas regiões; orientações para suplementação de ferro foram criadas em determinados países e esquemas de terapia com ferro acerca da administração oral e intravenosa do ferro (Oliveira *et al.*, 2021).

O diagnóstico precoce é de suma importância para a aplicação de tratamentos eficazes e melhoria na qualidade de vida do paciente. A história clínica, o envolvimento do pediatra na orientação pré-natal, na orientação ao aleitamento e introdução de alimentos complementares e o exame clínico ainda devem ser parte essenciais da consulta (Brito *et al.*, 2021).

4.7.7 Sífilis

A sífilis é doença venérea sistêmica causada pelo *Treponema pallidum* (Montenegro; Filho, 2017). É uma doença transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis. Outras formas de transmissão mais raras e com menor interesse epidemiológico são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão sanguínea (Avelleira; Bottino, 2006). Sabe-se que 30% dos conceptos de gestantes não tratadas evoluem para óbito fetal, 10% para óbito neonatal e 40% para retardo mental (Zugaib; Francisco, 2020). A sífilis gestacional agrega o risco de transmissão vertical e quando não tratada, cerca de 40% dos casos resultam em desfechos negativos, relacionados ao aborto espontâneo, morte fetal ou neonatal precoce ou ainda graves sequelas perinatais. O pré-natal é o único momento

possível para identificação e redução dos riscos, considerando a triagem sorológica e o tratamento adequado da gestante e parceiros (Macêdo *et al.*, 2020).

O tratamento é feito com penicilina G benzatina IM, em esquemas relacionados com a fase clínica da infecção. O parceiro também deve ser tratado (Montenegro; Filho, 2017).

4.7.8 Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*), protozoário parasita intracelular obrigatório, cujo hospedeiro definitivo é o felino e hospedeiros intermediários são as aves e mamíferos. Os humanos, hospedeiros intermediários, se infectam após ingerir cistos do *T. gondii* presentes na comida, principalmente na carne crua ou malpassada, leite não pasteurizado e verduras, legumes, frutas e água contaminados, ou pela manipulação do solo contaminado com os cistos liberados nas fezes dos gatos (Gonçalves *et al.*, 2019).

O *T. gondii* está entre um grupo de microorganismos com potencial de transmissão perinatal como o citomegalovírus, HIV, Herpes Simplex, vírus da rubéola, da hepatite B, além de outros. Contra tal possibilidade deve-se dar maior importância ao conhecimento e às medidas preventivas das gestantes em relação a estas doenças (Moura *et al.*, 2019).

A transmissão materno-fetal ocorre por meio da passagem transplacentária do parasita, causando danos de diferentes graus de morbidades, podendo até resultar em morte fetal, quando a mãe adquire a infecção durante a gestação. A idade gestacional da infecção materna tem papel determinante no risco da transmissão e no quadro clínico apresentado pelo neonato (Ferreira *et al.*, 2020).

O feto, o recém-nascido e o lactente jovem com infecção congênita por *Toxoplasma* correm risco de complicações associadas à infecção, particularmente doença retiniana que pode continuar na idade adulta. Os bebês diagnosticados com toxoplasmose congênita no pré-natal são tratados no pós-natal, independentemente de a mãe ter recebido tratamento durante a gravidez (Torquato *et al.*, 2022).

Considera-se que o pré-natal é o momento ideal para implementação de medidas preventivas das doenças de transmissão materno-fetal, como a toxoplasmose. A primeira consulta deve fazer-se o mais precocemente possível e o

número de consulta deve ser no mínimo 6, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (Moura *et al.*, 2019).

A prevenção da infecção congênita depende do diagnóstico precoce da infecção materna. O diagnóstico materno baseia-se primeiramente na triagem sorológica para anticorpos IgM e IgG, que vem sendo incluídos nos exames de rotina do pré-natal em quase todo o país. Além destes, a avidéz de IgG, a IgA e IgE também podem ser empregados no diagnóstico da toxoplasmose. Os testes laboratoriais mais utilizados são: enzimaímunensaio (ELISA); teste imunoenzimático de micropartículas (MEIA), quimioluminescência e eletroquimioluminescência, e imunensaio fluorescente ligado a enzima (ELFA). Também se utilizam técnicas moleculares como a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) e PCR em tempo real (Ferreira *et al.*, 2020).

Normalmente a toxoplasmose ocular é autolimitada em pacientes imunocompetentes, sendo solucionada em média entre 1 a 2 meses. Contudo, podem ocorrer recorrências em até 79% dos casos. A recomendação do tratamento farmacológico visto que não existe consenso quanto ao seu benefício e pela presença de toxicidade. O esquema terapêutico tradicional consiste na associação de Pirimetamina, Sulfadiazina e corticóides. Recentemente têm-se incluído esquemas alternativos para o tratamento (Marzola, Marzola, 2021).

4.7.9 O uso de drogas

O uso de substâncias psicoativas durante a gestação - sejam elas drogas lícitas ou ilícitas - em conjunto com muitos outros fatores de riscos clássicos, como: infecções, partos múltiplos, hipertensão induzida pela gravidez, trabalho extenuante, baixo índice de massa corpórea, ganho de peso insuficiente na gravidez, reprodução assistida, colo uterino curto, intervalo interpartal curto, baixa escolaridade, raça negra e história anterior de nascimento pré-termo estão relacionados à etiologia do nascimento pré-termo (Rocha *et al.*, 2016). O enfermeiro é um profissional essencial na atenção primária para a realização e/ou acompanhamento da gestante durante o pré-natal, assim é necessário que os profissionais que realizam o pré-natal estejam aptos para a detecção do uso dessas substâncias e saibam assistir adequadamente essas gestantes, apoiando-as na busca de suporte para cessar o vício e não apenas

julgando ou orientando sobre as implicações do uso de drogas para a mulher e o feto (Kassada *et al.*, 2013).

4.7.10 Drogas lícitas

São aquelas comercializadas legalmente (venda proibida a menores de 18 anos), por exemplo, álcool, cigarro e alguns medicamentos que podem ser adquiridos por meio de receita médica (Ministério da Cidadania, 2021). O uso de drogas lícitas, como álcool e cigarro, durante a gestação pode levar ao comprometimento, por vezes irreversível, da integridade da saúde da mulher e da criança. O tabagismo está associado a um aumento no risco de abortamento euploide. Para mulheres que fumam mais de 14 cigarros por dia, o risco praticamente dobra. O uso frequente de álcool durante as primeiras 8 semanas pode resultar em ambos (abortamento espontâneo e malformações fetais). A taxa de abortamento é duplicada em mulheres que bebem 2 vezes por semana e triplicada para as que consomem álcool diariamente (Leveno *et al.*, 2014). A gestante que costuma usar álcool pode ter abortamento e o feto pode apresentar lesões orgânicas e neurológicas, podendo a criança nascer com um conjunto de sinais e sintomas denominado síndrome alcoólica fetal (SAF), que é reconhecida como a maior causa de retardo mental no Ocidente 4 (Rocha *et al.*, 2016). O tabagismo na gestação traz sérios prejuízos tanto para a gestante quanto para o desenvolvimento do bebê. Em adultos, o fumo passivo provoca graves doenças cardiovasculares e respiratórias, incluindo doença coronariana e câncer de pulmão. Nos bebês, pode causar morte súbita e baixo peso no nascimento. Já em gestantes, pode provocar o descolamento de placenta e hemorragias uterinas (Ministério da Cidadania, 2021).

4.7.11 Drogas ilícitas

São aquelas cuja produção, aquisição, fornecimento, comércio, armazenagem, são proibidas por lei. Exemplos: maconha, ecstasy, LSD, cocaína, heroína, dentre outros (Ministério da Cidadania, 2021). Estima-se que pelo menos 10% dos fetos são expostos a uma ou mais drogas ilícitas. Os efeitos de qualquer droga podem ser confundidos pelo uso concomitante do álcool, tabaco ou outras drogas; pela saúde materna precária e má-nutrição ou doenças infecciosas; e pelos

agentes contaminadores presentes nas drogas - como chumbo, cianeto, herbicidas, pesticidas, arsênico ou mesmo a cumadina (Leveno *et al.*, 2014). Drogas ilícitas como maconha, cocaína, merla e crack - são consideradas deletérias à gestante e ao feto, embora a relação de causa-efeito seja difícil de ser estabelecida. Diversos autores concordam que o uso de drogas ilícitas na gestação pode ter sérios agravos à saúde física e ao bem estar psicossocial da mulher e da criança, como aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e diminuição do perímetro cefálico (Rocha *et al.*, 2016). Além disso, segundo Kassada *et al.* (2013), as gestantes com dependência química têm menor adesão a assistência pré-natal, têm menor participação em grupos de gestantes e apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e fetais. Além disso, a maioria das usuárias abandona os filhos ou pode ser considerada pela justiça, incapaz para os cuidados com o filho.

4.8 CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO

4.8.1 Tireoideopatias

O hipotireoidismo, redução permanente da produção do hormônio tireoidiano pela glândula tireoide, é causado basicamente por processos como a destruição autoimune ou lesão por irradiação, sendo denominado hipotireoidismo primário (99% dos casos) quando a concentração sérica do hormônio estimulador da tireoide (TSH) está elevada e há queda na concentração de tiroxina (T4), podendo ser transitório ou progressivo, estando frequentemente associado a aumento compensatório da glândula (Silva Filho; Laranjeira, 2017). Alguns estudos mostram uma associação entre hipotireoidismo subclínico e clínico e desenvolvimento mental subnormal. Valores elevados do TSH materno têm sido associados a crianças com escore diminuído de rendimento escolar, reconhecimento de leitura e quociente de inteligência (QI), em comparação com os respectivos controles (Leveno *et al.*, 2014).

O hipertireoidismo é uma síndrome desencadeada pela produção e circulação excessiva dos hormônios tireoidianos. Sua principal causa é a doença de Graves, representando 85 a 95% dos casos. Os resultados gestacionais dependem do controle metabólico (Zugaib, 2023). A incidência de pré-eclâmpsia, insuficiência cardíaca e desfechos perinatais adversos é maior em mulheres que permanecem

hipertireóideas apesar da terapia e em mulheres cuja doença não recebe nenhum tipo de tratamento (Leveno *et al.*, 2014).

4.8.2 Doença psiquiátrica grave

A gestação é um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento da mulher; entretanto, as grandes transformações físicas e emocionais vividas pelas mulheres nesse período podem contribuir para alterações de seu psiquismo. Por ser um fator gerador de ansiedade, a gestação, muitas vezes, torna a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento de perturbações emocionais; além disso, alguns autores acreditam que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de alterações psíquicas e de transtornos do humor, em particular depressão (Zugaib, 2023). Aproximadamente 15 a 20% das mulheres grávidas apresentam problemas de saúde mental que precisam ser considerados no pré-natal. Fatores bioquímicos, incluindo efeitos hormonais, e eventos estressantes podem ter uma influência marcante nas doenças mentais.

Conseqüentemente, a gestação pode afetar alguns distúrbios mentais prévios (Leveno *et al.*, 2014). Isso ocorre muito embora haja uma crença social de que esse período proporcione mais união ao casal e que seja uma etapa de alegria, no entanto o período perinatal em nada protege a mulher de transtornos de humor (Krob *et al.*, 2017).

4.8.3 Pneumopatia grave

A gravidez ocasiona mudança significativa de toda a fisiologia respiratória materna. O conhecimento da adaptação cardiopulmonar característica da gestação é fundamental para entender os efeitos das doenças respiratórias nesse período. Observam-se alterações anatômicas, como congestão nasal, mudança do ângulo subcostal, elevação do diafragma e conformação do tórax em barril ao longa da gravidez. Paralelamente, o consumo de oxigênio aumenta de 15 a 20% (Zugaib, 2023). Sabe-se que as mulheres grávidas sofrem alterações imunológicas e fisiológicas, que podem torná-las mais suscetíveis a infecções respiratórias virais, incluindo COVID-19 (SARS-CoV-2). Vários estudos revelaram que mulheres grávidas com diferentes doenças respiratórias virais apresentavam alto risco de desenvolver

complicações obstétricas e resultados adversos perinatais em comparação com mulheres não grávidas, devido a alterações nas respostas imunes (Filho *et al.*, 2020).

Apesar de várias gestantes não apresentarem complicações de nenhuma forma durante a gravidez em alguns casos as mudanças mecânicas, imunológicas e bioquímicas que ocorrem na gestação podem levar ao surgimento ou à piora de patologias respiratórias, fazendo-as mais frequentes na população gestante (Leocadio, 2007).

A rinite durante a gestação pode provocar a síndrome da apneia obstrutiva do sono e o ronco, possibilitando a diminuição da inalação de óxido nítrico (NO) pulmonar, devido à respiração ser predominantemente oral neste momento e ser o NO produzidos, na sua maioria, nos seios maxilares, podendo ocorrer problemas de crescimento fetal e aumento dos níveis pressóricos maternos e pré-eclâmpsia (Fernandes, 2021).

Segundo Leocadio (2007) para compor a relação asma-gravidez e gravidez-asma desde os anos setenta, mas, com resultados contraditórios, contudo existe uma unanimidade de que a asma influencia riscos para a gestação e que a mesma influencia a asma. Algumas consequências das complicações desta moléstia são: baixo peso ao nascer, baixo índice de apagar, mortalidade perinatal, hemorragia e pré-eclâmpsia. Podem ocorrer mortes maternas nos casos de aumento grave da asma brônquica e em suas complicações quando essa requer tratamento invasivo podem ocorrer efeitos maléficos como: arritmias cardíacas, pneumomediastino, pneumotórax, fadiga muscular dentre outras complicações; para uma gravidez tranquila é essencial um controle da asma durante o período gestacional principalmente nos três primeiros meses.

5 MÉTODO

O itinerário da pesquisa com sua classificação será descrito a seguir:

5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado foi quantitativo, descritivo, transversal, documental e de campo. Os métodos de pesquisa quantitativa, de modo geral, são utilizados quando se quer medir opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes etc. de um universo (público-alvo) através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada (Manzato; Adriana; Santos, [s.d.]). A abordagem quantitativa aceita que a melhor possibilidade explicativa científica é aquela que não se interessa pelo singular, o individual, o diferenciado, ou seja, o pessoal. Nesta abordagem, o interesse é no coletivo, naquilo que pode ser predominante como característica do grupo (Mussi *et al.*, 2019). Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? (Costa; Barreto, 2003).

Os estudos transversais, são estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Aplicam-se às investigações dos efeitos por causas que são permanentes, ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos, como efeito do sexo ou cor da pele sobre determinada doença (Hochman *et al.*, 2005). Já a pesquisa de campo, é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto. Nesse caso, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas (Piana, 2009).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde/Estratégia da Saúde da Família de um município do extremo sul catarinense. É uma unidade de porte 2 com funcionamento da 07h às 19h sem fechar ao meio-dia e abrange duas ESF unificadas. Possui uma recepção ampla com sala de espera e 22 salas no geral.

Possui 6 banheiros, desses 2 de pacientes, 2 de funcionários e 2 em consultórios. As salas são distribuídas entre 1 triagem, 1 farmácia, 2 consultórios de enfermagem, 2 consultórios odontológicos, 3 consultórios médicos, 1 sala de vacina, 1 sala da fonoaudióloga, 1 sala de práticas alternativas, 1 sala de procedimento, 1 sala de curativo, 1 consultório de especialidade, 1 depósito, 1 expurgo, 1 sala esterilização, 1 sala de ACS, 1 cozinha, 1 sala de Covid (desativada, atualmente para teste de COVID), 1 sala de reunião e 1 sala usada para descanso.

5.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A pesquisa teve como alvo o prontuário de 8 (oito) gestantes classificadas como alto risco e que realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde/ESF de um município do extremo sul catarinense.

5.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- ✓ Prontuários de Gestantes que realizaram a consulta de pré-natal na (UBS/ESF) de um município do extremo sul catarinense, durante os meses de setembro a outubro de 2023;
- ✓ Prontuários de Gestantes que tenham sido classificadas como de alto risco;
- ✓ Qualquer idade gestacional

5.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- ✓ Não ser classificada como alto risco

5.6 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada na UBS/ESF de um município do extremo sul catarinense, durante os meses de setembro e outubro de 2023. Foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, que manifestou seu acordo a partir da assinatura da Carta de Aceite (Anexo 2).

Foram avaliados os prontuários das gestantes classificadas como alto

risco, sendo selecionados 8 prontuários. Os critérios a serem considerados da ficha de estratificação de risco foram: características individuais, condições socioeconômicas e familiares, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual, condições clínicas prévias a gestação conforme o Apêndice 1.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Gil (2002, p. 62-3), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

Para análise dos dados serão necessárias três etapas, a pré-análise, a organização do material e análise dos dados coletados, para a análise de conteúdo serão observados os critérios de gestação de alto risco utilizados e ocorridos na estratificação de risco da gestação. Na análise de conteúdo serão utilizadas categorização de dados, apresentadas em quadros.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme a Resolução nº 466 de 2012 e 508/2016 do CNS, as pesquisas devem realizadas respeitando a dignidade do ser humano.

É direito do cidadão (ã) participar ou não participar da pesquisa. Neste caso, como serão utilizados prontuários os pacientes não assinarão o TCLE por ser de responsabilidade da UBS/ESF a guarda dos documentos.

Os pesquisadores, assinarão o Termo de Confidencialidade (Anexo 01) garantido as gestantes que terão seus prontuários consultados, o anonimato de sua identidade. A coleta de dados acontecerá após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

5.9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tabelas representam as características das gestantes classificadas como alto risco no período da coleta de dados e para preservar a identidade das mesmas, foram utilizados a palavra “gesta”, com numeração de 1 a 8 para melhor identificação.

Para apresentação dos dados as tabelas serão apresentadas da seguinte forma: Tabela 1) Perfil das Gestantes; Tabela 2) Características Individuais, Condições Socioeconômicas e Familiares; Tabela 3) História Reprodutiva Anterior; Tabela 4) Intercorrências Clínicas/Obstétricas na Gestação Atual; Tabela 5) Condições Clínicas Prévias à Gestação e Tabela 5) Pontuação Geral.

Tabela 1 - Características Individuais, Condições Socioeconômicas e Familiares

	Nº de Gestantes	Porcentagem (%)
Sobrepeso – (25-25,9kg)	4	50%
Obesidade – (IMC>30-39,9kg)	3	37,5%
Tabagista Ativo	1	12,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Nas características individuais observa-se que 50% estão com sobrepeso apresentando IMC>25 e pontuação 2. E 37,5% das gestantes estão obesas apresentando IMC>30, com pontuação 4 na estratificação de risco.

De fato, segundo Brandão, Silva e Siqueira (2019) é recomendado que mulheres com estado nutricional pré-gravídico de baixo peso ganhem de 12,5 a 18 kg durante a gestação, enquanto as obesas devem se limitar ao ganho de 5 a 9 kg até o fim da prenhez. No entanto mais de 65% das gestantes excedem os valores recomendados o que contribui para a incidência de intercorrências.

O sobrepeso e a obesidade podem aumentar o risco de complicações durante a gestação, o parto, a anestesia e o pós-parto, tais como síndromes hipertensivas, diabetes mellitus, abortamentos, partos prematuros, malformações fetais, dificuldade pra realização de anestesia loco regional e intubação orotraqueal, e aumento nas taxas de cesárea e, conseqüentemente, levando a maior chance de eventos perinatais adversos (Zugaib; Francisco, 2020).

Destas 8 gestantes apenas uma é tabagista, sendo considerado 12,5% da amostra total, com pontuação 2. Segundo Fonseca *et al.* (2018) a prevalência de fumo

materno durante a gestação foi de 7,6%. O tabagismo na gestação está associado às seguintes complicações: gravidez ectópica, abortamento espontâneo, baixo peso ao nascimento, parto prematuro, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e rotura prematura das membranas ovulares (RPMO). As alterações relacionadas são dependentes da quantidade de cigarros consumidos por dia (Zugaib, 2023).

Na Tabela abaixo, avaliou-se a história reprodutiva anterior. Dos itens presentes na estratificação de risco, três foram pontuados, sendo eles: dois abortos consecutivos ou três abortos não consecutivos que somam 2 pontos e representam 12,5% da amostra. Mais de um parto prematuro < 36 semanas somando 10 pontos e representando também 12,5% e pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim contando amostra de 12,5% e pontuação 10.

Tabela 2 - História Reprodutiva Anterior

	Nº de Gestantes	Porcentagem (%)
Dois Abortos Consecutivos ou Três não consecutivos	1	12,5%
Mais de um Parto Prematuro (<36 semanas)	1	12,5%
Pré-Eclâmpsia com resultado obstétrico ruim	1	12,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

12,5% das gestantes apresentaram dois abortos consecutivos ou três abortos não consecutivos. Segundo Barini *et al.* (2000) em mulheres que já tiveram dois abortos sucessivos, a probabilidade de um terceiro varia de 17 a 35%, e para aquelas que já passaram por três ou mais abortos, a probabilidade de ocorrência do quarto está entre 25 e 46%.

É possível verificar que os abortos recorrentes têm vários mecanismos patológicos, sendo multifatorial. As causas podem ser trombofílicas, fatores metabólicos e endocrinológicos, alterações do cariótipo cromossômico, anatómicas infeções e fatores ambientais e psicológicos (Ribeiro, 2021).

Segundo Dulay (2022), problemas comuns na mãe que causam abortos espontâneos repetidos incluem:

- ✓ Anomalias no útero ou no colo do útero, tais como pólipos, faixas de tecido cicatricial (adesões) e insuficiência istmocervical;
- ✓ Doenças cromossômicas;

✓ Doenças crônicas mal controladas, tais como tireoide hipoativa (hipotireoidismo), tireoide hiperativa (hipertireoidismo), diabetes, hipertensão arterial e doença renal crônica.

12,5 % apresentou mais de um parto prematuro <36 semanas. Segundo Zugaib (2023) um estudo epidemiológico coordenado pela Universidade Federal de Pelotas, no Rio Grande do Sul, com a participação de doze universidades, revelou prevalência de 11,7% de nascimentos prematuros no Brasil. O estudo também mostrou que as regiões Sul e Sudeste são as que têm os maiores percentuais de prematuridade, 12 e 12,5%, respectivamente. No Centro-Oeste, o índice é de 11,5%; no Nordeste, 10,9%; e no Norte, 10,8%.

E 12,5% apresentaram pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim. As doenças hipertensivas complicam até 10% das gestações. A prevalência da DHEG (pré-eclâmpsia) é classicamente apresentada como sendo de 5 a 8% (Zugaib, Obstetrícia, 2023). Segundo Machado *et al.* (2020) no Brasil, a pré-eclâmpsia é considerada a principal causadora de morbimortalidade entre as mulheres, com incidência de 10%.

Na Tabela 3, foram abordadas as intercorrências existentes na gestação atual. Entre todas listadas na estratificação de risco, as oito gestantes com prontuários avaliados apresentaram as seguintes patologias:

Tabela 3 - Intercorrências Clínicas/Obstétricas na Gestação Atual

	Nº de Gestantes	Porcentagem (%)
Doença Hipertensiva da Gestação/ Pré-Eclâmpsia	1	12,5%
DMG não compensada com dieta durante 2 semanas	4	50%
Cálculo Renal com Obstrução	1	12,5%
Polidrâmnio ou Oligoidrâmnio	1	12,5%
Toxoplasmose ou rubéola ou citomegalovírus diagnosticado na gestação atual com risco de transmissão fetal	1	12,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Diante das patologias apresentadas, 50% apresentou DMG, o que aumenta o risco de desfechos perinatais adversos como a mortalidade materna e perinatal, abortamento, macrosomia, tocotraumatismo, admissões em UTI, hipoglicemia e hipocalcemia neonatal, icterícia, infecções e malformações congênitas (Silva Junior *et*

al., 2016). A prevalência de DMG varia de 1 a 14%, dependendo da população estudada e do critério diagnóstico utilizado. Em média, 7% de todas as gestações estão associadas a esta complicação, resultando em mais de 200.000 casos/ano. A prevalência de DMG no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é de 7,6%, sendo que 94% dos casos apresentam intolerância diminuída à glicose e, apenas 6% deles, atingem os critérios diagnósticos para o diabetes não gestacional (Bolognani, 2011).

Dessas, 25% apresentou polidrâmnio ou oligoidrâmnio. De fato, estima-se que 0,5 a 5,5% das gestações apresentem redução do líquido a depender dos critérios para a classificação e as características da população estudada (Zugaib, 2023). Segundo Lara e Cesar (2017) o volume de LA varia durante a gestação e diminui fisiologicamente nas últimas semanas, porém sua grave redução pode acarretar na compressão do cordão umbilical, levando a sofrimento fetal e até mesmo ao óbito.

Já a instalação da polidramnia pode ser aguda (em poucos dias) ou crônica (semanas). A evolução aguda é mais frequente no segundo trimestre da gestação e cursa com rápido acúmulo do excesso de líquido amniótico em até uma semana, o que ocasiona maiores sintomas maternos, como dor abdominal e desconforto respiratório (Liao, 2020).

12,5% apresentou doença hipertensiva da gestação/Pré-clâmpsia. Segundo Sampaio, Rocha e Leal (2018) os distúrbios hipertensivos da gravidez ocorrem em 10% de todas as gestações ao redor do mundo. Além da eclâmpsia e da síndrome HELLP, outras situações graves podem estar associadas à DHEG, como descolamento prematuro de placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada (CIVD), hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda. As complicações perinatais incluem prematuridade, restrição do crescimento fetal (RCF), sofrimento fetal e morte perinatal (Zugaib, 2023).

12,5% apresenta toxoplasmose. De fato, a incidência da toxoplasmose na gestação, assim como a incidência da infecção congênita, apresenta grandes variações nos diferentes países e, também, no Brasil (Câmara; Silva; Castro, 2015). A sororeatividade no Brasil varia de 56,4 a 91,6% entre as mulheres grávida.

Recém-nascidos clinicamente afetados no nascimento apresentam evidências de doença generalizada como baixo peso ao nascer, hepatoesplenomegalia, icterícia e anemia. Alguns apresentam doença neurológica com convulsões, calcificações intracranianas, retardo mental e hidrocefalia ou

microcefalia. A maioria dos recém-nascidos infectados desenvolve coriorretinite (Leveno *et al.*, 2014).

E 12,5% apresenta cálculo renal. A coexistência de doença renal e gravidez está associada a diversos eventos adversos maternos e perinatais. Rins disfuncionais podem não se adaptar às modificações fisiológicas da gravidez, levando a complicações perinatais. Diversos estudos sugerem maior incidência de abortamento, prematuridade, pré-eclâmpsia sobreposta e morbidade e letalidade perinatais (Zugaib, Obstetrícia, 2023). Segundo Korkes, Rauen e Heilberg (2014) a cólica renal e as complicações da nefrolitíase durante a gestação são menos comuns, ocorrendo em 1 a cada 224 a 2.000 gestações.

Na Tabela 4, foram descritas as condições clínicas prévias das gestantes. Todas patologias quando citadas apresentam pontuação e somatória de 10. Conforme o prontuário das gestantes, foram apresentadas as seguintes condições: Hipertensão Arterial Descompensada (25%); Diabetes Mellitus 1 ou 2 (25%); Tireoideopatias (50%); Doença Psiquiátrica Grave (12,5%) e Pneumopatias Graves (12,5%).

Tabela 4 - Condições Clínicas Prévias à Gestação

	Nº de Gestantes	Porcentagem (%)
Hipertensão Arterial Descompensada	3	37,5%
Diabetes Mellitus 1 ou 2	2	25%
Tireoideopatias	4	50%
Doença Psiquiátrica Grave	1	12,5%
Pneumopatias Graves	1	12,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

50 % das gestantes apresentam tireoideopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo). A prevalência de hipertireoidismo na mulher grávida varia de 0,05% a 0,2% (Maciel; Magalhães, 2008). Em gestantes com hipertireoidismo não compensado e/ou não tratado, é possível observar irritabilidade e agressividade, inquietação, tremores finos, taquicardia e ganho de peso inferior ao esperado ou mesmo perda de peso. Hipertensão e/ou pré-eclâmpsia podem ocorrer nos casos de maior gravidade. Durante a gravidez, o quadro clínico sofre alterações em consonância com a idade gestacional (Zugaib, 2023).

Já em gestantes com hipotireoidismo, muito dos sintomas são inespecíficos e o diagnóstico deve sempre ser confirmado com exames laboratoriais. Os principais sinais e sintomas são: pele seca, queda de cabelo, edema (que pode ser generalizado e frequentemente compromete as pálpebras), ganho de peso, alteração na memória, desânimo, sintomas depressivos, intolerância ao frio, constipação, fala lenta, rouquidão e bradicardia (Liao, 2020). Segundo Costa *et al.* (2004) a frequência de hipotireoidismo na gestação varia em cada país, porém estima-se em torno de 0,3% a 25%.

12,5% apresentou doença psiquiátrica grave. A prevalência de depressão gestacional encontrada nas pesquisas provenientes de países desenvolvidos variou bastante, oscilando de 5% a 30%. Poucos encontraram prevalências abaixo de 10%, sendo mais frequentes taxas em torno de 10% e 15% (Pereira; Lovisi, [s.d.]). Segundo Silva (2020), para essa identificação das gestantes em risco de desenvolver a depressão durante sua gravidez, é crucial o rastreamento dos potenciais fatores de risco associados à sua ocorrência nesse momento da vida da mulher. Como fator de risco, compreende-se o aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, exposição ambiental ou características hereditárias ou congênitas que, segundo evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma condição relacionada com a saúde considerada importante de ser prevenida.

E 12,5% apresentou pneumopatias graves. A patologia respiratória crônica é muito prevalente na população, apresentando um importante impacto na saúde e qualidade de vida dos doentes, particularmente nas grávidas. As alterações fisiológicas, próprias da gravidez, influenciam a apresentação clínica e o curso da patologia respiratória subjacente, comprometendo o bem-estar materno e fetal. (Garcia *et al.*, 2022).

Após análise e somatória de todos os itens citados na estratificação de risco de cada gestante, o resultado final da soma individual será apresentado na Tabela 5 abaixo:

Tabela 5 - Pontuação Geral

Gestantes	Pontuação
Gesta 1	44
Gesta 2	31
Gesta 3	54
Gesta 4	26
Gesta 5	11
Gesta 6	11
Gesta 7	21
Gesta 8	36

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Conforme descrição da f 5, pode-se analisar que das 8 gestantes, apenas 2 (25%) apresenta pontuação acima de 10 pontos e abaixo de 20 (gesta 5 e gesta 6). Da amostra total, 75% apresenta pontuação acima de 20, o que indica mais de uma patologia grave acometida.

Atualmente, no Brasil, de 70 a 150 mulheres em cada 100 mil morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, evidenciando que 90% delas são evitáveis se as gestantes forem socorridas a tempo. A mortalidade materna é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos por ser uma tragédia evitável, na maioria dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (Rezende; Souza, 2012).

O pré-natal representa uma janela de oportunidade para que o sistema de saúde atue integralmente na promoção e, muitas vezes, na recuperação da saúde das mulheres. Dessa forma, a atenção prestada deve ser qualificada, humanizada e hierarquizada de acordo com o risco gestacional. Para isso, é fundamental a compreensão, por parte dos profissionais envolvidos no processo assistencial, da importância de sua atuação e da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção para o binômio materno-fetal (Ministério da Saúde, 2022).

Segundo Zugaib (2023) sendo assim, está entre os objetivos da assistência pré-natal atender aos interesses maternos e fetais. Para que isso ocorra, é importante que o pré-natal seja de início precoce, assíduo, com a participação de equipe adequadamente treinada e especializada e que haja retaguarda para internações. Alguns pontos são cruciais para que o pré-natal possa atingir seus objetivos:

- ✓ Estimativa precoce e acurada da idade gestacional.
- ✓ Identificação de pacientes de risco para complicações.

- ✓ Avaliação constante do estado de saúde da mãe e do feto.
- ✓ Diagnóstico e terapêutica precoces, se possível, para prevenção e redução da morbidade e da mortalidade.
- ✓ Educação e comunicação com os pais.

A comunicação dialógica representa um pilar na relação enfermagem-gestante, para favorecer a compreensão e o empoderamento da mulher desse complexo processo da maternidade (Lara; Cesar, 2017).

Segundo Fernandes *et al.* (2020) embora a gestação de alto risco não represente uma patologia específica, o fato de sua magnitude expressa em cerca de 15% do total de gestações serem de alto risco (aproximadamente 470 mil gestações ao ano no Brasil), associado à chance de ocorrência de desfechos desfavoráveis à mulher, ao feto e ao recém-nascido.

6 CONCLUSÃO

Conforme o estudo, analisou-se que 6 das 8 gestantes (75%), são acometidas por mais de um agravante na estratificação, sendo eles: gesta 1 (obesidade, DMG e HAS), gesta 2 (DMG, oligodrâmnio ou polidrâmnio, tireoideopatias e sobrepeso), gesta 3 (obesidade, doença específica gestacional/pré-eclâmpsia, DM, DMG, Hipertensão Arterial Descompensada e tireoideopatias), gesta 4 (obesidade, doença psiquiátrica grave e Pneumopatias Graves), gesta 7 (oligodrâmnio ou polidrâmnio, tireoideopatias e sobrepeso) e gesta 8 (obesidade, cálculo renal, HAS e DM). Duas (25%), apresentaram alterações na gestação anterior sendo, gesta 1 (mais de um parto prematuro <36 e pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim) e gesta 4 (2 abortos consecutivos ou 3 não consecutivos). Conclui-se que entre todas as patologias as mais apresentadas foram: sobrepeso, HAs, DMG e tireoideopatias. Com pontuações que variam de 11 a 54 pontos, sendo considerado conforme a estratificação de risco gestacional do Estado de Santa Catarina que 10 ou mais pontos, são considerados alto risco. As gestantes com essa pontuação durante a consulta de pré-natal da UBS, são encaminhadas ao serviço especializado do município para fazer o acompanhamento com o médico obstetra, intercalando assim com as consultas da unidade, afim de evitar qualquer intercorrência para a mãe, para o feto ou para os dois. Observou-se no estudo que os prontuários das gestantes triadas e acompanhadas na Unidade Básica de Saúde apresentavam patologias que não eram consideradas na estratificação de risco, pois na evolução do profissional onde era realizado o encaminhamento ao atendimento de referência do município algumas apresentavam apenas a pontuação 10, sendo considerado apenas uma patologia existente, mesmo que apresentasse mais de uma. Além da maioria não apresentar o anexo do encaminhamento ao serviço de referência do município em seu prontuário eletrônico. Sugere-se uma melhora das informações registradas nos prontuários eletrônicos assim como uma padronização na estratificação realizada e treinamento constante da equipe que realiza a consulta de pré-natal para que seja realizada de forma íntegra e humanizada.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, Gabriely Lima *et al.* Impactos do tabagismo na gestação para o crescimento da criança: revisão sistemática. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 17, ed. 47, p. 1-6, 2020. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1275/u2020v17n46e1275>. Acesso em: 16 nov. 2023.
- ARANA, Layane Almeida de *et al.* A Rede Cegonha e a atuação do enfermeiro obstetra. Uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, p. 1-18, 10 jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-054>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61350>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.
- BARINI, R *et al.* Fatores Associados ao Aborto Espontâneo Recorrente. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 4, p. 217-223, 2000.
- BENDER, T. A *et al.* Rede Mãe Paranaense: análise da estratificação do risco gestacional em três regionais de saúde em 2017-2018. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 340-353, jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestantes de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestantes.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 9 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento**. Secretária de atenção primária a saúde, Brasília, ed. 1, p. 69, 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de gestão de alto risco**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA4Ng==>. Acesso em: 8 maio 2023. br
- BARROS, S. R. A. DE F. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. **Revista Dor**, v. 14, n. 2, p. 88-93, 2013.
- BOLOGNANI, M. Star fission: Shoaib Akhtar and fragmentation as transnational celebrity strategy. **Celebrity Studies**, v. 2, n. 1, p. 31-43, 14 mar. 2011.

BRANDÃO, P. Z.; SILVA, T. B. DA; SIQUEIRA, E. C. DE. Obesidade e gestação: a importância da correlação na avaliação dos riscos materno-fetais. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 2, p. 18-23, 2019.

BRITO, Lucas de Moraes Escorcio *et al.* A importância do pré-natal na saúde básica. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 15, 2021. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=j&url=https%3A%2F%2Frdsjournal.org%2Findex.php%2Frsd%2Farticle%2Fdownload%2F22471%2F20019%2F272410&uct=1683501257&usg=I2q7aTggp-KPCCqEoifWafaxULU.&ved=2ahUKEwjgqZ6s9c__AhWNOLkGHayJARgQwtwHKAB6BAgBEAE. Acesso em: 19 jun. 2023.

BRITO, M. E. de S. M *et al.* Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da anemia ferropriva: Uma revisão de literatura. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e23523, 2021a. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/23523>. Acesso em: 2 ago. 2023.

CÂMARA, J. T.; SILVA, M. G. DA; CASTRO, A. M. DE. Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil. **Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia**, v. 37, n. 2, p. 64-70, 2015.

CAMPANER, Adriana B; CARVALHO, Soraia; RIBEIRO, Paulo Ayroza. **Protocolos de emergência em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Editora Manole, 2019. E-book. ISBN 9786555762082. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555762082/>. Acesso em: 17 jul. 2023.

COELHO, L. M. C; SIQUEIRA E. C. de. Distúrbios hipertensivos na gravidez: pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 8, p. e10681, 17 ago. 2022.

COSTA, Maria Fernanda Lima; BARRETO, Sandhi Maria. **Tipos de estudos epidemiológicos: Conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**, [s. l.], 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em: 24 maio 2023.

COSTA, S. M. da *et al.* Hipotireoidismo na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 4, p. 351-358, 2004.

COSTA, P. V. D. P *et al.* A educação em saúde durante o pré-natal frente a prevenção e controle da hipertensão gestacional: relato de experiência. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e2959108505, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8505. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8505>. Acesso em: 2 ago. 2023.

DAVID, Lorena Soares *et al.* **Prevalência e fatores associados ao sobrepeso/obesidade em gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família**,

[s. l.], 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000354>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CZ4rYhQR3r44RVNf4sSBcTS/?lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2023.

DE SANTIS, G. C. Anemia: definição, epidemiologia, fisiopatologia, classificação e tratamento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 52, n. 3, p. 239-251, 2019. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v52i3p239-251. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/156726>. Acesso em: 2 ago. 2023.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: **O desejo e a programação de uma gestação**, [s. l.], 5 dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/PDmJYtNFBg9qw5DD4bbdFjK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 maio 2023.

DULAY, Antonette T. Aborto espontâneo recorrente: Perda recorrente de gravidez, aborto espontâneo repetido. *In: Aborto espontâneo recorrente*. [S. l.]: MSD, 2022. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/complica%C3%A7%C3%B5es-da-gravidez/aborto-espont%C3%A2neo-recorrente>. Acesso em: 13 nov. 2023.

FERNANDES, J. A *et al.* Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 5, 2020.

FERNANDES, Joice Maria Pacheco Antônio. **Fatores associados a gestação de alto risco**: papel dos contaminantes ambientais. 2021. 120 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, [S. l.], 2021. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/handle/tede/7081>. Acesso em: 16 nov. 2023.

FERREIRA, Jéssika Ventura *et al.* Soroprevalência para toxoplasmose em gestantes. Soroprevalência para toxoplasmose em gestantes. **Educação Ciência e Saúde**, v. 7, ed. 1, p. 101-116, 2020. DOI: [/dx.doi.org/10.20438/ecs.v7i1.270](https://doi.org/10.20438/ecs.v7i1.270). Disponível em: <http://periodicos.ces.ufcg.edu.br/periodicos/index.php/99cienciaeducacaosaude25/article/view/270>. Acesso em: 17 out. 2023.

FERRI, Fred F. **Ferri Ginecologia e Obstetrícia - Recomendações Atualizadas de Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN 9788595150577. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595150577/>. Acesso em: 18 jul. 2023.

FILHO, P. S. da P. S *et al.* Influence of covid-19 and other respiratory diseases in the gestational period. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e431974215, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4215. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4215>. Acesso em: 16 nov. 2023.

FONSECA, Poliana Cristina de Almeida *et al.* **Efeito do tabagismo na gestação sobre o excesso de peso e déficit de crescimento em crianças nos primeiros seis meses de vida**: uma análise de sobrevivência. Recife, v. 18, ed. 2, p. 1-9, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200007>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/N9F8QsnFQmvGLSrjBNd7NCQ/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 16 nov. 2023.

FONSECA, Poliana Cristina de Almeida *et al.* Maternal smoking during pregnancy and early development of overweight and growth deficit in children: an analysis of survival. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 2, p. 361-369, 2018a.

FRIGO, Letícia Fernandez *et al.* **A importância dos grupos de gestante na atenção primária**: Um relato de experiência. Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 3, 20 ago. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5704/570464025009.pdf>. Acesso em: 8 maio 2023.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil - 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/45jmN5Lrvb9hjnN5nj3YnVj/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, Ana Carolina de Oliveira *et al.* **Manejo das doenças hipertensivas gestacionais - revisão de diagnóstico, tratamento e prevenção**, [s. l.], v. 1, ed. 1, p. 6, 1 abr. 2020. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/239>. Acesso em: 17 jul. 2023.

GONÇALVES, Daniela Dias *et al.* Toxoplasmose congênita: estratégias de controle durante o pré-natal. Toxoplasmose congênita: estratégias de controle durante o pré-natal. **Revista Caderno de Medicina**, v. 2, ed. 1, p. 1-11, 5 abr. 2019. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1086>. Acesso em: 17 out. 2023.

GUAZZELLI, C. A. F.; ABRAHÃO, A. R. Gravidez nos extremos reprodutivos. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). **Atualização terapêutica**. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.177.

GUIA, Luísa de Carvalho Mares *et al.* Frequência de anemia: uma comparação entre gestantes adolescentes e adultas. Frequência de anemia: uma comparação entre gestantes adolescentes e adultas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, ano 2021, v. 13, ed. 7, p. 1-7, 27 jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e8417.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8417/5135>. Acesso em: 2 ago. 2023.

HOCHMAN, Bernardo *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta cirúrgica brasileira**, [s. l.], v. 20, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acb/a/bHwp75Q7GYmj5CRdqsXtqbj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2023.

JAVIER, F *et al.* **Perda gestacional retida: tratamento baseado em evidência.** Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2410.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023.

KAHHALE, S; FRANCISCO, R. P. V; ZUGAIB, M. Pré-eclampsia. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v97i2p226-234. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143203>. Acesso em: 17 jul. 2023.

KASSADA, Danielle Satie *et al.* Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002013000500010>.

KREBS, V. A *et al.* Síndrome de Hellp e Mortalidade Materna: Uma revisão integrativa / Hellp Syndrome and Maternal. **Brazilian Journals Publicações de Periódicos**. São José dos Pinhais, Paraná, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-184> Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26920>. Acesso em: 07 nov. 2023.

KORKES, F; RAUEN, E. C; HEILBERG, I. P. Urolithiasis and pregnancy. **Jornal brasileiro de nefrologia: órgão oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia**, v. 36, n. 3, 2014.

KROB, A. D *et al.* Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 3-16, 2017.

LARA, Sonia Regina Godinho de; CESAR, Mônica Bimbatti N. **Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia**. São Paulo: Editora Manole, 2017. E-book. ISBN 9788520454756. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520454756/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

LEOCADIO, Anderson da Silva. **Enfoque respiratório no período gestacional**. 2007. 43 p. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Universidade Veiga de Almeida, [S. l.], 2007. Disponível em: https://www.uva.edu.br/sites/all/themes/uva/files/pdf/enfoque_respiratorio_gestacional.pdf. Acesso em: 16 nov. 2023.

LEVENO, K. J *et al.* **Manual de Obstetrícia de Williams: Complicações na Gestação**. [s.l.], ed. 23. Artmed Editora, 2014.

LIAO, Adolfo. **Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente**. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2020. E-book. ISBN 9786555763249. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555763249/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

LIMA, Kelly Mikaelly de Souza Gomes *et al.* Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de alto risco. **Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de alto risco**, [s. l.], 2019. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-084>. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/2173>. Acesso em: 28 nov. 2023.

LINS, E. V. D *et al.* Hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 8, p. e29111831197, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.31197. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31197>. Acesso em: 2 ago. 2023.

MACÊDO, V. C. de *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos saúde coletiva**, v. 28, n. 4, p. 518-528, 2020.

MACEDO, Lorena de Oliveira *et al.* Obesidade e Pré-Eclâmpsia. **Obesidade e Pré-Eclâmpsia. Revista Feminina**, v. 43, ed. 2, p. 86, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n2/a4970.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2023.

MACEDO, M. B. B *et al.* Síndrome de HELLP: parâmetros diagnósticos e tratamento oportuno. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 19, p. e11122, 25 out. 2022.

MACHADO, Claudete B. N *et al.* Preeclampsia in pregnancy from the perspective of women in the Northwest region of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. **Mundo da saúde (1995)**, v. 44, p. 498-505, 2020.

MACHADO, L. B; ANDRES, S. C. Nursing consultation in the context of Primary Health Care: Experience report. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e27510111708, 2021.

MACIEL, M; MAGALHÃES, P. ABE&M todos os direitos reservados revisão Tireoide e Gravidez RESUMO. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 7, 2008.

MAGALHÃES, Elma Izze da Silva *et al.* Prevalência de anemia e determinantes da concentração de hemoglobina em gestantes. Prevalência de anemia e determinantes da concentração de hemoglobina em gestantes. **Cadernos Saúde Coletiva**, p. 1-7, 8 nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040085>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/rzYNmPWbDgV6crdjKnPVfqw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

MAI, C. M; KRATZER, P. M; MARTINS, W. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: An integrative literature review. **Zenodo**, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.5611432>. Acesso em: 17 jul. 2023.

MANZATO, A. J; ADRIANA, P; SANTOS, B. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa**. Disponível em: https://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf. Acesso em: 16 oct. 2023.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, 2021.

MARZOLA, P. E. R; MARZOLA, R. V. Tratamentos alternativos para toxoplasmose ocular: uma revisão integrativa. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S. l.], v. 49, n. 4, p. 98-106, 2021. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/812>. Acesso em: 17 out. 2023.

MASSAGO, Miyoko *et al.* Efeitos transgeracionais do tabagismo materno durante a gestação e amamentação. **Efeitos transgeracionais do tabagismo materno durante a gestação e amamentação**, [s. l.], 2018. DOI: 10.14450/2318-9312.v30.e1.a2018. pp44-49. Disponível em: <file:///C:/Users/acer/Downloads/2273-7828-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Conhecendo os efeitos do uso de drogas na gestação e as consequências para os bebês**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-cartilha-sobre-efeitos-e-consequencias-do-uso-de-drogas-na-gestacao/30042021_cartilha_gestantes.pdf. Acesso em: 24 jul. 2023.

MONTENEGRO, Carlos Antônio B; FILHO, Jorge de R. **Rezende Obstetrícia Fundamental**, 14ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017. *E-book*. ISBN 9788527732802. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732802/>. Acesso em: 14 jul. 2023.

MOURA, Ivone Pereira da Silva *et al.* Conhecimento e comportamento preventivo de gestantes sobre Toxoplasmose no município de Imperatriz. Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1-14, 6 jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.21702017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJVGXzDp84TFsWw4hBLyc7G/>. Acesso em: 17 out. 2023.

MUSSI, R. F. de F *et al.* Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, v. 7, n. 2, 2019.

NASCIMENTO, Thaise Fernanda Holanda do *et al.* Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. **Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional**, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6887>. Acesso em: 28 nov. 2023.

OLIVEIRA, M. T. S *et al.* Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 361-372, 2020.

OLIVEIRA, L. B. M. de *et al.* Anemia ferropriva na gravidez e a suplementação de sulfato ferroso/ Iron deficiency anemia in pregnancy and ferrous Sulfate supplementation. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 48225-

48233, 2021. DOI: 10.34117/bjdv.v7i5.29735. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29735>. Acesso em: 2 ago. 2023.

PERAÇOLI, José Carlos *et al.* Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Thieme Publicações Ltda Rio de Janeiro, Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1687859>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PEREIRA, P. K; LOVISI, G. M. **Prevalência da depressão gestacional e fatores associados** *Prevalence of gestacional depression and associated factors*, [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/6VJL8fmrVFD8yJ8JDgNBBpM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2023.

PIANA, Maria Cristina. A pesquisa de campo. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**, [s. l.], 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-06.pdf>. Acesso em: 24 maio 2023.

RAMOS, José G L *et al.* **Rotinas em Obstetrícia (Rotinas)**. Porto Alegre: Grupo A, 2023. E-book. ISBN 9786558821168. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558821168/>. Acesso em: 17 jul. 2023.

REZENDE, Ceny Longhi; SOUZA, José Carlos. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco**, [s. l.], ed. 16, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf>. Acesso em: 24 maio 2023.

RIBEIRO, Mariana Alexandra Cardoso. Abortos Recorrentes Revisão de Literatura. **Abortos Recorrentes Revisão de Literatura**, [s. l.], p. 1-80, 21 jul. 2021. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/11434>. Acesso em: 13 nov. 2023.

ROCHA, P. C *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, 2016.

SAMPAIO, A. F. S; ROCHA, M. J. F. da; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 559-566, 2018.

SANTOS, Nívea Cristina M. **Assistência de Enfermagem Materno-Infantil**. São Paulo: Editora Saraiva, 2009. E-book. ISBN 9788576140856. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788576140856/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

SARMENTO, R. S *et al.* Pré-eclâmpsia na gestação: ênfase na assistência de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 3, p. 261-267, 2021.

SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo *et al.* Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Avaliação da Rede Cegonha**: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil, [s. l.], p. 1-10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.25782020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjZVSFLg47T3vgFwYy6Mh3q/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2023.

SILVA, Vitória Marion Costa *et al.* **Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco**: Assistência de enfermagem no pré-natal, [s. l.], 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1884>. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1884>. Acesso em: 28 nov. 2023.

SILVA, Vitória Almeida Matos da *et al.* **Prevalência de sobrepeso e obesidade gestacional em unidade de saúde da família**, [s. l.], 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e12896>. 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12896>. Acesso em: 28 nov. 2023.

SILVA, K. M; SANTOS, S. M. A. dos. A consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: realidade de um distrito sanitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 2, p. 248, 2016.

SILVA JUNIOR, J. R. DA *et al.* Gestational Diabetes Mellitus: the importance of the production in knowledge. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 2, p. 85-87, 2016.

SILVA, L. B; SOUZA, P. G. V. D. Infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021.

STOLARSKI, C. V; TESTON, V; KOLHS, M. **The nursing team and its knowledge about legal attributions conocimiento del personal de enfermería de sus responsabilidades legales**. 2009. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v13n3/v13n3a03.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

TAMASHIRO, Eliza Maria *et al.* “Por causa do bebê”: redução do uso de drogas por gestantes. **“Por causa do bebê”**: redução do uso de drogas por gestantes. São Paulo, v. 20, ed. 1, p. 1-5, 5 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/ZtDq9FFk9nxjHYCt4mQnbyv/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.

TORQUATO, João Vitor Monteiro Basto *et al.* Toxoplasmose e gestação: revisão de literatura. Toxoplasmose e gestação: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 35265-35272, 29 abr. 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n5-169. Disponível em: <file:///C:/Users/acer/Downloads/47703-119367-1-PB.pdf>. Acesso em: 17 out. 2023.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque *et al.* **Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha**: os caminhos metodológicos,

[s.l.], p. 1-12, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.10642020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n3/789-800/pt>. Acesso em: 28 nov. 2023.

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli V. **Zugaib obstetrícia**. 4. ed. São Paulo: Editora Manole, 2020. *E-book*. ISBN 9788520458105. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458105/>. Acesso em: 13 jul. 2023.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. São Paulo: Editora Manole, 2023. *E-book*. ISBN 9786555769340. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555769340/>. Acesso em: 08 nov. 2023.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS

Instrumento para coleta de dados

Nome (Iniciais):

Número de prontuário:

Data de Nascimento:

Idade: () sem risco () menor que 15 anos () maior que 40 anos

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Raça:

Tabagista? Se sim, quantos cigarros fuma por dia?

Etilista? () SIM () NÃO

Sofre algum tipo de violência doméstica? () SIM () NÃO

Peso:

Altura:

() Baixo IMC <18 () Sobrepeso, IMC: 25-29,9 () Obesidade IMC >30 /39,9

Histórico gestacional anterior

Teve algum problema gestacional anterior? Se sim, qual(is)?

Teve pré-eclâmpsia na gestação anterior? () SIM () NÃO

Teve DMG? () SIM () NÃO

Teve infecção urinária de repetição? () SIM () NÃO

Teve algum aborto? () SIM () NÃO

Se sim, quantos? Investigou a causa?

Teve algum nascimento prematuro? () SIM () NÃO

Com quantas semanas? _____

Histórico gestacional atual

Foi diagnosticada com pré-eclâmpsia? () SIM () NÃO

Possui síndrome de HELLP ou HAS? () SIM () NÃO

Foi diagnosticada com DMG? () SIM () NÃO

Teve infecção urinária de repetição? () SIM () NÃO

Se sim, fez o tratamento?

Teve anemia? () SIM () NÃO

Teve alguma suspeita de mal formação fetal? () SIM () NÃO

Teve alguma doença sexualmente transmissível? () SIM () NÃO

Se sim, fez o tratamento?

Teve hepatite? () SIM () NÃO

Se sim, fez tratamento?

Teve hanseníase? () SIM () NÃO

Se sim, fez tratamento?

Teve toxoplasmose? () SIM () NÃO

Se sim, fez tratamento?

Faz uso de drogas lícitas ou ilícitas? () SIM () NÃO

Se sim, o que?

Possui alguma doença psiquiátrica? (depressão, psicoses) () SIM () NÃO

Possui alguma cardiopatia? () SIM () NÃO

Se sim, qual?

Toma alguma medicação contínua? () SIM () NÃO

Se sim, qual/quais?

Possui oligodrâmio (pouco líquido amniótico) ()

Possui polidrâmio (excesso de líquido amniótico) ()

ANEXO (S)

ANEXO 1 - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

DocuSign Envelope ID: 22FE5DFE-6E7F-48FC-9242-EFF63DBE17E8



Termo de Confidencialidade

- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador Carla Gabriela Menin Hass e Marina Feltrin por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
<p>Orientador(a)</p> <p>DocuSigned by:  0ED4F39F38934ED...</p> <hr/> <p>Assinatura</p> <p>Nome: Prof Marly</p> <p>CPF: 276 . 801 . 180 - 00</p>	<p>Pesquisador(a)</p> <p>DocuSigned by:  F797A99DD43C470...</p> <hr/> <p>Assinatura</p> <p>Nome: Carla Gabriela Menin Hass</p> <p>CPF: 093 . 615 . 449 - 77</p>
<p>Pesquisador(a)</p> <p>DocuSigned by:  21CF0A0B307C4D5...</p> <hr/> <p>Assinatura</p> <p>Nome: Marina Feltrin</p> <p>CPF: 105 . 312 . 189 - 02</p>	<p>Pesquisador(a)</p> <hr/> <p>Assinatura</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____ - _____</p>

Criciúma (SC), 17 de julho de 2023.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
 Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

DocuSign Envelope ID: 22FE5DFE-6E7F-48FC-9242-EFF63DBE17E8



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: Estratificação de risco gestacional e as patologias mais comuns apresentadas por gestantes de alto risco.

Objetivo: Avaliar o prontuário de 8 gestantes classificadas como alto risco e denominar as principais patologias apresentadas por essas gestantes assim como características em comum entre elas;

Período da coleta de dados: 01/09/2023 a 01/10/2023

Local da coleta: Unidade de Saúde e Estratégia da Família, localizada na rua Imigrante Meller, s/n, Pinheirinho, Criciúma - SC, CEP 88805-085,

Pesquisador/Orientador: Cecília Marly Spiazzi dos Santos

Pesquisador/Acadêmico: Carla Gabriela Menin Hass

Pesquisador/Acadêmico: Marina Feltrin

Telefone: 48 991068025

Telefone: 48 984664693

Telefone: 48 996937005

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados (em prontuários e bases de dados, através de gravação, filmagem-especificar conforme o caso) do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
 Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

ANEXO 2 - CARTA DE ACEITE



Prefeitura de Criciúma
Poder Executivo
Secretaria Municipal de Saúde
Educação Permanente em Saúde e Humanização - EPSHU-SUS

De: Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de EPSHU

Requerente: Carla Gabriela Menin Hass

Assunto: Solicitação de Pesquisa na Saúde

Processo nº: 674700

Criciúma, 02 de Agosto de 2023

CARTA DE ACEITE

Prezado (a),

Cumprimentando-o (a) cordialmente, vimos por meio deste **DEFERIR** a solicitação para realização da pesquisa intitulada como: **"Estratificação de risco gestacional e as patologias mais comuns apresentadas por gestantes de alto risco"**, estudo a ser realizado pelas acadêmicas do curso de Enfermagem, **Carla Gabriela Menin Hass e Marina Feltrin**, sob a responsabilidade da **Prof^a Cecília Marly Spiazzi dos Santos** da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Secretaria de Saúde de Criciúma, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos. Além disso, a data para levantamento dos dados deverá ser combinada antecipadamente, com a Gerência de Educação Permanente em Saúde e Humanização através do e-mail "educacaopermanente.saude@criciuma.sc.gov.br".

Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, serão convidados a apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais.

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde
Criciúma/SC



ANEXO 3 - INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ESTACIONAL



INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL - VERSÃO 01/2021

Data da consulta																				
Pontuação																				

RISCO10 ou + Pontos	ALTO (Acompanhamento na APS e AAE)
RISCO5 a 9 Pontos	MÉDIO (Acompanhamento na APS ou especialista)
RISCOaté 4 Pontos	BAIXO (Acompanhamento na APS)

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES	
Idade menor que 15 anos	2
Idade maior que 35 anos	5
Mulher de raça negra	1
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)	1
Tabagista ativo	2
Indícios de ocorrência de violência	2
Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola	2
Baixo Peso (IMC <18, 5 kg)	2
Ganho de peso inadequado	0
Sobrepeso (25-29,9 kg)	1
Obesidade (IMC > 30 – 39,9 kg)	4
Obesidade mórbida (IMC > 40 kg)	10
TOTAL	

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E CLÍNICOS	
Dois ou mais abortos espontâneos (nenhuma conduta na gestação atual impedirá novo aborto se a causa não for conhecida. Portanto, a menos que a paciente já tenha sido investigada e uma causa definida, não há como indicar tratamento clínico para evitar nova perda gestacional. Encaminhar para investigação fora do ciclo gravídico e puerperal).	2
Natimorto sem causa determinada	10
Prematuridade na gestação anterior	2
Mais de um parto prematuro	10
Óbito fetal inexplicado em gestação anterior	5
Pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim: eclâmpsia, síndrome HELLP, óbito fetal intrauterino, internação materna em UTI	10
Placenta prévia na gestação anterior	2
Malformação Fetal	2
Acretismo placentário	2
Descolamento prematuro de placenta na gestação anterior	2
Restrição de crescimento intrauterino na gestação anterior	2
Multiparidade (5 ou mais partos)	2
AIDS/HIV com diagnóstico/tratamento prévio a gestação	2
Psicose puerperal na gestação anterior	10
Transplante	5
Cirurgia bariátrica há menos de 5 anos	5
Incompetência Istmo Cervical	10
Trombose venosa profunda (TVP) ou Tromboembolismo pulmonar (TEP)	10
AVE, IAM prévios	10
TVP / TEP prévios sem fator desencadeante	10
TOTAL	



PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICAS E/OU GINECOLÓGICAS	
Ameaça de aborto	2
Epilepsia e doenças neurológicas	5
Doenças psiquiátricas graves: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras	10
Tuberculose com diagnóstico/tratamento prévio a gestação	5
Alterações da tireoide	5
Placenta prévia com diagnóstico após 28 semanas de gestação com ou sem sangramento	10
Câncer materno com diagnóstico ou tratamento durante a gestação	10
Neoplasias ginecológicas na gestação atual	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama	10
Lesão de alto grau em colo uterino (NIC II - III). (deve ser encaminhada primeiramente para o Ambulatório de Patologias do Trato Genital Inferior para definição da conduta)	10
Doença Hemolítica	10
Isoimunização	10
Infertilidade tratada	2
Arritmia Fetal	10
Mal formações congênitas que interferem na via de parto e ou com necessidade de atendimento especializado ao RN	10
Restrição de crescimento intrauterino	10
Polidrâmio/ Oligodrâmio	10
Doença Hipertensiva da Gestação/Pré-eclâmpsia	10
Diabetes Gestacional não compensada com dieta	10
Gemelaridade	10
Incompetência Istmo Cervical	10
Anomalias do trato gênito urinário e/ou pelve com repercussão no trajeto de parto	10
Mal formações fetais, suspeita de cromossomopatias	10
Hiperêmese gravídica refratária (após internação por vômitos persistentes com desidratação e perda de peso > 5%). Obs.: Lembrando que vômitos incoercíveis com quadro de desidratação são indicativos de internação hospitalar.	2
TOTAL	

COMORBIDADES E/OU CONDIÇÕES MATERNAS DE RISCO NA GESTAÇÃO ATUAL	
Cardiopatas com repercussão hemodinâmica Obs.: Deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico	10
Hipertensão Arterial descompensada Obs.: Deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.	10
Pneumopatas Graves (DPOC, Asma)	10
<i>Diabetes Mellitus</i> 1 ou 2 Obs.: Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.	10
Doenças Auto-ímmunes (Colagenose)	10
Doença Psiquiátrica Grave (como psicoses, depressão grave). Obs.: Deve ser encaminhada concomitantemente para o Psiquiatra para avaliação do quadro e planejamento terapêutico	10
Uso de medicamentos teratogênicos (Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina)	10
Doença Renal Grave	10
Hemopatas e Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dl)	10
Hepatopatas crônicas (Hepatites Virais, Cirrose). Obs.: Deve ser encaminhada primeiramente para o Hepatologista e/ou Gastroenterologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.	10
Infecção Urinária de repetição (Pielonefrite ou infecções 3 x ou mais)	10
Infecções Graves	10
AIDS/HIV com diagnóstico na gestação	10
Sífilis gestacional	2
Tuberculose	10



Toxoplasmose OU rubéola OU citomegalovirus diagnosticado na gestação atual com risco de transmissão fetal.	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10
Endocrinopatias descompensadas	10
Obs.1: Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.	
Obs.2: Exclui-se tireotoxicose transitória da gestação (presença de TSH baixo ou suprimido, hiperêmese, sem outros sinais e sintomas de hipertireoidismo).	
Obs.3: Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.	
Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)	5
Suspeita ou confirmação de COVID-19	5
Obs.: Deve ser acompanhada a evolução de quadro clínico a distância, por telefone, WhatsApp e teleconsultas. Os casos graves devem ser imediatamente encaminhados para urgência/hospitais	
TOTAL	