

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RAFAELLA DA SILVA CALEGARI

**INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS VIVENCIADAS POR
MULHERES NO PRÉ-NATAL**

PORTO ALEGRE

2015

RAFAELLA DA SILVA CALEGARI

**INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS VIVENCIADAS POR
MULHERES NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção de grau de Bacharel
em Enfermagem pela Universidade Federal do
Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Helga Geremias Gouveia

PORTO ALEGRE

2015

RESUMO

Introdução: Toda gestante deve ter acesso a uma assistência pré-natal qualificada e humanizada. Essa assistência tem o objetivo de garantir a saúde materna e do bebê, assim como o diagnóstico oportuno de possíveis intercorrências clínicas e obstétricas neste período. **Objetivo:** Analisar as intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas pelas mulheres no pré-natal. **Método:** Estudo quantitativo de corte transversal, desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com 361 puérperas no período de fevereiro a abril de 2013. Os dados de interesse para este estudo foram obtidos junto ao banco de dados do estudo a qual este se deriva. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva e para a verificação da associação entre as variáveis o Teste de Quiquadrado. **Resultados:** Das 361 mulheres, 245 mulheres (67,9%) tiveram alguma(s) intercorrência(s) clínica(s) e/ou obstétrica(s) no pré-natal atual e, dessas, 120 (49%) tinham o registro de mais de uma intercorrência na carteira pré-natal. A maioria encontrava-se na faixa etária de 16 e 34 anos de idade (84,5%), tinham mais de oito anos de estudo (54,3%) e renda familiar de dois salários mínimos (40,3%). Sobre o histórico obstétrico, a maioria passou por duas ou mais gestações (62,4%) e aproximadamente metade delas era primípara (51%). A intercorrência mais frequente, de acordo com o registro da carteira de pré-natal, foi a infecção do trato urinário. Houve maior coincidência entre registro na carteira e relatado na mulher nos casos de síndrome hipertensiva, infecção do trato urinário, trabalho de parto prematuro e diabetes gestacional. Não houve associação estatística significativa das intercorrências com o tipo de parto. **Conclusões:** A caracterização do perfil das mulheres com intercorrências na gestação possibilita o direcionamento e planejamento de ações que possam direcionar medidas de promoção de saúde para esse grupo de mulheres.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Obstetrícia. Cuidado pré-natal.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	6
2.1	Objetivo geral	6
2.2	Objetivos específicos	6
3	REVISÃO DA LITERATURA	7
3.1	Assistência pré-natal	7
3.2	Intercorrências obstétricas e clínicas.	8
3.2.1	Síndromes hipertensivas da gravidez	8
3.2.2	Trabalho de parto prematuro	9
3.2.3	Anemia	9
3.2.4	Infecção do trato urinário	10
3.2.5	Sífilis	11
3.2.6	HIV	11
3.3	Intercorrências gestacionais x Desfechos	12
4	METODOLOGIA	14
4.1	Tipo de estudo	14
4.2	Campo de estudo	14
4.3	População e amostra	14
4.4	Seleção dos sujeitos	15
4.5	Coleta de dados	15
4.6	Variáveis do estudo	15
4.7	Análise dos dados	16
4.8	Aspectos éticos	16
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6	CONCLUSÕES	25
	REFERÊNCIAS	27
	ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados	32
	ANEXO B - Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem	52
	ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	53
	ANEXO D - Termo de Consentimento e Uso de Dados	54
	ANEXO E - Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem	55

1 INTRODUÇÃO

Toda mulher que está em período gestacional necessita e deve ter acesso a uma assistência pré-natal adequada e humanizada, que se faz importante tanto para a saúde materna quanto para a saúde do bebê. Para isso, deve-se ter um olhar sobre a totalidade desse processo, compreendendo a promoção e a prevenção da saúde de ambos, o diagnóstico de possíveis intercorrências e o tratamento adequando, quando necessário (BRASIL, 2006).

Define-se gestação de alto risco como “aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou feto e/ou recém-nascido têm maiores chances de serem atingidos que as da média da população” (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2005, p. 119). Tanto em gestações de alto risco como de risco habitual pode haver a ocorrência de situações, que denominamos de intercorrências obstétricas, onde há alteração da evolução e do andamento do processo fisiológico gestacional. Muitas vezes, o desfecho desta gestação pode ser influenciado por essa intercorrência (SÃO PAULO, 2010).

Dentre os possíveis desfechos para uma gestação onde há ocorrências durante o período de pré-natal pode-se falar sobre o parto vaginal, a cesariana e também repercussões fisiológicas materno-fetais, como o óbito da mãe e/ou do feto. O desfecho natural de uma gestação de risco habitual é o parto vaginal. Dependendo da gravidade da intercorrência durante a gestação, esta poderá ser um fator de risco que demanda a interrupção prematura da gestação, provocando o aumento do número de cesáreas (NOMURA; ALVEZ; ZUGAIB, 2004).

No Brasil a porcentagem de cesarianas tende a crescer em todas as regiões, representando 43% de todos os partos realizados, tanto em setores públicos como privados. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que a taxa de cesárea seja, no máximo, 15% (IBGE, 2009). Os casos de gestantes com hipertensão, por exemplo, estão acarretando em um aumento na incidência de cesáreas, pois são distúrbios considerados graves durante a gestação (BACKES; SOARES, 2008).

Entre as causas de morte materna, as que prevalecem no Brasil são a hipertensão, a hemorragia e a infecção puerperal. No Rio Grande do Sul, a primeira causa é a hemorragia (BRASIL, 2012).

Segundo a OMS, “mais de meio milhão de mulheres no mundo morrem por causas maternas a cada ano”. As mortes maternas e também fetais ocorrem, muitas vezes, por problemas relacionados à prevenção, ou seja, causas que poderiam ter sido evitadas durante as consultas de pré-natal e médicas (BRASIL, 2014a).

Entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), e que devem ser atingidos por todos os países até o final de 2015, o quinto objetivo propõe a redução da mortalidade materna. Sua meta é reduzir essa mortalidade em três quartos do nível observado no ano de 1990, que foi de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Entre 1990 e 2011, o Brasil já reduziu aproximadamente metade dos óbitos, passou dos 141 referidos para 64 óbitos. Porém, a meta ainda não foi atingida, até o fim do ano de 2015 o país tem de reduzir esse número para 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014b).

Destaca-se a necessidade de uma assistência obstétrica mais humanizada e um elo mais forte entre as mulheres e o serviço de saúde, pois se observa que em alguns casos o diagnóstico da intercorrência clínica e/ou obstétrica no pré-natal é tardio, e assim, pode culminar em condições materno-fetais desfavoráveis. Essas poderiam ser evitáveis durante o pré-natal por meio de serviços de educação, esclarecimento, e também de locais de referência bem equipados de fácil acesso a essas mulheres (CABRAL et al., 2011) e com acompanhamento adequado que favorece o diagnóstico e tratamento precoce. Por isso, é conveniente que todas as mulheres, mesmo antes de engravidar, tenham acesso aos diversos serviços de saúde e às informações cabíveis para uma boa condução da gestação, através da utilização de meios de comunicação, visitas domiciliares e atividades educativas (BRASIL, 2012c).

Levando em consideração a repercussão das intercorrências para o binômio mãe-bebê, acredita-se ser relevante conhecer as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes vivenciadas por mulheres durante o período do pré-natal e os desfechos da gestação, pois se acredita que estes dados possam contribuir para o planejamento e implementação de ações que possam direcionar medidas de promoção da saúde para essas mulheres. Além disso, a enfermagem poderá intensificar medidas de educação em saúde e estratégias de prevenção desses acometimentos, norteando a assistência às gestantes atendidas na instituição estudada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as intercorrências clínicas e/ou obstétricas vivenciadas pelas mulheres no pré-natal.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram alguma intercorrência clínica e/ou obstétrica na gestação atual - segundo a carteira de pré-natal.
- Identificar as intercorrências clínica e/ou obstétricas descritas na carteira de pré-natal e aquelas relatadas pelas mulheres.
- Associar as intercorrências clínica e/ou obstétricas apresentadas na carteira de pré-natal com o tipo de parto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Assistência pré-natal

Segundo a Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências:

Os estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir uma atenção de pré-natal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir: [...] 3.10. Tratamento das intercorrências da gestação (BRASIL, 2005a, p. 1).

A assistência pré-natal deve atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2000). O objetivo desta assistência é identificar possíveis intercorrências e o respectivo tratamento é identificar os problemas que possam resultar em danos maiores à saúde da mulher e de seus filhos. Muitos casos podem ser solucionados no nível primário de saúde. Em um pré-natal de qualidade há uma avaliação das situações consideradas de risco e consequente identificação de como atuar para o impedimento de um possível resultado inadequado (BRASIL, 2012c).

As consultas de pré-natal poderão ser feitas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número recomendado de consultas deve ser igual ou superior a seis. Atenção especial deverá ser dada às grávidas com maiores riscos: as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2012c).

Quando há algum fator de risco durante o período gestacional, pode-se encaminhar o atendimento ao pré-natal de alto risco e/ou emergência obstétrica. Aproximadamente 10% das gestantes em risco estão incluídas no critério de pré-natal de alto risco. Podemos citar como fatores deste critério as condições prévias como hipertensão arterial crônica e também as relacionadas à gravidez atual como infecção urinária. Para o critério de encaminhamento à emergência obstétrica citam-se fatores de risco como síndromes hemorrágicas, entre outros (BRASIL, 2012d). Aproximadamente 70% dos óbitos neonatais estão vinculados a causas que poderiam ter sido prevenidas e relaciona-se ao acesso e utilização dos serviços de saúde e à qualidade da assistência pré-natal (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

O conhecimento do perfil das mulheres de gestação de alto risco e das intercorrências permite o desenvolvimento de ações e de políticas públicas que direcionem a assistência para um bom desfecho gestacional (ANJOS et al., 2014). Segundo Castro et al. (2010), a persistência de altas taxas de indicadores de saúde como o coeficiente de mortalidade materna e perinatal também motivam a criação destas políticas públicas.

O nível socioeconômico, a dificuldade de acesso e a falta de serviços de saúde influenciam para um resultado não satisfatório do quadro obstétrico (CABRAL et al., 2011). Autores destacam que a qualidade dos pré-natais está precária, pois se observa que os pré-natalistas não se responsabilizam pelo preenchimento de documentos indicados, assim como documentos essenciais para o acompanhamento e registro das ações e cuidados em todas as etapas da gestação (BENIGNA et al., 2004). O atendimento de pré-natal de qualidade é importante para o desfecho saudável da gravidez, e os profissionais que assistem devem estar qualificado para atender estas mulheres (CUNHA et al., 2009).

3.2 Intercorrências obstétricas e clínicas

No período gestacional existem mudanças corporais, comportamentais e sociais. Na maior parte das vezes, a gestação ocorre sem problemas ou intercorrências, mas existem situações em que há o desenvolvimento de doenças e/ou agravos (ZANOTELI; ZATTI; FERRABOLI, 2013). As intercorrências obstétricas podem comprometer tanto a mãe quanto o feto, e os efeitos do tratamento realizado podem repercutir na saúde fetal e também no desfecho da gestação.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012d; BRASIL, 2013) as intercorrências como síndromes hipertensivas, trabalho de parto prematuro, infecção do trato urinário, anemia, sífilis e HIV estão listadas entre as mais frequentes durante as gestações.

3.2.1 Síndromes hipertensivas da gravidez

As síndromes hipertensivas são as principais causas de morte em gestantes no mundo todo (BACKES; SOARES, 2008). Ocorre em torno de 10% de todas as gestações e são mais comuns em mulheres em gestação múltipla, com história de hipertensão há mais de quatro anos, com história de hipertensão em gravidez anterior e história de doença renal, entre outros fatores (BRASIL, 2012c).

As síndromes hipertensivas da gravidez, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c) são classificadas em:

- Hipertensão crônica: observada antes da gravidez ou antes de 20 semanas de gestação, e não se resolve até 12 semanas após o parto.

- Pré-eclâmpsia: hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação acompanhada de proteinúria e desaparece até 12 semanas após o parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando a hipertensão vem acompanhada de outros sintomas como a cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. Pode ser classificada em leve ou grave de acordo com os sinais e sintomas associados.

- Eclâmpsia: caracteriza-se pela presença de convulsões ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou outra doença convulsiva.

- Hipertensão gestacional (sem proteinúria): a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. É considerada hipertensão transitória da gravidez quando a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto, e crônica quando persiste além de 12 semanas após o parto.

3.2.2 Trabalho de parto prematuro

Considera-se trabalho de parto prematuro (TPP) quando o parto ocorre entre a 20^a e a 37^a semanas de gestação. A incidência do nascimento de prematuros vem crescendo devido ao aumento de gestações múltiplas e da utilização de reprodução assistida (FREITAS et al., 2011). No Brasil, no ano de 2007, a taxa de prematuridade foi de 6,26 e no ano de 2008 foi de 6,49 nascidos prematuros por 100 nascidos vivos (CABRAL et al., 2011).

O TPP caracteriza-se pela presença de contrações regulares, modificações cervicais (dilatação maior que 2 cm) e/ou esvaecimento maior que 50%. A prevenção do TPP é um desafio, alguns resultados têm sido obtidos por meio da identificação e tratamento de infecções genitais e do trato urinário, assim como a adaptação laboral (BRASIL, 2012c).

3.2.3 Anemia

Os fatores de risco para a anemia gestacional são uma alimentação com pouco ferro, vitamínicos e minerais, perda de sangue devido cirurgia ou lesão, doença grave ou de longo prazo, infecções de longo prazo e histórico familiar de anemia herdada (BRASIL, 2012d).

A anemia ferropriva apresenta-se como uma das intercorrências mais comuns na gestação. Sua prevalência em países desenvolvidos é de 22,7% e, em países em desenvolvimento é de 52% (BARRETO; MATHIAS, 2013). Outra causa comum para a ocorrência de anemia é a perda aguda de sangue. A hemorragia requer um tratamento imediato para reestabelecer a perfusão dos órgãos. Uma vez que a hipovolemia tenha se restabelecido e a hemostase atingida, a anemia residual deve ser tratada com ferro (LEVENO et al., 2005).

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro é destinado para prevenir a anemia ferropriva mediante a suplementação universal para gestantes a partir da 20^a semana gestacional e até o 3^o mês pós-parto (BRASIL, 2005b, p. 1).

O tratamento para a anemia gestacional segue o seguinte fluxo: gestante com os níveis de hemoglobina dentro dos parâmetros normais (>11mg/dl) e com algum fator de risco deve administrar 1 cp/dia de sulfato ferroso até o final da gestação (sulfato ferroso profilático). Níveis de hemoglobina entre 8mg/dl e 11mg/dl deve-se administrar 5 cp/dia de sulfato ferroso e repetir exame sanguíneo em 60 dias, caso níveis aumentados deve-se manter o tratamento, caso contrário (níveis em queda ou estacionários) deve-se encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. Níveis de hemoglobina abaixo de 8mg/dl é um caso considerado como anemia grave e a gestante é diretamente encaminhada à assistência de alto risco (BRASIL, 2012c).

3.2.4 Infecção do trato urinário

Entre as intercorrências gestacionais, a infecção do trato urinário (ITU) acomete, principalmente, mulheres jovens, e é considerada a complicação mais frequente. O período gestacional gera algumas mudanças que favorecem a infecção do trato urinário, como a estase urinária, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria (BRASIL, 2012d).

Ocorre em 17 a 20% das gestações (BRASIL, 2012c), sendo que a incidência de bacteriúria assintomática é de 2% a 10% das gestantes, já a pielonefrite aguda surge de 25% a 35% (BARRETO; MATHIAS, 2013).

A ITU associa-se a complicações como rotura prematura de membranas, TPP, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal (BRASIL, 2012c). Segundo Backes e Soares (2008) a ITU pode ainda ocasionar problemas como pielonefrite, insuficiência renal, além de desencadear uma doença hipertensiva, piorar uma hipertensão preexistente e acarretar no surgimento de anemia gestacional.

O tratamento é feito com antibióticos e o controle é feito através da urocultura de três a sete dias após o término do tratamento (BRASIL, 2012c).

3.2.5 Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa, com transmissão sexual ou materno-fetal, de evolução crônica. É uma DST que pode ser controlada por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo (BRASIL, 2012c).

O diagnóstico, na fase primária, é clínico e feito pela identificação do cancro duro. Ele é caracterizado por uma úlcera indolor firme com bordas elevadas e uma base em granulação que persiste por até seis semanas e cura espontaneamente. Na fase secundária, que pode aparecer até 10 semanas após a cura do cancro, o diagnóstico é dado por erupções cutâneas altamente variáveis. (BRASIL, 2012d).

Durante a gestação deve-se obter uma intervenção imediata para reduzir o risco de transmissão vertical. O risco fetal varia de 70% a 100%. A testagem é realizada duas vezes durante a gestação: na primeira consulta e a segunda no terceiro trimestre da gestação. Se o resultado for positivo, recomenda-se a coleta de amostra sanguínea para realização do VDRL. Caso VDRL positivo, a gestante e o parceiro necessitam de tratamento (BRASIL, 2012c).

Como tratamento a escolha é a penicilina (LEVENO et al., 2005). Os parceiros sexuais devem ser tratados concomitantemente, caso contrário o recém-nascido será considerado caso de sífilis congênita (BRASIL, 2012c).

3.2.6 HIV

No Brasil, estima-se que 0,4% das gestantes sejam HIV positivas (BRASIL, 2012c). A transmissão materno-fetal transplacentária é a responsável pela maioria das infecções por HIV entre crianças. De 15% a 25% das crianças nascidas de mães infectadas e não tratadas serão infectadas (LEVENO et al., 2005).

Os fatores de risco para a transmissão vertical são o aleitamento materno, os fatores virais, maternos, comportamentais, obstétricos e inerentes ao recém-nascido (BRASIL, 2012d). A carga viral elevada e a rotura prematura das membranas são reconhecidas como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2012c).

É recomendada a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste e com consentimento, para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal e no início do 3º trimestre (BRASIL, 2012c).

O tratamento é feito por terapia antirretroviral. Estudos confirmaram a eficácia do AZT na redução da transmissão vertical (FREITAS et al., 2011).

3.3 Intercorrências gestacionais x Desfechos

As características maternas podem influenciar na escolha da via de parto (REGO et al., 2010). Segundo Cunha et al. (2002), a cesariana tem tido suas indicações ampliadas na intenção da obtenção de melhores resultados em relação à saúde materna e fetal, mas esse objetivo não é sempre alcançado, influenciando desta forma redução das taxas de cesariana.

Fatores de risco como infecções e hipertensão gestacional têm sido responsáveis por um terço dos partos prematuros (BETIOL; BARBIERI; SILVA, 2010). Segundo Silveira et al. (2008), entre os fatores de risco para o nascimento pré-termo estão a história prévia de natimorto, hipertensão arterial, infecção do trato geniturinário e cinco ou menos consultas de pré-natal.

Para Cunha et al. (2002), a hipertensão durante a gestação tem sido apontada como fator de risco para cesariana. Linhares et al. (2014) também relata que os distúrbios hipertensivos justificam altas taxas de cesariana e que devido ao comprometimento sobre a mulher e o feto, muitas vezes somente é evitado através da interrupção da gestação. Segundo Leveno et al. (2005), quanto maiores as alterações da frequência e da intensidade de uma pré-eclâmpsia, mais provável a necessidade de interrupção da gestação.

Segundo Fujimori et al. (2011) e Giacomini et al. (2009), a anemia na gestação tem como consequências uma maior taxa de mortalidade materna, um maior risco de recém-nascidos pré-termos e com baixo peso ao nascer. Em torno de 40% das mortes maternas e perinatais são ligadas à anemia (RODRIGUES; JORGE, 2010). Uma deficiência em vitamina A leva a uma maior chance de aborto espontâneo e à maior gravidade de intercorrências gestacionais, além de estar associada à própria anemia e a síndromes hipertensivas (CAMPOS et al., 2008).

As infecções do trato urinário durante a gestação podem ter como consequência o trabalho de parto prematuro, o choque séptico e a infecção do recém-nascido. Em infecções mais graves podem ocorrer contrações do útero, o que leva ao trabalho de parto prematuro, abortamentos, hipertensão arterial, morte do bebê e/ou da mãe (PAGNONCELI et al., 2010).

A sífilis tem um grande impacto na gestação, pois pode levar ao abortamento, ao trabalho de parto prematuro, à morte fetal e à infecção neonatal (FREITAS et al., 2011). A infecção materna por HIV está relacionada ao parto pré-termo, à restrição de crescimento fetal e o risco de natimortos (LEVENO et al., 2005). O parto cesáreo contribui para reduzir a transmissão vertical quando realizado com as membranas íntegras e sem ter trabalho de parto iniciado (BRASIL, 2012d).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo é um subprojeto da pesquisa denominada “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário” (GOUVEIA; GONÇALVES, 2013) que teve por objetivo analisar os fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre/RS.

Tratou-se de um estudo quantitativo de corte transversal. O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN, BLOCH, 2009).

4.2 Campo de estudo

A pesquisa da qual este estudo fez parte foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no 11º andar, ala sul.

O HCPA é uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este hospital é referência, para gestações de alto risco, dentro do estado do Rio Grande do Sul (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013).

4.3 População e amostra

Para o cálculo do tamanho amostral do estudo a qual esse se deriva foi considerado o número total de partos no HCPA no ano de 2011 (3714 partos¹). Com uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%, foram necessárias no mínimo 359 puérperas a serem entrevistadas para compor a amostra², porém foram entrevistadas ao total 361 puérperas. O Software utilizado foi o Win Pepi.

¹Dados fornecidos pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

²Cálculo amostral realizado pela assessoria estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

4.4 Seleção dos sujeitos

Critérios de inclusão: foram incluídas na amostra do projeto a qual esse se derivou mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico na referida instituição, seja parto vaginal ou cesárea (eletivas ou de urgência).

Critérios de exclusão: no projeto inicial foram excluídas as que não aceitaram participar do estudo, as que não tiveram condições psicológicas de responder as questões, os casos de óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas.

Especificamente para este estudo, foram incluídas na amostra todas as mulheres que apresentaram alguma intercorrência no pré-natal, segundo as anotações da carteira pré-natal e/ou relatada pela mulher.

4.5 Coleta de dados

Os dados primários foram obtidos por meio da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico, de registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato, da carteira pré-natal e da entrevista semi-estruturada (ANEXO A). As entrevistas foram realizadas diariamente na Unidade de Internação Obstétrica, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão definidos para esse estudo. Os dados obtidos no prontuário da mulher e do recém-nascido foram coletados quando efetivada alta hospitalar de ambos.

As informações de interesse para este estudo foram obtidas junto ao banco de dados do projeto de pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário”. Foram utilizados os dados referentes à caracterização da amostra, a história obstétrica, intercorrências na gestação e o tipo de parto.

4.6 Variáveis do estudo

Idade: em anos completos no momento da entrevista.

Escolaridade: em anos de estudo.

Renda Familiar: em salários mínimos.

História Obstétrica: será considerado o número de gestações (número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a última gestação). Caracterizou-se como primigesta (grávidas pela primeira vez), multigesta (ficaram grávidas mais de uma vez). Também considerou-se o número de vezes que a mulher pariu, caracterizando-se como nulípara (mulher que nunca pariu); primípara (mulher que pariu uma vez) e múltípara (mulher que pariu mais de uma vez).

Intercorrências na gestação: alterações no estado clínico e/ou obstétrico registrado na carteira pré-natal e/ou relatado pela mulher.

Tipo de parto: Parto vaginal: É aquele no qual a expulsão do feto se dá através do canal vaginal. Pode acontecer na posição vertical, horizontal e também na água (OLIVEIRA et al., 2005). Cesariana: É aquele realizado por via abdominal. Consiste em uma incisão cirúrgica no abdome e parede uterina para extrair o feto (OLIVEIRA et al., 2005).

4.7 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva e para a verificação da associação entre as variáveis do estudo o Teste de Quiquadrado. O nível de significância utilizado foi de 5%. O software utilizado foi o SPSS versão 18. Os dados foram apresentados por meio de tabelas.

4.8 Aspectos éticos

O projeto “Fatores associados à realização de cesariana em um Hospital Universitário” (GOUVEIA; GONÇALVES, 2013) foi submetido e aprovado, metodologicamente, pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com o registro número 23998 (ANEXO B).

Por tratar-se de um projeto que envolve seres humanos, o projeto foi submetido para avaliação ética ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, sendo aprovado com o registro número 120466 (ANEXO C).

Todas as mulheres que aceitaram o convite de participação na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - em duas vias iguais, no qual constaram os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de

um questionário. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos sujeitos de pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista.

Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada e de que o seu nome não será divulgado, além da possibilidade de desistir de participar sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora coordenadora do estudo. No caso de menores de 18 anos, o TCLE também foi assinado por seu responsável.

A pesquisa respeitou os termos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere aos aspectos éticos (BRASIL, 2012e).

A coordenadora da pesquisa a qual este estudo se deriva autorizou a utilização do banco de dados para o desenvolvimento desse estudo (ANEXO D).

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado à COMPESQ/EENF para avaliação e aprovação metodológica e foi aprovado (ANEXO E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo será apresentada a análise das intercorrências clínica e/ou obstétricas vivenciadas pelas mulheres no pré-natal. Participaram desse estudo 361 mulheres e as informações foram obtidas na carteira pré-natal e com a própria mulher.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo o número de intercorrência(s) clínica(s) e/ou obstétrica(s) na gestação atual registradas na carteira pré-natal. Porto Alegre, 2015. (N=361)

Número de intercorrências	N	%
Nenhuma	116	32,1
Uma intercorrência	125	34,6
Duas intercorrências	75	20,8
Três intercorrências	29	8,0
Quatro intercorrências	11	3,0
Cinco intercorrências	03	0,8
Seis intercorrências	01	0,3
Sete intercorrências	01	0,3
Total	361	100,0

Podemos observar na Tabela 1, que 245 mulheres (67,9%) tiveram alguma intercorrência(s) clínica(s) e/ou obstétrica(s) no pré-natal atual e, dessas, 120 (49%) tinham o registro de mais de uma intercorrência na carteira pré-natal. Esses achados se assemelham de outros estudos (MARREIRO et al., 2009; XAVIER et al., 2013; NOMURA; ALVEZ; ZUGAIB, 2004).

No presente estudo 67,9% das participantes tiveram pelo menos uma intercorrência durante o pré-natal. Já no estudo realizado no Ambulatório de Gravidez de Alto Risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, dos 549 prontuários avaliados 504 deles (91,8%) mostravam que as mulheres passaram por alguma intercorrência obstétrica na gestação atual (MARREIRO et al., 2009). Na clínica obstétrica de um hospital de São Paulo que recebe pacientes de alto risco, 1391 (79,6%) gestantes atendidas durante o período de abril a dezembro de 2001 apresentaram alguma intercorrência durante a gestação (NOMURA; ALVEZ; ZUGAIB, 2004).

Em contrapartida, outros autores apontam uma taxa menor de intercorrências na gestação atual do que as do presente estudo. Xavier et al. (2013) buscou conhecer o perfil reprodutivo de 3440 mulheres encaminhadas através do serviço de atenção básica para o serviço ambulatorial de pré-natal do IFF/FioCruz, instituto referência para gravidez de alto risco fetal no Rio de Janeiro. Os autores identificaram que 700 (20,3%) delas tinham condições clínicas preexistentes e intercorrências clínicas e 1555 (45,2%) delas alguma doença obstétrica na gravidez atual. Pesquisa realizada por Campos et al. (2008), em uma maternidade escola do Rio de Janeiro que atende clientela acolhida por livre demanda, identificou que 42,7% das gestantes atendidas apresentaram alguma intercorrência obstétrica.

Os seguintes dados a serem apresentados referem-se ao perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram alguma intercorrência clínica e/ou obstétrica na gestação atual.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres que tiveram alguma intercorrência clínica e/ou obstétrica na gestação atual segundo idade, escolaridade, renda familiar, história obstétrica. Porto Alegre, 2015. (N=245)

Variável	N	%
Idade		
≤ 15 anos	06	2,4
16 à 34 anos	207	84,5
≥ 35 anos	32	13,1
Escolaridade		
< 8 anos de estudo	66	26,9
8 anos de estudo	46	18,8
> 8 anos de estudo	133	54,3
Renda familiar (N=231)*		
Até um salário mínimo	68	29,4
Dois salários mínimos	93	40,3
Três ou mais salários mínimos	70	30,3
História obstétrica		
Primeira gestação	92	37,6
Duas ou mais gestações	153	62,4
Parto anterior (N=153)**		
Nenhum parto anterior	14	9,1

Primípara	78	51,0
Múltipara	61	39,9

*14 não souberam informar.

**considerado somente as com duas ou mais gestações (história obstétrica).

Na tabela 2 podemos verificar que a maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária de 16 a 34 anos de idade (84,5%), tinham mais de oito anos de estudo (54,3%) e renda familiar de dois salários mínimos (40,3%). Em relação à história obstétrica, a maioria com duas ou mais gestações (62,4%) e entre essas cerca de metade era primípara (51%).

Estudo que teve como objetivo investigar as principais intercorrências obstétricas e a atuação do enfermeiro em uma maternidade de João Pessoa-PB, mostrou que a maioria das mulheres (64%) com alguma intercorrência estava na faixa etária entre 26 e 35 anos, que 56% das mulheres possuíam ensino fundamental completo, 68% duas ou mais gestações e 46% entre um e três partos (CABRAL et al., 2011).

Autores destacam que as taxas de intercorrências obstétricas crescem conforme aumenta a idade (65,4% para mulheres de 40 a 44 anos e 125,9% para as de 45 a 49 anos) (VERAS; MATHIAS, 2014). Tal análise não foi realizada no presente estudo, mas destaca-se que 13,1% das mulheres encontravam-se com idade igual ou superior a 35 anos, característica essa que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d), é um fator de risco gestacional, porém que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica.

Em relação à renda familiar, Xavier et al. (2013) aponta que a maioria das mulheres com alguma intercorrência clínica e/ou obstétrica tinha renda familiar entre um e três salários mínimos (39,4%). Esse achado diverge dos encontrados na presente pesquisa, onde a maioria das entrevistadas tinha renda familiar de até dois salários mínimos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d) ainda traz outros fatores de risco gestacionais como a baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular) e, referente à história obstétrica, a nuliparidade e a multiparidade (cinco ou mais partos), variáveis essas que mostraram com baixa frequência no presente estudo.

Os próximos dados referem-se às intercorrências registradas na carteira pré-natal com frequência superior a 10 casos e sua relação com o conhecimento da mulher sobre tal intercorrência.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres que tiveram alguma intercorrência clínica e/ou obstétrica na gestação atual registrada na carteira pré-natal e relatada pelas mulheres. Porto Alegre, 2015. (N=245)

	Carteira pré-natal	Relato da mulher		Total
		Sim	Não	
Amniorrexe prematura*	Sim	58	13	71
	Não	10	163	173
Diabetes Gestacional*	Sim	21	02	23
	Não	04	217	221
Estreptococo B*	Sim	24	17	41
	Não	02	201	203
Trabalho de parto prematuro*	Sim	23	02	25
	Não	11	208	219
Síndrome hipertensiva*	Sim	37	02	39
	Não	15	190	205
Infecção do trato urinário	Sim	98	6	104
	Não	23	118	141

* um caso sem registro nessas intercorrências

A intercorrência mais frequente entre as mulheres, segundo o registro da carteira pré-natal, foi a infecção do trato urinário (104 casos). Quando analisada a relação das informações, verificou-se maior coincidência (>90%) entre o registro na carteira pré-natal e o relatado pela mulher nos casos de síndrome hipertensiva, trabalho de parto prematuro, ITU e diabetes gestacional (Tabela 3).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d), as complicações hipertensivas ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações, e ocorre de 20% a 50% nas gestações subsequentes. Sobre a infecção do trato urinário, ocorre em cerca de 17% a 20% das mulheres. A amniorrexe prematura apresenta incidência entre 3% e 18,5% e recorrência de 21%. A diabetes gestacional tem prevalência entre 3% e 13% das gestações, sendo o problema metabólico mais comum. Rabello e Barros (2011) referem que, no Brasil, a taxa de prematuridade varia entre 5% e 15%. Dados de 2012 apontam prevalência de recém-nascidos (RN) prematuros no país de 11,8%, com alguma variação dependendo da região.

Segundo Barreto e Mathias (2013) o acompanhamento durante o período pré-natal engloba não somente os procedimentos clínicos como também os educativos, pois estes

orientam a mulher sobre o andamento da gestação. Com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2002) espera-se que a gestante não aceite somente o que lhe é oferecido, mas também busque o que é de seu direito como o conhecimento adequado sobre seus problemas de saúde durante a gestação.

Desta forma, no caso das gestantes, orientações sobre intercorrências no pré-natal são extremamente importantes, visto que isso reflete em maiores cuidados das mesmas em relação ao seu respectivo tratamento e também ao que se refere na identificação do agravamento de sua condição de saúde e/ou do feto.

A seguir serão apresentadas as principais intercorrências e sua associação com o desfecho da gestação, ou seja, o tipo de parto.

Tabela 4 - Associação das intercorrências obstétrica com o desfecho gestacional – tipo de parto. Porto Alegre, 2015. (N=245)

Intercorrência	Desfecho	Parto Vaginal		Cesariana		p valor
		N	%	N	%	
Amniorexe prematura*	Sim	48	67,6	23	32,4	0,780
	Não	112	64,7	61	35,3	
Diabetes Gestacional*	Sim	12	52,2	11	47,8	0,234
	Não	148	67,0	73	33,0	
Estreptococo B*	Sim	26	63,4	15	36,3	0,890
	Não	134	66,0	69	34,0	
Síndrome hipertensiva*	Sim	21	53,8	18	46,2	0,134
	Não	139	67,8	66	32,2	
Trabalho de parto prematuro*	Sim	15	60,0	10	40,0	0,691
	Não	145	66,2	74	33,8	
Infecção do trato urinário	Sim	69	66,3	35	33,7	0,966
	Não	92	65,2	49	34,8	

* um caso sem registro nessas intercorrências

Na tabela 4, verificamos que entre as principais intercorrências apresentadas pelas mulheres nenhuma teve relação estatística significativa com o tipo de parto - desfecho. Considerando isoladamente essas intercorrências, nenhuma delas é indicação absoluta para realização da cesariana, com exceção da diabetes gestacional que pode ter como consequência

fetos macrossômicos e desta forma, pode-se dizer que a indicação para essa condição é relativa (BRASIL, 2012d).

Em um estudo realizado com 250 gestantes internadas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, com diagnóstico de síndrome hipertensiva, a via de parto de 196 (78,4%) delas foi cesárea (LINHARES et al., 2014), frequência essa maior do que a encontrada no presente estudo.

Segundo Linhares et al. (2014), a decisão sobre a via de parto em mulheres com síndromes hipertensivas deve ser tomada em função da idade gestacional, da vitalidade fetal e da gravidade da doença. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c), parto de mulheres com síndrome hipertensiva pode ser via vaginal, desde que existam boas condições de colo uterino, vitalidade fetal, condições maternas e um hospital com recursos disponíveis para o atendimento e controle desse tipo de gestante.

Pereira et al. (1999) em seu estudo com uma população de grávidas diabéticas, da Maternidade do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, através dos resultados perinatais obtidos dos prontuários de 90 gestantes observou que houve 72,2% de cesáreas. Esse achado diverge dos encontrados no presente estudo, onde cerca de metade das mulheres tiveram cesarianas.

Ressalta-se que a diabetes gestacional não é uma indicação absoluta para cesariana. A decisão da via de parto é obstétrica, onde se deve considerar uma avaliação da permeabilidade da bacia materna e sua proporção com o tamanho fetal. As mulheres com bom controle metabólico ou complicações associadas podem evoluir para o parto vaginal (SCHMIDT; REICHEL, 1999). Outros autores corroboram dizendo que, em mulheres diabéticas, não existem recomendação específica sobre a via de parto, sendo somente determinada pelas condições obstétricas da gestante (MIRANDA; REIS, 2006).

No estudo de Santos, Oliveira e Bezerra (2006), realizado em uma maternidade pública referência do Estado do Ceará, em uma amostra de 37 partos de mulheres com diagnóstico de amniorrexe prematura, 48,7% deles foi cesárea, frequência essa menor do que no presente estudo. Pesquisas realizadas não observaram a amniorrexe prematura como indicação para cesárea, devendo, portanto, analisar os riscos e benefícios tanto para mãe como para o feto (CAMPOS et al., 2011). Junior e Melo (2008) dizem que existem dois tipos de conduta: a intervencionista e a conservadora. Na primeira, o parto é induzido assim que se confirma o diagnóstico, e a segunda, aguarda-se o início do parto espontâneo. Isso varia de acordo com as condições do feto e da mãe.

Rabello e Barros (2011), em um estudo com mulheres que apresentaram trabalho de parto prematuro no Hospital Itapeceirica da Serra/SP, observaram que a taxa de cesarianas foi de 33,9%, sendo um resultado semelhante ao do presente estudo, no qual o parto vaginal foi o mais frequente. A melhor via de parto para gestantes em trabalho de parto prematuro ainda permanece discutível. Devem-se levar em consideração alguns fatores para a decisão, como idade gestacional, peso fetal estimado, passado obstétrico, presença ou não de crescimento fetal restrito, hemorragias da segunda metade da gravidez, duração do trabalho de parto, condições do colo uterino, integridade das membranas amnióticas, apresentação do feto e presença de intercorrências clínicas (SOUZA et al., 2001; BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005).

No que se refere ao Estreptococo B, estudo realizado por Costa et al. (2010) no Instituto Fernandes Figueira com a revisão no prontuário de 125 gestantes colonizadas observou-se que o parto cesáreo ocorreu em 57% das mulheres.

Já em relação à infecção do trato urinário (ITU), estudo realizado com gestantes, com e sem esse diagnóstico, mostrou altas taxas de cesariana em ambos os grupos e maior taxa de parto vaginal entre as mulheres com ITU, em que os autores sugerem que pode ter associação com o parto prematuro (PEREIRA et al., 2013).

6 CONCLUSÕES

A partir dos resultados deste estudo, pode-se concluir que mais da metade das entrevistadas tiveram alguma intercorrência clínica e/ou obstétrica. E considerando as que apresentaram intercorrência, quase metade havia o registro de duas ou mais intercorrências na carteira de pré-natal. O elevado número de mulheres com alguma intercorrência na gestação pode estar relacionado com a qualidade da atenção pré-natal, assim como devido ao número de consultas, que podem ser insuficientes, levando em consideração o preconizado pelo Ministério da Saúde. Essa problemática repercute no conhecimento das mulheres sobre a evolução da gravidez e conseqüentemente na identificação e prevenção de acometimentos nesse período.

Sobre o perfil sociodemográfico destas mulheres, foi verificado que a maioria encontrava-se na faixa etária de 16 e 34 anos de idade, tinham mais de oito anos de estudo e renda familiar de dois salários mínimos. Sobre o histórico obstétrico, a maioria passou por duas ou mais gestações e aproximadamente metade delas era primípara.

A intercorrência mais frequente, de acordo com o registro da carteira de pré-natal, foi a infecção do trato urinário. Houve maior coincidência entre registro na carteira e relatado na mulher nos casos de síndrome hipertensiva, infecção do trato urinário, trabalho de parto prematuro e diabetes gestacional. Um número expressivo de mulheres não tinha conhecimento sobre a intercorrência gestacional.

Tal situação pode trazer repercussões ainda maiores tendo em vista a não adesão a tratamento, por não saber e/ou entender que vem passando por alguma situação atípica na gestação, e ainda por não saber os sinais de agravamento de tal intercorrência. E destaca-se que não houve associação estatística significativa das intercorrências com o tipo de parto.

Considera-se que a caracterização do perfil dessas mulheres com intercorrências na gestação é muito importante, visto que tais dados possibilitam o direcionamento e planejamento de ações que possam direcionar medidas de promoção de saúde para esse grupo de mulheres. Desta forma, a equipe de enfermagem poderá intensificar medidas de educação em saúde e estratégias de prevenção desses acometimentos, norteando a assistência às gestantes atendidas na instituição estudada.

Sugerem-se novas pesquisas direcionadas à temática no sentido de elucidar os motivos pelos quais as mulheres não têm conhecimento sobre o que esta acontecendo durante o período gestacional.

As limitações deste estudo estão relacionadas à falta de dados que possam subsidiar maior aprofundamento na temática.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 3ª reimpressão revisada. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.
- ANJOS, J. C. S. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 28, n. 2, p. 23-33, abr./jun. 2014.
- BACKES, M. T. S.; SOARES, M. C. F. Las enfermedades intercurrentes durante la gestación y sus consecuencias sobre el peso del recién nacido. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, Bogotá, v. 59, n. 2, p. 103-110, 2008.
- BARRETO, M. S.; MATHIAS, T. A. F. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 639-48, 2013.
- BENIGNA, M. J. C. et al. Pré-natal no programa saúde da família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 23-31, 2004.
- BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 57-60, 2010.
- BITTAR, R. E.; CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. Conduas para o trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 561-66, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual Técnico**. 3ª edição. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto. **Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1067/GM**, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 730**, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Sistema de informações sobre nascidos vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Mortalidade materna cai 55% no Brasil, de acordo com relatório ODM. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD**, Brasília, 29 set. 2014a. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3933>>. Acesso em: 07 out. 2014.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2014b.

BRANDÃO, I. C. A.; GODEIRO, A. L. S.; MONTEIRO, A. I. Assistência de enfermagem pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp 1, p. 596-602, dez. 2012.

CABRAL, R. W. L. et al. Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento. **ABENFO**, Minas Gerais, 2011.

CAMPOS, L. F. et al. Níveis de retinol e carotenóides séricos e intercorrências gestacionais em puérperas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 623-632, nov./dez. 2008.

CAMPOS, M. E. A. et al. Incidência e características de cesáreas e partos normais: um estudo comparativo. CBCENF. Pernambuco, 2011.

CASTRO, M. E. et al. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 72-81, 2010.

COSTA, N. D. et al. Gestantes colonizadas pelo *Streptococcus* do grupo B e seus recém-nascidos: análise crítica da conduta adotada no Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 155-61, 2010.

CUNHA, A. A. et al. Modelo preditivo para cesariana com uso de fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 21-28, jan. 2002.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-153, jan./mar. 2009.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FUJIMORI, E. et al. Anemia em gestantes brasileiras antes e após a fortificação das farinhas com ferro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1027-35, 2011.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S101-S111, 2004.

GIACOMIN, L. et al. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. **Acta Médica Costarricense**, San Jose, v. 51, n. 1, p. 39-43, ene./mar. 2009.

GOUVEIA, H. G.; GONÇALVEZ, A. **Fatores associados à realização de cesariana em hospital universitário**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Institucional, **Histórico**. Porto Alegre: 2013. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga indicadores demográficos de saúde. **IBGE - Sala de Imprensa - Notícias**, Brasília, 2 set. 2009. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1445>>. Acesso em: 07 out. 2014.

JUNIOR, M. D.C.; MELO, V. H. **Rotura prematura das membranas - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Projeto Diretrizes**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

LEVENO, K. J. et al. **Manual de obstetrícia de Williams**. 21. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LINHARES, J. et al. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 259-63, 2014.

MARREIRO, C. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 23, n. 3, p. 1-7, jul./set. 2009.

MIRANDA, P. A. C.; REIS, R. **Diabetes Mellitus Gestacional - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Projeto Diretrizes**. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2006.

NOMURA, R. M. Y.; ALVEZ, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 9-15, 2004.

OLIVEIRA, D. L. et al. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

PAGNONCELLI, J. et al. Avaliação de infecção urinária em gestantes do município de Marechal Cândido Rondon – PR. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 14, n. 3, p. 211-216, set./dez. 2010.

PEREIRA, B. G. et al. Via de parto e resultados perinatais em gestantes diabéticas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 519-525, out. 1999.

PEREIRA, E. F. V. et al. Urinary tract infection in high risk pregnant women. **Revista de Patologia Tropical**, Goiania, v. 42, n. 1, p. 21-29, jan./mar. 2013.

RABELLO, M. S. C.; BARROS, S. M. O. Aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 483-8, out./dez. 2011.

REGO, M. A. S. et al. Avaliação do perfil de nascimentos e óbitos em hospital de referência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 295-302, jul./ago. 2010.

RODRIGUES, L. P.; JORGE, S. R. P. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 53-56, 2010.

SANTOS, F. L. B.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A. Prematuridade entre recém-nascidos de mães com amniorexe prematura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 432-8, dez. 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

SCHMIDT, M. I.; REICHEL, A. J. Consenso sobre diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-20, fev. 1999.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 1-7, 2008.

SOUZA, E. et al. Escolha da melhor via de parto para o feto prematuro em apresentação cefálica. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 5-8, jan. 2011.

VERAS, T. C. S.; MATHIAS, T. A. F. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 401-8, 2014.

XAVIER, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil das gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013.

ZANOTELI, S.; ZATTI, C. A.; FERRABOLI, S. F. Intercorrências clínicas da gestação. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Paraná, v. 4, n. 2, p. 5-45, nov. 2013.

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados

FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Nº _____

Nome: _____

Leito: _____ Registro hospitalar: _____

Data da entrevista: |__|_|/|__|_|/|__|_|

Horário da entrevista: |__|_|/|__|_|

Entrevistadora: _____

INFORMAÇÕES OBTIDAS NO PRONTUÁRIO

Informações do pré-natal

1. Realização de pré-natal [1] Sim [2] Não	__ _
2. Número de consultas de pré-natal (0 = nenhuma consulta)	__ _
3. Realizou pré-natal na Unidade Básica de Saúde (SUS) [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (não realizou pré-natal)	__ _
4. Realizou pré-natal pelo convênio (prestadora de saúde privada) [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (não realizou pré-natal)	__ _
5. Realizou pré-natal particular (por custeio próprio) [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (não realizou pré-natal)	__ _
6. Data da última menstruação. * Registrar 99 99 99 quando não tiver registro da DUM	__ _ / __ _ / __ _
7. Data da primeira ultrassonografia (USG) * Registrar 99 99 99 quando não tiver USG	__ _ / __ _ / __ _
8. Idade gestacional no primeiro USG * Registrar 77 semanas 77 dias (quando não tiver USG)	__ _ semanas __ _ dias
9. Calcular a idade Gestacional em dias * Cálculo da IG dias = [(nº semanas X 7) + nº dias] * Registrar 7777 (quando não tiver USG)	_____ dias
10. Número de gestações (incluindo atual)	__ _
11. Gravidez ectópica [1] Sim [2] Não	__ _
12. Número de partos anteriores (normal, fórceps e cesariana) [77] Não se aplica (quando for primigesta)	__ _
13. Número de parto normal (0 = nenhum; 1 = um)	__ _

14. Número de parto fórceps (0 = nenhum; 1 = um parto fórceps...) [77] Não se aplica (nenhum parto anterior)	____
15. Número de cesariana (0 = nenhum; 1 = uma cesariana...) [77] Não se aplica (nenhum parto anterior)	____
16. Número de aborto (0 = nenhum; 1 = um aborto...) [77] Não se aplica (é primigesta)	____
17. Grupo sanguíneo [1] A [2] B [3] AB [4] O [99] Não registrado	____
18. Fator Rh [1] positivo [2] negativo [99] Não registrado	____
parto normal...) [77] Não se aplica (nenhum parto anterior)	

Hábitos na gestação

19. Uso de bebida alcoólica durante a gravidez [1] Sim [2] Não	____
20. Tabagismo durante a gravidez [1] Sim [2] Não	____
21. Uso de drogas durante a gravidez [1] Sim [2] Não	____
22. Qual droga? [99] Não registrado	

História obstétrica

*Considerar não quando não tiver registro na carteira pré-natal.

História patológica obstétrica PREGRESSA		História patológica obstétrica ATUAL	
23. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____	23a. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____
24. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	____	24a. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	____

25. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____	25a. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____
26. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	____	26a. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	____
27. Amniorexe prematura [1] Sim [2] Não	____	27a. Amniorexe prematura [1] Sim [2] Não	____
28. Cerclagem uterina [1] Sim [2] Não	____	28a. Cerclagem uterina [1] Sim [2] Não	____
29. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	____	29a. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	____
30. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	____	30a. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	____
31. Estreptococo B [1] Sim [2] Não	____	31a. Estreptococo B [1] Sim [2] Não	____
32. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	____	32a. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	____
33. HIV/AIDS [1] Sim [2] Não	____	33a. HIV/AIDS [1] Sim [2] Não	____
34. Infecção urinária [1] Sim [2] Não	____	34a. Infecção urinária [1] Sim [2] Não	____
35. Oligoâmnio [1] Sim [2] Não	____	35a. Oligoâmnio [1] Sim [2] Não	____
36. Placenta prévia [1] Sim [2] Não	____	36a. Placenta prévia [1] Sim [2] Não	____
37. Polidrâmnio [1] Sim [2] Não	____	37a. Polidrâmnio [1] Sim [2] Não	____
38. Restrição de crescimento intrauterino [1] Sim [2] Não	____	38a. Restrição de crescimento intrauterino [1] Sim [2] Não	____
39. Sífilis [1] Sim [2] Não	____	39a. Sífilis [1] Sim [2] Não	____

40. Síndromes hipertensivas [1] Sim [2] Não	____	40a. Síndromes hipertensivas [1] Sim [2] Não	____
41. Trabalho de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____	41a. Trabalho de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____
42. Hiperemese gravídica [1] Sim [2] Não	____	42a. Hiperemese gravídica [1] Sim [2] Não	____
43. Isoimunização Rh [1] Sim [2] Não	____	43a. Isoimunização Rh [1] Sim [2] Não	____
44. Outro:		44a. Outro:	

Dados da admissão hospitalar

45. Data da admissão	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
46. Horário da admissão * Registrar [99]99 quando não tiver registrado o horário	_ _ _ / _ _ _
47. Categoria de internação [1] Sistema Único de Saúde [2] Prestadora de saúde privada (Convênio) [3] Por custeio próprio (Particular)	____
48. Motivo da internação (descrever)	
49. Dilatação (em centímetros - não utilizar casa decimal) [99] Não registrado	____
50. Características do colo [1] Grosso [2] Médio [3] Fino [99] Não registrado	____
51. Apresentação [1] Cefálica [2] Pélvica [3] Ombro/Espáduas/Córmica [99] Não registrado	____
52. Bolsa das águas [1] Íntegra [2] Rota [99] Não registrado	____
53. Característica do líquido amniótico: [1] Claro [2] Claro com grumos [3] Esverdeado [4] Amarronzado [5] Sanguinolento [6] Amarelado [7] Purulento [99] Não registrado (não consta anotação)	____

54. Dinâmica uterina (número de contrações em 10 minutos) [99] Não registrado	____
55. Altura uterina (em centímetros) [99] Não registrado	____
56. BCF (frequência dos batimentos cardíacos fetais por minuto) [99] Não registrado	____

Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto

57. Bolsa rota espontânea durante o trabalho de parto [1] Sim [2] Não (sem registro) [77] Não se aplica (internou com bolsa rota)	____
58. Foi realizado amniotomia [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (internou com bolsa rota/espontânea no TP) [99] Não registrado	____
59. Administrado soro com ocitocina durante o trabalho de parto [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (parto de urgência, eletivo ou foi direto para sala de parto/cesárea)	____
60. Administrado misoprostol (via vaginal) durante o trabalho de parto [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (parto de urgência, eletivo ou foi direto para sala de parto/cesárea)	____
61. Aplicada analgesia nas costas em algum momento do trabalho de parto [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (parto de urgência, eletivo ou foi direto para sala de parto/cesárea)	____
62. Tipo de analgesia no momento do trabalho de parto [1] Peridural [2] Raquianestesia [3] Combinada [77] Não se aplica (não recebeu analgesia) [99] Não registrado	____
63. Realizado MAP/Cardiotocografia? [1] Sim [2] Não (sem registro) [77] Não se aplica (parto de urgência, eletivo ou foi direto para sala de parto/cesárea)	____

64. Utilização de métodos não farmacológicos para aliviar a dor durante o trabalho de parto [1] Sim [2] Não (sem registro)	_ _
--	-----

Dados do parto

65. Data do parto	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
66. Horário do parto	_ _ _ / _ _ _
67. Tipo de parto [1] Normal [2] Cesariana [3] Fórceps	_ _
68. Profissional que realizou o parto [1] Médico/Residente medicina/Acadêmico de medicina [2] Enfermeira	_ _
69. Local do parto [1] Pré-parto [2] Sala de parto/cesárea [3] Sala da emergência obstétrica	_ _

Só para quem teve parto normal

[77] Não se aplica

[70. Períneo íntegro [1] Sim [2] Não	_ _
71. Realizado episiotomia [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (períneo íntegro)	_ _
72. Laceração (de qualquer grau) [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (períneo íntegro)	_ _
Intercorrências no Centro Obstétrico	
73. Atonia uterina [1] Sim [2] Não	_ _
74. Retenção placentária [1] Sim [2] Não	_ _
75. Hemorragia [1] Sim [2] Não	_ _
76. Restos placentários [1] Sim [2] Não	_ _
77. Náusea [1] Sim [2] Não	_ _

78. Vômito [1] Sim [2] Não	____
79. Depressão respiratória [1] Sim [2] Não	____
80. Hipotensão [1] Sim [2] Não	____
81. Outra intercorrência (descrever)	
82. Procedimentos pós-parto [1] Não houve nenhum procedimento pós-parto [2] curagem/curetagem [3] histerectomia	____
83. Após o parto foi para [1] UIO [2] CTI	____

Só para quem teve cesariana

[77] Não se aplica

Indicação da cesariana	
84. Desproporção cefalo-pélvica [1] Sim [2] Não	____
85. Sofrimento fetal/Condição fetal não tranquilizadora [1] Sim [2] Não	____
86. Iteratividade [1] Sim [2] Não	____
87. Apresentação Pélvica [1] Sim [2] Não	____
88. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	____
89. HIV [1] Sim [2] Não	____
90. Herpes genital ativo [1] Sim [2] Não	____
91. Placenta prévia [1] Sim [2] Não	____

92. Outra indicação? (descrever)	
93. Momento da indicação da cesariana [1] Antes da internação (eletiva) [2] Na admissão (emergência obstétrica/foi direto para sala cesárea) [3] Durante o trabalho de parto	____
Intercorrências no Centro Obstétrico	
94. Atonia uterina [1] Sim [2] Não	____
95. Retenção placentária [1] Sim [2] Não	____
96. Hemorragia [1] Sim [2] Não	____
97. Restos placentários [1] Sim [2] Não	____
98. Náusea [1] Sim [2] Não	____
99. Vômito [1] Sim [2] Não	____
100. Depressão respiratória [1] Sim [2] Não	____
101. Hipotensão [1] Sim [2] Não	____
102. Outra intercorrência (descrever)	
103. Procedimentos pós-parto [1] Não houve nenhum procedimento pós-parto [2] histerectomia	____
104. Outro procedimento pós-parto	
105. Após o parto foi para [1] UIO [2] CTI	____

Só para quem teve parto fórceps

[77] Não se aplica

106. Qual foi a indicação? Alívio [1] Sim [2] Não	____
107. Distócia de rotação [1] Sim [2] Não	____
108. Parada da progressão fetal [1] Sim [2] Não	____

109. Cesariana anterior [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
110. Cicatriz uterina prévia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
111. Sofrimento fetal [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
113. Outra indicação? (descrever)	
114. Períneo íntegro? [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
115. Realizado episiotomia? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (períneo íntegro)	<input type="checkbox"/>
116. Houve laceração? (de qualquer grau) [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (períneo íntegro)	<input type="checkbox"/>
Intercorrências no Centro Obstétrico	
117. Atonia uterina [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
118. Retenção placentária [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
119. Hemorragia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
120. Restos placentários [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
121. Náusea [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
122. Vômito [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
123. Depressão respiratória [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
124. Hipotensão [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
125. Outra intercorrência (descrever)	

126. Procedimentos pós-parto [1] Não houve nenhum procedimento pós-parto [2] curagem/curetagem [3] histerectomia	____
127. Após o parto foi para [1] UIO [2] CTI	____

Dados do recém-nascido (RN único/1º gemelar)

128. Peso do bebê ao nascer (em gramas) [99] Não registrado	_____
129. Idade gestacional (Capurro realizado pela Enfermeira) * Registrar [99] semanas [99] dias (quando não tiver a informação)	____ semanas ____ dias
130. Calcular a idade Gestacional em dias *Cálculo da IG dias = [(nº semanas X 7) + nº dias] * Registrar 7777 (quando não tiver USG)	_____ dias
131. Classificação do recém-nascido [1] AIG [2] PIG [3] GIG [99] Não registrado	____
132. Apgar 1º minuto [99] Não registrado	____
133. Apgar 5º minuto [99] Não registrado	____
134. Grupo sanguíneo (para mãe do grupo sanguíneo O) [1] A [2] B [3] AB [4] O [77] Não se aplica	____
135. Fator Rh (para mãe com Fator Rh -) [1] Positivo [2] Negativo [77] Não se aplica	____
136. Recém-nascido com malformação [1] Sim [2] Não (quando não tem nada registrado)	____
137. Após nascimento, o recém-nascido foi encaminhado para [1] Unidade de internação obstétrica - UIO [2] Unidade de neonatologia - UNEO	____
Motivo da transferência do CO para UNEO 138. Desconforto respiratório [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (bebê não foi para U NEO) [99] Não registrado	____

151. Intercorrências na UIO (não necessitou transferência) [1] Não apresentou intercorrência [2] Hipoglicemia [3] Taquipnéia [4] Hipertermia	____
152. Outro motivo da transferência da UIO para UNEO (descrever)	
153. Alta hospitalar com a mãe [1] Sim [2] Não	____
154. Motivo de ter ficado internado: [77] Não se aplica (não ficou internado)	

Dados do recém-nascido (2º gemelar)

[77] Não se aplica

128a. Peso do bebê ao nascer (em gramas) [99] Não registrado	_____
129a. Idade gestacional (Capurro realizado pela Enfermeira) * Registrar 99 semanas 99 dias (quando não tiver a informação)	____ semanas ____ dias
130a. Calcular a idade Gestacional em dias *Cálculo da IG dias = [(nº semanas X 7) + nº dias] * Registrar 7777 (quando não tiver USG)	_____ dias
131a. Classificação do recém-nascido [1] AIG [2] PIG [3] GIG [99] Não registrado	____
132a. Apgar 1º minuto [99] Não registrado	____
133a. Apgar 5º minuto [99] Não registrado	____
134a. Grupo sanguíneo (para mãe do grupo sanguíneo O) [1] A [2] B [3] AB [4] O [77] Não se aplica	____
135a. Fator Rh (para mãe com Fator Rh –) [1] Positivo [2] Negativo [77] Não se aplica	____
136a. Recém-nascido com malformação [1] Sim [2] Não (quando não tem nada registrado)	____
137a. Após nascimento, o recém-nascido foi encaminhado para [1] Unidade de internação obstétrica - UIO [2] Unidade de neonatologia - UNEO	____

<p>Motivo da transferência do CO para UNEO</p> <p>138a. Desconforto respiratório</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (bebê não foi para UNEO)</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p> ____ </p>
<p>139a. Infecção</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (bebê não foi para UNEO)</p> <p>[99] Não registrado</p> <p>140a. Hipoglicemia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (bebê não foi para UNEO)</p> <p>[99] Não registrado</p> <p>141a. Investigação de sepse neonatal</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (bebê não foi para UNEO)</p> <p>[99] Não registrado</p> <p>142a. Sífilis congênita</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica (bebê não foi para UNEO)</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p> ____ </p> <p> ____ </p> <p> ____ </p> <p> ____ </p>
<p>143a. Outro motivo da transferência do CO para UNEO (descrever)</p> <p>[77] Não se aplica (bebê não foi para U NEO)</p>	
<p>144a. O RN necessitou ser transferido da UIO para UNEO</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p> ____ </p>
<p>Motivo da transferência da UIO para UNEO</p> <p>145a. Desconforto respiratório</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica</p> <p>146a. Infecção</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica</p> <p>147a. Hipoglicemia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica</p> <p>148a. Investigação de sepse neonatal</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica</p> <p>149a. Icterícia</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica</p>	<p> ____ </p> <p> ____ </p> <p> ____ </p> <p> ____ </p> <p> ____ </p>

150a. Outro motivo da transferência da UIO para UNEO (descrever) [77] Não se aplica	
151a. Intercorrências na UIO (não necessitou transferência) [1] Não apresentou intercorrência [2] Hipoglicemia [3] Taquipnéia [4] Hipertermia	____
152a. Outro motivo da transferência da UIO para UNEO (descrever)	
153a. Alta hospitalar com a mãe [1] Sim [2] Não	____
154a. Motivo de ter ficado internado: [77] Não se aplica (não ficou internado)	

Dados da puérpera

155. Apresentou alguma intercorrência no pós-parto na UIO? [1] Não apresentou qualquer intercorrência (nenhum registro de intercorrência) [2] Hemorragia [4] Infecção [5] Hipertensão [6] Prurido [7] Vômito [8] Náusea [9] Hipotensão [10] Tontura [11] Cefaléia pós-punção	____
156. Outra intercorrência	
Necessitou de transferência da UIO para: 157. CTI [1] Sim [2] Não	____
158. CO (foi fazer algum procedimento e depois retornou para UIO) [1] Sim [2] Não	____
159. CO (foi fazer algum procedimento e depois foi para CTI) [1] Sim [2] Não	____

INFORMAÇÕES OBTIDAS COM A PUÉRPERA

Dados da puérpera

160. Idade (em anos completos)	____
161. Cor da pele (auto-denominada): [1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata	____

[4] Amarelo [5] Indígena	
162. Escolaridade (série/anos completo) [0] Sem escolaridade (menos de um ano) <i>Ensino Fundamental Ensino Médio Superior</i> [1] 1º série [5] 5º série [9] 1º série [12] 1º ano [2] 2º série [6] 6º série [10] 2º série [13] 2º ano [3] 3º série [7] 7º série [11] 3º série [14] 3º ano [4] 4º série [8] 8º série [15] 4º ano [16] 5º ano	____
163. Situação marital: [1] Não tem companheiro [2] tem companheiro	____
164. Ocupação:	
165. Ocupação remunerada: [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (não tem nenhuma ocupação ou é do lar)	____
166. Qual a renda familiar em número de salários mínimos (1 salário mínimo = R\$ 678,00)	____

Hábitos na gestação

167. Usou bebida alcoólica durante a gravidez? [1] Sim [2] Não	____
168. Se Sim, qual a frequência na semana? [77] Não se aplica	____
169. Fumou durante a gravidez? [1] Sim [2] Não	____
170. Se sim, qual o número de cigarros dia? [77] Não se aplica	____
171. Fez uso de drogas durante a gravidez? [1] Sim [2] Não	____
172. Qual droga? [77] Não se aplica	
173. Qual a frequência na semana? [77] Não se aplica	____

Informações do pré-natal

História patológica obstétrica PREGRESSA		História patológica obstétrica ATUAL	
176. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____	176a. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____

177. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	____	177a. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	____
178. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____	178a. Ameaça de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____
179. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	____	179a. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	____
180. Amniorexe prematura [1] Sim [2] Não	____	180a. Amniorexe prematura [1] Sim [2] Não	____
181. Cerclagem uterina [1] Sim [2] Não	____	181a. Cerclagem uterina [1] Sim [2] Não	____
182. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	____	182a. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	____
183. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	____	183a. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	____
184. Estreptococo B [1] Sim [2] Não	____	184a. Estreptococo B [1] Sim [2] Não	____
185. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	____	185a. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	____
186. HIV/AIDS [1] Sim [2] Não	____	186a. HIV/AIDS [1] Sim [2] Não	____
187. Infecção urinária [1] Sim [2] Não	____	187a. Infecção urinária [1] Sim [2] Não	____
188. Oligoâmnio [1] Sim [2] Não	____	188a. Oligoâmnio [1] Sim [2] Não	____
189. Placenta prévia [1] Sim [2] Não	____	189. Placenta prévia [1] Sim [2] Não	____
190. Polidrâmnio [1] Sim [2] Não	____	190a. Polidrâmnio [1] Sim [2] Não	____

191. Restrição de crescimento intrauterino [1] Sim [2] Não	____	191a. Restrição de crescimento intrauterino [1] Sim [2] Não	____
192. Sífilis [1] Sim [2] Não	____	192a. Sífilis [1] Sim [2] Não	____
193. Síndromes hipertensivas [1] Sim [2] Não	____	193a. Síndromes hipertensivas [1] Sim [2] Não	____
194. Trabalho de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____	194a. Trabalho de parto prematuro [1] Sim [2] Não	____
195. Hiperemese gravídica [1] Sim [2] Não	____	195a. Hiperemese gravídica [1] Sim [2] Não	____
196. Outro:	196a. Outro:		

Conhecimento da puérpera acerca dos tipos de parto

197. Qual tipo de parto você desejava? [1] Normal [2] Cesariana [3] Fórceps [88] Não soube informar	____
198. Qual o motivo pela preferência por este tipo de parto?	
199. Participou da decisão sobre o tipo de parto atual? [1] Sim [2] Não [88] Não soube informar	____
200. Sabe se existem riscos para você relacionados ao tipo de parto o qual foi submetida? [1] Sim, tem riscos [2] Acho que não tem riscos [88] Não soube informar (não sabe se tem riscos)	____
201. Se sim, quais os riscos?	
202. Sabe se existem riscos para seu bebê relacionado ao tipo de parto o qual foi submetida? [1] Sim, tem riscos [2] Acho que não tem riscos [88] Não soube informar (não sabe se tem riscos)	____
203. Se sim, quais os riscos? [77] Não se aplica	

Só para quem teve cesariana ou fórceps

[77] Não se aplica

204. Se cesariana/fórceps. Foi informada sobre a indicação? [1] Sim [2] Não [88] Não soube informar	____
--	------

Só para quem teve cesariana

[77] Não se aplica


205. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana? [1] No pré-natal [2] Durante internação como gestante [3] No pré-parto [4] Já na sala de parto	____
Qual foi o motivo da cesariana? 206. Você queria fazer cesárea [1] Sim [2] Não	____
207. Você queria ligar as trompas [1] Sim [2] Não	____
208. O bebê tinha circular de cordão (enrolado no cordão) [1] Sim [2] Não	____
209. Você já tinha uma cesárea anterior [1] Sim [2] Não	____
210. Você já tinha duas ou mais cesáreas anteriores [1] Sim [2] Não	____
211. O bebê estava sentado [1] Sim [2] Não	____
212. O bebê estava atravessado [1] Sim [2] Não	____
213. O bebê era grande/ não tinha passagem/não teve dilatação/ bebê não desceu / não encaixou [1] Sim [2] Não	____
214. Havia pouco líquido amniótico/ placenta velha [1] Sim [2] Não	____
215. Você não queria sentir a dor do parto normal [1] Sim [2] Não	____

216. O bebê estava crescendo pouco ou parou de crescer [1] Sim [2] Não	____
217. O bebê entrou em sofrimento [1] Sim [2] Não	____
218. Passou da hora/do tempo [1] Sim [2] Não	____
219. A bolsa rompeu [1] Sim [2] Não	____
220. Grávida de gêmeos (dois ou mais) [1] Sim [2] Não	____
221. Pressão alta [1] Sim [2] Não	____
222. Hemorragia [1] Sim [2] Não	____
223. Diabetes [1] Sim [2] Não	____
224. Medo de falta de vaga para internação [1] Sim [2] Não	____
225. Medo da violência na cidade [1] Sim [2] Não	____
226. Pós-maturidade (o bebê passou do tempo) [1] Sim [2] Não	____
227. Morte fetal [1] Sim [2] Não	____
235. Cirurgia ginecológica prévia (plástica perineal, miomectomia) [1] Sim [2] Não	____
228. Placenta baixa (prévia) [1] Sim [2] Não	____
229. Falha de indução/ a indução não funcionou [1] Sim [2] Não	____
230. Outro motivo? (descrever)	

Informações sobre o período pós-parto - puerpério

231. Teve dor no pós-parto? [1] Sim [2] Não	____
---	------

232. Qual intensidade (classificar de zero a 10)	____
233. Depois do parto teve dificuldade para levantar do leito? [1] Sim [2] Não	____
234. Depois do parto teve dificuldade para andar? [1] Sim [2] Não	____
235. Depois do parto teve dificuldade para amamentar? [1] Nenhuma dificuldade para amamentar [2] Sim, bebê não pegou o peito [3] Sim, não conseguia posicionar o bebê [4] Sim, não conseguia me posicionar bem, pois tinha dor [5] Sim, em função dos meus mamilos	____
236. Outras dificuldades?	
237. Você acha que sua recuperação após o parto foi: [1] Rápida [2] Lenta [3] Dentro do esperado [88] Não soube informar	____

ANEXO B – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 23998

Título: FATORES ASSOCIADOS A REALIZACAO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO

Projeto aprovado em 14/11/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Vizualizar Parecer](#)

- Linhas de Pesquisa
- Projetos de Pesquisa**
- Áreas de Atuação
- Bolsas de Pesquisa
- Programa de Iniciação Científica
- Voluntário
- Programa de Fomento à Pesquisa (auxílio)

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120466

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

HELGA GEREMIAS GOUVEIA
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
SARA OLIVEIRA PINHEIRO
BRUNA ALIBIO MORAES
JULIANA MANERA SARAIVA
JESSICA KASPER FERNANDES
FERNANDA PIRES WEBSTER

Título: FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 31 de janeiro de 2013.

Prof. Flávio Kapczinski
Coordenador GPPG/HCPA

ANEXO D – Termo de Consentimento de Uso de Dados

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS DE PESQUISA

Eu, Profa. Dra. Helga Geremias Gouveia, coordenadora da pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário”, aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, autorizo Rafaella da Silva Calegari, acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, a utilizar banco de dados do referido no que se refere às variáveis descritas nesse projeto.

ANEXO E – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Dados Gerais:

Projeto Nº:	28430	Título:	INTERCORRENCIAS CLÍNICAS E/OU OBSTÉTRICAS VIVENCIADAS POR MULHERES NO PRÉ-NATAL		
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	05/01/2015	Previsão de conclusão:	30/07/2015
Situação:	Projeto em Andamento				
É subprojeto do projeto:	23998 - FATORES ASSOCIADOS A REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	Não possui subprojetos			
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente			
Local de Realização:	não informado	Projeto sem finalidade adicional Projeto não envolve aspectos éticos			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Analisar as intercorrências clínicas e/ou obstétricas vivenciadas pelas mulheres no pré-natal.</p> </div>				

Palavras Chave:

SAÚDE DA MULHER; PRÉ-NATAL; MORBIDADE

Equipe UFRGS:

Nome: HELGA GEREMIAS GOUVEIA
 Coordenador - Início: 05/01/2015 Previsão de término: 30/07/2015

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 21/01/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)