

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

Marliane Pereira de Moraes

**COMPLICAÇÕES PREVALENTES NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO:  
IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS PELO ENFERMEIRO**

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2013

Marliane Pereira de Moraes

**COMPLICAÇÕES PREVALENTES NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO:  
IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS PELO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

TEÓFILO OTONI-MINAS GERAIS

2013

Marliane Pereira de Moraes

**COMPLICAÇÕES PREVALENTES NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO:  
IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS PELO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos – orientadora

Profa. Dra. Daclé Vilma Carvalho (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, 25 de maio de 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela força concedida para se chegar ao fim de mais um trabalho realizado.

A minha orientadora Profa Dra. Selme Silqueira de Matos pela contribuição, apoio, paciência e interesse.

A minha família pela confiança de sempre e por acreditar em mim.

A equipe da ESF Parceria com a Vida (meu local de trabalho) pela colaboração e paciência.

A Secretaria de Saúde, pelas informações prestadas.

A UFMG e ao NESCON pela oportunidade no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

## RESUMO

Esse estudo de revisão integrativa da literatura teve por objetivos identificar os sinais e sintomas de complicações mais prevalentes na gestação de alto risco e identificar os cuidados e orientações ministradas às gestantes sobre as complicações de risco gestacional. Os resultados apontam a meta de redução da mortalidade materna em 75% no período entre 1990 e 2015 conforme pactuação de 191 países participantes da Cúpula do Milênio. Enfatizam a necessidade de realizar um atendimento de qualidade às gestantes na atenção básica e ressaltam a importância de que o enfermeiro/a deve estar preparado para assistir de forma efetiva e com qualidade esse segmento da sua área de abrangência, contribuindo significativamente na prevenção de mortes maternas e fetais.

**Palavras-chave:** Gestação de alto risco; Pré-natal; Sinais e Sintomas na gestação de alto risco.

## ABSTRACT

This integrative literature review study aims to identify the signs and symptoms of complications more prevalent in high-risk pregnancy and identify and care guidelines given pregnant women on the most prevalent risk gestational complications. The results point to the goal of reducing maternal mortality by 75% between 1990 and 2015 as agreement of 191 participating countries of the Millennium Summit. Emphasize the need to perform a quality care pregnant women in the basic attention. Stress the importance of the nurse must be prepared to assist effectively and with quality this segment of its coverage area, contributing significantly in preventing maternal and fetal deaths.

**Keywords:** High risk pregnancy; pre-natal; Signs and Symptoms in high-risk pregnancies.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>

## I INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da mulher nos últimos anos tornou-se uma das prioridades dos programas federais, porém, o que se vê hoje ainda, é um grande percentual de mortes ocorridas em mães e filhos devido a gestação de alto risco. “Durante o processo gestacional, algumas mulheres têm maiores chances de apresentar agravos ou complicações de patologias preexistentes”. GOMES(2010)

Para o Ministério da Saúde (2003) essas situações podem redundar em perdas fetais e / ou morte materna, por causas diretas ou indiretas. O óbito materno permanece sendo um grave problema de saúde pública em nosso país, com as consequências sociais que a morte dessas mulheres ocasiona.

Nas consultas de pré-natal, é importante que se faça um atendimento de qualidade, onde, qualquer intercorrência o profissional poderá intervir e melhorar o prognóstico da gestante.

*O objetivo da assistência à gestante de alto risco é acolher e apoiar a mulher implementando uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, que levam as mulheres à internação para a vigilância, o controle e a redução dos agravos em saúde materno fetal. Ministério da Saúde(2000)*

É importante que a mulher seja acolhida de forma humanizada e qualificada pelo profissional de saúde já no início do seu pré-natal, para garantir dessa forma uma gestação saudável e que, no seu término, mãe e filho possam apresentar boa saúde.



*Com o objetivo de diminuir esse desfecho é necessário maior monitoramento e controle dos fatores de risco perinatais desde o pré-natal. Em alguns casos, a internação da gestante é necessária para a vigilância diária e instituição de tratamento. Ministério da Saúde(2003).*

A mulher com uma gravidez de alto risco pode ser encaminhada a um centro de atendimento perinatal. O termo perinatal refere-se a eventos que ocorrem imediatamente antes, durante ou após o parto. Geralmente, esses centros estão ligados a um serviço obstétrico e a uma unidade de terapia intensiva neonatal, para prover o mais alto nível de cuidados para a gestante e seu filho.

Frequentemente, o médico encaminha sua paciente grávida a um centro de atendimento perinatal antes do parto porque a atenção precoce reduz bastante a probabilidade do conceito adoecer ou morrer. A gestante também é encaminhada a um centro de atendimento perinatal durante o trabalho de parto quando ocorrem problemas inesperados.

A razão mais comum para o encaminhamento a um desses centros é o risco de parto prematuro (antes da 37ª semana), o qual ocorre freqüentemente quando as membranas cheias de líquido que contêm o feto rompem antes de ele estar pronto para nascer (ruptura prematura das membranas). O tratamento em um centro de atendimento perinatal pode reduzir a probabilidade do conceito de nascer prematuramente.

Nos Estados Unidos, uma mulher grávida morre (mortalidade materna) em 6 de cada 100.000 nascimentos. A principal causa de morte são os acidentes automobilísticos ou outros traumatismos. A segunda causa principal está relacionada a vários problemas associados à gestação e ao parto: embolia pulmonar (coágulos sanguíneos que se desprendem e vão aos pulmões),

complicações da anestesia, hemorragia, infecção e complicações da hipertensão arterial.

Segundo o Ministério da Saúde ( 2003):

*No Brasil, dentre as diversas situações obstétricas de risco gestacional, destacam-se as de maior incidência e de maior risco, o abortamento, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e sofrimento fetal.*

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco destaca a importância de uma abordagem integral às mulheres, considerando-se questões de gênero, raça/etnia e classe social, e, preconiza o manejo adequado de “situações de vulnerabilidade relacionadas ao processo saúde-doença, sejam elas individuais, sociais e até mesmo programáticas” .BRASIL (2004).

O Ministério da Saúde propõe uma classificação operacional dos fatores de risco reprodutivo, distribuindo-os em quatro categorias: características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; condições clínicas preexistentes e intercorrências clínicas; e doença obstétrica na gravidez atual. Várias condições elencadas no primeiro grupo indicam situações de vulnerabilidade individual e/ou social - como nível de escolaridade, conflitos familiares ou conjugais, condições de trabalho desfavoráveis, exposição a ambientes insalubres e abuso de drogas – que, muitas vezes, manifestam desigualdades e discriminações, seja por classe social, gênero, cor de pele, idade ou outras. BRASIL(2011).

Na unidade em que trabalho raramente aparece gestante de alto risco para ser atendida, porém, é de grande importância a busca do conhecimento específico sobre o tema objetivando reconhecer uma gestante de alto risco e propiciar uma

orientação correta para um atendimento de qualidade em situação de urgência emergência.

Neste contexto, a enfermagem tem papel fundamental na equipe interdisciplinar, auxiliando as gestantes e os familiares na condução do processo de gestação executando cuidados, visando o bem estar materno e fetal, estando alerta aos cuidados específicos a cada patologia e a possíveis riscos existentes ou que poderão surgir.

Assim, esse estudo se justifica pela relevância do tema considerando o que a gravidez de alto risco significa na vida da mulher, podendo acarretar vários danos a vida da gestante e a vida do feto, pois os riscos podem advir de múltiplos fatores. Surge então a importância de identificar esses riscos quando possível nas consultas de pré-natal através da identificação de sinais e sintomas pelo enfermeiro e assim propiciando uma assistência de qualidade a gestante.

*A enfermagem pode atuar de forma significativa para a redução das complicações relacionadas com a função reprodutiva, através de uma adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ampliando os horizontes para a equipe assistir melhor as gestantes de alto risco nos serviços de pré-natal e na orientação de planejamento familiar, de acordo com seu contexto socioeconômico cultural. Dourado; Pelloso (2007).*

## **2 OBJETIVOS**

- Identificar os sinais e sintomas de complicações mais prevalentes na gestação de alto risco
- Identificar os cuidados e orientações ministradas as gestantes sobre as complicações mais prevalentes de risco gestacional.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A gravidez inicia com a fecundação do óvulo pelo espermatozoide. Durante essa fase, o corpo da mulher passa por várias transformações, dentre as quais, psicológicas, hormonais e físicas.

*A gravidez é evento fisiológico cujo desenvolvimento exige adaptações do organismo materno voltado para a nutrição e bem estar do concepto devendo ultimar ao redor da 40ª a 42ª semana, com produto vivo, sadio, com peso e idade adequados. MARTINS (2002, p.32).*

*A gestação é um fenômeno fisiológico, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades. Apesar disso, há uma parcela de gestantes que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”. Brasil (2000a).*

É imprescindível para a mulher que deseja engravidar ou que esteja grávida, realizar consultas de aconselhamento ou de pré-natal, onde será identificado e avaliado os riscos gestacionais de modo que decisões possam minimizar possíveis intercorrências no decorrer dessa gestação.

*Por gestação de alto risco entende-se como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações que a média das gestações. Ministério da Saúde(2000)*

Existem mulheres que são susceptíveis ou que já apresentam algum problema ou agravo de saúde e na gestação essas condições possam vir a acarretar risco no ciclo gravídico-perperal para a mãe ou o feto.

*Estudo realizado pela OMS estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações*

*ligadas ao ciclo gravídio-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos. Saúde (2011).*

Isso mostra como é o sistema de saúde em países em desenvolvimento, nem todas as mulheres tem acesso a instituições de saúde, a assistência ao pré-natal ainda não é de maneira insatisfatória, precárias condições de vida, baixo nível de escolaridade.

*Tais modificações e influências podem vir a determinar um quadro morbimortalidade materno-infantil, se desassistido o binômio mãe-filho. Porém a constatação de tais modificações fez com que em meados do século XIX a atenção voltada apenas para o parto se estendesse ao período anterior e posterior à concepção, por meio do acompanhamento pré-natal e puerperal. (SERRUYA et al., 2004a; TREVISAN et al., 2002; VIEIRA 2002). Silva (2012a).*

A saúde da mulher no Brasil era oferecida de maneira limitada, onde era tratada de maneira restrita. Assuntos relacionados a gravidez e ao parto eram temas de maior preocupação, onde se jugavam situações de maior vulnerabilidade.

*A redução da mortalidade materna em 75% no período entre 1990 e 2015 é uma das metas pactuadas pelos 191 países participantes da Cúpula do Milênio. Para cumprir esses compromissos e garantir direitos previstos na Constituição Federal, o Ministério da Saúde tem proposto uma série de diretrizes, normas e protocolos para incrementar a qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Xavier (2011a).*

Uma das medidas adotadas pelo governo federal, como forma de prevenção de óbitos maternos, foi a criação de comitês de morte materna em todas as esferas do país.

*A atenção pré-natal tem sido uma preocupação constante do Ministério da Saúde, o qual tem investido na capacitação de profissionais de todo o sistema de saúde, através da criação de protocolos e da implementação de unidades de referência. Oliveira e Madeira (2011a).*

Com alguns avanços ocorridos na área da saúde da mulher, ficou inadmissível para o governo federal, danos causados a este segmento que possa causar sua morte.

*Os manuais enfatizam que o cuidado pré-natal deve ter como características primordiais a qualidade e a humanização no atendimento à gestante. Os serviços de saúde e seus profissionais devem acolher a mulher com dignidade, tendo um olhar crítico e consciência de que ela é sujeito de direito e não objeto passivo da atenção prestada. Oliveira e Madeira (2011b).*

Ao procurar uma unidade de saúde para iniciar o pré-natal, a mulher deve ser acolhida com humanização, dar atenção ao que ela relata, seus anseios, suas dúvidas, seus medos e saber o que aquela gestação significa para ela e seu companheiro, pois, em alguns casos, a mulher está procurando um apoio e um fim para suas preocupações.

*Um estudo transversal mostra que, apesar da alta cobertura alcançada no pré-natal com as gestantes usuárias do SUS, apenas 17,8% das mulheres receberam assistência adequada, ou seja, conseguem realizar o elenco mínimo das ações preconizadas. Além disso, apenas 17,7% dessas mulheres realizaram exame clínico das mamas; 21,1%, o exame preventivo para câncer de mama; e 82,2% não receberam assistência de qualidade, considerando-se os critérios mínimos exigidos pelo PHPN. Oliveira e Madeira (2011c).*

Uma das formas para se garantir uma boa assistência ao pré-natal, é a oferta de realização de capacitação aos profissionais de saúde (educação continuada), assim como educação em saúde as próprias gestantes, podendo evitar assim, índices elevados de mortes maternas e fetais.

*O próprio Ministério da Saúde aponta como questão crítica, na atenção pré-natal, a chamada "alta" do pré-natal, que implica a falta de acompanhamento ambulatorial da gestante no final da gestação, momento em que é mais acentuada a probabilidade de intercorrências objetivas. Oliveira e Madeira (2011d).*

É de fundamental importância que a gestante não falte as últimas consultas do seu pré-natal, pois, é no terceiro trimestre que podem surgir complicações como por exemplo, a pré-eclampsia e hipertensão que se não detectadas e tratadas podem levar a formas mais graves da doença.

No Brasil, entre 1990 e 2007, houve um decréscimo de 46% nas taxas de mortalidade materna, ou seja, de 140 para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Entretanto, essa redução foi observada principalmente na década de 1990; nos anos 2000, as taxas de mortalidade materna mantiveram-se em um patamar ainda elevado, de cerca de 74 óbitos por 100 mil nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil, por sua vez, apresentaram importante declínio nas últimas décadas, porém a mortalidade neonatal, intimamente relacionada com a assistência ao pré-natal e ao parto, se mantém estabilizada em níveis altos. Xavier (2011b).

A não realização do pré-natal, ou poucas consultas realizadas, ou um pré-natal de pouca qualidade, pode acarretar índices elevados de mortes neonatais, sendo imprescindível a busca ativa das gestantes faltosas para o acompanhamento efetivo e de qualidade dessa consulta.

*O marco conceitual da vulnerabilidade em saúde, proposto por Ayres et al. é profícuo para a análise do complexo fenômeno da saúde e da morbimortalidade materna. Os autores realçam a relação intrínseca entre indivíduo e coletivo, em contextos específicos, no processo de saúde-adoecimento, e consideram que as situações de vulnerabilidade envolvem três dimensões interdependentes: individual, social e programática. A vulnerabilidade individual diz respeito a informações, redes de relacionamento e outros recursos sociais que os indivíduos dispõem e lhe conferem maior ou menor habilidade de agir mediante problemas de saúde; a vulnerabilidade social remete às macroestruturas sociais e suas formas de redistribuição de recursos cognitivos e materiais e de oportunidades de participação e reconhecimento social; a vulnerabilidade programática se refere à forma como as instituições respondem e atendem ou não às demandas e necessidades de saúde dos diferentes sujeitos e grupos sociais. Xavier (2011c).*

Há pessoas que possuem características que as levam ao risco de adoecimento ou alterações nas condições de saúde por problemas sociais, econômicos, familiares, físicos.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1984 vem atender a esta



demanda, com bases filosóficas voltadas para o provimento de ações relacionadas à gravidez, à contracepção, a esterilidade feminina, prevenção do câncer de colo uterino, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Porém sua consolidação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, impedindo que atuasse de maneira mais efetiva na saúde feminina, pelo fato de ainda permanecerem inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, pois a qualidade de assistência prestada demonstrava desvinculação entre o pré-natal, o parto e o puerpério (COSTA 1999; SERRUYA, et al., 2004a; SERRUYA, et al., 2004b). Silva (2012b)

O PAISM inseriu programas voltados para a saúde da mulher em todas as etapas de sua vida. Foi criada ações educativas e preventivas em câncer de colo do útero e mama, oferecendo apoio, suporte e assistência no pré-natal, parto, puerpério e climatério.

*Uma nova estratégia de ação foi proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil por meio da Portaria GM nº 569, de 1 de Junho de 2000, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), que busca concentrar esforços no sentido de redução das elevadas taxas de morbimortalidade vigentes. Ainda no mesmo sentido foi estabelecida a Portaria GM nº 1067, de 4 de Julho de 2005, que fortalece e ratifica a primeira. Silva (2012c).*

Esse programa busca diminuir o alto índice de mortalidade materno e fetal, oferecer uma assistência de qualidade a mulher nas suas consultas de pré-natal e se fundamenta nos direitos da gestante e do recém nascido na humanização do atendimento.

*Estabelecido os objetivos do programa, modo de atuação e seu novo paradigma, o PNHPN define o cumprimento de ações básicas, sendo estas o elenco mínimo estabelecido para adequar a qualidade da assistência pré-natal e puerperal. Foram definidas as seguintes ações para o período pré-natal: realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação; realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, a realização de alguns exames na primeira consulta (tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, urina de rotina, oferta de testagem de HIV, sorologia de Hepatite B e Toxoplasmose) e outros realizados novamente próximos a trigésima semana gestacional (glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina). O programa oferta ainda aplicação da vacina antitetânica e para o período puerperal, uma consulta até 42 dias após o nascimento. Todas essas ações ainda são incrementadas com investimento financeiro para a realização de capacitação e especialização de profissionais de saúde ligados à área, além do pagamento diferenciado ao tratamento e manutenção da*

*gestação de alto risco e incentivo para as unidades de atenção primária e secundária (BRASIL, 2000; BRASIL 2005; SERRUYA et al., 2004a; SERRUYA et al., 2004b; SILVA et al., 2005). Silva (2012d)*

*A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em 2001 ocorreram nas capitais brasileiras 74,5 mortes por causas maternas para cada 100 mil nascidos vivos, segundo dados oficiais, estimando-se que cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis. CARVALHO E ARAUJO (2004).*

A gestante de alto risco deve ser atendida em suas necessidades fisiológicas decorrentes de todas as mudanças corporais e desconfortos da gravidez, nas complicações oriundas das patologias apresentadas e das condutas adotadas em nível hospitalar.

Especificamente, o conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano. Na assistência pré-natal, a gestação de alto risco diz respeito as alterações relacionadas tanto a mãe como ao feto.

Por isso é de fundamental importância o conhecimento de todo o histórico da vida da gestante, como por exemplo, fator socioeconômico, história reprodutiva, intercorrências clínicas e doença obstétrica da gravidez atual, como mostra o quadro a seguir:

**Quadro 1.** Tais fatores de risco à gravidez podem ser assim detalhados:

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS	HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	DOENÇA OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ ATUAL	INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Idade menor que 17 e maior que 35 anos;</li> <li>➤ Ocupação: esforço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Morte perinatal explicada e inexplicada;</li> <li>➤ Recém-nascido com</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cardiopatias;</li> <li>➤ Pneumopatias;</li> <li>➤ Nefropatias;</li> </ul>

<p>físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos, biológicos e estresse;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Situação conjugal insegura</li> <li>➤ Baixa escolaridade</li> <li>➤ Altura menor que 1,45 m;</li> <li>➤ Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;</li> <li>➤ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas</li> </ul>	<p>crescimento retardado, pré-termo ou malformado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Abortamento habitual;</li> <li>➤ Esterilidade e/ou infertilidade;</li> <li>➤ Intervalo temporal menor que dois ou maior que cinco anos;</li> <li>➤ Nuliparidade e multiparidade;</li> <li>➤ Síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva;</li> <li>➤ Cirurgia uterina anterior</li> </ul>	<p>de líquido amniótico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;</li> <li>➤ Ganho ponderal inadequado;</li> <li>➤ Pré-eclâmpsia e eclampsia;</li> <li>➤ Amniorrexe prematura;</li> <li>➤ Hemorragias de gestação;</li> <li>➤ Isoimunização;</li> <li>➤ Óbito fetal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Endocrinopatias;</li> <li>➤ Hemopatias;</li> <li>➤ Hipertensão arterial;</li> <li>➤ Epilepsia;</li> <li>➤ Doenças infesciosas;</li> <li>➤ Doenças auto-imunes;</li> <li>➤ Ginecopatias</li> </ul>
---	--	---	--

Brasil (2001a)

*As necessidades de saúde do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, por meio de procedimentos simples, outros necessitarão de cuidados mais complexos presentes nos níveis secundário e terciário com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas de outras áreas: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, tendo o obstetra o papel decisivo no acompanhamento e na atuação dessa equipe. Brasil (2001b).*

É importante que a gestante comece a realizar o pré-natal o mais cedo possível, pois esta deve ser avaliada pelo profissional quanto ao risco a fim de ser encaminhada com segurança a média ou alta complexidade caso seja necessário.

O objetivo da assistência à gestante de alto risco é acolher e apoiar a mulher implementando uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, que levam as mulheres à internação para a vigilância, o controle e a redução dos agravos em saúde materno fetal.

É imprescindível que os profissionais de saúde que acompanha a gestante durante seu pré-natal, ofereça a gestante uma consulta de qualidade, pois, é importante serem

cuidadores e estarem atentos a fatores de risco e saberem quando encaminhá-la a uma referência.

*Com o objetivo de garantir melhor qualidade à gestação de alto risco e de reduzir o índice de morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde normatizou a implantação de programas estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco, aplicando novos recursos na capacitação de profissionais de saúde, na reestruturação da área física e na aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos para atender as gestantes e os bebês de risco. Esta normatização se organiza através das seguintes portarias: MS/MG 3.016 de 19 de Junho de 1998, MS/MG 3.482 e MS/MG 3.477 ambas de 20 de Agosto de 1998. Posteriormente, em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO) o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2000 os Manuais Técnicos de Assistência Pré-natal e Gestação de Alto Risco, os quais foram distribuídos para a rede básica e hospitalar de saúde de todo território nacional (BRASIL, 2001). Oliveira (2008).*

## 4 MATERIAL E MÉTODO

Atualmente a prática baseada em evidências (PBE) vem alcançando importante expansão na área da saúde no mundo e no Brasil. Segundo Lacerda et al (2011) a PBE pode ser considerada uma importante ferramenta na assistência à saúde, pois possibilita reunir, classificar e analisar resultados inseridos na extensa produção científica, reconhecendo sua qualidade e embasando tomadas de decisões.

O método de PBE a ser utilizado neste trabalho será a revisão integrativa. Este método segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) afirmam que este tipo de estudo tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008, p.759).

### 4.1 MÉTODO E ETAPA

De acordo com, Mendes, Silveira e Galvão (2008), este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Completam que, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional.

- **Primeira:** Definir o tema e levantar hipótese ou questões de pesquisa que apresente relevância para a saúde e enfermagem;

- **Segunda:** Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de estudos busca na literatura;
- **Terceira:** Definir informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
- **Quarta:** Avaliar os estudos incluídos na revisão integrativa;
- **Quinta:** Interpretar os resultados;
- **Sexta:** Apresentar a revisão, ou seja, a síntese do conhecimento.

Segundo Mendes et al (2008), a etapa de análise consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave.

Portanto, o revisor tem como objetivo nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo, MENDES et al (2008).

Inicialmente foram encontradas 359 publicações nas três bases de dados, sendo 336 na LILACS, 13 na MEDLINE e 10 na SCIELO. Posteriormente foi realizada uma pré-seleção por meio da leitura dos títulos e/ou resumos e dos critérios de inclusão (disponibilizados na íntegra, idioma português, indexado em revista científica entre 2000 e novembro de 2012), sendo assim selecionados 18 artigos para leitura completa, dos quais 05 foram incluídos na revisão. A Figura 1 demonstra o caminho percorrido nessa busca.

Algumas das referências encontradas na LILACS se repetem, pois os artigos utilizam vários dos descritores pesquisados, sendo assim os artigos repetidos foram contados apenas uma vez.

## **4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população de estudo foi estabelecida através de uma busca realizada na base de dados LILACS, MEDLINE e no portal de periódicos SCIELO da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A amostra foi selecionada levando-se em conta os seguintes critérios de inclusão: estudos de produção científica, dissertações, teses e artigos originais disponíveis na íntegra, que foram publicados em revistas científicas no período de 2000 a novembro de 2012, em idioma português e que respondem a pergunta norteadora da revisão (“Quais são os sinais e sintomas apresentados por uma gestante de alto risco?”).

A estratégia de busca ocorreu por meio de um formulário básico com os seguintes descritores em português

## **4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram considerados somente os artigos no período de abrangência 2000 a 2012, estudos publicados em português, inglês e espanhol disponíveis na íntegra na base de dados e que responda a questão norteadora do presente estudo.

Foram excluídos os artigos que não respondiam a pergunta norteadora e que não se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo.

## **4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO**

Como variáveis dos estudos foram consideradas: caracterização relativa aos autores, às publicações, ao delineamento do estudo e a variável de interesse: Contribuição do enfermeiro no reconhecimento da gestação de alto risco.

#### **4. 5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Para coleta de dados foi elaborada em um formulário próprio (APÊNDICE 1) constituído por questões sobre as variáveis do estudo, com o objetivo de facilitar o processo de análise dos dados.

#### **4.6 ANÁLISES DOS DADOS**

Para análise e posterior síntese dos artigos que atenderem aos critérios de inclusão foram construídos quadros sinópticos para facilitar a visualização e discussão dos dados. A apresentação dos resultados e discussão dos mesmos foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

#### **4. 7 RESULTADOS**

Foram construídos quadros sinópticos sobre as características dos autores das publicações que fizeram parte da revisão integrativa (QUADRO 1), sobre as características das publicações que fizeram parte do estudo (QUADRO 2).A seguir subsidiada nessa literatura foi descrito os sinais e sintomas das complicações mais prevalentes em gestante de alto risco bem como os cuidados e orientações a serem realizadas pelo enfermeiro.



**FIGURA 1**

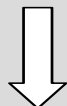
**Resultado Inicial:** quantidade de artigos encontrados conforme combinação de descritores.

LILACS: 18  
MEDLINE: 29  
SCIELO: 34  
TOTAL: 81.



**Pré-Seleção para Leitura:** quantidade de artigos selecionados utilizando-se critérios de inclusão e leitura títulos e/ou resumos.

LILACS: 09  
MEDLINE: 02  
SCIELO: 07  
TOTAL: 18



**Artigos Incluídos na Revisão após Leitura**

LILACS :02  
SCIELO: 02  
MEDLINE: 01

TOTAL: 05

**Quadro 2.** Artigos levantados nas bases de dados ScIELO, LILACS e Medline sobre gravidez de risco

<b>Procedência</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Periódico (vol, n<sup>o</sup>, pág, ano)</b>	<b>Considerações / Temática</b>
SciELO	Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco	Roseli Mieko Yamamoto Nomura; Letícia Vieira Paiva <sup>1</sup> ; Verbênia Nunes Costa; Adolfo WenjawLiao; Marcelo Zugaib	Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.34 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2012	Analisa a influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal em gestações de alto risco.
MEDLINE	Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais	.MS	MS Brasília 2010	Discorre sobre as diretrizes assistenciais obstétricas
LILACS	Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco	OLIVEIRA, V.J; MADEIRA, F.M.A	Rev E EnfAna Nery vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011	Retrata como se dá a relação entre os profissionais de saúde de uma equipe interdisciplinar de atenção ao pré-natal de risco e as gestantes que frequentam esse serviço.
SciELO	Gravidez de Alto Risco: O desejo e a Programação de um getação.	Dourado, V.G; Pelloso, S.M.	Acta Paulista Enfermagem, 2007;20(1):69-74.	estudo qualitativo com o objetivo de verificar o acontecimento da gestação, a programação e o desejo de ter um filho entre mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco em um serviço de pré-natal de referência.
LILACS	Gestação de Alto Risco.	MS	MS Brasília 2000,2003	Discorre sobre o processo gestacional e os agravos ou complicações mais prevalentes

A análise dos dados foi realizada por meio de uma síntese, buscando o grau de concordância entre os autores sobre a pergunta deste estudo os resultados apresentados foram classificados em dois grandes grupos: Sinais e sintomas mais de complicações mais prevalentes apresentadas pela gestante de alto risco e cuidados e orientações de enfermagem conforme descritos a seguir:

### **Sinais e sintomas apresentados pela gestante de alto risco:**

- Hipertensão arterial

Pressão arterial igual ou maior que 140/90mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas.

- Proteinúria

A proteinúria é definida como a excreção de 0,3g de proteínas ou mais em urina de 24 horas, ou 1+ ou mais na fita em duas ocasiões, em uma determinação de amostra única sem evidência de infecção. Devido à discrepância entre a proteinúria de amostra única e a proteinúria de 24 horas na pré-eclâmpsia, o diagnóstico deve ser baseado em exame de urina de 24 horas.

- Plaquetopenia

Menos de 100.000/mm, com maior gravidade quando menor que 50.000/mm

- Bilirrubina acima de 1,2mg/dL, e Presença significativa de esquizócitos em sangue periférico (>5% no campo microscópico).
- Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg
- Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária

Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)

- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL

- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito
- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia

#### Plaquetopenia (<100.000/mm)

- Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose
- Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrâmnio
- A idade da mãe. Menor que 17 anos: correm o risco de desenvolverem pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, darem a luz a crianças abaixo do peso e prematuras. Maior que 35 anos: têm maior risco de desenvolver diabetes e hipertensão associadas à gravidez e miomas uterinos
- A altura da mãe: menor que 1,45m, aumentam-se os riscos de atraso no crescimento intra-uterino e desproporção pélvico-fetal.
- O peso da mãe. Menor que 45 Kg: aumentam os riscos de darem à luz a crianças de baixo peso. Muito obesas: Aumentam-se os riscos de contraírem diabetes e hipertensão associadas à gestação.
- Dependência de drogas , lícitas e ilícitas.
- Exposição a agentes físico-químicos nocivos.

#### **História Ginecológica e/ou de Gravidez:**

- Aborto habitual. Mulheres que já abortaram, espontaneamente ou não, são mais propensas a terem partos prematuros ou outro aborto.

- Prévio caso de morte fetal ou morte neonatal
- Prévio trabalho de parto prematura
- Anormalidades Uterinas.
- Neoplasia Ginecológica.
- História de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia
- Hemorragia em gestações anteriores
- Prévio caso de dar à luz a recém - nascido de baixo peso
- Histórico Familiar de condição genética
- Diabetes
- Insuficiência cardíaca
- Hipertensão
- Infecções
- Tumores
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Insuficiência cardíaca
- Insuficiência hepática
- Hemorragia
- Eclampsia e pré-eclâmpsia
- Diabete associada à gestação
- Hipertensão Associada à gestação
- Infecções

- Ruptura prematura da bolsa
- Doença do RH-Isoimunização
- Ganho de peso em excesso
- Crescimento uterino insuficiente ou maior que o esperado
- Gestação Múltipla

### **Cuidados e orientações à gestante nas complicações mais prevalentes:**

#### **Cuidados e orientações à gestante com crise hipertensiva severa**

- Acolher a gestante e aferir os sinais vitais;
- Encaminhar a paciente ao leito com grades protetoras, fontes de oxigênio, vácuo e ar comprimido montados e com material de emergência adequado à mão, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la das possíveis dúvidas e orientá-la quanto à permanência em decúbito lateral esquerdo (DLE);
- Orientar a gestante e/ou seu acompanhante, se for o caso, quanto ao funcionamento e rotinas do setor;
- Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
- Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
- Puncionar acesso venoso periférico, caso indicado, de preferência utilizando um cateter de grosso calibre;
- Instituir o processo de enfermagem realizando exame físico clínico e ginecoobstétrico, prescrição de enfermagem, que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário, e evolução de enfermagem;
- Aguardar aproximadamente 30 minutos e aferir os sinais vitais;

- Preparar e administrar medicações prescritas;
- Verificar a pressão arterial em DLE, conforme a prescrição médica ou de enfermagem, registrar e comunicar as alterações aferidas até a estabilização dos níveis pressóricos;
- Atentar para as solicitações de exames, os agendamentos e o preparo para os exames, priorizando os de urgência;
- Observar, comunicar ao médico e registrar a presença de atividade uterina (metrossístoles e/ou hipertonia);
- Observar e registrar perdas vaginais (sangramentos, líquido amniótico e outros). Em caso de perda de líquido amniótico registrar cor, odor, presença de grumos ou não e comunicar ao médico-obstetra de plantão;
- Manter vigilância constante;
- Observar, comunicar e registrar sinais/sintomas que indiquem crise convulsiva iminente (visão turva, escotomas cintilantes, dor epigástrica, confusão mental etc.).

### **Cuidados e orientações de Enfermagem em casos de gestante em eminência de crise convulsiva**

- Controle do ambiente (manter paciente em ambiente silencioso e com penumbra);
- Manter material de reanimação completo à mão;
- Manter vias aéreas livres para a redução do risco de aspiração; elevação da cabeceira a 30° e lateralização da cabeça;
- Oferecer suporte não invasivo de oxigênio;
- Proteger a língua com campos ou cânula de Guedel em caso de crise convulsiva;
- Retirar próteses dentárias;

- Manter permeabilidade do acesso venoso e instituir imediatamente terapêutica protocolar prescrita por médico para pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia (protocolo anticonvulsivante e anti-hipertensivo).

### **Cuidados e orientações à gestante com deslocamento prévio de placenta**

- Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;
- Encaminhar a paciente ao leito com grades protetoras, fontes de oxigênio, vácuo e ar comprimido montados e com material de emergência adequado à mão, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la de possíveis dúvidas e orientá-la quanto à necessidade de repouso no leito;
- Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
- Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
- Verificar e registrar os sinais vitais (SV), conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados;
- Atentar que os SV podem alertar para possíveis processos de choque hemorrágico e/ou hipovolêmico (hipotensão arterial, taquicardia, dispneia etc.);
- Puncionar acesso venoso periférico, de preferência utilizar um cateter de grosso calibre e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;
- Manter permeabilidade venosa, para garantir a reposição volêmica/correção de coagulopatias;
- Realizar cateterismo vesical conforme prescrição médica;
- Instituir balanço hídrico (atentar para a perda sanguínea transvaginal, volume, cor e odor);
- Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;



- Instituir o processo de enfermagem realizando exame físico clínico e gineco obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário

### **Cuidados e orientações à gestante com rotura uterina**

- Encaminhar a paciente ao leito com grades protetoras, fontes de oxigênio, vácuo e ar comprimido montados e com material de emergência adequado à mão, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la de possíveis dúvidas e orientá-la quanto à necessidade de repouso no leito;
- Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;
- Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
- Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
- Verificar e registrar os sinais vitais (SV), conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados;
- Atentar que os SV podem alertar para possíveis processos de choque hemorrágico e/ou hipovolêmico (hipotensão arterial, taquicardia, dispneia etc.);
- Puncionar acesso venoso periférico, de preferência utilizar um cateter de grosso calibre e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;
- Manter permeabilidade venosa, para garantir a reposição volêmica/ correção de coagulopatias;
- Realizar cateterismo vesical conforme prescrição médica;
- Instituir balanço hídrico (atentar para a perda sanguínea transvaginal: volume, cor e odor);
- Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;

- Instituir o processo de enfermagem realizando exame físico clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário

### **Cuidados com a gestante em caso com rotura prematura das membranas ovulares**

- Orientar a gestante sobre a importância do repouso no leito, de preferência em decúbito lateral esquerdo;
- Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;
- Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
- Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
- Orientar a cliente sobre a higiene perineal rigorosa, bem como a troca de absorventes perineais sempre que necessário;
- Indagar sobre movimentos fetais ativos, se idade gestacional for maior ou igual a 20ª semana;
- Monitorar atividade e tônus uterino;
- Averiguar para as perdas transvaginais, atentando para características como cor, odor e volume das perdas;
- Manter acesso venoso e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;
- Instituir o processo de enfermagem, realizando exame físico, clínico e obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário;
- Verificar e registrar os sinais vitais (SV) conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados; atentar que os SV

podem alertar para possíveis processos infecciosos ou choque hipovolêmico (aumento da temperatura corporal, taquicardia, dispneia etc.);

- Orientar sobre a terapêutica medicamentosa prescrita;
- Auscultar BCF;
- Evitar toques vaginais desnecessários;
- Atentar quanto ao material estéril para os toques vaginais;
- Atentar quanto ao risco de prolapso do cordão umbilical;
- Colher amostras de sangue para leucograma seriado conforme rotina da instituição;
- Atentar quanto aos sinais de infecção materna: febre, dor à palpação abdominal, alterações do líquido amniótico (principalmente purulência e fetidez) e taquicardia fetal

### **Cuidados e ou orientações para gestante diabética**

- Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;
- Indagar sobre movimentos fetais ativos, se idade gestacional for maior ou igual que 20 semanas;
- Avaliar altura uterina e circunferência abdominal;
- Pesar diariamente em jejum a gestante;
- Auscultar BCF;
- Informar à gestante sobre a sua condição clínica;
- Orientar quanto ao efeito materno-fetal do diabetes;
- Atentar quanto aos sinais de infecção, principalmente urinária;
- Realizar e registrar haemogluco teste nos horários padronizados ou quando necessário;

- Observar rigorosamente a dosagem e tipo de insulina (NPH ou regular) a ser administrada;
- Realizar o rodízio do local de aplicação da insulina;
- Orientar a cliente quanto ao autocuidado;
- Manter hidratação com soro glicosado a 5% e a verificação dos níveis glicêmicos de forma regular, através do haemogluco-test, nos casos de jejum prolongado para interrupção da gravidez;
- Atentar quanto aos sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, mal-estar, sensação de “vazio” na cabeça, diminuição do turgor cutâneo, mucosas secas, alterações da consciência, taquicardia, letargia, coma e convulsão;
- Atentar quanto aos sinais e sintomas de hipoglicemia: tremores, dormência perioral, sudorese intensa, palidez, palpitações, fome intensa, visão turva, tonturas, cefaleia, irritabilidade, distúrbios de comportamento, convulsão, perda da consciência e coma

### **Cuidados e orientações à gestante com risco de abortamento**

- Acolher e encaminhar a paciente ao leito, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la de possíveis dúvidas e orientá-la quanto à permanência no leito;
- Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;
- Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
- Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
- Puncionar acesso venoso periférico, de preferência utilizar um cateter de grosso calibre e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;

- Manter hidratação venosa com solução fisiológica a 0,9% para prevenir o choque hipovolêmico, conforme prescrição médica;
- Instituir o processo de enfermagem, realizando exame físico clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário;
- Verificar e registrar os sinais vitais (SV), conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados;
- Atentar que os SV podem alertar para possíveis processos infecciosos ou choque hipovolêmico (aumento da temperatura corporal, taquicardia, dispneia etc.);
- Instituir balanço hídrico (atentar para a perda sanguínea transvaginal: volume, cor e odor);
- Avaliar atividade e tônus uterino;
- Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;
- Preparar a paciente para procedimento cirúrgico, quando indicado;
- Avaliar a evolução das condições físicas e emocionais da cliente, após procedimento;
- Realizar o Acolhimento Mulher, garantindo a continuidade da atenção em nível ambulatorial

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez é um acontecimento natural na vida de uma mulher, porém, alguns fatores podem condicionar uma gravidez de alto risco.

Apesar da saúde da mulher tornar-se prioridade nos atendimentos pelos profissionais de saúde, o que se vê na realidade, é altos índices de morte materna, sendo a grande maioria dessas mortes evitáveis ocorridas em países em desenvolvimento.

Essas mortes é um problema de saúde pública brasileira que se proporcionado um acompanhamento de qualidade durante as consultas de pré-natal, essa realidade pode ser mudada.

As mortes maternas estão relacionadas com estilo de vida da gestante e a assistência do pré-natal e puerpério, pois, realizando as consultas de pré-natal com qualidade e realizando busca ativa, as gestantes terão acesso aos exames de rotina, ao cuidado humanizado e ao serviço de referência caso necessário.

É imprescindível o conhecimento do histórico da vida da gestante pelo profissional de saúde a fim de minimizar as complicações advindas da gestação e referenciar de acordo com o risco apresentado.

Com o intuito de reduzir a mortalidade materna no Brasil, o Ministério da Saúde criou diretrizes e protocolos para melhorar a qualidade no atendimento do pré-natal, parto e puerpério.

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde em 1984, veio com o objetivo de diminuir a morbimortalidade materna e infantil, pois este programa vem atender a mulher de forma integralizada, ou seja, na saúde reprodutiva, pré-natal, parto, puerpério e climatério.

Deduz-se que é preciso que seja realizado um atendimento humanizado e de qualidade as gestantes, com um olhar diferenciado para aquelas que tenham algum sinal e sintoma que possa a vir surgir alguma complicação futura, que o profissional seja capacitado e saber quando é preciso referenciar a gestante no caso de uma gestação de alto risco.

Ao concluir e atender com esse estudo os objetivos propostos, espera-se que outros estudos e pesquisas sejam realizados pelos profissionais de saúde e que esse tema seja motivo de reflexão e intervenção dos profissionais junto aos órgãos governamentais.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, L.R.; MELO, M.R.A.C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2008 maio-jun jun. 61(2): 366-70 70. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf). Acesso em 09 nov.2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem - Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Assistência de Enfermagem em Situações Obstétricas de Risco. Brasília, DF, p. 64, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco - Manual Técnico**, Brasília, DF, p. 11, 2000a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco-Manual Técnico**, Brasília, DF, p. 11, 2000b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**, Brasília, DF, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestante de Alto Risco**, Brasília, DF, p.06, 2001a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestante de Alto Risco**, Brasília, DF, p.06, 2001b

Brasil - Ministério de saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Ações Programáticas. Estratégias:área técnica saúde da mulher. Pré - natal e Puerpério.Atenção qualificada e humanizada Brasília Ministério da Saúde.2005. 158p.

BRASIL- Ministério da Saúde. Políticas de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Brasília Ministério da Saúde 2004.

Brasil - Ministério da Saúde.Grupo Hospitalar Conceição, Gerencia de Saúde Comunitária, Atenção a Saúde da Gestante em APS– 2011 Porto Alegre:240p.

CARVALHO, V.C.P; ARAUJO, T.V.B. **Adequação da Assistência Pré-Natal em Gestantes Atendidas em dois Hospitais de Referência de Gravidez de Alto**



**Risco do Sistema Único de Saúde, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco.** Revista Brasileira Saúde Materna Infantil, 7 (3): 309-317, jul. / set., 2007. Disponível em: <Erro! A referência de hiperlink não é válida.<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/10.pdf>> Acesso 20 out. 2012

Dourado, V.G; Peloso, S.M. Gravidez de Alto Risco: O desejo e a Programação de um getação. **Acta Paulista Enfermagem**, 2007;20(1):69-74.

GOMES, M.L Enfermagem .Obstétrica: Diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem. da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010 168p.

MARTINS, M.G. Gestaçao de Alto Risco. **Revista do Hospital Universitário**, v. 3(1), jan-abr,2002. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/estatisticas/revista>> Acesso em 19 out. 2012

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 758-64, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf). Acesso em 09 nov. 2012

OLIVEIRA, O.J. Escola de Enfermagem da UFMG. **Vivenciando a Gravidez de Alto Risco: Entre a Luz e a escuridão**, p.14, 2008

OLIVEIRA, V.J; MADEIRA, F.M.A. **Interagindo com a Equipe Multiprofissional: As Interfaces da Assistência na Gestaçao de Alto Risco**, Ana Nery vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011a

OLIVEIRA, V.J; MADEIRA, F.M.A. **Interagindo com a Equipe Multiprofissional: As Interfaces da Assistência na Gestaçao de Alto Risco**, Ana Nery vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011b

OLIVEIRA, V.J; MADEIRA, F.M.A. **Interagindo com a Equipe Multiprofissional: As Interfaces da Assistência na Gestaçao de Alto Risco**, Ana Nery vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011c

OLIVEIRA, V.J; MADEIRA, F.M.A. **Interagindo com a Equipe Multiprofissional: As Interfaces da Assistência na Gestão de Alto Risco**, Ana Nery vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011d

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, M.C. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**.22(4):434-8. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>. Acesso em 09 nov.2012.

SILVA, M.V.E. Universidade Federal de Minas Gerais -Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. **Início Tardio do Pré-Natal: Revisão Integrativa da Literatura**, p. 11, 2012<sup>a</sup>

SILVA, M.V.E. Universidade Federal de Minas Gerais -Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. **Início Tardio do Pré-Natal: Revisão Integrativa da Literatura**, p. 11, 2012<sup>b</sup>

SILVA, M.V.E. Universidade Federal de Minas Gerais -Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. **Início Tardio do Pré-Natal: Revisão Integrativa da Literatura**, p. 11, 2012<sup>c</sup>

SILVA, M.V.E. Universidade Federal de Minas Gerais -Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. **Início Tardio do Pré-Natal: Revisão Integrativa da Literatura**, p. 11, 2012<sup>d</sup>

XAVIER, R.B. Risco **Reprodutivo e Renda Familiar: Análise do Perfil de Gestantes**, 2011<sup>a</sup>

XAVIER, R.B. Risco **Reprodutivo e Renda Familiar: Análise do Perfil de Gestantes**, 2011<sup>b</sup>

XAVIER, R.B. Risco **Reprodutivo e Renda Familiar: Análise do Perfil de Gestantes**, 2011<sup>c</sup>

## APÊNDICE

<b>QUESTIONÁRIO DE PESQUISA</b>
<b>Referência da Literatura:</b>
<b>Autor:</b>
<b>Área de Atuação:</b>
<b>País de Origem:</b>
<b>Qualificação:</b>
<b>Fonte:</b>
<input type="checkbox"/> Scielo <input type="checkbox"/> Medline <input type="checkbox"/> Lilacs <input type="checkbox"/> Outros: _____
<b>Ano de Publicação:</b>
<b>Periódico:</b>
<b>Tipo de Estudo:</b>

<b>Delineamento do Estudo:</b>
<b>Idioma:</b>
( ) Português _____
<b>Variável de interesse:</b>
<b>Contribuição do enfermeiro da esf no reconhecimento da gestação de alto risco .</b>