

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

DULCINEIA DE OLIVEIRA

GESTAÇÕES TARDIAS: SER MÃE APÓS OS 35 ANOS

**CAÇADOR - SC
2020**

DULCINEIA DE OLIVEIRA

GESTAÇÕES TARDIAS: SER MÃE APÓS OS 35 ANOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP.

Orientadora: Profa. Esp. Sarah Massoco.

**CAÇADOR - SC
2020**

DULCINEIA DE OLIVEIRA

GESTAÇÕES TARDIAS: SER MÃE APÓS OS 35 ANOS

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova com nota _____ este Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Enfermagem da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito final para obtenção do título de:

Bacharel em Enfermagem

Profa. Esp. Rosemari Santos de Oliveira
Coordenadora do Curso de Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Sara Massoco (UNIARP)
(Presidente da Banca/Orientadora)

Profa. Esp. Aires Roberta Brandalise (UNIARP)
(Membro da Banca)

Profa. Esp. Wanderléia Tragancin
(Membro da Banca)

Caçador, SC, ____ de _____ de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, meu filho Cauã e aos meus pais Divair e João, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem para que concluísse este sonho.

AGRADECIMENTOS

Sou grata primeiramente, a Deus, por me dar a vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos no decorrer do curso e ter me mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final.

Meu querido filho Cauã, pelo amor sincero e carinho incondicional dedicado a mim. Peço perdão pelos dias ausentes, onde tive que ficar fora de casa, nos quais foi necessário para conclusão dessa jornada pensando sempre em um futuro melhor para você.

A minha família, em especial aos meus pais Divair e João, pela ajuda e as orações ao meu favor que, apesar de todos as dificuldades, me ajudaram na realização do meu sonho sempre realizando tudo que estava ao alcance de vocês e por auxiliar a cuidar do Cauã nos momentos da minha ausência.

As minhas amigas de turma por todos os momentos, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava, pela amizade que construímos. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

A minha professora orientadora Sarah Massoco pela motivação e que, com atenção e carinho, dedicou seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho.

A todos os professores pela contribuição na minha vida acadêmica e por tanta influência em minha futura vida profissional.

Agradeço também a equipe da Unidade Básica de Saúde do Bairro Núcleo Rio Doce, principalmente, a enfermeira Cristiane pela amizade e companheirismo e por ter me disponibilizado os dados para elaboração deste trabalho. Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, contribuíram de forma direta ou indiretamente para a conclusão dessa etapa.

RESUMO

As gestações tardias estão cada mais vez mais frequentes em todas as classes sociais. Com a mudança da sociedade, muitas mulheres optam pela gestação após os 35 anos. Neste trabalho, abordamos sobre as principais implicações da gestação nesta faixa etária através de uma pesquisa retrospectiva junto aos prontuários eletrônicos disponíveis através da atenção básica para o levantamento dos dados que refletem as necessidades de intervenções do Enfermeiro no acompanhamento deste pré-natal. Os dados foram coletados por meio do prontuário eletrônico retrospectivo conforme relatório disponibilizado, após a autorização pela Atenção Básica de Saúde, sendo realizado a busca por dados como: faixa etária, número de gestações, intercorrências e quais foram os acompanhamentos realizado à estas gestantes. De acordo com a análise quantitativa, foi obtida a caracterização da amostra e a identificação das implicâncias deste acompanhamento pelo Enfermeiro junto a Unidade Básica de Saúde em um município do meio oeste catarinense. Os resultados foram que a maior predominância de faixa etária das gestantes é entre 35 e 37 anos, mas com um índice de 14% com idade entre 43 a 48 anos. Durante a pesquisa, observou-se que 4% da amostra trata-se da primeira gestação, tendo prevalência aquelas que estão entre 1 a 4 gestação. Em relação ao início do pré-natal pode-se observar que 16% da amostra iniciaram o pré-natal entre 38 a 48 semanas de gestação. A assistência do enfermeiro predominou entre 70% das gestantes, realizaram entre 1 a 5 consultas nas unidades demonstrando a sua importância e manejo desde o atendimento até os encaminhamentos.

Palavras-chave: Gestação. Saúde Coletiva. Enfermeiro. Pré-natal. Prontuário eletrônico.

ABSTRACT

Late pregnancies are more and more frequent in all social classes, with the change of society many women opt for pregnancy after 35 years, in this work we approached the main implications of pregnancy in this age group through a retrospective survey together with the medical records electronic devices available through primary care, for the collection of data that reflect the nurse's intervention needs in the monitoring of this prenatal care. The data were collected through the retrospective electronic medical record according to the report made available, after authorization by primary health care, with the search for data such as: age group, number of pregnancies, complications and what were the follow-ups carried out for these pregnant women. According to the quantitative analysis, the characterization of the sample and the identification of the implications of this monitoring by the Nurse will be obtained with the basic health unit in a municipality in the Midwest of Santa Catarina. The results were the most prevalent in the age group of pregnant women between 35 and 37 years old, but with an index of 14% aged between 43 and 48 years old. During the survey, it was noted that 4% of the sample is the first pregnancy, with prevalence between 1 to 4 pregnancies. Regarding the beginning of prenatal care, it can be seen that 16% of the sample started prenatal care between 38 and 48 weeks of gestation. The nurse's assistance predominated in 70% of pregnant women, they performed between 1 to 5 consultations in the units, demonstrating their importance and management from the service to the referrals.

Keywords: Pregnancy. Public Health. Nurse. Prenatal. Electronic medical record.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Perfil etário da amostra de pesquisa.....	21
Gráfico 02 - Histórico ginecológico: número de gestações anteriores e atual acima dos 35 anos.....	22
Gráfico 03 - Período gestacional de início do acompanhamento gestacional na Unidade Básica de Saúde.....	23
Gráfico 04 - Número de consultas médicas realizadas no pré-natal na Atenção Básica.....	24
Gráfico 05 - Número de consultas realizadas pelo enfermeiro no pré-natal na Atenção Básica.....	25
Gráfico 06 - Medicações utilizadas durante o pré-natal na Atenção Básica.....	26
Gráfico 07 - Intercorrências durante o pré-natal registrados no prontuário da Unidade de Atenção Básica.....	27

SUMARIO

INTRODUÇÃO	9
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
1.1 CUIDADOS PRÉ CONCEPCIONAIS	12
1.2 GESTAÇÃO	12
1.3 REPRODUÇÃO	13
1.4 ASSITÊNCIA AO PRÉ NATAL	14
1.5 GESTAÇÃO TARDIA COMPLICAÇÕES	16
1.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	17
1.7 O MANEJO DO PRÉ-NATAL PELO ENFERMEIRO	18
2 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	19
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES	36

INTRODUÇÃO

O processo de gestação é uma fase fisiológica e natural no desenvolvimento da mulher. Momentos como a gravidez mudam o corpo, mas também a mente, e, por conseguinte, sua maneira de ver o mundo. É devido às muitas modificações que a gestante deve estar em constante acompanhamento, tanto pela família quanto pelos profissionais de saúde, pois muitos riscos podem estar associados, gerando possíveis complicações tanto para a mãe quanto para o feto, e, posteriormente, para o recém-nascido, principalmente, quando se trata de uma gestação em idade avançada (BEZERRA et al., 2015 ,p.164).

O empoderamento feminino se confirma como uma das causas do aumento dos índices de gestação tardia.

A maternidade em mulheres com mais de 35 anos tem se tornado uma realidade mundial. Fatores como o aumento da inserção feminina no mercado de trabalho, maior tempo de estudo entre as mulheres e melhorias nos métodos anticoncepcionais têm contribuído para esse fenômeno, além dos movimentos pró-mulheres, ativos desde meados dos anos de 1970, auxiliando-as nas conquistas sobre direitos e liberdades, inclusive sobre o exercício da sua própria sexualidade (BUDDS; LOCKE; BURR, 2016 apud ALDRIGHI; WALL; SOUZA, 2018, p.02).

A possibilidade da mulher de poder escolher decisões sobre seu corpo e sua sexualidade tem sido uma grande conquista nos dias atuais.

De acordo com Bem (2014) os motivos para postergar a gravidez variam, incluindo o desejo das mulheres de investir na carreira educacional e profissional, adiar o casamento, casar-se de novo, ampla disponibilidade de métodos anticoncepcionais e problemas relacionados à infertilidade. O fato é que em comparação com mulheres mais jovens, as que engravidam com mais de 35 anos têm maior probabilidade de abortos espontâneos ou induzidos e maior risco de morte perinatal.

Essa pesquisa tem como objetivo, descrever quais as implicações para o manejo do pré-natal de gestantes acima de 35 anos para a atuação do Enfermeiro na Atenção Básica de Saúde. Sintetizar sobre os aspectos das gestações tardia com suas implicações para a gestante e para o feto. Evidenciar quais as principais complicações da gestação tardia, com base nos registros do prontuário eletrônico utilizado na atenção básica de saúde. Descrever sobre o papel do Enfermeiro no

manejo da gestação tardia a nível de atenção básica. Caracterizar o perfil da gestantes tardias com as implicações ao feto, parto e dados socioeconômicos.

A assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal, para incentivo ao empoderamento da gestante na preparação para o parto natural, tem sido evidenciada como reflexo positivo na experiência da gestação. Preparação essa que deve promover a autonomia feminina, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante, respeitando o direito ao seu próprio corpo e exercendo uma prática ética fundamentada em evidências (BRASIL, 2013 apud JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019, p.433).

A gestação entre mulheres após os 35 anos de idade é realidade cada vez mais presente na prática obstétrica, devido fatores sociais, educacionais, econômicos e culturais que possibilitam a ausência, redução ou mesmo controle no número de filhos. Assim, a singularidade da gestação em mulheres com mais de 35 anos é considerada de alto risco, em decorrência da incidência crescente de síndrome hipertensiva, maior ganho de peso, presença de obesidade, miomas, diabetes, aborto e cesárea. Assim torna-se necessário a participação do enfermeiro no cuidado durante o pré-natal desta população em especial (GRAVENA et al., 2012, p.18).

As gestantes nulíparas idosas, segundo estudo apresentam maiores índices de massa corpórea e ganho de peso na gestação, com aumento frequente de diabete gestacional, hipertensão arterial crônica e induzida, parto prematuro, hemorragia do terceiro trimestre e infecção puerperal, o que gera a indicação mais frequente de ocitocina durante o trabalho de parto, aumenta a taxa de cesárea e prematuridade (PARREIRA; SANTOS, 2009, p.03).

Esse fenômeno, demonstra as consequências importantes em relação à saúde da mãe e do feto. A gravidez em idade avançada predispõe riscos obstétricos. Tal risco é decorrente tanto da própria senilidade ovariana, quanto da frequência aumentada de doenças crônicas pré-existentes, fato que aumenta com o decorrer da idade. Logo, estas mulheres estarão mais sujeitas a hospitalizações mais frequentes e ainda terão chance aumentada para abortamento espontâneo (ALVES et al., 2017, p.02).

Antigamente, era natural para a mulher experimentar diversas gestações, visto que não existia procedimento que pudesse evitar, pela ausência de meios contraceptivos ou forçadas pela questão cultural. Assim, formavam-se famílias com

vários filhos, muitos dos quais morriam ao nascer, além do costume das experiências sexuais da mulher que eram apenas com o marido e isso estava ligado à proliferação da família por meio de filhos (FILHO, 2015, p.01).

Estudos apontam que o aumento no número de gestações em idade avançada nos últimos tempos é decorrente do desejo da mulher em investir na formação e na carreira profissional, a postergação da época do casamento e as taxas aumentadas de divórcios seguidos de novas uniões. Além disso, a grande e diversificada disponibilidade de métodos contraceptivos, os avanços na tecnologia da reprodução assistida e avanços na atenção à saúde constituem causas para essa situação (Alves et al.,2017, p.02).

A pesquisa de caráter descritivo, retrospectivo e documental foi realizada através de um roteiro de análise de dados obtidos através do prontuário eletrônico, sem identificação de pacientes ou aplicação de questionários diretos. Como método de análise enquadra-se como qualitativo, tendo como objetivo evidenciar as particularidades das gestações de mulheres que realizam o pré-natal junto à Unidade Básica de Saúde em um município do meio oeste catarinense.

Compõe esta amostra os prontuários de gestante acima de 35 anos no período janeiro de 2018 a dezembro de 2019, junto às 5 Unidades de Atenção Básica do município.

Grande parte das mulheres da atualidade está priorizando trabalho e carreira e adiando a maternidade para uma fase mais estável de sua vida. Assim, esta pesquisa justifica-se pelo alto índice de gravidez em idade mais avançada, que vem aumentando nos últimos anos, e pela percepção empírica deste aumento no município de estudo.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 CUIDADOS PRÉ CONCEPCIONAIS

O período que antecede o início da gestação é crucial para o desenvolvimento de uma gravidez saudável e, por esta razão, em âmbito global, são propostas ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos a serem implementadas antes que a concepção ocorra (BORGES et al.,2015, p.02).

O Atlas Saúde (2015) nos relata que o período pré-concepcional é uma forma de contribuir para todo o processo de gravidez porque existem fatores que contribuem negativamente no futuro de uma gestação que podem ser detectados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide. O período mais delicado para o feto situa-se entre os 17 e 56 dias após a fecundação.

Borges (2016) cita também que, apesar da importância do preparo pré-concepcional para a promoção da saúde materna e infantil, estudos apontam que ele ainda é pouco realizado, principalmente, por sua estreita relação com o planejamento da gravidez.

1.2 GESTAÇÃO

A gravidez é um evento singular e marcante na vida da mulher, provocando alterações psicológicas, hormonais e físicas que preparam o organismo materno para gerar o novo ser (LEITE et al., 2014,p.02).

De acordo com Silva (2013) a gestação é um fenômeno fisiológico normal e, por isso mesmo, que sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Durante cada período dessa transformação, a mulher pode ficar mais vulnerável em termos de saúde emocional, a pessoa pode emergir mais fortalecida e amadurecida, ou, então, mais enfraquecida, confusa e desorganizada. Assim como algumas mudanças ocorrem para mulher, além das físicas:

Sabe-se que a gravidez afeta a mulher de uma forma que transcende as divisões de classe, permeando todas as suas atividades: educação, trabalho, envolvimento político-social, saúde, sexualidade, sua vida e seus sonhos. Ao mesmo tempo, esta experiência é influenciada por inúmeros fatores, dentre os quais se destacam as circunstâncias de vida pessoal, a situação marital e as condições socioeconômicas, assim como as crenças e valores culturais a ela relacionados (PARADA; TONETE, 2009, p. 02).

A gestação é um momento especial repleto de significados e emoções para a família e um acontecimento que demanda uma série de ações pela área da saúde (BRASIL, 2016, p.09).

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (OMS, 2010).

O Ministério da Saúde (MDS) (BRASIL, 2018) cita ainda que este é um momento de grandes transformações para a mulher, para seu (sua) parceiro (a) e para toda a família. Durante o período da gestação o corpo vai se modificar lentamente preparando-se para o parto e para a maternidade.

1.3 REPRODUÇÃO

Braz (2005, p.169) alega que a decisão de gerar uma criança não é um processo simples, abrangendo vários aspectos que vão desde os recursos financeiros da família até os de ordem emocional, espiritual e econômico-social. Por ser algo complexo que envolve inúmeras facetas e, principalmente, por tratar-se de um ato humano que envolve outro ser humano a ser trazido ao mundo e que pode vir a ser fonte de conflitos, há necessidade de refletir, sob o ponto de vista bioético, muito mais que biologicamente, sobre as decisões que devem ser feitas frente à reprodução humana.

Durante a infância o sistema reprodutor sofre um crescimento gradual, juntamente com as outras partes do corpo, mas se torna fisiologicamente maduro algum tempo depois na adolescência (ZIEGEL; CRANLEY, 1985, n.p.).

A aptidão das mulheres de se reproduzir é inversamente proporcional à sua idade cronológica, uma vez que a qualidade dos ovócitos diminui ao longo da vida reprodutiva e essa diminuição se torna mais acentuada após os 35 anos. Quanto mais avançada a idade da mulher, maior a dificuldade de uma gravidez natural, maior a taxa de aborto espontâneo, maior a incidência de anormalidades cromossômicas no embrião e menor a taxa de sucesso do tratamento de reprodução humana (IZZO; MONTELEONE; SERAFINI, 2015).

Na espécie humana, a fecundação ocorre no terço externo da trompa de falópio onde os espermatozoides chegam, progressivamente, e entram em contato

com o ovócito, entretanto, libertado e captado pelo pavilhão tubar. A partir desse momento, já não pode ser considerado como um elemento próprio do pai ou da mãe. É já um elemento novo, um novo ser humano com características próprias e independentes (DEXEUS et al., 1979).

À medida que cresce, a diminuta criatura começa a tomar forma e em menos de 12 semanas começam a surgir as inconfundíveis características de um ser humano (MILLER; PELHAM, 1984).

1.4 ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL

Destaca-se a importância dos fatores sociodemográficos e das características maternas para os resultados sobre a saúde materna e infantil. Porém, a atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica e possibilita a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos. Dessa forma, a não realização ou a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil (NUNES et al., 2016, p.02).

A assistência prestada a gestante durante o pré-natal pode colaborar de forma positiva com o diagnóstico e com o tratamento adequado das afecções, além de fiscalizar fatores de risco que levam a complicações na saúde do bebê e da mulher. A sistematização da assistência de enfermagem é uma importante ferramenta que o enfermeiro dispõe para prestar assistência aos pacientes de forma humanizada, individualizada, planejada e organizada, visando ao bem-estar físico, psíquico e social do paciente, fortalecendo o trabalho em equipe e proporcionando um cuidado integral e contínuo, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem (MARTINS et al., 2015).

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais, ainda, segundo recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras, do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias, da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional, de estabelecimento de vínculo

entre o pré-natal e o local do parto e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (VIELLAS et al., 2014,p.02).

Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) em Obstetrícia Segundo a Política Nacional de Humanização “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”. (PNH/MS, 2006 apud Rede cegonha, 2014, p.08). A Rede Cegonha é uma iniciativa do Ministério da Saúde lançada em 2011 com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças.

O Acolhimento e Classificação de Risco é mais uma ferramenta do Ministério da Saúde para nortear as Redes de Atenção à Saúde promovendo acesso e qualidade no cuidado oferecidos a gestante.

O objetivo da assistência ao pré-natal é o de garantir o bom andamento das gestações de baixo risco e, também, o de identificar adequada e precocemente os pacientes com mais chance de apresentar uma evolução desfavorável. Elas deverão ser tratadas e, se necessário, encaminhadas para um nível de assistência mais complexo (FREITAS et al., 2003).

Segundo o Ministério da Saúde recomenda-se o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de alguns procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, de acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2017).

A consulta de pré-natal é constituída de procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. A maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família (BRASIL, 2000).

Destaca-se que, o acompanhamento da gestação em um serviço de saúde, por meio das consultas de pré-natal, é extremamente importante para garantir uma gestação saudável e um parto seguro. Com vista a prestar uma mais ampla assistência à saúde da gestante, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (LEITE et al., 2014; p.02).

Freitas (2003) cita também que boa parte da assistência pré-natal se tornou um rito, pois as condutas médicas frequentemente permanecem inalteradas por longos períodos e talvez seja o momento de se considerar o que é indispensável.

A Rede Cegonha, programa criado pelo Ministério da Saúde, assegura que toda mulher tem o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como as crianças têm o direito a todos os cuidados para um crescimento e desenvolvimento saudável. A finalidade do Programa Rede Cegonha é organizar a atenção à saúde materno infantil no país e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional. A implantação e expansão do programa segue critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. Esta estratégia foi lançada em 2011 pelo Governo Federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e pré-natal (BRASIL, 2017).

1.5 GESTAÇÃO TARDIA COMPLICAÇÕES

A gestação é um processo fisiológico para a reprodução humana. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe, na medida em que pode implicar em riscos tanto para a gestante quanto para o feto (ERRICO et al., 2018).

Segundo a Bezerra et. al (2015), a medida em que a gestação é adiada, é maior a probabilidade de a mulher tornar-se suscetível a vários riscos. A gravidez em mulheres com idade superior aos 35 anos está relacionada com maior risco obstétrico. Isto seria decorrente tanto da própria senescência ovariana quanto da frequência aumentada de doenças crônicas em mulheres nessa faixa etária. As condições patológicas entre gestantes com mais de 35 anos, fazem com que esse grupo seja frequentemente hospitalizado durante a gravidez, sem falar que o abortamento espontâneo ocorre com maior frequência e as chances de gerar um bebê com síndrome de Down, baixo peso ao nascer, e outras anomalias cromossômicas e doenças ginecológicas são maiores.

Ainda que o produto da concepção esteja muito protegido em todos os aspectos, a gravidez pode frustrar-se de muitas e diferentes maneiras (DEXEUS et al.,1979).

O abortamento espontâneo, por sua vez, é a morte embrionária ou fetal não induzida ou a eliminação dos produtos da concepção antes de 20 semanas de gestação. É a ocorrência de sangramento vaginal sem dilatação cervical nesse período de tempo e indicando possível abortamento espontâneo em uma mulher com gestação intrauterina viável confirmada. Cerca de 20 a 30% das mulheres, com gestação confirmada, sangram durante as primeiras 20 semanas de gestação, metade delas aborta espontaneamente, a incidência do abortamento espontâneo é de aproximadamente 20% das gestações confirmadas. A incidência em todas as gestações provavelmente é maior, pois alguns abortos precoces são confundidos com menstruação tardia (DULAY, 2017).

Segundo Silva (2019) existe um impacto da idade da mulher sobre os resultados perinatais. Elas têm, em geral, resultados menos favoráveis que as chamadas adultas jovens, entre 20 e 35 anos. As mulheres com gestação tardia apresentam risco similar às adolescentes em alguns aspectos e mais elevado em outras situações como o abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas.

A ocorrência da gravidez tardia e sua frequência vem aumentando consideravelmente, fato relatado em estudos brasileiros e internacionais (BEM et al., 2014). Em comparação com mulheres mais jovens, no grupo de mulheres com mais de 35 anos, tem sido observados mais abortamentos espontâneos e induzidos, maior risco para mortalidade perinatal, baixa vitalidade do recém-nascido, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos para idade gestacional. Cabe salientar que as alterações mais frequentes de peso do recém-nato nestas mulheres envolvem tanto os casos de macrossomia quanto os de peso pequeno para a idade gestacional (GRAVENA et al., 2012).

1.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

O enfermeiro realiza, durante as consultas de enfermagem no pré-natal, sendo estabelecido pelo Ministério da Saúde, o mínimo de seis consultas durante todo o período que antecede o nascimento. Devem ser observados todos os aspectos, os de caráter emocional devem ser abordados desde a primeira consulta

de pré-natal, estabelecendo uma confiança entre o profissional e a gestante, assim mais dúvidas podem ser sanadas e há uma abertura maior por parte da gestante (MATOS et al., 2016,p.15894), sendo que:

O cuidado, que é a essência do trabalho do enfermeiro, há tempos vem sendo incorporado à prática na assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, porém com diversas conotações que variam de uma abordagem tecnicista a uma visão mais humanística. Essa perspectiva de cuidado sofre influência dos antigos programas materno-infantis, quando a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (GUERREIRO et al., 2012, p 02).

Errico (2018) cita que durante a assistência ao pré-natal de alto risco o Ministério da Saúde preconiza o atendimento da gestante por equipe-multidisciplinar, isso inclui o profissional enfermeiro. Dentre as ações de responsabilidade do enfermeiro em uma equipe multidisciplinar destaca-se a consulta de enfermagem que, no caso do pré-natal, permite identificar os problemas reais e potenciais da gestante e, conseqüentemente, elaborar o planejamento das ações de cuidado necessárias. A consulta é o momento onde se reafirma a singularidade da mulher e inicia-se o processo de compartilhamento das responsabilidades.

A idade materna não deve ser encarada como um fator meramente biológico que, isoladamente, pode acarretar complicações para a mãe e seu filho. Destaca-se que mais importante do que a idade, seriam as condições de vida e saúde das gestantes, principalmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto (XIMENES; OLIVEIRA, 2004).

1.7 O MANEJO DO PRÉ-NATAL PELO ENFERMEIRO

Com a finalidade de valorizar e reconhecer o trabalho realizado por enfermeiros e parteiros em todo o mundo, além de defender mais investimentos para esses profissionais e melhorar suas condições de trabalho, educação e desenvolvimento profissional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que 2020 é o Ano Internacional da Enfermagem e Obstetrícia (MEDINA, 2020).

O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região (SARNEY; PINTO,1986).

As atribuições da enfermagem estão previstas, com ênfase, na Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o seu exercício profissional. Em seu Art. 11 define o que cabe privativamente ao enfermeiro e com relação à função de gerenciamento podemos citar, por exemplo, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. As funções de gerência pode dar ao enfermeiro uma certa ilusão de autonomia profissional por uma relativa autoridade decisória mas, na verdade, suas ações estão submetidas ao administrador das instituições de saúde e visam, com muita frequência, o controle de pessoal, a ordem, o cumprimento das normas já estabelecidas, o menor custo, etc., ficando em segundo plano a finalidade de administrar para assistir melhor ao cliente (BARTOCELLO; FRANCO, 2001).

2 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e documental através de um roteiro de análise de dados obtidos através do prontuário eletrônico, sem identificação de pacientes ou aplicação de questionários diretos. Como método de análise enquadra-se como qualitativo, tendo como objetivo evidenciar as particularidades das gestações de mulheres que realizam o pré-natal junto à Unidade Básica de Saúde em um município do meio oeste catarinense.

As particularidades de uma gestação tardia devem ser levadas em conta em todas as suas necessidades de intervenção pelos riscos e fatores que podem influenciar no desenvolvimento do feto. Assim, avaliar o perfil das mulheres que realizam o pré-natal na Atenção Básica, em uma faixa etária acima dos 35 anos em um município do meio oeste catarinense, se faz necessário pela demanda e encaminhamentos, onde é possível perceber o papel do enfermeiro que atua neste nível.

Compõe esta amostra os prontuários de gestante acima de 35 anos que realizaram seu pré-natal com acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde que, após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, possibilitou o acesso ao prontuário eletrônico para coletas de dados referente aos acompanhamentos, encaminhamentos e intervenções durante o pré-natal. Os critérios de inclusão da amostra foram gestantes com idade acima de 35 anos e que realizam

acompanhamento junto à atenção básica e de exclusão gestantes com idade inferior a 35 anos.

Com base no relatório disponibilizado, com a relação das pacientes que realizaram o pré-natal no município, foi realizada a classificação de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa, que foi estabelecido por: gestantes acima de 35 anos, em acompanhamento do pré-natal, com abordagem quanto: número de consultas durante o pré-natal, número de consultas de enfermagem durante o pré-natal, doenças crônicas pré-existentes, histórico ginecológico e reprodutivo, medicamentos utilizados na gestação, intercorrências e encaminhamentos durante a gestação, assim como o perfil social da amostra, preservando o sigilo conforme ética em pesquisa, onde foi atribuído a cada prontuário um sujeito numeral, o programa do prontuário eletrônico utilizado pela atenção básica do município é o *G-mus*.

G-mus é um sistema que contempla desde o atendimento primário à Gestão Estratégica da Saúde, garantindo assim, a qualidade na assistência ao cidadão, o controle e a redução de custos para a gestão e a efetividade às exigências Ministeriais. Algumas das funcionalidades do sistema são cadastros, agendamentos, comunicação interna, prontuário eletrônico, painel de chamada, regulação e outros (INOVADORA, 2020).

A coleta de dados foi realizada em duas etapas pré-estabelecidas, após a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, acredita-se a não necessidade de aplicação do Termo de Esclarecimento devido à autorização já ser concedida mediante a instituição de pesquisa, mais se encontra sobre o protocolo ao comitê CAAE: 29753020.1.0000.5593.

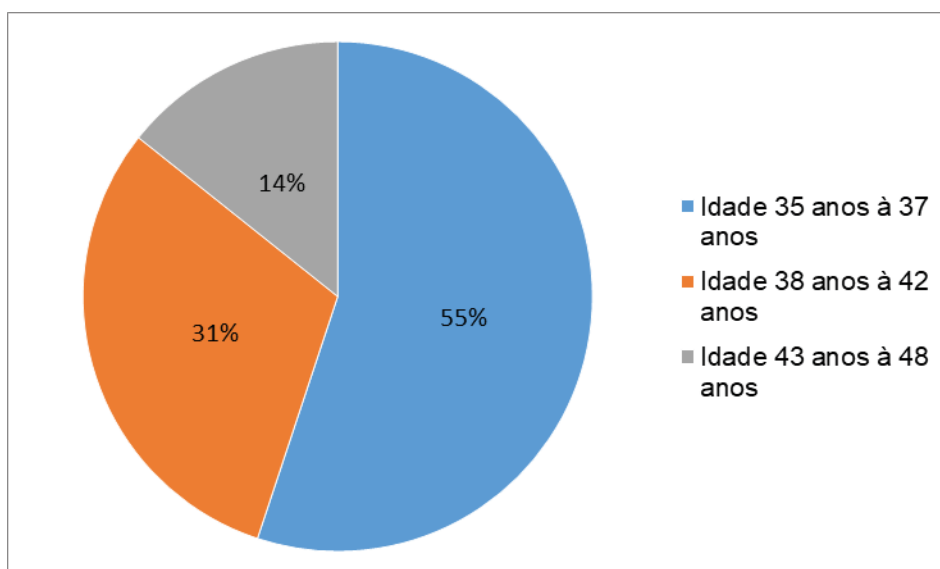
A primeira coleta foi provida de dados com relatórios dos atendimentos junto ao grupo de gestantes do município, com a relação das Unidades Básicas de Saúde. Atualmente o município conta com cinco Unidades que realizam acompanhamento do pré-natal com a equipe multiprofissional com a separação da amostra com critério de gestação acima dos 35 anos. Na segunda fase, com acesso ao prontuário eletrônico individual identificou-se: adesão ao pré-natal, número de consultas pelo enfermeiro, medicação em uso e acompanhamento laboratorial, intercorrências na gestação e histórico ginecológico. Ainda, as intervenções realizadas pelo Enfermeiro serão descritas e analisada de forma individual com base nos registros junto ao prontuário eletrônico.

A análise dos dados foi realizada de acordo com a categorização da amostra e seu perfil, a fim de verificar as correlações existentes em uma gestação tardia. Os dados foram transcritos através de uma planilha do Excel (Apêndice I) e, após, ocorreu a elaboração de gráficos de acordo com os resultados obtidos na pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra desta pesquisa foi constituída por 49 prontuários, com os critérios de inclusão atendidos, onde foi prestada a assistência pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período janeiro de 2018 a dezembro de 2019, junto às 5 Unidades de Atenção Básica do município.

Gráfico 01 - Perfil etário da amostra de pesquisa



Fonte: A Autora (2020).

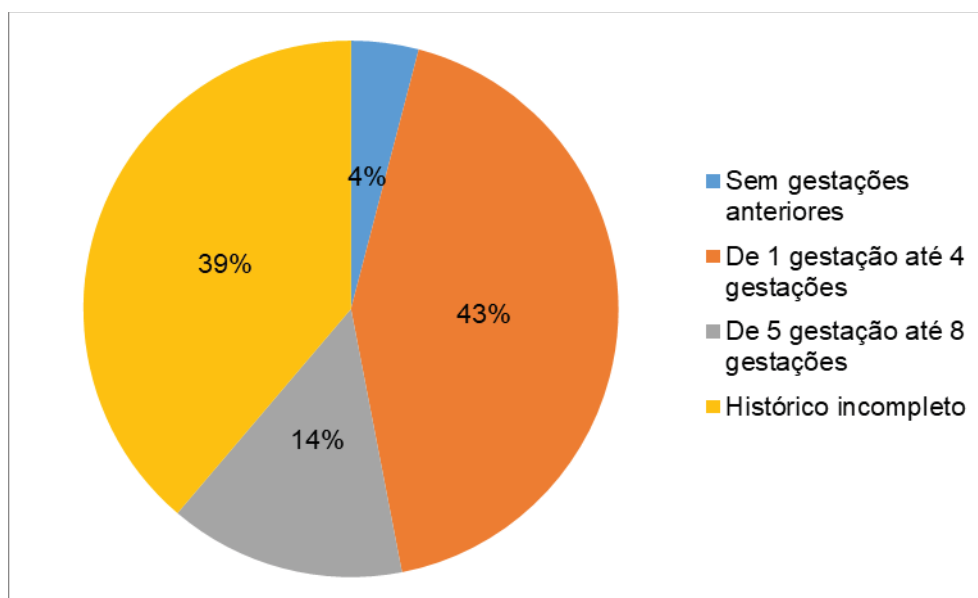
A pesquisa apontou que, na amostra, totalizaram-se 49 gestantes, identificando que, em sua maioria, a faixa etária da amostra é 35 a 37 anos, o que

equivale a 55%, assim evidenciando a pensar estratégias de monitoramento e assistência de enfermagem para pré-natal para esta população.

O enfermeiro também tem um papel fundamental para a orientação correta em relação a saúde dessa gestante antes, durante e após o parto, assim como os cuidados com o recém-nascido e apoio as suas necessidades no puerpério, como a ansiedade, prejudicando assim a evolução satisfatória desse período (REIS; OLIVEIRA, 2019).

Caetano, Netto e Manduca (2011), descrevem que a vida da mulher parece seguir uma ordem lógica de acontecimentos fisiológicos: ela nasce, cresce, reproduz-se e morre. Para que isso ocorra, seu corpo passa por diversas modificações. Momentos como a gravidez promovem alterações não apenas do corpo, mas também da mente. Em relação ao processo de reprodução humana, registra-se uma tendência cada vez maior de gravidez entre mulheres que se encontram na faixa dos 35, 40 e até 45 anos. Uma gravidez, nessa faixa etária, exige dos profissionais de saúde maior atenção, dada a possibilidade de complicações para a mulher, para o feto e, posteriormente, para o recém-nascido. Algumas literaturas relatam que 35 anos é uma idade limite para gravidez (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011,p.01).

Gráfico 02 - Histórico ginecológico: número de gestações anteriores e atual acima dos 35 anos



Fonte: A Autora (2020).

Percebe-se que 4% da amostra trata-se da primeira gestação, o que vem de encontro com as mudanças da mulher em função da multiplicidade de papéis da na

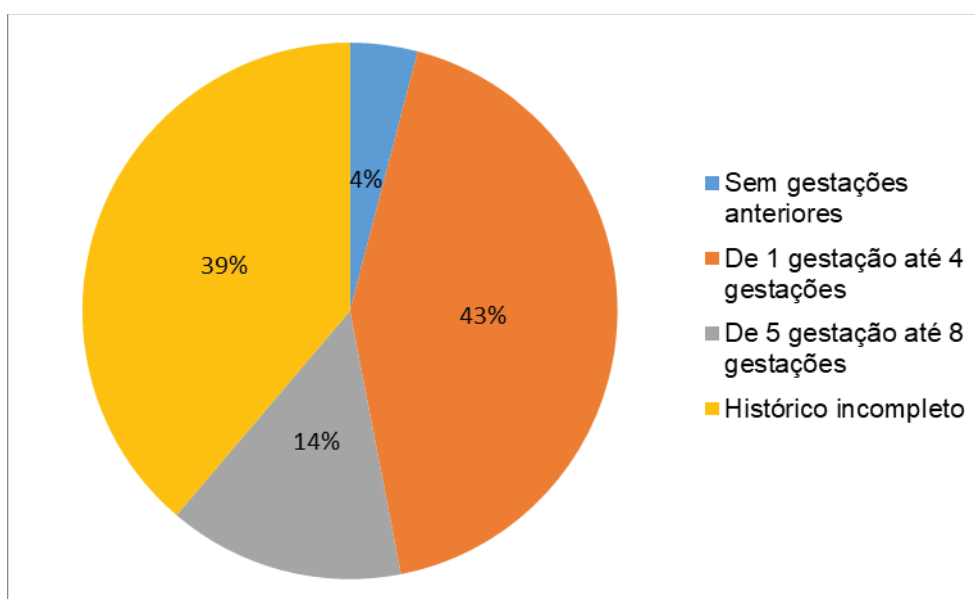
atualidade. Nesse sentido, projetos de vida em relação à maternidade têm sido preteridos e postergados (LOPES; ZANON; BOECKEL, 2014).

O presente gráfico apresenta informações de dados referentes as gestações anteriores das gestantes onde observa-se que 43% das gestantes tiveram de 1 a 4 gestações anteriores, 14% de 5 a 8 gestações e 39% apresentavam histórico incompleto.

Se realizada a comparação entre as taxas de fecundidade baseada em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da PNAD 2005 (IBGE, 2005) a taxa de fecundidade em 2005 era de 2,1 filhos por mulher. Este o número vem declinando desde os anos 60, quando as brasileiras tinham em média seis filhos, já na década de 80 a média era de quatro filhos por mulher (SANTOS; FREITAS, 2011).

Nos dias atuais, o prontuário eletrônico é uma das fontes mais importantes para o Sistema de Informações, porém, pouco utilizado, pois se desconfia da qualidade com que os dados são registrados rotineiramente. Às vezes, a qualidade da informação tem origem nos mesmos aspectos positivos e negativos que influenciam a qualidade da assistência, mas na ausência do registro da informação é difícil fazer inferências sobre sua qualidade (PINTO et al., 2014).

Gráfico 03 - Período gestacional de início do acompanhamento gestacional na unidade básica de saúde



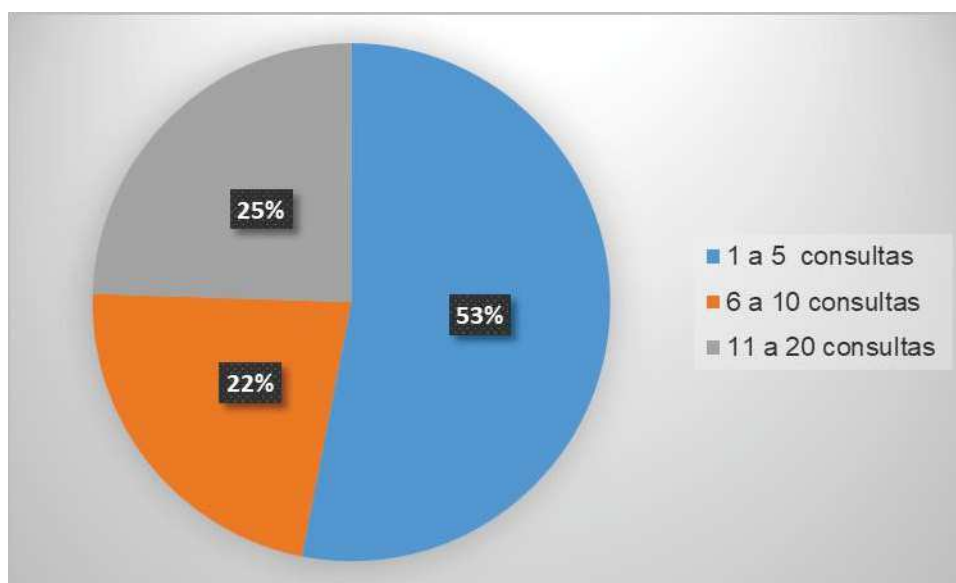
Fonte: A Autora (2020).

Este gráfico expõe dados sobre o início do pré-natal, onde, ao observá-lo, percebemos que 31% iniciaram o pré-natal de 16 a 25 semanas de gestação, 25%

de 6 a 15 semanas, 20% de 26 a 35 semanas, 16% iniciaram o pré-natal de 38 a 48 semanas e 8% apresentaram histórico incompleto.

Em alguns estudos, fica clara a importância dos fatores sociodemográficos e das características maternas para os resultados sobre a saúde materna e infantil. A atenção ao pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco e a não realização, ou a realização inadequada, dessa assistência na atenção à gestante tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil. O Ministério da Saúde recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de alguns procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, entre outros (NUNES et al., 2016).

Gráfico 04 - Número de consultas médicas realizadas durante o pré-natal na Atenção Básica



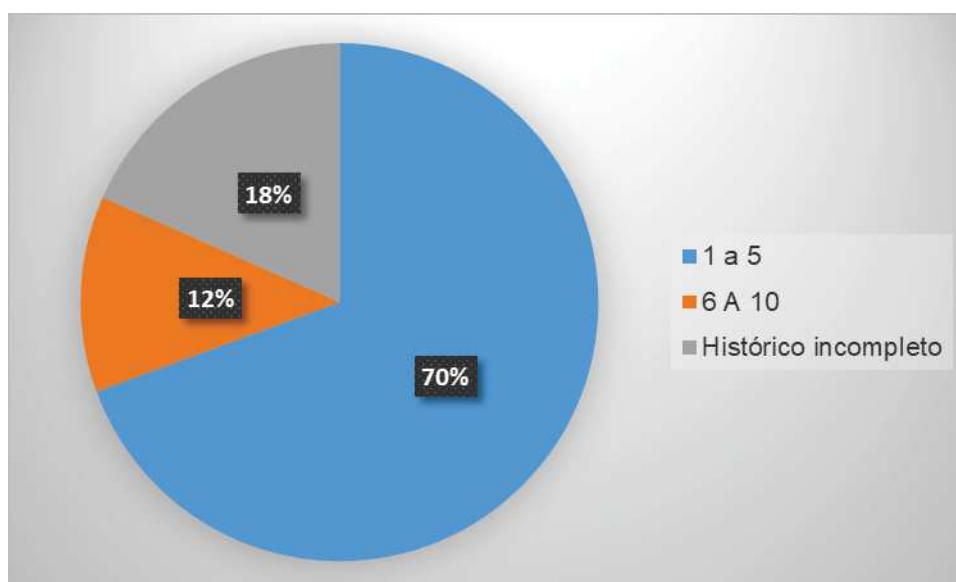
Fonte: A Autora (2020).

Ao observar este gráfico, nota-se que 53% das gestantes realizaram de 1 a 5 consultas, 22% de 6 a 10 consultas e 25% de 11 a 20 consultas.

O principal 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. Talvez, o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no

primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no término. Não existe alta do pré-natal. (BRASIL, 2012).

Gráfico 05 - Número de consultas realizadas pelo enfermeiro no pré-natal na Atenção Básica



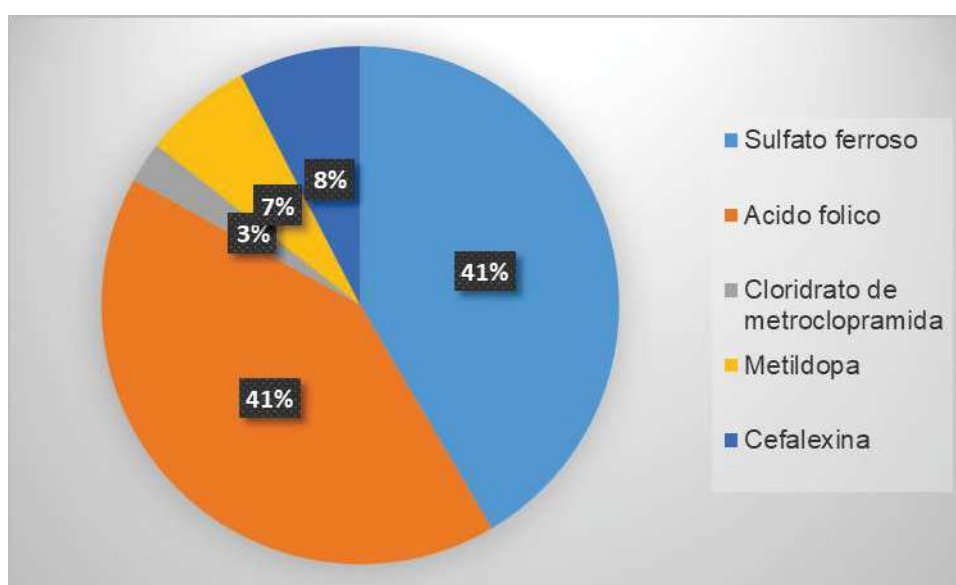
Fonte: A Autora (2020).

Este gráfico traz informações referentes ao número de consultas da gestante com o enfermeiro demonstrando que 70% realizaram de 1 a 5 consultas, 12% de 6 a 10 e 18% o histórico incompleto.

O enfermeiro atua num papel de extrema importância para que ocorra um pré-natal de qualidade, já que a equipe de enfermagem deve estar apta a realizar uma assistência humanizada, atentando para às queixas da paciente, executando e prescrevendo cuidados e fornecendo orientações de qualidade durante o atendimento. Durante a consulta de pré-natal, o enfermeiro e sua equipe desenvolvem assistência integral a gestante por meio de ações e procedimentos técnicos e científicos, assegurando uma gestação sem intercorrências ou

minimizando os agravos que podem surgir no decorrer da gestação. Contudo, a equipe de enfermagem da rede básica de saúde necessita estar apta com conhecimentos técnicos, científicos e humanizados para trabalhar temas relevantes a essa etapa tão especial na vida da mulher (ROCHA; ANDRADE, 2017).

Gráfico 06 - Medicamentos utilizados durante o pré-natal na Atenção Básica



Fonte: A Autora (2020).

Ao observar este gráfico é notório que 41% das gestantes utilizaram sulfato ferroso e ácido fólico durante a gestação, 7% Metildopa, 8% Cefalexina e 3% Cloridrato de metoclopramida.

De acordo com a OMS (2013) estima-se que 41,8% das gestantes em todo o mundo sejam anêmicas. Considera-se que pelo menos metade desses casos seja resultante de deficiência de ferro. Os países membros solicitaram orientações da Organização Mundial da Saúde sobre os efeitos e a segurança da suplementação de ferro e ácido fólico em gestantes como medida de saúde pública para melhorar as condições da gestação em apoio ao seu esforço para atingir os Objetivos de

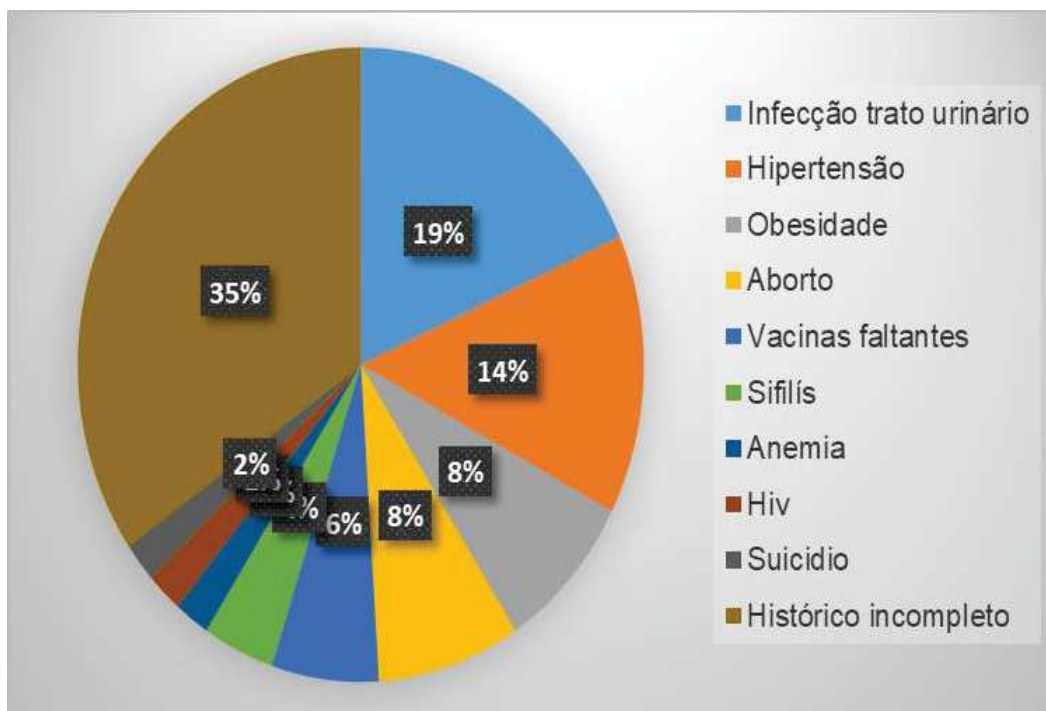
Desenvolvimento do Milênio. A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro.

O medicamento cloridrato de metoclopramida é utilizado usualmente no tratamento de alterações da movimentação do sistema digestivo como em enjoos e vômitos de origem cirúrgica, doenças metabólicas e infecciosas, secundárias a medicamentos. Estudos em pacientes grávidas não indicaram má formação fetal ou toxicidade neonatal durante o primeiro trimestre da gravidez. Uma quantidade limitada de informações em pacientes grávidas indicou não haver toxicidade neonatal nos outros trimestres (MATHIAS, 2020).

Mathias (2020) cita também o uso da Metildopa sob rigorosa supervisão clínica e obstétrica no tratamento de hipertensão durante a gravidez. Não houve evidência clínica de que Metildopa causasse anormalidades fetais ou afetasse o recém-nascido. Relatos publicados sobre o uso da Metildopa durante todos os trimestres indicam que, se este medicamento for usado durante a gravidez, as possibilidades de danos fetais parecem remotas.

Foi notória a utilização do medicamento Cefalexina em usuários da amostra, sendo um antibiótico para uso oral, do grupo das cefalosporinas. Age eliminando bactérias que são sensíveis, em sua fase de multiplicação, e, portanto, é usada para tratar infecções, entre elas infecções do trato genital e urinário incluindo prostatite aguda, causada por *E. coli*, *P. mirabilis* e *Klebsiella pneumoniae* (BRASIL, 2013).

Gráfico 07 - Intercorrências durante o pré-natal registrados no prontuário da Unidade de Atenção Básica



Fonte: A Autora (2020).

Este gráfico expõe dados referentes a complicações ocorridas com as gestantes onde 19% apresentaram infecção do trato urinário durante a gestação, 14% hipertensão, 8% obesidade, 8% aborto, 6% vacinas faltantes, 4% sífilis, 2% anemia, 2% HIV, 2% suicídio e 35% histórico incompleto.

As complicações maternas mais frequentes relacionadas à infecção de trato urinário (ITU) na gravidez são: anemia, bacteremia, choque séptico, complicações locais como abscesso renal ou perianal, obstrução renal, insuficiência respiratória aguda e insuficiência renal. As complicações perinatais incluem dentre outras: a restrição de crescimento intraútero, baixo peso do recém-nascido ao nascimento, ruptura prematura de membranas amnióticas, paralisia cerebral/retardo mental, trabalho de parto prematuro e o parto pré-termo, óbito perinatal e mortalidade fetal. (SILVA; SOUSA; VITORINO, 2019).

As síndromes hipertensivas podem gerar algumas intercorrências durante a gestação, incluindo a hipertensão crônica e todo o espectro da pré-eclâmpsia, complicam cerca de 7% das gestações. Uma das formas mais graves de pré-eclâmpsia, agravando o prognóstico materno, é a Síndrome de Hellp. É uma condição em que uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia cursa com hemólise aumento das enzimas. Enquanto a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia afetam

tipicamente nulíparas jovens, a Síndrome de Hellp, geralmente, acomete múltiparas com idade mais avançada. Além disso, as pacientes com Síndrome de Hellp, geralmente, são brancas e com mau passado obstétrico (KATZ et al., 2008).

É de grande importância a vacinação durante a gestação. O Programa Nacional de Imunizações foi criado em 1973, por determinação do Ministério da Saúde e representou um avanço de grande importância para a saúde pública no Brasil, 19 vacinas recomendadas pela OMS são oferecidas gratuitamente no Sistema Único de Saúde e beneficiam todas as faixas etárias, seguindo um calendário nacional de vacinação (APS et al., 2018).

Durante a gravidez a mulher está mais suscetível a infecções graves, que muitas vezes podem ser evitadas com a imunização adequada, como no caso da gripe, que também é perigosa para o bebê. Já a coqueluche, que geralmente não se manifesta em adultos, pode ser fatal para a criança. Além da tríplice bacteriana, as vacinas indicadas para todas as grávidas são a da hepatite B, a dupla bacteriana do tipo adulto e a Influenza (DURÃES, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 49 gestantes no prontuário eletrônico (G-MUS) em um município do meio oeste catarinense, onde foi possível identificar os fatores relacionados a gestações tardias. Evidenciou-se que a percepção do aumento do número de gestantes acima dos 35 anos é uma realidade local e com uma vasta área de atuação do enfermeiro da Atenção Básica para os cuidados com estas gestantes de alto risco.

Observa-se que a maior predominância da faixa etária é entre 35 e 37 anos, mas com um índice de 14% com idade entre 43 a 48 anos. Durante a pesquisa, notou-se que 4% da amostra trata-se da primeira gestação, tendo prevalência aquelas que estão entre 1ª a 4ª gestação.

Em relação ao início do pré-natal, pode-se observar que 16% da amostra iniciaram o pré-natal entre 38 a 48 semanas de gestação.

É notória que a amostra, em sua maioria realizaram de 1 a 5 consultas com o médico e 25% realizaram de 11 a 20 consultas.

Durante a pesquisa notou-se que 70% das gestantes realizaram entre 1 a 5 consultas nas Unidades Básicas de Saúde com o enfermeiro, demonstrando a sua

importância e manejo favorável para estas gestantes desde o atendimento até o processo de encaminhamentos a outro município referência em atendimento em gestações de risco.

Dessa amostra, 8% realizou o uso de Cefalexina e 41% de ácido fólico e sulfato ferroso, evidenciando ITU e risco para anemia durante a gestação, estes dados podem nortear as ações e intervenções do enfermeiro na atenção a estas gestantes. Dentre as intercorrências durante a gestação das usuárias que fizeram parte da pesquisa 19% apresentaram infecção do trato urinário e 14% das gestantes eram hipertensas. Um dado bem relevante da pesquisa foi que 2% da amostra indica anemia, 2% HIV e 2% suicídio.

De acordo com a literatura existe uma crença popular em que a mulher estaria protegida de qualquer problema de ordem emocional durante a gravidez, os estudos da depressão e do comportamento suicida na gestação foram negligenciados e a atenção foi toda voltada para a avaliação no período pós-parto. Em estudo epidemiológico realizado na Inglaterra, foi demonstrado que o suicídio é uma das principais causas de mortes maternas, acometendo 10% dessa população. Há indícios de que em 86% dessas mortes maternas o diagnóstico psiquiátrico poderia ter sido realizado e o suicídio evitado, 22% das mulheres na fase reprodutiva estão associadas ao diagnóstico de depressão (BENUTE et al., 2011,p.584).

Nesse estudo ressalta-se a grande importância do profissional enfermeiro da atenção básica na assistência prestada a gestante em idade avançada, onde nota-se o número elevado de consultas pelo enfermeiro demonstrando confiança da gestante no profissional.

REFERÊNCIAS

- ALDRIGHI, Juliane Dias; WALL, Marilene Loewen; SOUZA, Silvana Regina Rossi kissula. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0112>. Acesso em: 12 jul. 2019.
- ALVES, Nayara Cristina de Carvalho et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v38n4/1983-1447-rngenf-38-04-e2017-0042.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.
- APS, Luana Raposo de Melo Moraes et al. Eventos adversos de vacina e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000384.pdf. Acesso em: 27 mai. 2020.
- ATLAS SAÚDE. **Cuidados pré-concepcionais**. 2015. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/cuidados-pre-concepcionais>. Acesso em 20 ago. 2019.
- BARTOCELLO, Neide Marina Feijó; FRANCO, Flavia Cristina Pertines. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa em saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, set., 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000500013>. Acesso em: 27 nov. 2019.
- BENUTE, Glaucia Rosana Guerra et al. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 5, p. 583-587, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n5/v57n5a19.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.
- BEZERRA, Ana Caroline Lira et al. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 2, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/24335>. Acesso em: 27 out. 2019.
- BRAZ, Marlene. Bioética e reprodução humana. In: SCHRAM, Ferin Rland; BRAZ, Marlene (Orgs.) **Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- BRASIL. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 05 out. 2019.
- _____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Desktop/cadernos_atencao_basica_32_prenatal%20\(1\)referencia.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Desktop/cadernos_atencao_basica_32_prenatal%20(1)referencia.pdf). Acesso em: 23 out. 2019

_____. **Nota técnica nº 278/2013**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/28/Cefalexina.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2020

_____. **Caderneta da gestante**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em: 24 set. 2019.

_____. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Rede cegonha**. 2017. Disponível em: www.saude.gov.br/component/content/article/693-acoes-e-programas/40045-rede-cegonha. Acesso em: 15 mar. 2020.

_____. **Rede cegonha**. 2014. Disponível em:

www.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia. Acesso em 17/07/2020

BEM, Thayro Van Der Maas do et al. Complicações fetais em gestações tardias. **Revista HUPE**, v. 13, n. 3, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ARTIGO%207%20S.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

CAETANO, Laíse Conceição; NETTO, Luciana; MANDUCA, Juliana Natália de Lima. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/73>. Acesso em: 17 out. 2019.

DEXEUS, Santiago. O nascimento de uma criança. São Paulo: Editora Salvat, 1979.

DULAY, Antonette. **Aborto espontâneos**. 2017. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-na-gesta%C3%A7%C3%A3o/aborto-espont%C3%A2neo>. Acesso em: 20 mai. 2020.

DURÃES, Mariana. **Doenças graves no período da gestação podem ser evitadas por meio de vacinas**. 2018. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/doen%C3%A7as-graves-no-per%C3%ADodo-da-gesta%C3%A7%C3%A3o-podem-ser-evitadas-por-meio-de-vacinas-1.605027>. Acesso em :27/05/2020

ERRICO, Livia de Souza Pancrácio de et al. Trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 71, p. 1335-1343, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1257.pdf <Acesso em: 13 set. 2019.

FILHO, Jorge Haddad. **Pequena história dos anticoncepcionais**. 2015. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/blogs/reproducao-humana/item/1777-pequena-historia-dos-anticoncepcionais>. Acesso em: 19 jul. 2019.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 4 ed. São Paulo: Editora Artmed, 2003.

GRAVENA, Angela Andreia França et al. **Resultados perinatais em gestações tardias**, Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, p. 15-21, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a02.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

GUERREIRO, Eryjocy Marcelino et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/533>. Acesso em: 13 set. 2019.

INOVADORA. **Sistemas G-mus**. 2020. Disponível em: <https://www.inovadora.com.br/gmus.html>. Acesso em: 19 mai. 2020.

IZZO, Carlos Roberto; MONTELONE, Pedro Augusto Araújo; SERAFINI, Paulo C. Reprodução humana: estado atual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 61, n. 6, nov./dez., 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.557>. Acesso em: 12 dez. 2019.

JARDIM, Mara Juliete Arraus; SILVA, Andressa Arraus; FONSECA, Lena Maria Bairros. Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 2, p. 432-440, jan. 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/6370-40508-1-PB%20\(4\).pdf1](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/6370-40508-1-PB%20(4).pdf1). Acesso em: 22 jul. 2019.

KATZ, Leila et al. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome de hellp admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, fev., 2008.

LEITE, Mirlane Godim et al. Sentimentos advindos da maternidade; revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan./mar., 2014.

LOPES, Manuela Nunes; ZANON, Leticia Lovato Delazzana; BOECKEL, Mariana Gonçalves. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, dez., 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751530018.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

MATOS, Murilo Rossi et al. **Atuação do profissional enfermeiro no pré-natal educando para saúde**. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/atuacao%20enf%202.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

MATHIAS, Francielle Tatiana. **Bula do cloridrato de metoclopramida**. 2020. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/cloridrato-de-metoclopramida/bula>. Acesso em: 20 mai. 2020

MARTINS, Quiteria Pricila Mesquita et al. **Conhecimentos de gestantes no pré-natal: Evidências para o cuidado de enfermagem.** 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/PRE%20NATAL%203.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

MEDINA, Jorge. **OMS Declara 2020 como ano internacional da enfermagem.** 2020. Disponível em: <http://ufes.br/conteudo/oms-declara-2020-como-o-ano-internacional-da-enfermagem>. Acesso em: 14 mai. 2020.

MILLER, Jonathan; PELHAM, David. **O princípio da vida.** São Paulo: Distribuidora Record de Serviços de Imprensa, 1984.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: Revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lucia Pamplona. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 385-392, 2009.

PARREIRA, Maysa Freitas; SANTOS, Edson Negreiros. Gestação tardia e riscos perinatais. 2019. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/GESTA%20C3%87%20C3%83O%20TARDIA%20E%20RISCOS%20PERINATAIS.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.

PINTO, Mary Lucy Ribeiro et al. A qualidade da informação do prontuário eletrônico do paciente - um estudo de caso sobre avaliação da inovação. **Vita et Sanitas**, Trindade, n. 8, jan./dez., 2014.

REIS, Evanice de Queiroz Santos; OLIVEIRA, Geferson Carlos. A mulher contemporânea e a gravidez tardia: a importância da abordagem durante a graduação de enfermagem. In: 2º CONGRESSO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM, **Anais[...]**, 2019.

ROCHA, Ana Claudia; ANDRADE, Gislângela Silva. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: Percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga-GO em diferentes contextos sociais. **Journals Bahiana**, v. 6, n. 1, 2017.

SARNEY, José; PINTO, Almir Pazzionoto. **Lei n 7.498/86 de 25 de junho de 1986.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 10 dez. 2019.

OMS. **Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes.** 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guiagestantes.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2009.

SANTOS, Julio César; FREITAS, Patricia Martins. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16,

n. 3, mar., 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300017>. Acesso em: 22 set. 2019.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan. Gestação e prepare para o parto: programas de intervenção. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 208-2015, 2013.

SILVA, Raimunda de Abreu; SOUSA, Thainara Araujo; VITORINO, Keila de Assis. Infecção do trato urinário na gestação: Diagnóstico e tratamento. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 10, n. 1, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/765-Texto%20do%20artigo-2524-1-10-20190731.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PARREIRA, Maysa Freitas; SANTOS, Edson Negreiros. **Gestação tardia e riscos perinatais**. 2019. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/GESTA%C3%87%C3%83O%20TARDIA%20E%20RISCOS%20PERINATAIS.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., 1, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016. Acesso em: 28 set. 2019.

XIMENES, Fernanda Maria; OLIVEIRA, Mylsa; Carvalho Rosado. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 56-60, 2004. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/677-6399-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/677-6399-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 06 out. 2019

ZIEGEL, Erna E; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1985.

APÊNDICES

Apêndice I – Categorização dos dados

Pacien te n°	Idad e	N° De filho s	Idade gestacio nal /semana s	N° consul ta médic o	N° consulta enferme iro	Medicações em uso	Intercorrên cias
1	35	8	6		3	Ácido fólico /Sulfato ferroso/cefalexina	Aborto
2	35	6		4	1	Ácido fólico /Sulfato ferroso	HIV
3	35	3	34	7	5	Ácido fólico /Sulfato ferroso/ Metildopa/Metroclopramida	Obesidade
4	35	4	36	4	2	Ácido fólico/Sulfato ferroso/Metildopa/Metroclo pramida	Hipertensã o
5	35	0	36	20	9	Ácido fólico/Sulfato ferroso/Metildopa	
6	35	4	36	2	7	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
7	35		23	15	9	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
8	35	2	36	2	1	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
9	35		33	6	3	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
10	36	0	8	5	1	Ácido fólico/Sulfato ferroso	Vacinas faltantes
11	36		7	6	2	Ácido fólico/Sulfato ferroso/Cefalecina	
12	36	3	16	8		Ácido fólico/Sulfato ferroso/Cefalecina	Aborto
13	36	2	9	12	3	Ácido fólico/Sulfato ferroso /Metildopa	
14	36	5	30	14	1	Ácido fólico/Sulfato ferroso	Anemia/Sífil is
15	36	1	29	9	2	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
16	36		17	6	9	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
17	36		25	3	1	Ácido fólico/ Sulfato ferroso	
18	36	3	22	2	2	Ácido fólico /Sulfato ferroso	
19	36		31	5	1	Ácido fólico /Sulfato ferroso	
20	36	3	12	13	5	Ácido fólico /Sulfato ferroso	
21	36		16	12	4	Ácido fólico /Sulfato ferroso	
22	37	3	12	11	2	Ácido fólico /Sulfato ferroso	Hipertensã o

23	37		30	7	1	Ácido fólico /Sulfato ferroso/ cefalexina	Aborto
24	37		36	5	1	Ácido fólico /Sulfato ferroso	
25	37	4	36	12	3	Ácido fólico /Sulfato ferroso	
26	37	7	25	1		Ácido fólico /Sulfato ferroso	
27	37		38	4		Ácido fólico/Sulfato ferroso	
28	38		22	10	1	Ácido fólico /Sulfato ferroso/ cefalexina	
29	38		23	1		Ácido fólico/Sulfato ferroso	
30	38	3	29	3		Ácido fólico /Sulfato ferroso	
31	38		36	1		Ácido fólico /Sulfato ferroso	
32	39		20	2	2		
33	39	4		1	1	Ácido fólico /Sulfato ferroso	Hipertensão
34	39	3	8	1		Ácido fólico /Sulfato ferroso	
35	39	5	8	5	2	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
36	40	3		1			
37	41	3	18	8		Ácido fólico /Sulfato ferroso/Metroclorpramida/cefalexina	Vacinas faltantes
38	41		15	1	1	Ácido fólico /Sulfato ferroso	Sífilis
39	42	3	10	3	2	Ácido fólico/Sulfato ferroso/cefalexina	Aborto
40	42	2	6	3	1	Ácido fólico /Sulfato ferroso	
41	42	8	29	2	1	Ácido fólico/Sulfato ferroso/Metildopa	
42	42	3	10	2	2	Ácido fólico/Sulfato ferroso/cefalexina	
43	43		7	12	7	Ácido fólico/Sulfato ferroso/Cefalecina	
44	43	7	29	6	4	Ácido fólico/Sulfato ferroso/Cefalecina	
45	43		22	17	5	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
46	43			3	1		Suicídio
47	43		33	6	4		
48	44	2	20	9	2	Ácido fólico/Sulfato ferroso	
49	48	2	32	12	6	Ácido fólico/Sulfato ferroso	

Apêndice 2-tabela classificação de risco

**INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL
REDE CEGONHA – SANTA CATARINA**

Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco¹

DATA									
PONTUAÇÃO									
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL									
RISCO.....	10 ou + Pontos	ALTO (Encaminhamento imediato ao serviço de Alto Risco)							
RISCO.....	5 a 9 Pontos	MEDIO (Acompanhamento na Atenção básica)							
RISCO.....	até 4 Pontos	BAIXO (Acompanhamento na Atenção básica)							
1 – IDADE:		7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICAS + GINECOLÓGICAS							
(-) de 15 anos.....	1	Placenta prévia.....	5						
(+) de 35 anos.....	1	Placenta prévia com sangramento.....	10						
2 – ESCOLARIDADE:		Câncer materno c/ diagnóstico durante a gestação.....	5						
Sabe Ler e Escrever:		Neoplasias ginecológicas na gestação atual.....	10						
Não.....	1	Doença Hemolítica.....	10						
3 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ:		Imunização.....	10						
Não aceita.....	1	Mal Formações Congênitas que interferem na via de parto e/ou c/ necessidade de atendimento especializado ao RN.....	10						
4 – HÁBITOS:		Crescimento Uterino Retardado.....	10						
Tabagista:		Poliidramnio/Oligoidramnio.....	10						
Sim.....	2	Doença Hipertensiva da Gestação.....	10						
5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:		Diabetes Gestacional.....	10						
Baixo Peso (IMC < 18,5 kg/m ²) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia.....	1	Gemelaridade.....	10						
Sobrepeso (25-29,9 kg/m ²).....	1	Incomp. Ítmo Cervical.....	10						
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²).....	5	8 – MÉDICAS E CIRÚRGICAS.							
6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E CLÍNICOS:		Cardiopatias.....	10						
2 Abortamentos espontâneos consecutivos.....	5	Pneumopatias Graves (DPOC, Asma).....	10						
Incompetência Ítmo Cervical.....	10	Diabetes Mellitus.....	10						
Natimorto.....	5	Doenças Auto-imunes (Colágense).....	10						
Pretermaturidade na gestação anterior.....	5	Psicose puerperal na gestação atual.....	10						
Óbito Fetal.....	5	Uso de medicamentos com potencialidades teratogênicas (Anticonvulsivantes: Barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoina, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: Carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina).....	10						
Eclampsia.....	10	Doença Renal Grave.....	10						
Anomalias do trato genito urinário e/ou pelve com repercussão no trajeto de parto.....	5	Hemopatias e Anemia grave Hb < 8).....	5						
Placenta Prévia na gestação anterior.....	5	Hipertensão Arterial descompensada/mal conduzida.....	10						
Descol. Prem. de Placenta.....	5	Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +).....	10						
Restrição de Cresc. Intrauterino na gestação anterior.....	5	Infecções Graves e Hepatite B e C.....	10						
Último Parto Cesáreo (-) de 12 meses.....	2	AIDS/HIV c/ diagnóstico na gestação.....	10						
+ 1 Filho Prematuro.....	5	Sífilis.....	5						
Pré eclampsia.....	5	Tuberculose na gestação.....	10						
AIDS/HIV c/ diagnóstico prévio.....	5	Toxoplasmose.....	10						
Tuberculose c/ tratamento prévio a gestação.....	5	Dep. de Drogas.....	10						
Alterações da tireoide.....	5	Alcoolismo.....	10						
Epilepsia e doenças neurológicas.....	5	Trombofilia.....	10						
Doenças psiquiátricas.....	5	Endocrinopatias.....	10						
Psicose puerperal.....	5	Alterações da Tireoide descompensadas ou c/ diagnóstico na gestação.....	10						

Baseado nas publicações do MS: Manual Técnico Gestação de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica Nº 32 - Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco

Instrumento validado pelas acadêmicas de Medicina Aimée B. Sauer e Thais F. Borba Universidade do Vale do Itajaí, sob orientação da Professora Rita de Cássia Teixeira Rangel

Apêndice 3-calendário vacinal da gestante

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm GESTANTE
 Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2020/2021

Os comentários devem ser consultados.

Vacinas	Esquemas e recomendações		Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
				Gratuitas nas UBS*	Clínicas privadas de vacinação
RECOMENDADAS					
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VP	Histórico vacinal	Conduta na gestação	<ul style="list-style-type: none"> A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado. Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível. Na falta de dTpa, pode ser substituída por dTpa-VP, ficando o critério médico o uso off label em gestantes. 	SIM, dT e dTpa	SIM, dTpa e dTpa-VP
	Prontamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.			
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.			
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.			
Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	Em gestantes não vacinadas ou com histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.			
Hepatite B	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses.		A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.	SIM	SIM
Influenza (gripe)	Dose (única anual).		A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. A vacina está recomendada nos meses de sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação. Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.	SIM, 3V	SIM, 3V e 4V
RECOMENDADAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS					
Hepatite A	Dois doses, no esquema 0 - 6 meses.		É vacina inativada, portanto sem contraindicação. Já que no Brasil as situações de risco de exposição ao VHA são frequentes, a vacinação deve ser considerada.	NÃO	SIM
Hepatite A e B	Para menores de 16 anos: duas doses, aos 0 - 6 meses. A partir de 16 anos: três doses, aos 0 - 1 - 6 meses.		A vacina combinada é uma opção e pode substituir a vacinação isolada das hepatites A e B.	NÃO	SIM
Pneumocócicas	Esquema sequencial de VPC 13 e VPP23 pode ser feito em gestantes de risco para doença pneumocócica invasiva (DPI) (consulte os Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais).		VPC 13 e VPP23 são vacinas inativadas, portanto sem riscos tóxicos para a gestante e o feto.	NÃO	SIM
Meningocócicas conjugadas ACWYK	Uma dose. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica ou a presença de comorbidades consideradas de risco para a doença meningocócica (consulte os Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais).		<ul style="list-style-type: none"> As vacinas meningocócicas conjugadas são inativadas, portanto sem risco tóxico para a gestante e o feto. Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada. 	NÃO	SIM
Meningocócica B	Dois doses com intervalo de um a dois meses. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica ou a presença de comorbidades consideradas de risco para a doença meningocócica (consulte os Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais).		A vacina meningocócica B é inativada, portanto sem risco tóxico para a gestante e o feto.	NÃO	SIM
Febre amarela	Normalmente contraindicada em gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez. Não há consenso sobre a duração da proteção conferida pela vacina. De acordo com o risco epidemiológico, uma segunda dose pode ser considerada pela possibilidade de falha vacinal.		<ul style="list-style-type: none"> Gestantes que viajam para países que exigem o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) devem ser orientadas da vacinação pelo médico assistente, se não houver risco de contrair a infecção. É contraindicada em nutrízes até que o bebê complete 6 meses; se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias. 	SIM	SIM
CONTRAINDICADAS					
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação.		• Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	SIM, para puérperas de até 49 anos	SIM, para puérperas
HPV	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspender-lo até puerpério.		• Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	NÃO	SIM, para puérperas
Varicela (catapora)	Não vacinar na gestação.		• Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	NÃO	SIM, para puérperas
Dengue	Não vacinar na gestação.		• A vacina é contraindicada em mulheres soronegativas; que estejam amamentando e imunodeprimidas.	NÃO	NÃO

28/04/2019 = Sempre que possível, preferir vacinas combinadas = Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita = Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente = Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial. Consulte os Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais.

* UBS – Unidades Básicas de Saúde

