

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
CURSO DE ENFERMAGEM**

CLAUDIA DICH

**FATORES QUE LEVAM AS GESTANTES A PROCURAR ATENDIMENTO DE
EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO MEIO OESTE
CATARINENSE.**

**CAÇADOR
2018**

CLAUDIA DICH

FATORES QUE LEVAM AS GESTANTES A PROCURAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO MEIO OESTE CATARINENSE.

Trabalho de conclusão de curso apresentado como exigência para obtenção de título de Bacharel, do curso de Enfermagem, ministrado pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, sob orientação da professora Aires Roberta Brandalise.

**CAÇADOR SC
2018**

FATORES QUE LEVAM AS GESTANTES A PROCURAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO MEIO OESTE CATARINENSE.

CLAUDIA DICH

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

Bacharel em Enfermagem

E aprovado na sua versão final em ___/___/_____, com nota _____, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP e sob a Coordenação do Curso de Enfermagem.

Rosemari de Oliveira
Coordenadora do Curso de Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. Aires Roberta Bandalise
Presidente da Banca

Prof. Esp. Juliana Cauduro
Membro

Prof. Esp. Maria Aparecida Tavares
Membro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, minha família que sempre me apoiou, à querida professora Aires Roberta que me guiou nessa longa trajetória e dedicando seu conhecimento em favor dos seus acadêmicos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por cada dia, poder acordar, caminhar, por a cada dia me permitir lutar pela vida, por me proporcionar discernimento para escolher o cuidado como profissão. Por me permitir cuidar dos meus semelhantes.

A meu amado esposo e filho, que incentivaram e compreenderam minha ausência nesse período.

Aos meus queridos mestres que dedicaram todo seu conhecimento e experiência para minha formação, pelos conselhos e orientações nos momentos de dúvida.

Aos amigos, colegas e conhecidos que fiz nessa longa caminhada, agradeço pela companhia e apoio nos momentos de desespero e dificuldades.

“Carregamos nove meses na barriga, três anos no colo, e por toda a nossa vida no coração.”

Miriam Menegat

RESUMO

A gestação é um momento em que a mulher sofre muitas modificações, tanto emocionais quanto físicas por motivo da ação dos hormônios e do fato de ter um bebê se desenvolvendo dentro dela. Essas mudanças causam muitos efeitos indesejáveis para a gestante, algumas sentem enjoos, outras sentem dores nas costas e em baixo ventre, há também mulheres que passam a gestação inteira sem nenhuma complicação. Cada mulher reage de uma forma, pois cada uma tem uma forma física, um histórico, ou seja, uma fisiologia. Essas alterações, muitas vezes causam grandes dúvidas o que faz com que elas busquem atendimento mais e mais vezes, durante o período gestacional. Este trabalho visa avaliar o nível escolar, identificar antecedentes de planejamento familiar, obstétricos e a presença de riscos gestacionais atuais, verificar o acompanhamento do pré-natal em relação as consultas, exames, participação em grupo de gestantes e pré-natal odontológico e identificar as patologias presentes que levam ao atendimento na emergência. Se trata de uma pesquisa qualitativa e quantitativa onde serão avaliados dados qualitativos por meio de análise das respostas e através de gráficos expressar os resultados da pesquisa.

Palavras chave: Gestação. Emergência obstétrica. Emergências maternas.

ABSTRACT

Gestation is a time when a woman undergoes many modifications, both emotional and physical because of the action of the hormones and the fact of having a baby developing within her. These changes cause many undesirable effects for the pregnant woman, some feel nauseous, others feel pain in the back and in the belly, there are also women who spend the entire pregnancy without any complications. Each woman reacts in a way, since each one has a physical form, a history, that is, a physiology. These changes often cause great doubts which cause them to seek care more and more often during the gestational period. This study aims to evaluate the school level, to identify family planning, obstetric and current gestational risks, to verify prenatal care in relation to consultations, exams, participation in pregnant women and prenatal dentistry, and to identify the pathologies that lead to emergency care. This is a qualitative and quantitative research where qualitative data will be evaluated through analysis of the answers and through graphs expressing the results of the research.

Keywords: Gestation. Obstetric emergency. Maternal emergencies.

LISTA DE SIGLAS

UBS – Unidade básica de saúde;
UNIARP – Universidade Alto Vale do Rio do Peixe;
Pg. - Página;
TIG – Teste imunológico de gravídes;
BHCG – Dosagem de gonadotrofina coriônica;
BCF – Batimentos cardio fetais;
IMC – Índice de massa corporal;
PA – Pressão arterial;
IG – Idade gestacional;
HIV – Vírus da imunodeficiência adquirida;
USG – Ultrassonografia;
DST's – Doenças sexualmente transmissível;
ITU – Infecção do trato urinário;
UTI – Unidade de terapia intensiva;
OBS. - Observação;
RH – antígeno;
Tax – Temperatura;
IVAS – Infecção de vias aéreas superiores;
VDRL – Veneral Disease Ressearch Laboratory;
IGM – Imunoglobulinas M;
IGG – Imunoglobulinas G;
EQU – Exame qualitativo de urina;
MG/DL – Miligramas por decilitro;
HBSAG – Exame para detecção da infecção pelo vírus da hepatite B;
Anti-HCV - Exame para detecção da infecção pelo vírus da hepatite C;
ML – Mililitro;
O² - Oxigênio;
SC – Subcutânea;
dT – Vacina dupla composta pelo toxóide Difteria e tétano;
DTPA – Vacina tríplice bacteriana composta pelo toxóide difteria, tétano e coqueluche;

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Escolaridade das gestantes.....	35
Gráfico 2 - A gestação foi planejada	36
Gráfico 3 - Realização do pré-natal.....	37
Gráfico 4 - Número de consultas de pré-natal até o momento	38
Gráfico 5 - Informação sobre vacina contra Hepatite B.....	40
Gráfico 6 - Informações sobre a vacina dT(Difteria e Tétano).....	41
Gráfico 7 - Informações sobre a vacina contra a influenza (Gripe)	42
Gráfico 8 - Informações sobre a vacina DTPA	43
Gráfico 9 - Fez consulta odontológica com aplicação de flúor	44
Gráfico 10 - Orientações sobre os sinais de urgência e emergência no pré-natal	45
Gráfico 11 - Complicação em gestações anteriores.....	46
Gráfico 12 - Encaminhamentos realizados por serviço de saúde.....	48
Gráfico 13 - Conduitas adotadas no atendimento	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	14
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1.1 O sistema reprodutor feminino	14
2.1.2 Ovulação e fertilização	14
2.1.3 Modificações fisiológicas durante a gestação	15
2.1.4 Acolhimento.....	18
2.1.5 Diagnóstico de gravidez	19
2.1.6 Pré natal	19
2.1.6.1 Avaliação do risco gestacional	20
2.1.6.2 Consultas	24
2.1.6.3 Exames complementares	24
2.1.6.5 Queixas comuns durante a gestação	27
2.1.6.6 Intercorrências clínicas mais comuns na gestação	27
3 METODOLOGIA	32
3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA	32
3.2 TIPO DE AMOSTRAGEM	33
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	34
3.5 ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA	34
4 CONCLUSÃO	51
REFERENCIAS	52
APENDICES	54
APENDICE 1 - QUESTIONÁRIO FATORES QUE LEVAM AS GESTANTES À PROCURAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO MEIO OESTE CATARINENSE	55
APENDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	57
ANEXOS	60
ANEXO 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA CO-PARTICIPANTE	61
ANEXO 2 - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	63
ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	64

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de muitas mudanças fisiológicas e estruturais no corpo da mulher, também é um período em que ela se mostra bastante emotiva, fato desencadeado por alterações hormonais, e que se modificam de acordo com individualidade de cada mulher, tornando-a, mais emotiva e insegura.

O início da gestação pode ser um período tranquilo, sem grandes alterações, entretanto, em muitas gestantes pode ser marcado por astenia, síncope, náuseas, pirose, êmese gravídica, dores em alguns locais do corpo, principalmente em baixo ventre. Estes são sinais e sintomas característicos do primeiro trimestre de gestação. Um período de descobertas, de aceitação ou não da gestação e que demanda de um cuidado constante, devendo haver orientações quanto aos cuidados que vão desde a alimentação, uso de medicamentos e estilo de vida.

O pré-natal é de fundamental importância para saúde da gestante e seu bebê, pois, é neste período que se procura diagnosticar qualquer alteração no organismo da mãe que possa influenciar negativamente no desenvolvimento do feto. Segundo o Ministério da Saúde devem ser realizados no mínimo seis (06) consultas durante o pré-natal sendo a primeira até a décima segunda semana (1º trimestre) após mensalmente até vinte e oito semanas, quinzenalmente a partir de trinta e duas semanas e semanalmente após a trigésima sexta semana e uma (01) no puerpério até quarenta dias após o parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse período a mulher deve ficar atenta aos sinais e sintomas mais comuns, que podem indicar infecções provocadas por bactérias, vírus, fungos ou protozoários e que se torna necessário um diagnóstico e tratamento adequado afim de evitar complicações no período gestacional. É comum que as gestantes fiquem preocupadas com qualquer reação do corpo durante o período gestacional, principalmente as primigestas que não sabem exatamente se o que está ocorrendo com seu organismo é normal ou não, gerando dúvidas que acabam por aumentar o número de consultas no serviço de emergência obstétrica aumentando a demanda de atendimento e causando sobrecarga no setor. Por esse motivo o ministério da saúde reforça que as gestantes devem realizar consultas com médicos e enfermeiros, a fim de repassar o maior volume de informações para a gestante durante as consultas no pré-natal.

Geralmente, em gestações de risco habitual o local de atendimento referenciado é a UBS (Unidade Básica de Saúde), onde as consultas devem ser

intercaladas entre o médico e enfermeiro da UBS e ser referenciada ao pré-natal de alto risco, quando identificado o risco gestacional, devendo estes profissionais acompanhar paralelamente esta gestante.

Já o atendimento em caráter emergencial às gestantes torna-se necessário quando a gestante que apresenta risco gestacional e fetal durante a gravidez, porém, esses atendimentos poderiam ser reduzidos se as gestantes recebessem as devidas orientações na atenção básica, gerando menos dúvidas e maior segurança por parte da paciente. Com o grande volume de gestantes que buscam atendimento emergencial surge o seguinte questionamento: A alta demanda de gestantes que buscam atendimento de emergência obstétrica justifica-se pelo grande volume de gestantes com riscos gestacionais comprovados?

A pesquisa tem como objetivo descobrir quais as principais queixas que as gestantes possuem ao buscar o atendimento de emergência da maternidade do município. Como objetivos específicos é possível avaliar o nível escolar e sócio econômico da gestante bem como os antecedentes de planejamento familiar, obstétricos, a presença de riscos gestacionais atuais, é possível verificar o acompanhamento do pré-natal em relação as consultas, exames, participação em grupo de gestantes e pré-natal odontológico e identificar as patologias presentes que levam ao atendimento na emergência.

Se trata de uma pesquisa qualitativa que visa não somente dados que qualifiquem as causas e motivos da busca dos atendimentos de emergência obstétrica, mas também uma pesquisa quantitativa pois se pretende apresentar os resultados de forma numérica, ou seja, expressada em forma de gráficos e comentários.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação consiste em um momento de grandes mudanças no corpo da mulher, depende muito de cada uma e de seu histórico familiar. Existem mulheres que sofrem muito durante a gestação e outras que não sentem nenhuma alteração. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. (MINISTERIO DA SAUDE, 2013, pg. 56)

Isso se dá pelo fato de serem todas diferentes, de cada gestante passar por momentos de dúvidas e incertezas nesse momento tão delicado que é estar gestando um bebê.

2.1.1 O sistema reprodutor feminino

Todos os sistemas e funções do corpo que mantem a vida seriam inúteis se não fossem aquelas responsáveis pela produção da vida. (GUYTON, 1988, pg. 10)

O sistema reprodutor feminino é composto por vários órgãos de grande importância, que segundo GUYTON, 1988, pg. 505 é composto pelos seguintes órgãos:

A vagina, que é o canal tubular ligado a genitália externa ao útero.

O útero, estrutura muscular onde o feto se desenvolve e cresce.

As duas trompas uterinas, cada uma partindo de um dos cantos superiores do útero, curvando-se em seguida, em direção lateral e posterior, em torno da cavidade pélvica. É por meio dessas duas trompas que o óvulo passa para o útero durante cada ciclo sexual mensal.

Dois ovários, cada um deles suspenso sob a franja terminal de cada trompa uterina. Durante o período da vida reprodutiva da vida da mulher, entre as idades de 14 e 45 anos, um dos ovários libera um óvulo à intervalos quase mensais; caso seja fertilizado, pode desenvolver e até formar uma criança.

2.1.2 Ovulação e fertilização

O organismo feminino produz o óvulo (ovo) de onde se desenvolverá um novo ser humano, mas esse desenvolvimento não pode ocorrer até que seja

fertilizado por um espermatozoide, produzindo no organismo masculino. O óvulo fertilizado tem metade das características de seu desenvolvimento derivadas da mãe e metade do pai, de modo que a criança tem suas características igualmente divididas entre seus pais. (GUYTON, 1088, pg. 10).

Guyton, 1988, afirma que: Após o óvulo ter sido fertilizado, ainda permanece como célula única, mas logo se dividem duas células, em seguida em quatro, e finalmente, em muitas células, tornando-se, primeiro, um embrião e, depois, um feto. Gradualmente, as células recém desenvolvidas se diferenciam nas células especiais que formam os órgãos do corpo.

A mãe fornece a nutrição para o feto em crescimento por meio da placenta, uma estrutura que se fixa a parede interna do útero, por onde flui o sangue fetal, vindo do feto. Os nutrientes difundem-se desde o sangue materno para o sangue fetal, através da membrana placentária, que é muito semelhante a membrana do sistema respiratório. Por sua vez, produtos de excreção do feto passam por mecanismo idêntico para o sangue materno. Assim, o feto é nutrido por um período de nove meses no corpo da mãe, até que se torne capaz de manter-se vivo no mundo exterior. A esse tempo, o útero materno expelle o feto. (GUYTON, 1988, pg.11)

2.1.3 Modificações fisiológicas durante a gestação

Segundo Gonzalez; Helcye 2004, pg.96: As modificações que ocorrem no organismo materno durante a gravidez e que desaparecem após o parto são as seguintes:

As mamas encontram-se aumentadas dolorosas devido ao desenvolvimento e preparo para a lactação. Podem também ser observados aumento da pigmentação da aréola e do mamilo, presença rede de Haller¹, devido ao aumento da vascularização, presença de tubérculos de Montgomery², ao redor do mamilo, cuja função e a lubrificação e presença de colostro pode estar presente desde os primeiros meses de gestação até o quinto dia após o parto. (GONZALES, 2004, pg. 96)

O útero sofre alterações de forma, peso, tamanho, posição e consistência durante a gravidez. Normalmente tem cerca de 7 cm de comprimento e pesa 50g. Aumenta cerca de 4 cm por mês, atingindo no final da gravidez cerca de 36cm e 1kg. (GONZALES, 2004, pg. 96)

¹ Rede de Haller: presença de veias superficiais dilatadas e visíveis.

² Tubérculos de Montgomery: presença de glândulas sebáceas salientes na aréola.

No colo do útero forma-se rolha de Schroeder³, cuja finalidade é proteger a cavidade uterina do meio externo. (GONZALES, 2004, pg. 96)

Devido a alterações vasculares, adquire a coloração avinhada. Preparando-se para formar o canal do parto, a vagina torna-se hiperatrofiada⁴, edemaciada, e suas paredes ficam frouxas, amolecidas. Há presença de secreção vaginal de cor clara consistência friável e aumento da acidez vaginal. (GONZALES, 2004, pg. 96).

Segundo REZENDE, 2005 é normal o aparecimento de leucorréia, causado pelo aumento da produção de muco cervical e vaginal, essa secreção apresenta-se com coloração esbranquiçada e sem odor. Nesse período a mulher se torna vulnerável a infecções vaginais.

A vulva apresenta maior volume e, por aumento de pigmentação, torna-se arroxeadada. (GONZALES, 2004, pg. 96).

O períneo se torna amolecido, elástico, para facilitar o canal do parto. (GONZALES, 2004, pg. 96).

Ocorrem alterações gengivais, provavelmente por influência hormonal, podendo aparecer: edema, hiperemia, fácil sangramento e gengivite. Pode ocorrer também aumento da frequência de caries dentárias por modificações no Ph e por diminuição da concentração de imunoglobulinas da saliva. Além disso a sialorreia ou ptialismo, que consiste em uma salivação excessiva, muito comum nas gestantes, decorrente da hiperfunção da glândula salivar. (GONZALES, 2004, pg. 97)

A ação de hormônios diminui os movimentos intestinais, fazendo a digestão se tornar mais lenta. Com o crescimento o útero comprime os órgãos abdominais. O fígado também tem sua função alterada. Desse modo, manifestam-se na maioria das mulheres, principalmente durante os três primeiros meses de gravidez aversão a alimentos, enjoos, regurgitação, pirose, náuseas e vômitos. Contudo, tensões físicas e emocionais podem também ser a causa dessas manifestações. (GONZALES, 2004, pg. 97)

A flatulência e a constipação intestinal ocorrem pela mudança de hábitos alimentares, pelo hipoperistaltismo de origem hormonal e também pressão do útero sobre o intestino. (GONZALES, 2004, pg. 97)

³ Rolha de Schroeder: Tampão mucoso.

⁴ Hiperatrofiada: Aumentada em dimensões.

Durante a gravidez há um aumento da frequência respiratória. Devido a compressão exercida pelo útero sobre o diafragma, pode ocorrer dispneia. (GONZALES, 2004, pg. 98)

Ocorre aumento do volume sanguíneo e, conseqüentemente do trabalho cardíaco. Podem surgir taquicardia e palpitações, que se manifestam mesmo em repouso. As palpitações também podem ocorrer devido a fatores emocionais. Em função do aumento do volume sanguíneo, o sangue torna-se mais diluído, isto é, diminui a concentração de eritrócitos (glóbulos vermelhos), podendo ocasionar a chamada anemia fisiológica da gravidez. A mulher também está mais sujeita ao aparecimento de varizes nos membros inferiores, devido ao aumento do peso e a estase venosa nas pernas. (GONZALES, 2004, pg. 98)

Há um aumento na frequência de micções durante as primeiras e última semanas de gravidez, devido a ação de hormônios e também pela pressão que o útero exerce sobre a bexiga, diminuindo sua capacidade de reserva. Pode ocorrer polaciúria, disúria e nictúria, O trato urinário apresenta maior predisposição a infecções. (GONZALES, 2004, pg. 99)

Podem ocorrer ansiedade e medo na mãe em relação a formação do bebe e a responsabilidade de ter um ser dependente de seus cuidados. Também pode haver tendência a melancolia. Durante a gravidez a mulher sente-se frágil e mais sensível. Sonolência, insônia, fadiga e mesmo cefaleia são causadas por tensões nervosas, emocionais, insegurança, ansiedade etc. (GONZALES, 2004, pg. 99)

Segundo GONZALES, 2004, pág. 100 poderá haver também outras modificações na mulher:

Na pele poderá haver uma hiperpigmentacao da pele devido ao hormônio melanina. A linha mediana do abdome passa a ser linha negra. No rosto as vezes surge o cloasma mancha em forma de máscara que recobre a testa, a raiz do nariz e a região malar. A hiperpigmentacao desaparece após o parto. Pode haver aparecimento de estrias nas mamas, no abdome e nas nádegas, devido a distensão acentuada da pele. Junto ao couro cabeludo, surge uma lanugem (sinal de Halban), que se intensifica durante a gestação e cai após o parto. No pescoço pode ocorrer o aumento do tamanho por hipertrofia da glândula tireoide e regride após o parto. O peso corporal no início da gestação pode ocorrer uma ligeira perda de peso, mas depois a tendência é aumentar. Esse aumento deve ser gradativo, chegando no máximo 12kg no final da gestação. Destes 6kg correspondem aproximadamente a: feto :3,5 kg, placenta:0,5kg, líquido amniótico:1kg, útero1kg. Podemos dizer também que o aumento ponderal na gravidez deve ser de 6 kg+5% do peso inicial (os 5% estão vinculados a embebição gravídica).

Muitas modificações mais podem ocorrer em decorrência do histórico familiar da gestante, podendo variar de acordo com as patologias existentes antes da gestação, que pode definir ou não uma possível gestação de baixo risco ou de alto risco.

2.1.4 Acolhimento

O acolhimento é um momento de grande importância, onde a equipe realiza a recepção da mulher, nesse momento é essencial que a mulher se sinta a vontade e acolhida, segundo o manual de Pré Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (pg. 15):

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde.

Segundo o Caderno 32 de atenção ao pré-natal de baixo risco a política nacional de humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde.

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 pg. 39)

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e de sua família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 pg. 40).

No dia-a-dia acolher é um ato rotineiro para os mais variados profissionais e estabelecer uma relação de apoio com a grávida é de grande importância para que a gestante venha a participar das ações educativas durante o pré-natal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas

uma postura ética e solidária. Portanto, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 40)

Entende-se que o acolhimento é a chave para o bom relacionamento entre equipe multidisciplinar e gestante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

2.1.5 Diagnóstico de gravidez

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2013 pg. 53).

Também podem ser realizados exames de urina apresentam uma taxa baixa de falsos positivos com menor custo, porém esses exames resultam em um pré-natal tardio. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

A dosagem de gonadotrofina coriônica (BHCG) apresenta resultados fidedignos, por isso tornou-se mundialmente reconhecido por diagnosticar a gravidez após 8 a 11 dias após a concepção. (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2013 pg. 53).

Após 12 semanas de atraso a gravidez pode ser diagnosticada por exame clínico, estando dentre eles a ausculta do BCF com uso de sonar ou pelo pinard após 20 semanas de atraso. (GONZALES, 2004).

O acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea. (MINISTERIO DA SAUDE, 2013).

2.1.6 Pré natal

Após a confirmação da gravidez deve-se agendar a primeira consulta de pré-natal com a gestante, onde se dará início ao cadastro no SisPreNatal, confecção do cartão de pre-natal da gestante, solicitação de exames de primeira rotina e demais orientações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo Ministério da saúde, 2013:

A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: sequência de consultas (mensalmente, se possível), visitas domiciliares e grupos educativos. Deverão ser fornecidos:

- O Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina;
- As orientações sobre a participação nas atividades educativas (reuniões e visitas domiciliares).

Deve ser repassado o máximo de informações possível durante as orientações nas consultas, para que caso haja alguma intercorrência a gestante saiba como agir e a quem recorrer em casos de emergências. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

2.1.6.1 Avaliação do risco gestacional

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como uma experiência de vida saudável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 56)

Para implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 Pg. 22).

Os fatores que podem determinar o risco gestacional são características individuais de cada mulher, é avaliar se a gestante possui ou não fatores que possam causar um desfecho desfavorável da gestação.

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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012 Pg. 11).

Segundo o Ministério da saúde, 2006 Pg. 22:

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar

responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema.

De acordo com o Ministério da saúde, 2013 Pg. 58 e 59 os fatores abaixo indicam baixo risco gestacional, podendo ser realizado o pré-natal na atenção básica sem que a gestante seja encaminhada ao pré natal de alto risco.

Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica que estão relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia.

Abaixo o mesmo manual do ministério da saúde pg. 58 - 60 cita os fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco.

Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);

- Alterações genéticas maternas;
 - Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
 - Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
 - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
 - Hanseníase;
 - Tuberculose;
 - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligoidrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão.
- Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 58).

A atenção especial deve ser dispensada a todas as gestantes sem distinção, pois a avaliação de risco gestacional deve ser realizada em todas as consultas do pré-natal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Pode-se também observar fatores de risco gestacional que indicam que a gestante seja encaminhada imediatamente ao serviço de emergência obstétrica, segundo o Ministério da Saúde, 2013 Pg. 60:

São fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA $> 160/110$);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (Tax $\geq 37,8C$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de lvas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrânio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial,

assim como determinar a conduta necessária para cada caso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 60).

2.1.6.2 Consultas

Durante o pré-natal deve ser realizado pelo menos 6 consultas intercaladas entre médico e enfermeiro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 62).

Deve-se proceder com o seguinte cronograma: Até a 28^a semana com consultas mensais, da 28^a a 36^a semana as consultas devem ser quinzenais e após a 36^a semana devem ser realizadas semanalmente até o parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 62).

2.1.6.3 Exames complementares

O Ministério da saúde preconiza que deve ser solicitado na primeira consulta de pré-natal ou durante o primeiro trimestre de gestação os seguintes exames:

- Hemograma;
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);
- Glicemia em jejum;
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR;
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgM e IgG;
- Sorologia para hepatite B (HbsAg);
- EQU;
- Ultrassonografia obstétrica;
- Citopatológico de colo de útero (se for necessário);

- Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica).

No segundo trimestre deve ser realizado teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24^a e a 28^a semana) e Coombs indireto se for Rh negativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Já no terceiro trimestre deve ser realizado os seguintes exames:

- Hemograma;
- Glicemia em jejum;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Sorologia para hepatite B (HbsAg);
- Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente;
- Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU);
- Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação);

A equipe que atende a gestante deve orientar que a gestante apresente os resultados dos exames assim que os mesmos estiverem prontos, para avaliação de possíveis alterações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.1.6.4 Vacinas

A vacinação das gestantes é de suma importância, pois as vacinas além de protegerem a gestante, promovem a passagem de anticorpos para o feto.

Segundo o ministério da saúde, 2013 Pg. 116.

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza, por exemplo), de bactérias mortas, toxoides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B, por exemplo) acarrete qualquer risco para o feto.

Deve ser fornecido a gestante as seguintes vacinas:

- **Difteria e tétano:** que é indicada para proteção contra o tétano acidental e prevenção de tétano neonatal. São 3 doses que devem ser iniciadas o mais precocemente possível e as demais entre 30 e 60 dias entre uma dose e outra. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
- **Vacina contra influenza:** é recomendada a todas as gestantes, durante a campanha anual e pode ser administrada em qualquer período gestacional. O esquema se trata de uma dose durante a campanha nacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)
- **Vacina contra hepatite B:** em gestantes que não possuem as 3 doses da vacina da hepatite B deve-se administrar as mesmas após o primeiro trimestre de gestação. O esquema é de 3 doses sendo 30 dias de intervalo da primeira e da segunda dose e de 180 dias entre a segunda dose e terceira dose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
- **Vacina contra raiva humana:** Durante os períodos de pre-exposição e pós exposição a gestante poderá ser vacinada, porém, é recomendável que se for possível deve ser evitada a exposição pois pode haver eventos adversos após a administração da vacina. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
- **Vacina contra febre amarela:** A gestante não deve receber a vacina contra febre amarela, porém, se a gestante esteja em locais com situação de surto ou vai se deslocar para área com recomendação de vacinação a mesma deverá ser vacinada se o risco de adoecer for maior do que o risco de receber a vacina. As puérperas que amamentam bebês menores de 6 meses não devem ser vacinadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 120).

2.1.6.5 Queixas comuns durante a gestação

Durante a gestação ocorrem várias alterações no corpo da mulher por isso, e cada gestante reage de uma forma, frente a essas alterações, isto é, umas sentem mais e outras nem percebem. (ZUGAIB, 2016)

As queixas mais comuns durante o período gestacional são: Náuseas, vômitos, tonturas, pirose⁵, sialorreia⁶, fraqueza, desmaios, dor abdominal, cólicas, flatulência⁷, obstipação intestinal, hemorroidas, corrimento vaginal, queixas urinárias, dificuldade respiratória, mastalgia⁸, lombalgia, cefaleia, sangramento nas gengivas, Cloasma gravídico⁹, estrias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A equipe deve estar capacitada para promover a gestante o maior numero de informações possível, promovendo assim um período gestacional tranquilo e sem surpresas para a mulher. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Todos os membros da equipe multidisciplinar devem estar dispostos a sanar todas as duvidas que a gestante venha a apresentar durante as consultas do pré-natal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

2.1.6.6 Intercorrências clinicas mais comuns na gestação

É comum que algumas gestantes apresentem algum tipo de alteração clinica durante a gestação. Por esse motivo o profissional deve estar atento a todas as queixas que a mulher apresente durante as consultas do pré-natal promovendo assim melhor assistência a gestante e sua família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

- **Hiperêmese gravídica:** Muitas gestantes apresentam hiperêmese gravídica que se trata de vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria¹⁰, perda de peso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 159). Estes sintomas podem ocorrer entre 5 e 6 semanas

⁵ Pirose: Azia;

⁶ Sialorreia: Salivação excessiva;

⁷ Flatulência: Eliminação de gases intestinais via retal;

⁸ Mastalgia: Dor nas mamas;

⁹ Cloasma gravídico: Manchas escurecidas na pele.

¹⁰ Oligúria: Redução da frequência urinária e da quantidade de urina.

de gestação, com picos mais intensos em torno de 9 semanas, e usualmente declinam por volta de 16 a 18 semanas. (ZUGAIB, 2016).

- **Síndromes Hemorrágicas:** No início da gestação pode ocorrer abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica e na segunda metade da gestação placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.
- **Oligodrâmnio:** é a diminuição do volume de líquido amniótico, diagnosticado quando o volume é inferior a 250ml entre a 21^a e 42^a semana de gestação. As possíveis causas podem ser: ruptura prematura de membranas, crescimento intrauterino retardado, diabetes, hipertensão arterial. Normalmente pode-se verificar se a altura uterina estiver abaixo do esperado para idade gestacional. Pode ser diagnosticado por meio de ultrassom obstétrico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)
- **Polidrâmnio:** é o aumento do volume de líquido amniótico em volume superior à 2000ml. Pode ser causado por algum erro no mecanismo de circulação. Clinicamente pode ser observado com o aumento da altura uterina está comumente associado a infecções congênicas de sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes. (MINISTÉRIO DAS SAÚDE, 2013)
- **Ruptura prematura de membranas:** é causado pela ruptura das membranas ovulares, antes do início do trabalho de parto, isso pode ocorrer em qualquer idade gestacional. Comumente é ocasionado por partos cesáreos anteriores, infecções maternas, esforços físicos, entre outras causas. Pode ser diagnosticado pelo exame especular, onde se observará líquido amniótico saindo pelo canal cervical e presença de líquido no fundo do saco vaginal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)
- **Trabalho de parto prematuro:** Considera-se gestação pré-termo a que está entre o período de 22 semanas e 37semanas. É considerado trabalho de parto prematuro quando há presença de 2 a 3 contrações uterinas a cada 10 minutos com ritmo e frequência regulares. Pode ou não estar acompanhada de perda de tampão mucoso e dilatação do colo maior ou igual a 2cm. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
- **Gestação prolongada:** Caracteriza-se pelo pós-datismo onde a idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas. A partir de 42 semanas a gravidez é considerada pós termo. Esse diagnóstico é possível caso a mulher

tenha certeza da data da última menstruação ou tenha realizado ultrassom obstétrico precocemente. A gestante poderá perceber a diminuição dos movimentos fetais e deverá ser encaminhada ao serviço de referência para avaliação e realização de exames complementares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

- **Varizes e tromboembolismo:** As varizes manifestam-se ou agrava-se durante o período gestacional por fatores hereditários, congestão pélvica, compressão mecânica do útero ou alterações hormonais. As varizes podem causar edema, desconforto e dor nas pernas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
- **Anemia:** Anemia se dá pela deficiência de vitaminas, pode ser diagnosticada por meio de exame de sangue onde se observará a contagem de hemoglobina (abaixo de 11g). Todas as gestantes devem realizar exames o mais precocemente possível para que seja realizado o rastreamento. Existem poucos estudos indicam que a suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico para reduzirem os riscos de anemia durante a gestação, porém, a anemia pode causar má formações e retardo do crescimento fetal. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).
- **Doença falciforme:** A doença é uma alteração genética hereditária causada pela mutação do gene que produz a hemoglobina, em vez de produzir a hemoglobina A (que tem o formato de arredondado) é produzida a hemoglobina S (que tem o formato arredondado porém, assume o formato de uma foice), não exercendo corretamente a função de transporte de O², essa alteração reduz a oxigenação dos órgãos causando danos em suas funções sistemáticas. A doença pode ser detectada no teste do pezinho em bebês, porém, antes pode ser detectada por meio de exame eletroforese de hemoglobina é o único exame capaz de detectar o traço em adultos, todas as gestantes que tem histórico de anemia falciforme devem realizar. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).
- **Diabetes gestacional:** A diabetes gestacional é uma alteração no metabolismo de carboidratos que causa o aumento dos níveis glicêmicos na gestante. A alteração pode ocorrer somente durante a gestação o persistir após o parto. Os sintomas clássicos da diabetes gestacional são poliúria, polidipsia, perda de peso involuntária. Também podem ser observados cansaço, fraqueza, letargia e infecções de repetição. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

- **Síndromes hipertensivas específica da gestação:** É uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação, sendo mais comum no terceiro trimestre e estendendo-se até o puerpério. Caracteriza-se por apresentar hipertensão arterial, edema e proteinúria, podendo ocasionar convulsões e até coma. Pré-eclâmpsia pode ocorrer anteriormente à vigésima semana de gravidez, geralmente, uma patologia de primigesta. A doença, quando não tratada, evolui naturalmente para as formas graves, entre elas, a eclampsia e a síndrome HELLP. A pré-eclâmpsia, isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica, está associada aos piores resultados, maternos e perinatais, das síndromes hipertensivas. Hipertensão Arterial é a elevação da pressão para números acima dos valores considerados normais. Define-se hipertensão, na gravidez, quando há um aumento, na PA sistólica, superior a 30 mmHg; e na PA diastólica, superior a 15 mmHg, do valor normal da cliente, conhecido previamente, confirmado após duas medidas, com intervalos de, no mínimo, 4 horas, com a gestante sentada, em repouso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
- **Doença hemolítica perinatal:** Caracteriza-se pela hemólise fetal. A doença acontece pela incompatibilidade sanguínea entre a mãe e o feto (mãe com fator RH negativo), onde os anticorpos maternos atravessam a barreira placentária e agem contra antígenos fetais. Ocorre, neste caso, uma reação antígeno-anticorpo que promove a hemólise dos eritrócitos. Isso representa, em maior ou menor grau, o principal determinante das diversas manifestações clínicas da doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
- **Doenças respiratórias:** Na na gravidez e no pós-parto as doenças respiratórias são um grande desafio para a equipe, quer pela influência que pode ter no desenrolar da gravidez. As alterações hormonais alteram o centro respiratório, proporcionando o aumento do volume corrente e com o decorrer da idade gestacional isso pode se agravar, pois o aumento do tamanho do útero faz com que a capacidade residual funcional e o volume diminuam causando assim hipoxemia e risco de hipoventilação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).
- **Infecção no trato urinário na gestação:** Se trata da complicação mais comum em gestantes (cerca de 17 a 20% das mulheres). Pode causar uma serie de complicações, sendo elas: Cistite, bacteriúria assintomática, pielonefrite, ruptura de membranas, aborto, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao

nascer. A infecção urinária esta diretamente associada as septicemias gestacionais. Todas as gestantes que apresentarem exame de urina (EQU) alterados devem ser submetidas as cultura e antibiograma para tratamento a fim de evitar complicações mais graves. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

- **Hepatite B:** Doença que causa inflamação do fígado causado pelo Vírus da Hepatite B (VHB); apresentando maior incidência em pessoas com idade variando entre 20 a 40 anos. Bebês nascidos de mães com hepatite B (VHB), têm 80% de chance de adquirir a doença durante o período neonatal devido ao contato familiar continuado, sendo recomendado a vacinação da criança conforme calendário nacional. Na mulher grávida que adquiriu a Hepatite B pode ocorrer se a hepatite for progressiva insuficiência hepática. No feto dependendo do estágio da gravidez pode ocorrer icterícia e hepatomegalia, lesão hepática ou fibrose portal, em casos raros a morte fetal. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).
- **HIV:** O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus de RNA de filamento simples. Quando o indivíduo é contaminado pelo HIV há uma maior probabilidade de desenvolvimento de patologias oportunistas pela deficiência do sistema imune. A transmissão do vírus HIV se dá de várias formas, certos comportamentos contribuem para contrair o vírus no caso das gestantes com HIV a transmissão vertical pode ocorrer durante o trabalho de parto. O ministério da saúde procura realizar as terapias antirretrovirais antes do parto a fim de evitar a transmissão vertical, porém, após o parto deve-se orientar a puérpera que não amamente o bebê pelos altos níveis de carga viral que contem o leite materno. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)
- **Sífilis:** É uma doença infecciosa sistêmica, de evolução lenta. É causada pela Treponema Pallidum que pode ser transmitido pelo contato sexual ou vertical. A sífilis pode ocasionar a doença nas formas adquiridas ou congênitas e quando descoberta durante a gestação deve-se intervir imediatamente com o tratamento com Penicilina que pode atravessar a barreira transplacentária e tratar o feto também. A doença pode causar aborto precoce e tardio, natimortos, bebês com lesões entre outras complicações. O tratamento deve ser realizado conforme protocolo do ministério da saúde (ZUGAIB, 2016).
- **Toxoplasmose:** é uma zoonose causada pelo Toxoplasma gondii e adquire grande importância quando atinge a gestante, apresentando grande risco de acometimento fetal, podendo provocar alterações anatômicas e funcionais a toxoplasmose congênita pode ser descrita pela restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade além de manifestações clínicas e

sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

- **Tuberculose na gravidez:** Tuberculose é uma doença antiga com tratamento definido há cerca de 50 anos, é causada por um agente chamado de bacilo de Koch. A doença pode ser diagnosticada por meio de exame (pesquisa de baar) quando a paciente apresentar risco ou sintomas típicos da doença que são os mesmos para toda a população. A tuberculose não apresenta grande risco de abortamento quando tratada corretamente e deve-se fazer busca ativa nos familiares da paciente com a doença para poder tratar evitando assim uma nova contaminação da gestante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

Este trabalho foi caracterizado como pesquisa qualitativa que segundo DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008. É aquela que trabalha predominantemente com dados qualitativos, isto é, a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números, ou seja, os números não representam um papel principal da análise.

Também foi caracterizado como quantitativa que de acordo com DIEHL apud DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008. Esse tipo de pesquisa que faz uso da quantificação, tanto na coleta de dados quanto no tratamento das entrevistas, utilizando técnicas quantificadoras, com o objetivo de resultados que evitem possíveis distorções.

Por sua vez Dalfovo, Lana, Silveira, 2008 concluem que: De modo geral quantitativa pode ser medida em escala numérica enquanto a qualitativa não.

Foi utilizado pesquisa quantitativa e qualitativa pois objetiva-se demonstrar por meio de gráficos os resultados coletados em campo, com intenção de descrever as queixas principais das gestantes que buscaram atendimento de urgência na maternidade do Hospital Maicé naquele período.

3.2 TIPO DE AMOSTRAGEM

Foram entrevistadas todas as gestantes que buscaram atendimento em caráter de emergência na maternidade do hospital Maicé, sendo elas, gestantes que foram encaminhadas de outros serviços de saúde ou que vieram sem encaminhamento, ou seja, livre demanda. O total de entrevistadas foi de 30 gestantes que estiverem aguardando atendimento com o médico obstetra de plantão na maternidade.

O critério de inclusão foram as gestantes com idade maior de 18 anos que buscarem atendimento de emergência no plantão de obstetrícia no Hospital Maicé.

Os critérios de exclusão foram as gestantes que chegaram em trabalho de parto eminente, as que apresentassem hemorragia intensa que necessitassem de intervenção imediata, hipertensas, diabéticas com os níveis de glicemia elevados ou gestantes com aumento da temperatura corporal com necessidade de intervenção imediata. Também foram excluídas gestantes com idade menor de 18 anos, mesmo estando acompanhadas por seus respectivos responsáveis.

A aplicação da referida pesquisa se deu após deferimento pelo comitê de ética da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP sob o Parecer número 2.522.058, e previa autorização da direção da instituição coparticipante, sendo, no setor de maternidade do Hospital Maicé, situado à Rua Bolívia, nº50, Bairro Reunidas em Caçador – SC, durante o mês de março do ano 2018 de segunda a sexta-feira no período matutino nos horários entre 9h e 11:30h.

3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A maternidade do Hospital Maicé acolhe gestantes de todas as idades gestacionais, com as mais variadas queixas, onde há um médico obstetra de plantão e enfermeira obstetra que realizam esses atendimentos. A instituição atende as gestantes que chegarem em livre demanda, e assim que se conclui o atendimento na recepção, são conduzidas para o setor da maternidade. São acolhidas por enfermeira (o) obstetra que as encaminha ao médico obstetra para consulta. Após o atendimento, fica a critério médico o desfecho dos atendimentos. A grande maioria das gestantes é liberada com receita e somente algumas ficam em observação para administração de medicação e posteriores avaliações ou intervenções.

Com base no grande número de atendimentos foi elaborado um questionário que aponta vários indicadores a serem analisados, e a abordagem ocorreu durante o período de espera da gestante para a consulta com o obstetra de plantão.

Durante a pesquisa foi realizada a abordagem individual à cada gestante e foi realizada a leitura e explicação minuciosa do termo de consentimento livre e esclarecido (todos os tópicos de forma individual), e, posteriormente assinado. O termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em 2 vias de igual teor onde uma via assinada ficará com a gestante entrevistada e outra também assinada ficará com a pesquisadora sendo anexada ao questionário.

Após a assinatura e entrega do termo, foi aplicado o questionário onde a pesquisadora fez as perguntas e escreveu as respostas que as gestantes forneceram, consultando as carteirinhas de pré-natal e as fichas de atendimento, após o término dos mesmos. Ao término da entrevista a gestante voltou a aguardar o atendimento e a pesquisadora continuou a pesquisa com outras gestantes.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

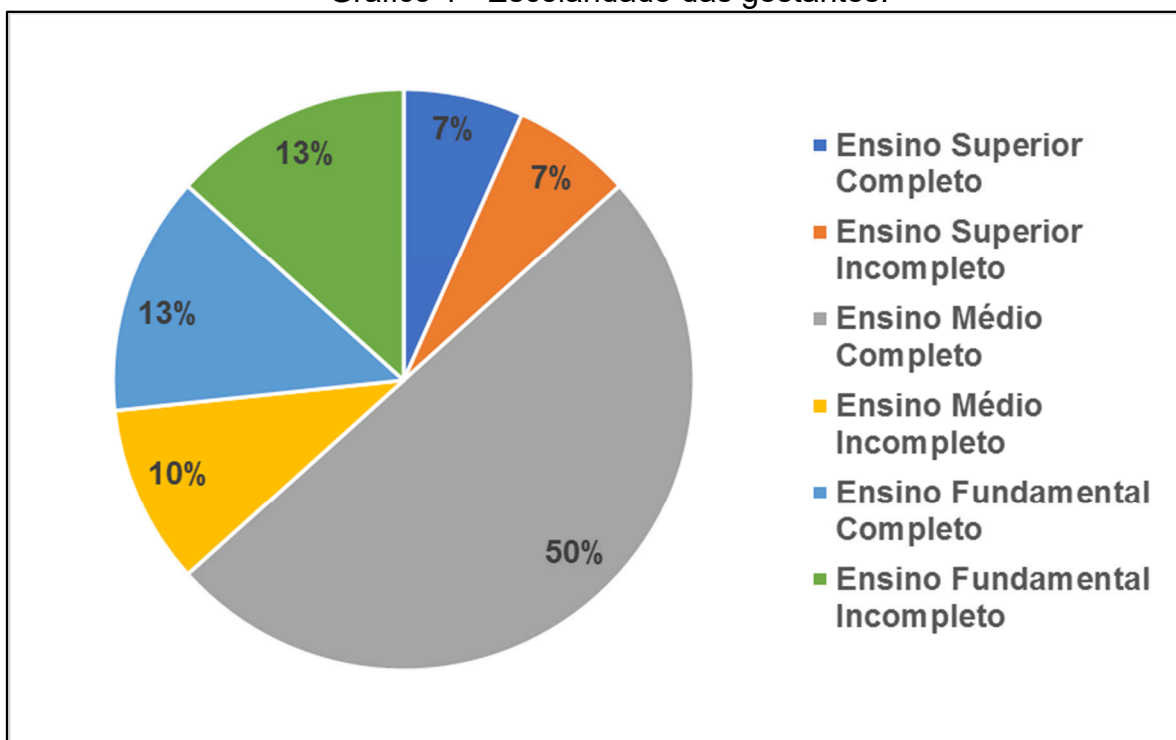
Após a aplicação do referido questionário padrão os dados foram analisados e apresentados em gráficos individuais comentados e associados a literaturas disponíveis.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados serão apresentados em banca e uma cópia deste trabalho será entregue a instituição que cedeu o espaço para realização da mesma e outra ficará disponível na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP para quem desejar ter acesso a pesquisa.

No gráfico abaixo foram verificados os dados referentes a escolaridade das gestantes abordadas para a pesquisa.

Gráfico 1 - Escolaridade das gestantes.



Fonte: (DICH, 2018).

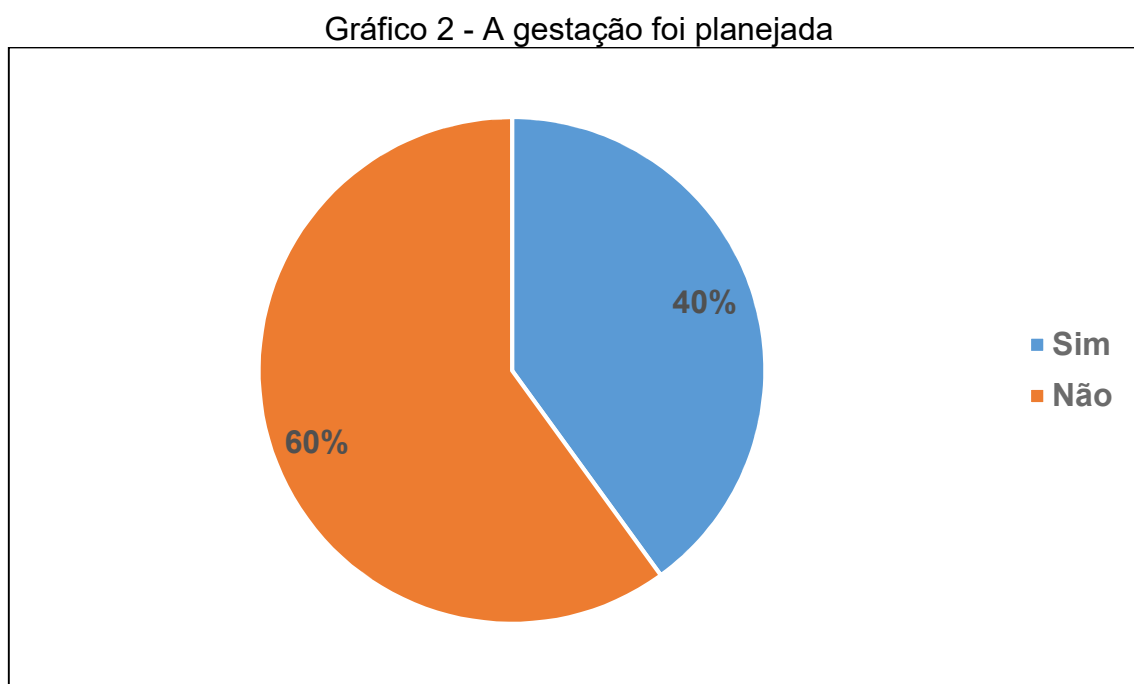
O gráfico acima representa o nível de escolaridade das gestantes que aceitaram ser submetidas a entrevista. Onde pode-se observar que 7% das gestantes (2 entrevistadas) relataram ter o ensino superior completo, outros 7% (2 mulheres) não concluíram o ensino superior, 50% (15 gestantes) cursaram o ensino médio até o final e 10% (3 mulheres) não concluíram o ensino médio, também foi possível observar que 13% (4 entrevistadas) das gestantes possuía o ensino fundamental completo e outras 13% (4 mulheres) não possuía o ensino fundamental incompleto.

Estudos do ano 2007 demonstram que 4,8% dos alunos matriculados no Ensino Fundamental evadiram-se da escola. Apesar do índice parecer pequeno, se trata de quase um milhão e meio de alunos. No mesmo ano também, 13,2% dos estudantes que frequentavam o Ensino Médio abandonaram a sala de aula, o que corresponde a pouco mais de um milhão de jovens. Algumas dessas pessoas futuramente retornarão à escola, porém, com idade acima da faixa etária estipulada para a escolaridade podendo ocasionar conflitos e possivelmente nova evasão escolar. (PACIEVITCH, 2018).

PACIEVITCH descreve que há grande incidência de evasão escolar, situação que nos promove satisfação, pois a maioria das entrevistadas possui o ensino médio

completo e chegaram a cursar o ensino superior, algumas delas concluíram graduação superior.

No gráfico a seguir pode-se observar o número de gestantes entrevistadas que planejou a gestação e a quantidade de gestantes que não planejou de nenhuma forma a gestação.



Fonte: (DICH, 2018).

Acima observa-se que 40% das entrevistadas (12 mulheres) responderam ter planejado a gestação, porém, o estudo não define se realmente houve planejamento da gestação por parte da gestante, pois este está relacionado com exames pré concepcionais do casal e início do uso de ácido fólico antes da concepção.

Também pode-se observar que 60% das gestantes entrevistadas (18 pacientes), ou seja, a maioria delas não planejou a gestação, iniciando assim o pré-natal após o diagnóstico de gravidez, tendo como consequência iniciado com a rotina de exames e vitaminas e ácido fólico semanas após a concepção.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, se dá início ao acompanhamento da gestante, com o cadastro no sistema SisPreNatal, confecção da carteirinha da gestante, solicitação de exames de rotina, realização de testes rápidos, classificação do risco gestacional, orientações a gestante sobre a

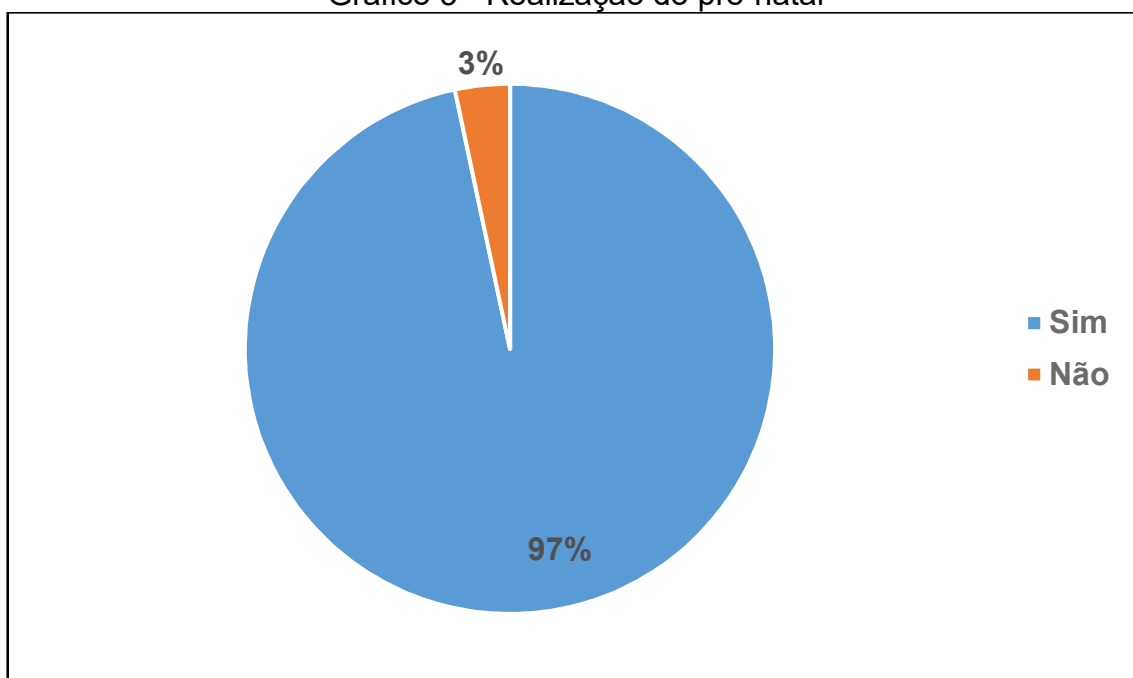
importância da realização do acompanhamento e demais orientações sobre os programas educativos que a unidade básica dispõe. (MINISTERIO DA SAUDE, 2013).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, Pg. 33)

O Ministério da Saúde tem como objetivo reduzir a morbidade e mortalidade materna e infantil, disponibilizando consultas, exames, contraceptivos e programas de planejamento familiar gratuitamente para a população. Infelizmente a maioria da população não utiliza esses serviços, muitos porque desconhecem e também por terem interesse pelo assunto.

No seguinte gráfico poderemos observar o percentual de gestantes que realizou ou está realizando o pré-natal.

Gráfico 3 - Realização do pré-natal



Fonte: (DICH, 2018).

Pode-se observar que 97% das gestantes entrevistadas (29) realizou ou está realizando o pré-natal conforme preconiza o ministério da saúde. E apenas 3% (01) das gestantes não havia ainda iniciado o pré-natal.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 40).

As ações devem estar voltadas para suprir a demanda de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

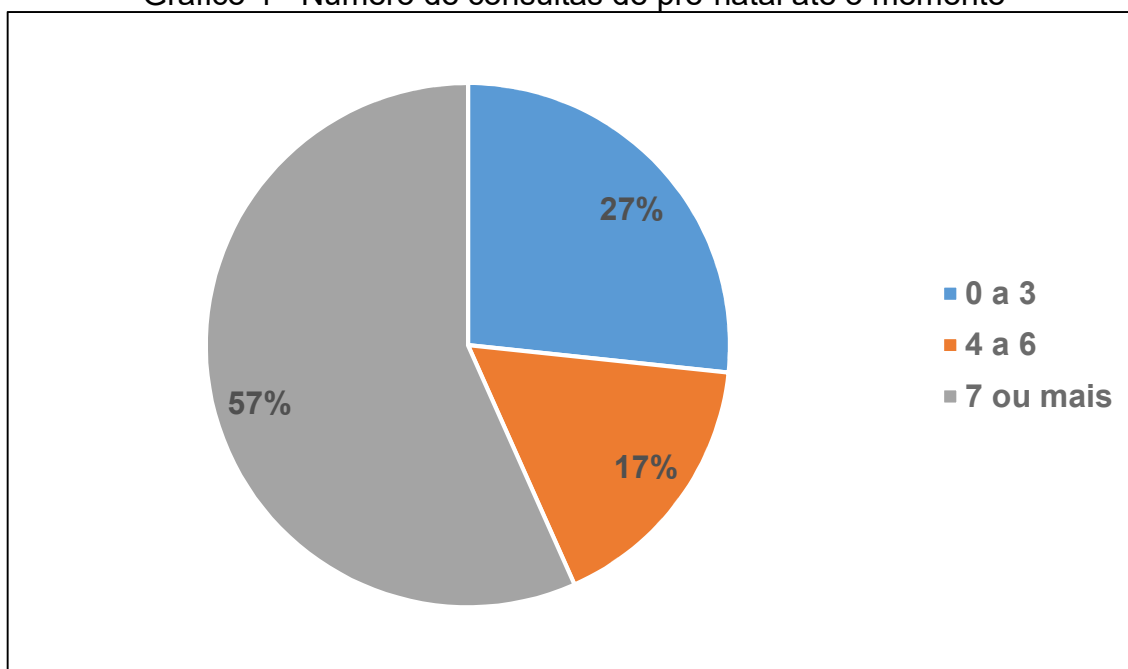
É responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar realizar busca ativa das gestantes que não estão realizando o pré-natal.

O papel dos agentes comunitários de saúde é fundamental na identificação de novos casos, na busca ativa das faltosas, na primeira abordagem e no acompanhamento, possibilitando que a gestante aposte no cuidado que a equipe oferece. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 237).

Todas as pessoas têm direito a assistência à saúde e infelizmente, algumas pessoas não têm conhecimento ou não tem interesse em receber essa assistência.

A seguir poderemos observar o gráfico que trata do número de consultas durante o pré-natal.

Gráfico 4 - Número de consultas de pré-natal até o momento



Fonte: (DICH, 2018).

No gráfico acima podemos observar que 57% (17) das gestantes realizou 7 ou mais consultas de pré-natal, enquanto 17% (5) das gestantes realizou entre 4 a 6

consultas de pré-natal e 27% (8) das entrevistadas realizou até 3 consultas de pré-natal.

Tradicionalmente, as consultas subsequentes são agendadas com intervalos de 4 semanas até 28 semanas de Idade Gestacional e, daí em diante, a cada 2 semanas até que se completem 36 semanas de Idade Gestacional, para em seguida, tornarem-se semanais. (SÁ, 2012, Pg. 210).

O número de consultas preconizado pela OMS para uma boa assistência pré-natal é de seis ou mais. (ZUGAIB, 2016, Pg. 202).

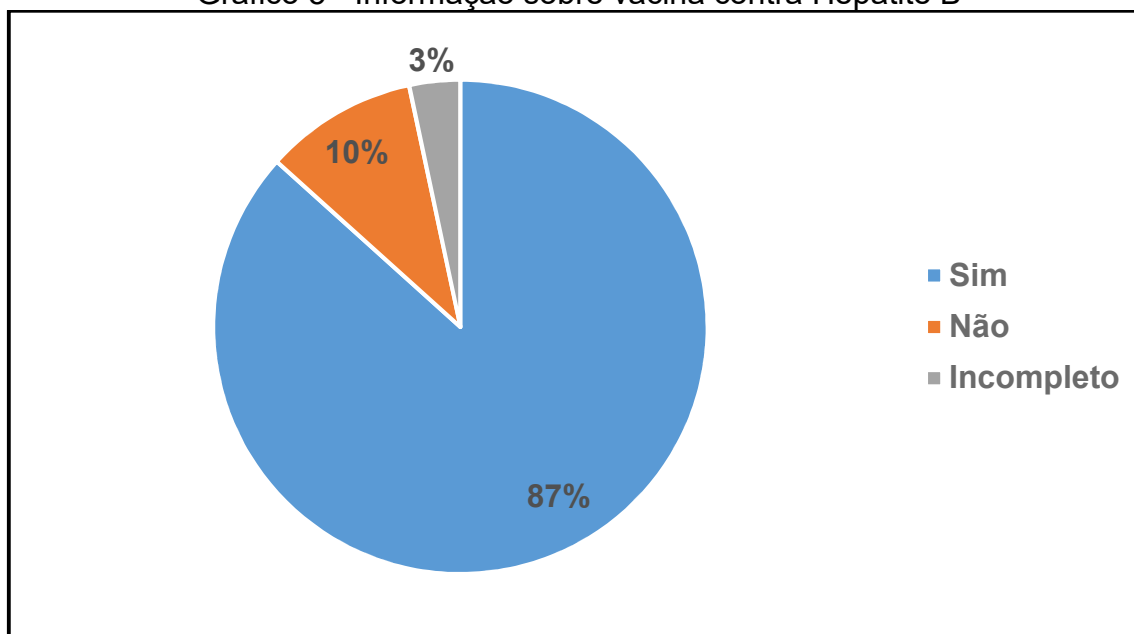
No Brasil o ministério da saúde preconiza que sejam realizadas as consultas conforme cita Sá, 2012 (acima), durante o pré-natal e mais uma consulta de pós-parto (puerpério). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-datismo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, Pg. 41).

Segundo os autores acima citados as gestantes têm acesso as consultas de pré-natal nas unidades básicas de saúde, porém, podemos observar que algumas não faz uso desses benefícios.

No gráfico a seguir será possível verificar dados referentes a administração da vacina contra hepatite B:

Gráfico 5 - Informação sobre vacina contra Hepatite B



Fonte: (DICH, 2018).

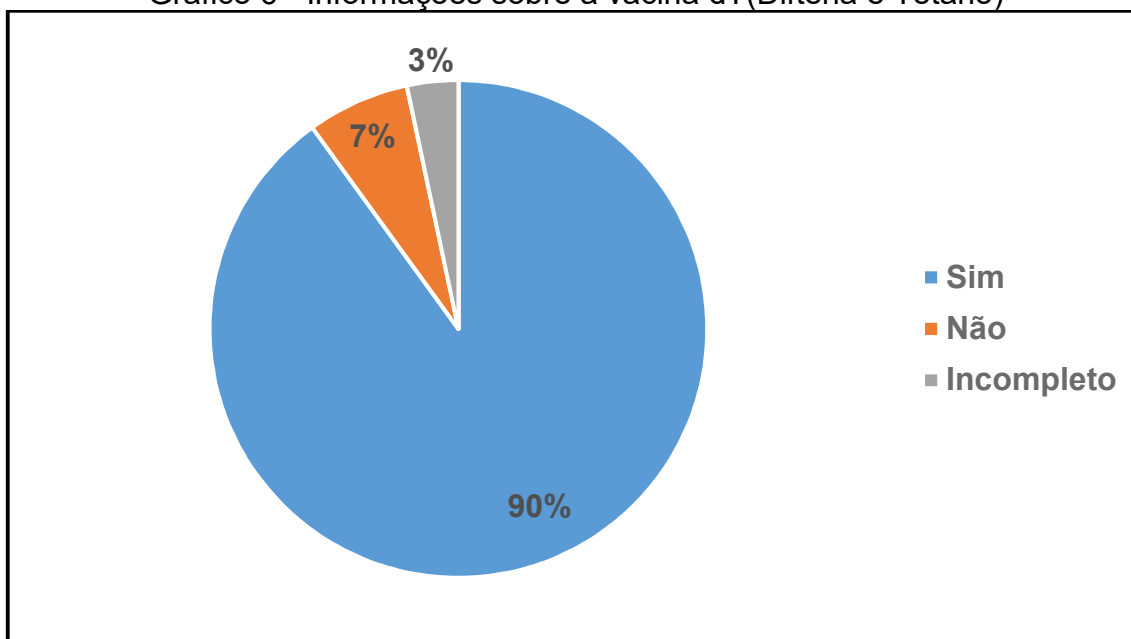
É possível verificar que 87% das gestantes (26 mulheres) apresentava as 3 doses da vacina contra hepatite B administradas conforme preconiza o ministério da saúde, 3% das gestantes (1 gestante) apresentava carteira de vacinação contra hepatite B incompleta, ou seja, tinha apenas a primeira e a segunda dose, sem receber a terceira dose e 10% (3 gestantes) das entrevistadas não possuía nenhuma dose da vacina registrada no documento.

A imunização contra a hepatite B é realizada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; Pg. 166).

A vacina contra hepatite B é extremamente eficaz e segura, induz títulos protetores em mais de 90% dos receptores adultos imunocompetentes. Os eventos adversos são raros e a gravidez e a lactação não são contraindicações para a utilização da vacina. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; Pg. 184).

No próximo gráfico fica é possível verificar informações sobre a vacina contra difteria e tétano:

Gráfico 6 - Informações sobre a vacina dT(Difteria e Tétano)



Fonte: (DICH, 2018).

É possível verificar que 90% das gestantes (27 gestantes) que foram entrevistadas recebeu as vacinas contra difteria e tétano, 3% (1 gestante) desse grupo de entrevistadas recebeu uma ou duas doses da vacina, sem receber a terceira dose e 7% das mulheres (2 mulheres) não possuía nenhuma dose da vacina registrada na carteirinha de pré-natal.

A vacina dT é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 116).

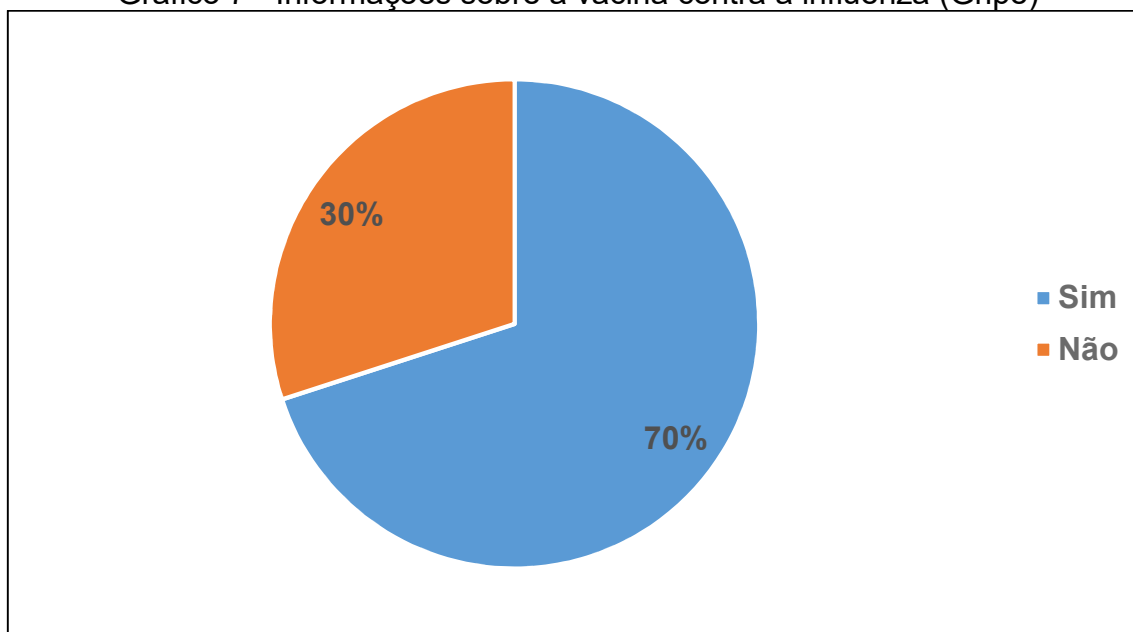
Deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional no esquema recomendado pelo ministério da saúde constam três doses. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 117).

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos deve-se aplicar uma dose de reforço. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 117).

Contudo as gestantes deveriam buscar maior segurança para elas mesmas e para os seus conceptos, porém, podemos observar que muitas não apresentavam as vacinas em dia, como a organização mundial de saúde preconiza.

No seguinte gráfico poderemos observar quantas gestantes entrevistadas receberam a vacina contra a influenza (gripe):

Gráfico 7 - Informações sobre a vacina contra a influenza (Gripe)



Fonte: (DICH, 2018).

Relacionado a vacina contra influenza (gripe), pode-se observar que 70% das gestantes (21 entrevistadas) recebeu a vacina e 30% (9 mulheres) ainda não havia recebido a vacina ou pelo menos essa informação não constava no cartão de pré-natal da paciente.

Segundo o plano nacional de imunização cada gestante tem direito a uma dose da vacina contra a influenza durante as campanhas nacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

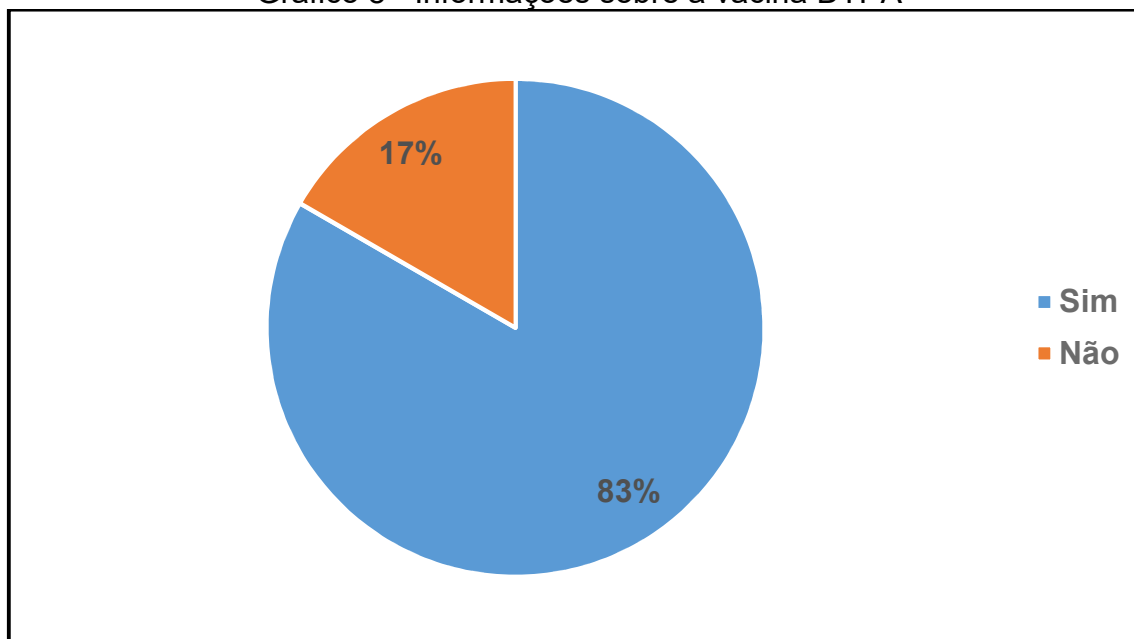
A gestante pode receber a vacina em qualquer período gestacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A influenza, ou gripe, como é comumente chamada, é prevenível por vacina. Ela ocorre todos os anos e está entre as viroses mais frequentes em todo o mundo. Costuma causar complicações principalmente em crianças pequenas, idosos, gestantes e pessoas com comprometimento da saúde (portadores de doença respiratória ou cardíaca, obesidade, diabetes, trissomias, deficiência da imunidade, entre outras). (BALLALAI; BRAVO; 2017 Pg. 193).

A vacinação da gripe (influenza) não é contraindicada na gestação. Composta de vírus vivo inativo, está indicada na época de maior incidência de gripe, não sendo determinada idade gestacional específica para administração da mesma. (ZUGAIB, 2016 Pg. 210).

No gráfico a seguir poderemos observar de forma quantitativa o percentual das gestantes entrevistadas que receberam a vacina contra difteria, tétano e coqueluche, ou seja, a tríplice ou DTPA.

Gráfico 8 - Informações sobre a vacina DTPA



Fonte: (DICH, 2018).

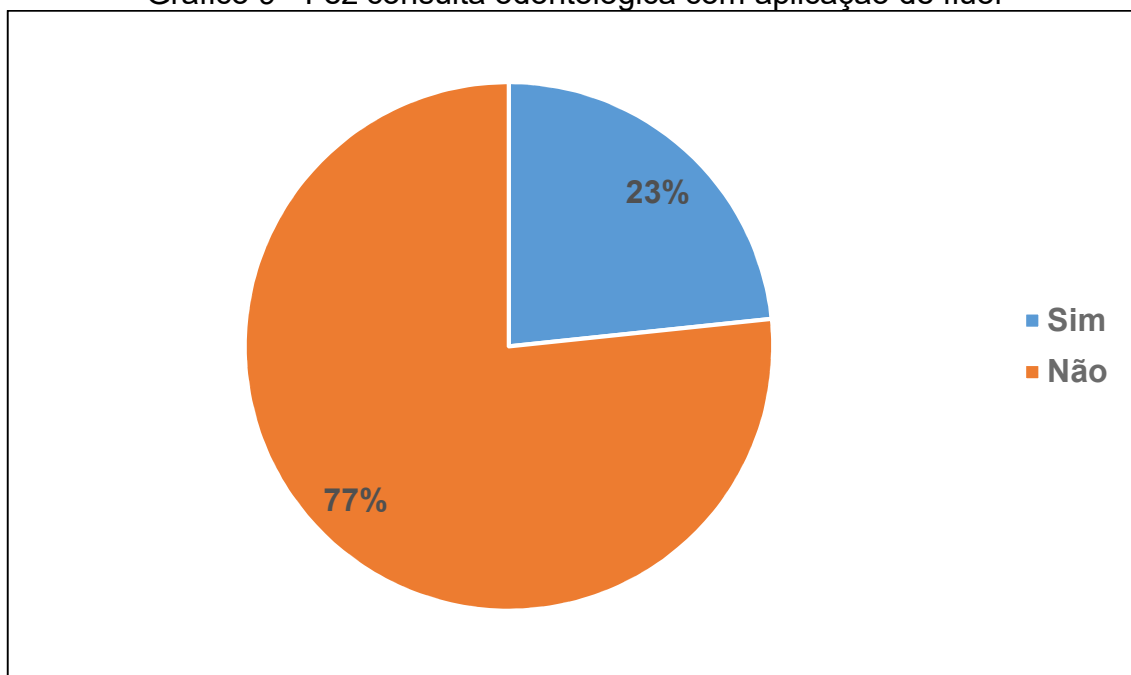
É possível verificar que 83% das gestantes (25 entrevistadas) receberam a vacina contra Difteria, Tétano e Coqueluche acelular. Observamos que apenas 17% (mulheres) não receberam a vacina.

Segundo Zugaib, 2016 pg. 210 deve-se administrar a dose da dTpa a fim de imunizar o bebê contra a coqueluche, pelo menos 1 mês antes do parto.

As gestantes devem receber uma dose de dTpa, a cada gestação, a partir da 20ª semana de gestação. Se não vacinadas durante a gravidez ou devem receber uma dose após o parto, o mais precocemente possível (de preferência ainda na maternidade). (BALLALAI; BRAVO; 2017 Pg. 44).

A seguir pode-se observar a quantidade de gestante que realizou aplicação de flúor durante o pré-natal:

Gráfico 9 - Fez consulta odontológica com aplicação de flúor



Fonte: (DICH, 2018).

Apenas 23% das gestantes (7 entrevistadas) realizaram pelo menos 1 aplicação de flúor durante o período gestacional e 77% das gestantes (23 mulheres) não teve acesso a esse serviço que é disponibilizado pelas políticas públicas de saúde.

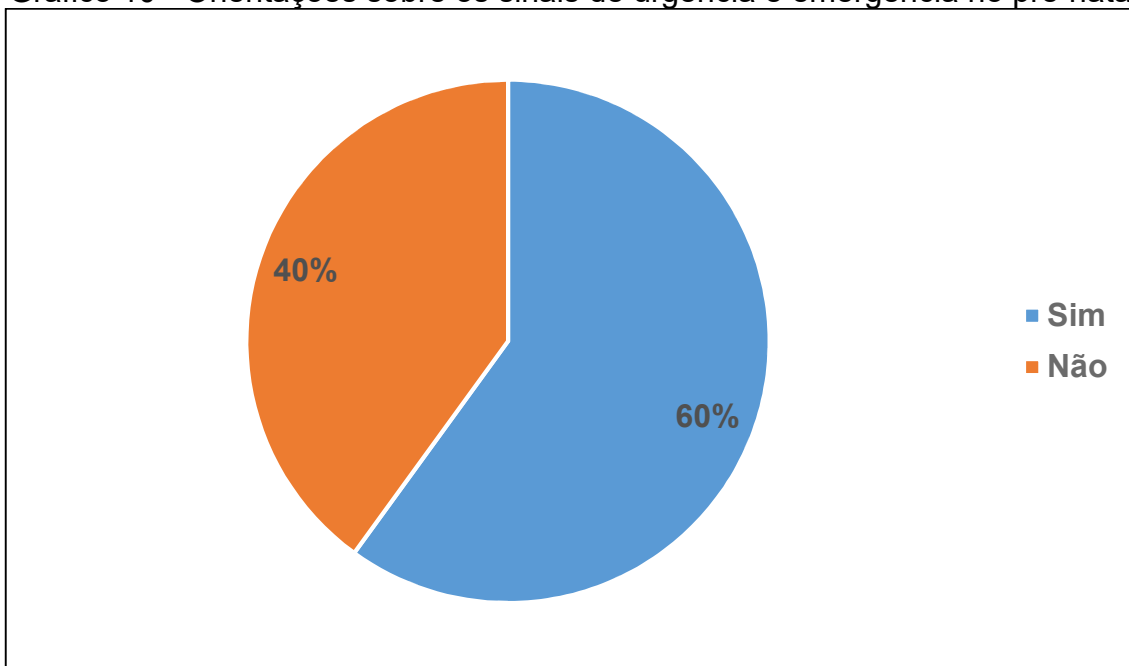
Mulheres grávidas apresentam maior propensão em desenvolver cáries e corrosão do esmalte dos dentes durante a gestação. Estudos revelam que durante a gestação as mulheres apresentem muitos episódios de êmese expondo os dentes ao ácido gástrico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud. KUMAR, 2006).

A equipe de saúde bucal deve orientar que as mulheres sobre a importância da boa higiene bucal, pois segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE apud LEWIS os filhos de mães com cáries possuem maior propensão a ter filhos com cáries.

Infelizmente a maioria das gestantes 77% entrevistadas não teve acesso a consulta odontológica durante a gestação apesar do município disponibilizar esse serviço gratuitamente.

No seguinte gráfico pode-se verificar as gestantes que relataram que receberam orientações durante as consultas de pré-natal sobre o serviço de emergência obstétrica:

Gráfico 10 - Orientações sobre os sinais de urgência e emergência no pré-natal



Fonte: (DICH, 2018).

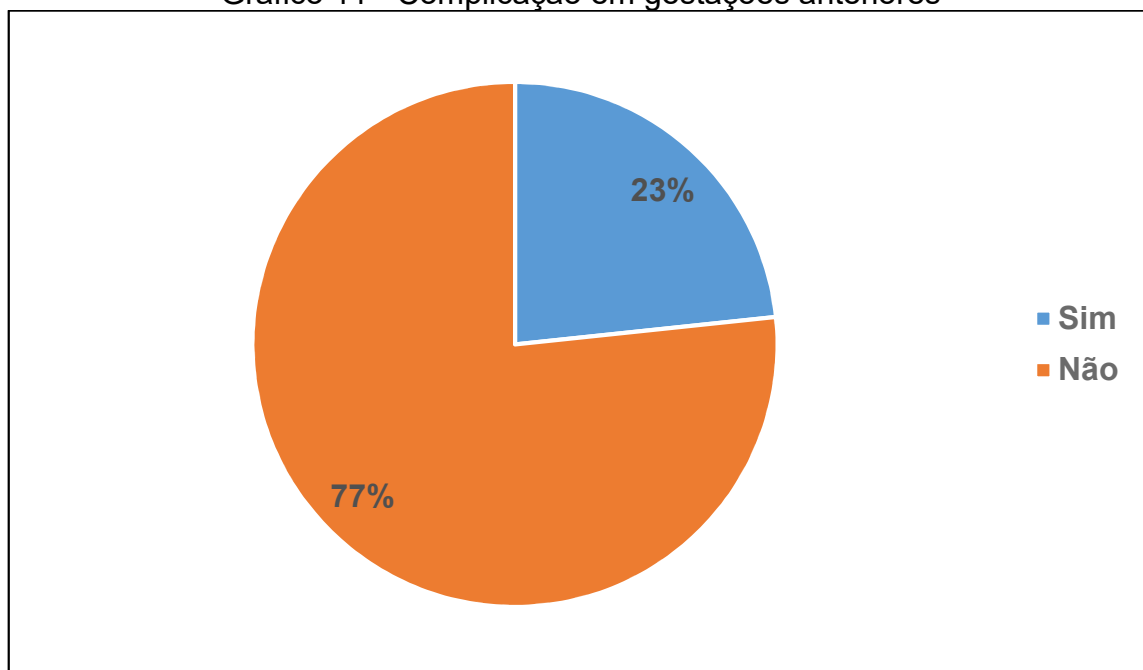
É de competência da equipe multidisciplinar a realização de orientações relacionados ao serviço de referência para eventuais emergências obstétricas, contudo é possível observar que 60% das gestantes (18 entrevistadas) receberam orientações sobre esse serviço e 40% das gestantes (12 mulheres) relatou não ter recebido nenhuma informação relacionada a esse serviço.

Para cada localidade, então, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral. Por exemplo: definição do local onde serão realizados os diversos exames complementares, solicitados conforme avaliação da equipe e de acordo com os protocolos clínicos locais; qual será o hospital de referência para a realização do parto das gestantes dessa localidade e para o encaminhamento das urgências/emergências obstétricas e intercorrências clínicas/obstétricas; onde será realizado o pré-natal de alto risco, entre outros detalhes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 Pg. 38).

A maior parte das gestantes recebeu orientações sobre os serviços de referência no município e a minoria relata não ter recebido informações sobre a referência para atendimentos de emergência.

Vamos agora evidenciar no gráfico a seguir quantas das gestantes entrevistadas apresentaram alguma forma de complicação em gestações anteriores:

Gráfico 11 - Complicação em gestações anteriores



Fonte: (DICH, 2018).

As complicações durante o período gestacional são comuns, pode-se verificar no gráfico acima que 77% das gestantes (23 mulheres) não apresentou intercorrências em outras gestações e apenas 23% delas (7 entrevistadas) sofreram alterações clínicas durante gestações anteriores.

Atualmente muitas gestantes apresentam intercorrências nas gestações, entre elas estão: hiperêmese gravídica, hipertensão arterial, hemorragias, entre outras intercorrências comuns. (ZUGAIB, 2016).

As intercorrências graves que acometem as gestantes são normalmente tratadas em conjunto com o pré-natal de alto risco e acompanhado com a equipe de saúde da família. (SÁ, 2012).

Várias gestantes não apresentaram nenhuma complicação, a maioria delas, porem 23% delas apresentou alguma alteração durante outras gestações.

A seguir será realizada a análise qualitativa das queixas que as gestantes apresentaram ao buscarem o atendimento.

As queixas mais comuns entre as gestantes foram:

“Dor pélvica.”

“Lombalgia.”

“Dor ao urinar e presença de sangue na urina.”

“Sangramento vaginal.”

“Perda de líquido.”

“Contrações.”

É comum durante a gestação as mulheres sentirem dores e desconfortos, pois é um momento de grandes modificações físicas e psicológicas.

Nas últimas semanas de gestação é normal que a gestante apresente lombalgia, dor pélvica, e até início das contrações, isso ocorre pelo fato da pelve está se preparando para o parto, onde o útero provoca pressão nas estruturas pélvicas. (REZENDE, 2014).

A queixa de lombalgia é mais frequente quando chega o terceiro trimestre, a realização de massagens e hidroginástica reduzem essas dores, porém elas vão aumentando no decorrer do final da gestação. (CORRÊA, 2011).

Algumas gestantes apresentam dor ao urinar, a dor é identificada por uma ardência ou queimação durante a micção, também pode apresentar alteração da coloração da urina e odor forte. Pode ser diagnosticada por meio de exame e tratada sem causar danos a gestante e ao bebê. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

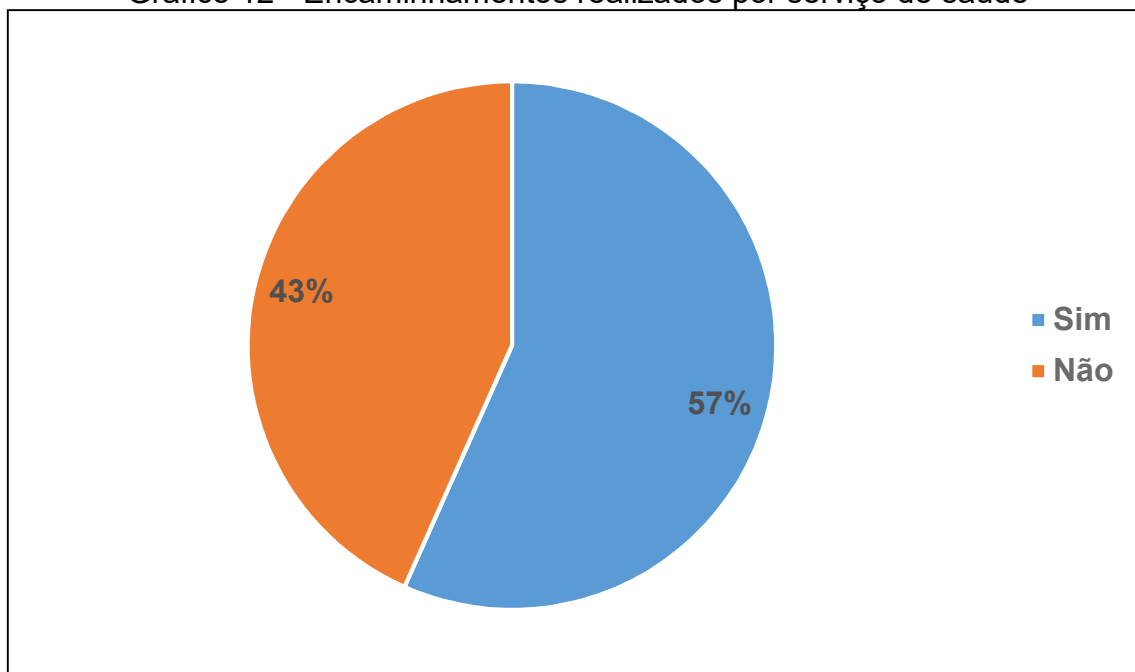
Deve-se dar atenção especial para o relato de sangramento genital, pois esse dado está diretamente associado a risco descolamento prematuro de placenta ou trabalho de parto prematuro. (CORRÊA, 2011).

A perda de líquido amniótico comumente está associada ao rompimento de membranas, caso ocorra perda de líquidos a gestante deve ser encaminhada a emergência obstétrica para avaliação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Durante a gestação as mulheres apresentam várias queixas que podem ou não desencadear complicações durante o período gestacional. É responsabilidade da equipe monitorar e verificar essas queixas a fim de evitar possíveis intercorrências que venham a acometer a gestante durante esse período. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Veremos a seguir, o gráfico onde se demonstra o número de entrevistadas que vieram encaminhadas de outros serviços de saúde e as que chegaram ao setor de emergência obstétrica por conta própria, ou seja, sem ser orientado pelo qual serviço de saúde deveria procurar.

Gráfico 12 - Encaminhamentos realizados por serviço de saúde



Fonte: (DICH, 2018).

O serviço de emergência obstétrica deveria ser somente destinado a emergências, porém a falta de informação e o despreparo de muitas gestantes faz com que muitas vezes as pacientes busquem atendimento no serviço emergencial. No gráfico acima pode ser observado que 57% das gestantes (17 mulheres) chegaram por meio de encaminhamento de outros serviços de saúde, ou seja, passaram por avaliação e posteriormente foram encaminhados, em contrapartida 43% das mulheres (13 gestantes) chegaram ao serviço de emergência sem nenhum encaminhamento, ou seja, sem nenhuma avaliação previa de profissional capacitado.

Do grupo que trouxe encaminhamento uma das gestantes chegou encaminhada do consultório médico, as demais, sendo 16 gestantes chegaram encaminhadas dos postos de saúde do município, onde foram avaliadas e posteriormente encaminhadas para o setor de emergência obstétrica.

Já as 13 mulheres que chegaram sem encaminhamento e vieram por livre demanda apresentaram suas queixas como justificativa para estar ali no serviço de emergência.

Em casos de emergência deve-se encaminhar a gestante ao serviço de emergência obstétrica de referência mais próximo. (SÁ, 2012).

Todos os profissionais que atendem as gestantes devem estar capacitados para esclarecer dúvidas e realizar orientações referentes as intercorrências maternas, pré-natal, exames de rotina e demais informações referentes a assistência da gestação. Mostrando-se preocupados com a paciente, com o estado de saúde da gestante e do bebê. (ZUGAIB, 2016).

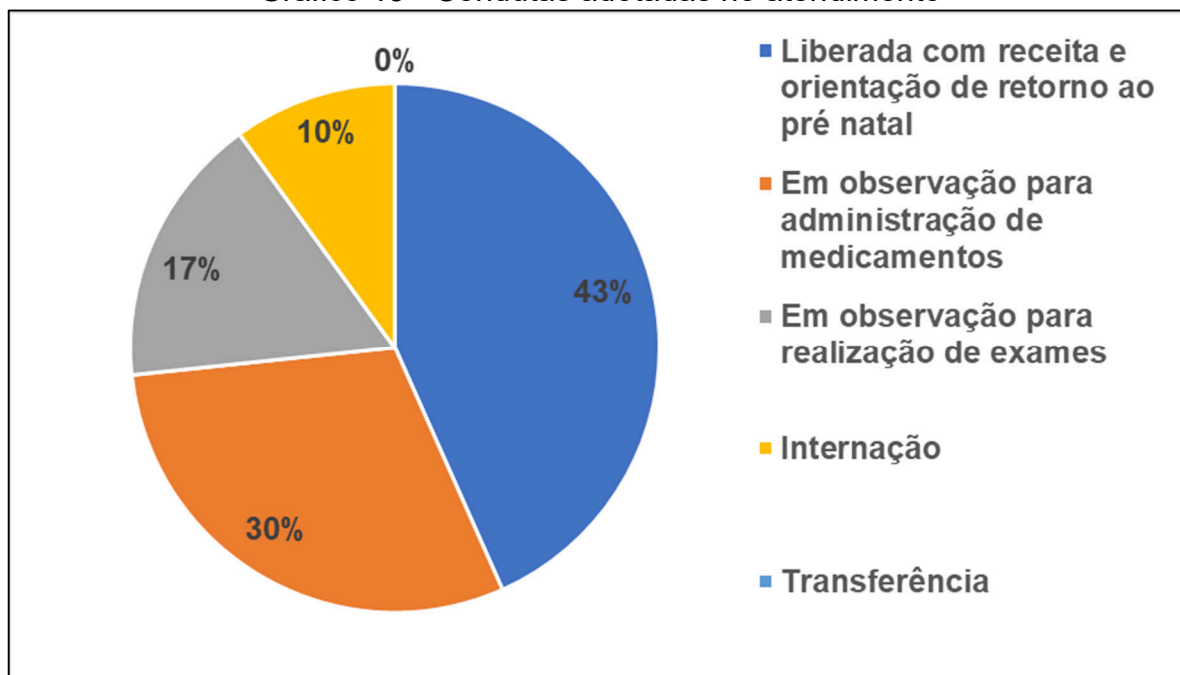
Os profissionais que acolherem as mulheres devem também acolher os familiares (esposo, mãe, filhos), prestar assistência integral a família, com objetivo de que a gestante e a família sintam-se seguros para realização do pré-natal. (SÁ, 2012).

É de grande importância que as mulheres se sintam seguras e amparadas nesse momento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Há grandes possibilidades de as gestantes que foram sem encaminhamento ao serviço de emergência terem sido orientadas pela equipe da atenção básica, pois sem isso não teriam buscado atendimento sem serem encaminhadas.

Agora poderemos observar as condutas adotadas pela equipe que realizou o atendimento das gestantes. No seguinte gráfico será possível observar a real necessidade do atendimento emergencial na maternidade.

Gráfico 13 - Condutas adotadas no atendimento



Fonte: (DICH, 2018).

O atendimento deve ser priorizado nos setores de emergência obstétrica e após os atendimentos podemos observar os seguintes desfechos: 43% das gestantes (13 pacientes) foram liberadas com a receita e orientação para retorno na unidade básica, onde se realiza o pré-natal, 30% das gestantes (9 mulheres) atendidas foi submetida a observação para administração de medicamentos e reavaliação posterior pelo obstetra de plantão, 17% das gestantes (5 mulheres) além de ser submetida observação para realização de medicações ficaram aguardando exames que foram solicitadas pelo obstetra de plantão e 10% das gestantes consultadas (3 entrevistadas) foram internadas para tratamento clínico, parto cesáreo ou parto normal.

Orientar a gestante a procurar a maternidade em caso de: contrações uterinas regulares, frequentes (5/5 minutos) e persistentes (por 60-90 minutos) e perda líquida abrupta. A perda do tampão mucoso sugere apenas proximidade da data do parto, não sendo critério para ir à emergência. (BRAGANTE, 2016; Pg 17).

A gestante deve ser orientada desde a primeira consulta sobre a sua maternidade de referência para o parto. O nome e endereço da maternidade de referência devem ser anotados no cartão de pré-natal. (BRAGANTE, 2016; Pg. 14).

4 CONCLUSÃO

A gestação é um momento muito especial na vida da mulher, da família e da sociedade. É momento de alegria, de renúncia e também de ansiedade, de pressa, de necessidade que o tempo voe para receber nos braços o tão esperado e sonhado bebê. Para a gestante cada dia é uma descoberta, uma forma diferente de se conhecer de superar as novas dificuldades de enfrentar as dúvidas e angústias da maternidade. E a nós futuros profissionais de enfermagem nos cabe estudar, pesquisar e aprimorar os conhecimentos e técnicas para promover melhor assistência possível as nossas clientes, com objetivo de satisfazer as necessidades de cada uma delas de forma humanizada e individualizada.

Com objetivo de conhecer os reais motivos porque as gestantes buscam atendimento de emergência em uma maternidade do meio oeste Catarinense foi elaborado projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo comitê de ética, onde, por meio de perguntas pode-se identificar as principais queixas das gestantes ao buscar o atendimento na maternidade.

Este trabalho foi de grande valia promovendo crescimento acadêmico, podendo desenvolver um questionário, realizando uma pesquisa, abordando pessoas e depois analisando os resultados nos proporcionou muito conhecimento sobre a importância da pesquisa para o tratamento dos nossos pacientes. Diariamente fazemos uso de pesquisas, sem ao menos perceber durante o processo de aprendizagem.

Conclui-se, assim, que o objetivo proposto foi alcançado onde foi possível conhecer os motivos que levam as gestantes a buscar atendimento na maternidade. Deixamos como sugestão, o aprimoramento de protocolos de atendimento pois diminuiria a busca do atendimento emergencial, por queixas não relevantes. A sala de espera das gestantes que aguardam atendimento, é exposta a fluxo contínuo de pacientes de outras clínicas e também de funcionários, expondo-as as possíveis contaminações principalmente por doenças de vias aéreas. Foi uma satisfação apresentar os resultados de forma simples e objetiva.

REFERENCIAS

BALLALAI, Isabela; BRAVO, Flavia. **Imunização: tudo o que você sempre quis saber**. 1ª ed. Rio de Janeiro – RJ. Ebook 2017.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**. Rio de Janeiro – RJ. 3ª ed. Medsi, 2002.

BARROS, Alba Lucia Boturra Leite de. **Diagnósticos De Enfermagem Da Nanda**. Porto Alegre – RS. Artmed, 2013.

BRAGANTE, Inaiara. **Atenção ao pré-natal – rotinas para gestantes de baixo risco**. Rio de Janeiro – RJ; Secretaria Municipal de Saúde RJ. 2016.

BRANDÃO, Andréa A. et al. **Hipertensão**. Rio de Janeiro – RJ Elsevier, 2006.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro - RJ: Guanabara Koogan, 2005.

CABAR, Fábio Roberto. **Principais temas em obstetrícia para residência**. 1. ed. São Paulo - SP. Medcel. 2006.

_____. **Principais temas em obstetrícia para residência**. 2. ed. São Paulo – SP. Medcel. 2006.

CORRÊA, Mario Dias, et al. **Noções práticas de obstetrícia**. 14ª ed. São Paulo – SP. Coopmed, 2011.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; Silveira, Amélia; Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau - SC. v.2, n.4, p. 01-13, Sem II. 2008.

FEBRASGO – MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Urgências e Emergências Maternas – Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília – DF, Ministério da Saúde, 2000.

FREITAS, Fernando, et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4. Ed. Porto Alegre - RS. Artmed. 2001.

GONZALES, Helcye. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. 8ª ed. São Paulo - SP; Editora Senac, 2004.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E.; **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro - RJ; Elsevier, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico De Pré Natal De Puerpério Atenção Qualificada E Humanizada. Série A – Normas E Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais E Direitos Reprodutivos**; Caderno nº 5. Editora MS; Brasília – DF 2006.

_____. **Parto, Aborto e Puerperio**. 1ª ed. Brasília – DF Editora MS; 2001.

_____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. 1ª ed. Brasília – DF Editora MS; 2006.

_____. **Manual Técnico de Gestaçã o de Alto risco**. 5ª ed. Brasília – DF Editora MS; 2012.

_____. **Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. 1ª ed. revista – Edição eletrônica; Brasília – DF, 2013.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE, Jorge de; **Obstetrícia Fundamental**. 12ª ed. Rio de Janeiro – RJ Guanabara Koogan, 2012

NEMÊ, Bussamâmara. **Obsterícia básica**. 3ª ed. São Paulo – SP; Sarvier 2005.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 10ª ed. Rio de Janeiro – RJ Guanabara e Koogan, 2005.

_____. **Obstetrícia fundamental**. 13ª ed. Rio de Janeiro – RJ. Guanabara e Koogan, 2014.

SÁ, Renato; SILVA, Fernanda Campos da; **Obstetrícia de Williams**. 23ª ed. São Paulo – SP. Artmed, 2012.

PACIEVITCH, Thais. **Evasão Escolar**. Disponível em <<http://www.infoescola.com/educacao/evasao-escolar/>> Acesso em: 11/06/2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Protocolo de emergências e urgências em obstetrícia das maternidades vinculadas ao Programa Mãe Curitibana**. Curitiba – PR, Secretaria Municipal da Saúde, 2004.

_____. **Prevenção e tratamento das patologias associadas à prematuridade**. Curitiba – PR, Secretaria Municipal da Saúde, 2004.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. São Paulo – SP. Editora Manoele Ltda. 2016.

APENDICES

APENDICE 1 - QUESTIONÁRIO FATORES QUE LEVAM AS GESTANTES À PROCURAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO MEIO OESTE CATARINENSE

Nome: (Opcional) _____;

Data de nascimento: ___/___/___; Estado Civil: _____;

Profissão: _____; Naturalidade: _____;

Endereço: _____; Escolaridade: _____;

Gesta: _____; Para: _____; Aborto: _____; PN: _____; PC: _____;

DPP pela Dum: ___/___/___; DPP pela US obstétrica: ___/___/___;

1) A gestação foi planejada?

() Sim;

() Não;

2). Está fazendo pré-natal?

() Sim;

() Não;

3) quantas consultas realizou até o momento:

() 0 a 3 () 4 a 6 () 7 e mais

4) Vacinas estão em dia?

a) Hepatite B () Sim () Não () Incompleto

b) Contra o Tétano () Sim () Não () Incompleto

c) Contra a Influenza (Gripe) () Sim () Não

d) DTPA () Sim () Não

5) Fez consulta odontológica com aplicação de flúor?

() Sim;

() Não;

6) Recebeu orientações sobre os sinais de urgência e emergência no pré natal?

() Sim

Não

7) Teve alguma complicação em gestações anteriores?

Sim; Qual? _____

Não; _____

8) No momento qual é sua queixa principal?

09) Veio encaminhada por algum serviço de saúde?

Sim_ Qual? _____

Não_ Qual o motivo em procurar atendimento diretamente na maternidade?

10) Qual conduta adotada pela equipe no atendimento a gestante?

liberada com receita e orientação de retorno ao pré natal.

em observação para administração de medicamentos

em observação para realização de exames

internação

transferência

APENDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Alto vale do Rio do Peixe (CEP-UNIARP) é um colegiado constituído com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. O CEP-UNIARP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro de padrões éticos.

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: FATORES QUE LEVAM AS GESTANTES À PROCURAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO MEIO OESTE CATARINENSE	
Área do Conhecimento: Ciências da saúde.	
Curso: Enfermagem	
Número de participantes no centro: 30	Número total de participantes: 30
Patrocinador da pesquisa: Acadêmica de enfermagem Claudia Dich.	
Instituição onde será realizado: Hospital Maicé	
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Professora Especialista Aires Roberta Brandalise e Acadêmica de Enfermagem Claudia Dich.	

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Participante da Pesquisa	
Nome:	Data de nascimento:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:

3. Identificação do Pesquisador Responsável	
Nome: Aires Roberta Brandalise	
Profissão: Enfermeira Especialista	N. do Registro no Conselho: COREN 86234
Endereço: Rua Domingos Furtado nº 150 Bairro: Sorgatto Cidade: Caçador Estado: SC	
Telefone: (49) 999872992	E-mail: airesroberta@hotmail.com

1. O (s) **objetivo (s)** desta pesquisa é (são):

- Analisar os motivos e queixas que levam as gestantes a procurar atendimento de emergência em uma maternidade de meio oeste catarinense
- Avaliar o nível escolar e sócio econômico da gestante.
- Identificar antecedentes de planejamento familiar, obstétricos e a presença de riscos gestacionais atuais.
- Verificar o acompanhamento do pré-natal em relação as consultas, exames, participação em grupo de gestantes e pré-natal odontológico.
- Identificar as patologias presentes que levam ao atendimento na emergência

2. O **procedimento** para coleta de dados:

O procedimento para coleta de dados será através de entrevista com as gestantes que aceitarem participar da pesquisa, sendo a entrevista baseada no questionário previamente elaborado e padronizado pela acadêmica e sua orientadora.

3. O (s) **benefício (s)** esperado (s) é (são):

Os benefícios esperados são a compreensão dos reais motivos que levam as gestantes procurarem o serviço de emergência no setor de maternidade do Hospital Maicé.

4. O (s) **desconforto (s)** e **risco (s)** esperado (s) é (são):

Caso o entrevistado se sinta desconfortável ao responder qualquer questão, estará o pesquisador de acordo em deixar a pergunta em branco ou sem resposta.

5. Procedimentos que serão adotados

Durante a pesquisa será realizado a abordagem individual à cada gestante e será realizada a leitura e explicação minuciosa do termo de consentimento livre e esclarecido (todos os tópicos de forma individual), e, posteriormente assinado. O termo de consentimento livre e esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor onde uma via assinada ficará com a gestante entrevistada e outra também assinada ficará com a pesquisadora sendo anexada ao questionário.

Após a assinatura e entrega será aplicado o questionário onde a pesquisadora fará as perguntas e escreverá as respostas que as gestantes fornecerem. Quando a pesquisa terminar a gestante poderá voltar a aguardar o atendimento.

6. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a participação nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

7. A participação no estudo não acarretará custos para você. Não será disponibilizado nenhuma compensação financeira adicional. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o pesquisador ficará como responsável.

8. A desistência não causará nenhum prejuízo à saúde e ao meu bem-estar físico. Não virá interferir no atendimento, na assistência, no tratamento médico, etc.
9. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.
10. Poderei consultar o **pesquisador responsável** (acima identificado) ou o **CEP-UNIARP**, com endereço na Rua: Victor Baptista Adami, 800 - Centro, telefone (049) 3561-6200, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.
11. Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, do (s) resultado (s) parcial (is) e final (is) desta pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Caçador (SC), _____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa
RG: _____

Aires Roberta Brandalise
COREN 86234
Pesquisador Responsável

Testemunha

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA CO-PARTICIPANTE

DECLARAÇÃO**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "FATORES QUE LEVAM AS GESTANTES A PROCURAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO MEIO OESTE CATARINENSE." declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Em relação à pesquisa supracitada, informamos que o acesso dos pesquisadores ao local da pesquisa e a manipulação dos dados de Prontuários Médicos e Arquivos de laudos Médicos será autorizado somente após a emissão do **PARECER DE APROVAÇÃO** do Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da UNIARP. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispendo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Local/Setor onde a pesquisa será realizada: HOSPITAL MAICÉ, SETOR MATERNIDADE.

Período de realização da Pesquisa: Durante o mês de fevereiro de 2018.

Dias da semana e Horários da pesquisa: De segunda a sexta-feira, das 9:00 às 11:30h.

A pesquisa será desenvolvida pela acadêmica Claudia Dich, do curso de enfermagem da UNIARP – Capador, portadora da CI 2815791, fone (49) 99669-4350. O pesquisador responsável Aires Roberta Brandalise, portadora da CI 3461073, fone (49) 9987-2992, tendo como disciplina o Trabalho de conclusão de curso.

Este projeto visa:

- Analisar os motivos e queixas que levam as gestantes a procurar atendimento de emergência em uma maternidade de meio oeste catarinense
- Avaliar o nível escolar e sócio econômico da gestante.
- Identificar antecedentes de planejamento familiar, obstétricos e a presença de riscos gestacionais atuais.
- Verificar o acompanhamento do pré-natal em relação as consultas, exames, participação em grupo de gestantes e pré-natal odontológico.
- Identificar as patologias presentes que levam ao atendimento na emergência



A pesquisa tem como base o questionário previamente confeccionado que será aplicado às gestantes que se deslocarem até a maternidade do Hospital Maicé, a fim de receber atendimento de urgência. A pesquisa será aplicada em meados do mês de fevereiro do ano de 2018 após aprovação pelo conselho de ética da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.

Esta pesquisa irá garantir o anonimato das gestantes e será apresentada em banca, e após aprovação será entregue uma cópia à direção do Hospital Maicé para possíveis intervenções, se assim couber. Agradecemos a compreensão.

Por ser verdade, firmo a presente em 2 (duas) vias de igual teor. Uma (uma) fica em posse da instituição e outra com o pesquisador responsável.

Caçador (SC).....de.....de 20.....


 Dr. Adilson Machado dos Santos

Reitor da UNIARP






Aires Roberto Enthalise
 Pesquisador Responsável
 UNIARP




Ir. Elizabete de Lima
 Diretora geral
 Hospital Maicé

ELIZABETH DE LIMA LIMA
 Diretora Geral
 Associação Franco-Basileira
 HOSPITAL MAICÉ

ANEXO 2 - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Fatores que levam as gestantes a procurar atendimento de emergência obstétrica em uma maternidade do meio oeste catarinense			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Aires Roberta Brandalise			
6. CPF: 990.608.849-49	7. Endereço (Rua, n.º): Rua Domingos Furtado Sorgado 150 CACADOR SANTA CATARINA 98500000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (48) 9987-2502	10. Outro Telefone:	11. Email: airesroberta@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>30, 01, 18</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - FUNIARP		13. CNPJ: 82.798.828/0001-00	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (48) 3581-6200	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Rosemarí Santos de Oliveira, CPF: 682.858.929.72</u>			
Cargo/Função: <u>Coordenadora curso</u>			
Data: <u>07, 02, 2018</u>		UNESP - Falt. Pol. - Alto Vale do Rio do Peixe  Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ETICA

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: <i>Fatores que levam as gestantes a procurar atendimento de emergência obstétrica em uma maternidade do meio oeste catarinense</i>								
Pesquisador: Aísa Roberta Brandalise								
Área Temática:								
Versão: 2								
CAAE: 80327617.7.0000.5503								
Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - FUNIARP								
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 2.522.058								
Apresentação do Projeto:								
Nesta pesquisa serão analisados dados onde se evidenciarão as principais queixas que as gestantes possuem e se estão se dirigindo ao serviço de atendimento cometo de acordo com seus problemas, duvidas ou doenças.								
Objetivo da Pesquisa:								
Analisar os motivos e queixas que levam as gestantes a procurar atendimento de emergência em uma maternidade de meio oeste catarinense. Objetivos Específicos								
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível escolar e sócio econômico da gestante. - Identificar antecedentes de planejamento familiar, obstétricos e a presença de riscos gestacionais atuais. - Verificar o acompanhamento do pré-natal em relação as consultas, exames, participação em grupo de gestantes e pré-natal odontológico. - Identificar as patologias presentes que levam ao atendimento na emergência 								
Avaliação dos Riscos e Benefícios:								
Benefícios: compreensão dos reais motivos que levam as gestantes a procurar o serviço de								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: Rua.Victor Baptista Adami, 800</td> <td style="border: none;">CEP: 89.500-000</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: Centro</td> <td style="border: none;">Município: CACADOR</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: SC</td> <td style="border: none;">E-mail: pesquisa@uniarp.edu.br</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (49)3561-6388</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Endereço: Rua.Victor Baptista Adami, 800	CEP: 89.500-000	Bairro: Centro	Município: CACADOR	UF: SC	E-mail: pesquisa@uniarp.edu.br	Telefone: (49)3561-6388	
Endereço: Rua.Victor Baptista Adami, 800	CEP: 89.500-000							
Bairro: Centro	Município: CACADOR							
UF: SC	E-mail: pesquisa@uniarp.edu.br							
Telefone: (49)3561-6388								
<small>Página 01 de 03</small>								

**UNIVERSIDADE ALTO VALE
DO RIO DO PEIXE - UNIARP**



Continuação do Parecer: 1.520.058

emergência do hospital. Riscos: caso a paciente se consinjanja ou não queira responder, o pesquisador deixará em branco ou sem resposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente, tendo em vista a possibilidade de empreender estratégias para triagem e averiguação de quem realmente precisa de atendimento emergencial, possibilitando a prevenção de problemas antes, durante e pós-parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários à legalidade deste projeto foram apresentados.

Recomendações:

Está adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Está adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_F RQUETO_1036718.pdf	11/03/2018 20:42:39		Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	11/03/2018 20:42:10	Aires Roberta Brandalise	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto revisado claudia.docx	21/11/2017 22:18:33	Aires Roberta Brandalise	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicao.pdf	21/11/2017 22:16:22	Aires Roberta Brandalise	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE claudia.pdf	21/11/2017 22:15:07	Aires Roberta Brandalise	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Victor Eugênio Adam, 800
Bairro: Centro CEP: 89.500-000
UF: SC Município: CACADOR
Telefone: (48)3561-6288 E-mail: pesquisa@uniarp.edu.br

UNIVERSIDADE ALTO VALE
DO RIO DO PEIXE - UNIARP



Continuação do Plano: 1.501.888

Não

CACADOR, 01 de Março de 2018

Assinado por:
Vilmair Zancanaro
(Coordenador)

Endereço: Rua Victor Baptista Adam, 800

Bairro: Centro

CEP: 89.500-000

UF: SC

Município: CACADOR

Telefone: (49)3561-0388

E-mail: pesquisas@uniarp.edu.br