



BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**ADRIANA MACIEL GOMES CAMILA SOUTO ALVES DEMOTIEUX SILVA BARROSO
FABIANE SILVA LOPES LUISA SHERIDAFRANCELINO DE SOUSA**

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES MATERNAS EM UMA MATERNIDADE NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

FORTALEZA

2018

ADRIANA MACIEL GOMES
CAMILA SOUTO ALVES
DEMOTIEUX SILVA BARROSO
FABIANE SILVA LOPES
LUIZA SHERIDA FRANCELINO DE SOUSA

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES MATERNAS EM UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA-CE

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
UniAteneu, como pré-requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Ms. Hellen Livia Oliveira
Catunda Ferreira.

FORTALEZA

2018

G633p Gomes, Adriana Maciel.

Principais complicações maternas em uma maternidade no município de Fortaleza-CE. / Adriana Maciel Gomes, Camila Souto Alves, Demontieux Silva Barroso, Fabiane Silva Lopes, Luísa Sherida Francelino de Sousa. – Fortaleza: UNIATENEU, 2018.

31 f.

Orientadora: Profa. Ms. Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira.
Artigo (Graduação em Enfermagem) – UNIATENEU, 2018.

1.Enfermagem. 2.Parto. 3.Puerpério. 4.Complicações. I.Alves, Camila Souto. II.Barroso, Demontieux Silva. III.Lopes, Fabiane Silva. IV.Sousa, Luísa Sherida Francelino de. V.Título.

CDD 155.6423

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES MATERNAS EM UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

(MAIN MATERNAL COMPLICATIONS IN A MATERNITY IN THE MUNICIPALITY OF FORTALEZA-CE)

Adriana Maciel Gomes¹
Camila Souto Alves²
Demotieux Silva Barroso³
Fabiane Silva Lopes⁴
Luisa Sherida Francelino de Sousa⁵
Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira⁶

RESUMO

A gestação é um fenômeno fisiológico que representa a capacidade reprodutiva da mulher, trazendo ao organismo feminino mudanças físicas e emocionais. Entretanto, por características particulares, algumas gestantes apresentam maior probabilidade de sofrer alterações incomuns nesse período de adaptação, podendo implicar riscos para a mãe e para o feto. O objetivo do estudo é analisar as principais complicações maternas ocorridas em uma maternidade escola de referência no município de Fortaleza-CE. Trata-se de um estudo documental, transversal, correlacional com abordagem quantitativa realizado no período de agosto a novembro de 2018 nas clínicas obstétricas de uma maternidade escola de referência no município de Fortaleza-CE com prontuários de 104 puérperas. A coleta de dados foi feita por meio de um formulário estruturado e os dados analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences*. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil sob o parecer nº 2.950.892. Quanto ao número de puérperas que tiveram algum tipo de complicação na gestação, 16,3% foram de origem diabética, 15,4% hipertensiva, 10,6% infecciosas e 1% hemorrágicas. Foi visto também que 84,5% das puérperas que realizaram mais de sete consultas pré-natal, ainda assim apresentaram algum tipo de complicação ($p=0,388$). Houve associação estatística entre o desfecho neonatal e as complicações maternas ($p=0,004$). A equipe de enfermagem precisa promover uma assistência segura e humanizada às gestantes e puérperas, elaborando um plano de cuidados de acordo com as necessidades identificadas, visando prevenir complicações e promover a saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Parto; Puerpério; Complicações.

ABSTRACT

Gestation is a physiological phenomenon that represents the reproductive capacity of the woman, bringing to the female body physical and emotional changes. However, due to particular characteristics, some pregnant women are more likely to suffer unusual changes during this period of adaptation, which may involve risks for the mother and the fetus. The objective of the study is to analyze the main maternal complications occurred in a maternity school of reference in the municipality of Fortaleza-CE. This is a documentary, cross-sectional, correlational study with a quantitative approach conducted in the period from August to November of 2018 in the obstetric clinics of a maternity school of reference in the city of Fortaleza-CE with medical records of 104 puerperal

women. Data collection was done through a structured form and analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences program. This project was approved by the Ethics Committee through the Brazil Platform under opinion n° 2.950.892. As for the number of puerperae who had some type of complication during pregnancy, 16.3% were diabetic, 15.4% hypertensive, 10.6% infectious and 1% hemorrhagic. It was also observed that 84.5% of the puerperae who performed more than seven prenatal visits nevertheless presented some type of complication ($p=0.388$). There was a statistical association between neonatal outcome and maternal complications ($p=0.004$). The nursing team needs to promote safe and humane care for pregnant women and puerperal women, developing a plan of care according to the needs identified, in order to prevent complications and promote health.

Keywords: Nursing; Childbirth; Puerperium; Complications.

-
1. Estudante do curso de Enfermagem da UniAteneu. E-mail: adrianamacster@gmail.com
 2. Estudante do curso de Enfermagem da UniAteneu. E-mail: camilasouto2917@hotmail.com
 3. Estudante do curso de Enfermagem da UniAteneu. E-mail: dr.tieux@gmail.com
 4. Estudante do curso de Enfermagem da UniAteneu. E-mail: fabianelopes2013@gmail.com
 5. Estudante do curso de Enfermagem da UniAteneu. E-mail: vivi853@hotmail.com

6. Enfermeira. Professora do curso de Enfermagem da UniAteneu. E-mail: hellen.catunda@fate.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que representa a capacidade reprodutiva da mulher, trazendo ao organismo feminino mudanças físicas e emocionais. Há adaptações na anatomia, na fisiologia e no metabolismo materno. Entretanto, por características particulares, algumas gestantes apresentam maior probabilidade de sofrer alterações incomuns nesse período de adaptação, podendo implicar riscos para a mãe e para o feto (BRASIL, 2012; MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

As observações clínicas e as estatísticas comprovam que cerca de 90% das gestações não apresentam complicações durante toda sua evolução, sendo consideradas como gestações de baixo risco. Outras, contudo, iniciam-se com problemas ou esses surgem durante o seu transcurso, enquadrando-se em uma gestação de alto risco e possuindo maior probabilidade de apresentar desfechos desfavoráveis para o binômio mãe-filho (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) preconiza a identificação da população exposta aos riscos gravídicos a partir da ampliação do acesso as atividades de controle no pré-natal com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas (FELICIANO *et al.*, 2013; BRASIL, 2012).

Entre os fatores que conferem risco gestacional, podem-se citar características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, tais como idade menor que 15 e maior que 35 anos, ocupação, baixa escolaridade, dependência de drogas lícitas ou ilícitas; história reprodutiva anterior de morte perinatal, abortamento habitual, síndromes hemorrágicas; intercorrências clínicas crônicas (cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), além de alterações obstétricas na gravidez atual como ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação e óbito fetal (MARTINS; GHERSEL; GHERSEL, 2017).

Dentre as intercorrências clínicas mais frequentes na gravidez, as síndromes hipertensivas e hemorrágicas constituem umas das principais causas de morbimortalidade materna grave no Brasil, reforçando a necessidade de realizar ações preventivas e um manejo clínico adequado dessas pacientes (MARTINS; GHERSEL; GHERSEL, 2017).

A morte materna é considerada um indicador importante da saúde feminina, pois aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo, anualmente, devido a complicações relacionadas à maternidade, representando uma crise na saúde materno-infantil

expressa na maior exposição de mulheres e de crianças ao risco de adoecer e de morrer. No Brasil, as elevadas taxas de mortalidade materna tem sido um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, configurando-se como um grande problema de saúde pública que atinge de forma desigual as classes sociais menos favorecidas (BRASIL, 2014; NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Como consequência, a morte materna pode ocorrer devido a esses eventos mal sucedidos; a ausência de acolhimento à gestante e/ou puérpera; a falta de suporte familiar, social ou mesmo pela inadequada resposta dos serviços de saúde (MICHILIN *et al.*, 2016).

O MS vem implementando ações por meio de políticas públicas dirigidas à saúde das mulheres, com vistas a incorporar a perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento das ações de saúde, investindo, assim, na melhoria das condições de vida das mulheres. Esse investimento vem sendo desenvolvido, desde os anos 2000, em uma série de programas de saúde das mulheres (BRASIL, 2014).

Dentre esses programas, cita-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de priorizar e concentrar esforços, a fim de reduzir altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal, bem como, adotar medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência. Este programa fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, proporcionando melhor qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto (BRASIL, 2014).

Como forma de melhorar esses indicadores de mortalidade materna, foi estabelecida a Rede Cegonha, criada em março de 2011 e instituída pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). Essa iniciativa é apontada como uma estratégia do MS de assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2014; BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro, e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito de livre escolha ao acompanhante da mulher no parto. Essas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia, a saber: 1) pré-natal, 2) parto e nascimento, 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança, 4) sistema logístico, incluindo transporte sanitário e regulação (OLIVEIRA; CALENTO, 2016).

A partir da implementação dessas políticas públicas foi possível identificar aumento na detecção dos óbitos maternos no período de 1998 a 2015. A mortalidade materna nesse período, no Brasil, caiu, em média, 58%, ou seja, de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. No Ceará, houve redução de 31% dos óbitos maternos nos últimos dois anos, passando de 135 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2014 para 93 em 2016(CEARÁ, 2017).

É importante destacar que o profissional da saúde também é responsável pelo bem estar do binômio mãe-filho e pela qualidade da assistência durante esse período, sendo o enfermeiro parte integrante do pré-natal, estando envolvido em todo o processo por meio das consultas de Enfermagem. Durante pré-natal de baixo risco, a consulta de enfermagem visa identificar fatores de riscos e minimizar dúvidas e anseios com intuito de proporcionar à mulher uma gestação saudável, pois além das informações técnicas, almeja-se o vínculo entre o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a usuária, bem como do seu grupo familiar (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012).

É extremamente necessário que a Enfermagem desenvolva um vínculo de confiança e empatia com as gestantes durante a fase pré-natal para efetivação de uma assistência mais humanizada e de melhor qualidade. Cabe ao enfermeiro realizar anamnese, verificar sinais vitais, realizar exame clínico e obstétrico, solicitar e verificar exames laboratoriais e cartão de vacinação, além de realizar educação em saúde a fim de promover um pré-natal adequado e identificar precocemente possíveis alterações(BRASIL, 2016; CEARÁ, 2017).

Dessa forma, é necessário, também, que haja encaminhamento correto das pacientes conduzidas de acordo com seus sintomas para o destino adequado, reduzindo o cenário de não agravando das urgências e emergências obstétricas (MICHILIN *et al.*, 2016).

Diante desse contexto, surgiram os seguintes questionamentos: Quais as principais complicações maternas identificadas em uma maternidade referência de Fortaleza-CE; qual sua relação com a assistência pré-natal e qual o desfecho materno diante dessas complicações?

Tem-se como hipótese que as complicações maternas mais prevalentes sejam devido às causas hipertensivas, hemorrágicas e por diabetes gestacional agravada pela obesidade, tendo como desfecho principal, na maioria dos casos, o parto abdominal.

Nessa perspectiva, o estudo justifica-se devido às complicações maternas ser uma temática ainda preocupante na área da saúde, Mesmo com a criação de políticas públicas voltadas para a prevenção de agravos nessa população. Além disso, após busca prévia realizada no mês de fevereiro na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca

Virtual em Saúde (BVS) e na Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período de 2010 a 2018 revelou-se, por meio de periódicos, teses e dissertações, que causas obstétricas diretas destacaram-se entre os óbitos maternos ocorridos no Ceará em 2016, representando 47,3% dos mesmos. As hemorragias e a hipertensão foram as principais causas do óbito obstétrico, ambas com 18,2% das ocorrências, seguidas por complicação no parto com 15,9% (CEARÁ, 2017).

Além disso, devido a algumas intercorrências clínicas ameaçarem a vida da gestante e do feto, é de fundamental importância que estas sejam identificadas para que a equipe de saúde, incluindo o enfermeiro, busque estratégias para avaliação de risco e prevenção ainda durante a assistência pré-natal, estimulando a promoção da saúde materna e reduzindo a chance de internamentos em emergências obstétricas, bem como as taxas de mortalidade materna e neonatal.

Em vista disso, o objetivo do estudo é analisar as principais complicações maternas ocorridas em uma Maternidade Escola de referência no município de Fortaleza-CE, bem como identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico materno, relacionar as complicações maternas com a assistência pré-natal e verificar o desfecho materno e neonatal relacionado às complicações ocorridas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES MATERNAS

Define-se por emergências e urgências em obstetrícia qualquer anormalidade do período que necessite de rápida intervenção clínica ou cirúrgica no sentido de salvaguardar a vida da gestante e do produto conceptual, podendo ser dividida em obstétricas e não obstétricas (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013).

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar o diagnóstico inicial, bem como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contra referência para acompanhamento pela atenção básica (BRASIL, 2012).

São consideradas complicações maternas, independente da dilatação cervical e da idade gestacional, as doenças infecciosas, as síndromes hipertensivas e hemorrágicas, a diabetes *mellitus* gestacional (DMG), o oligodrâmnio, o polidrâmnio, dentre outras. No entanto, destacar-se-ão as mais importantes a seguir (BRASIL, 2012).

A infecção em obstetrícia, por envolver o binômio mãe-filho, requer habilidade para analisar as repercussões da infecção na mãe e o que ela pode ocasionar no desenvolvimento fetal (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013).

As infecções congênitas podem acometer o feto durante o pré-natal ou mesmo pela via de parto, estando representadas pelas seguintes doenças: rubéola, sífilis, herpes, toxoplasmose, HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e hepatite B. Entretanto, as infecções pelo HIV/AIDS e pela sífilis são as mais presentes (BRASIL, 2012).

Dentre as causas de gravidez de risco, encontra-se também a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), patologia exclusiva da mulher no período gestacional, uma das causas principais de óbito materno (PASSOS, 2017).

A hipertensão gestacional é a hipertensão arterial que surge pela primeira vez após 20 semanas de gestação, sem estar acompanhada de nenhum sinal, sintoma ou alteração laboratorial que caracterize a pressão elevada, podendo evoluir para pré-eclâmpsia (PE) ou eclâmpsia e ocasionando altos índices de prematuridade e retardo no crescimento fetal (BRASIL, 2012) (MALACHIAS *et al.*, 2016).

As síndromes hipertensivas na gestação acarretam expressiva morbimortalidade, tanto materna quanto fetal. Contudo, não existem informações precisas sobre a incidência de PE, porém estima-se que afete cerca de 4% das gestações (MALACHIAS *et al.*, 2016).

De forma geral, os fatores de risco associados às síndromes hipertensivas consistem na obesidade, gestação de múltiplos filhos, idade materna superior a 35 anos e etnia afro-americana. A relação entre o peso materno e o risco de pré-eclâmpsia é progressiva, aumenta de 4,3% nas mulheres com índice de massa corporal (IMC) inferior a 20 kg/m^2 para 13,3% com IMC superior a 35 kg/m^2 (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Já a hemorragia é a maior causa evitável de morte materna no mundo e inclui hemorragia anteparto, durante o parto e hemorragia pós-parto, nas quais as mais acometidas na primeira metade da gestação são: aborto e gravidez ectópica, e na segunda metade da gestação são: placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina (BRASIL, 2012; DE SOUZA, 2013).

O diabetes *mellitus* gestacional (DMG), também considerada uma complicação materna, é caracterizado pela diminuição da tolerância à glicose, diagnosticado pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. É, habitualmente, diagnosticado no fim do segundo ou no início do terceiro trimestre de gestação, quando se acentua a resistência à insulina (BRASIL, 2012).

Sabe-se que, para mulheres, o principal fator de risco para o desenvolvimento de diabetes do tipo 2 e de síndrome metabólica é o antecedente obstétrico de DMG. Nesse contexto, a hiperglicemia durante o ciclo gravídico-puerperal constitui um relevante problema da atualidade, não só pelo risco de piores desfechos perinatais e de desenvolvimento de doenças futuras, como também pelo aumento de sua prevalência em decorrência da epidemia de obesidade que tem sido observada em vários países (OPAS, 2016).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, os fatores de risco para DMG incluem idade materna avançada, sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, HAS ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia e DMG, síndrome de ovários policísticos e baixa estatura (menos de 1,5 m) (SBD, 2017).

Quanto ao Polidrâmnio, ele é clinicamente caracterizado pelo aumento de líquido amniótico na cavidade uterina. O aumento moderado do líquido amniótico é comum e de pouca significância clínica, sendo que aumentos excessivos, de 15 a 20ℓ, oferecem problemas clínicos reais (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A causa ainda continua desconhecida, porém aspectos da fisiopatologia do polidrâmnio são: trocas materno-fetal-amnióticas de água e mal formações do concepto. O excesso de líquido decorre, a priori, de aumento na formação ou de diminuição na reabsorção. É um distúrbio no mecanismo regulador da circulação do fluido amniótico (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

O polidrâmnio associa-se a algumas alterações, destacando-se o diabetes *mellitus*, as infecções congênitas (como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes), a doença hemolítica perinatal e a gemelaridade. A morbimortalidade perinatal torna-se ampliada em decorrência de sua associação com anomalias congênitas, prematuridade, alterações cromossômicas, prolapso de cordão, DPP ou devido à patologia materna determinante do quadro, especialmente a isoimunização pelo fator Rh e pelo o diabetes *mellitus* (BRASIL, 2012).

Já o oligoidrâmnio apresenta-se característico de uma redução acentuada do volume de líquido uterino no período gestacional. Considera-se que uma quantidade adequada do líquido amniótico é indispensável para o amadurecimento dos pulmões fetais, o livre movimento do concepto e para que exista uma barreira contra infecção (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Caracteriza-se como volume de líquido amniótico inadequado quando o volume se apresenta inferior a 250ml entre a 21^a e a 42^a semanas gestacionais. Esse agravo incide em cerca de 3,9% a 5,5% das gestações(BRASIL, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo documental, transversal, correlacional com abordagem quantitativa. O estudo documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (SÁ-SILVA; DE ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Os estudos correlacionais são aqueles em que um fenômeno observado é relacionado a outros fenômenos ocorridos, já que a correlação é uma inter-relação ou associação entre duas variáveis, ou seja, uma tendência de oscilação em uma das variáveis está relacionada com uma variação na outra (POLIT; BECK, 2011).

Em uma pesquisa com abordagem quantitativa, o pesquisador parte do ponto inicial de um estudo para o ponto final, em uma sequência lógica de passos, e analisa os dados obtidos de forma quantificável, ou seja, por meio de números e com ajuda de recursos e técnicas estatísticas (POLIT; BECK, 2011).

3.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2018, sendo feita a coleta do período de outubro a novembro do mesmo ano nas clínicas obstétricas do primeiro e segundo andar de uma Maternidade Escola de referência no Estado do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza.

Desde 2011, a referida maternidade é vinculada à Rede Cegonha, sendo uma das Redes de Atenção à Saúde materna e infantil de referência do Estado do Ceará. Em 2016, passou a ser referência do Ministério da Saúde (MS) como um Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais da Rede Cegonha.

Dentre suas diversas atividades de atenção à saúde da mulher, há atendimento de pré-natal de alto risco, pronto atendimento para emergências obstétricas, assistências a trabalhos

de parto para gestação de baixo e alto risco da cidade de Fortaleza e do interior do estado do Ceará.

Nas clínicas obstétricas, especificamente, tem-se 65 leitos disponíveis no primeiro andar e 20 no segundo andar. Além de assistência ao parto, são atendidos diversos casos de complicações gestacionais e puerperais.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelos prontuários das pacientes com complicações maternas, acompanhadas na referida maternidade, disponíveis na clínica obstétrica entre os meses de agosto e novembro de 2018. Os prontuários foram avaliados conforme critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra final, totalizando 104 prontuários.

Como critérios de inclusão: puérperas com complicações maternas internadas no período da coleta de dados. Como critérios de exclusão, pode-se citar prontuários com informações insuficientes, incompletos ou inelegíveis para a análise do estudo.

Quando se trabalha com amostra, os resultados obtidos tendem a se aproximar bastante dos elementos pesquisados de forma universal, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo (SANTOS, 2009).

3.4 COLETA DE DADOS

Segundo Polit e Beck (2011), a coleta de dados feita por meio de um formulário estruturado tende a fornecer informações que são mais facilmente quantificadas, pois reúnem os dados de maneira comparável e pré-especificada para toda a amostra da pesquisa.

Utilizou-se como instrumento para coleta de dados dos prontuários um formulário estruturado, composto por variáveis de identificação, históricos geral, obstétrico atual e da assistência pré-natal atual e complicação materna da paciente, além do desfecho materno e neonatal referente à complicação (APÊNDICE A).

3.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do instrumento de coleta foram tabulados, compilados e analisados com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, mediante estatística descritiva e correlacional. A análise exploratória constou de testes estatísticos descritivos, com frequências absolutas (n), relativas (%), medidas de tendência central e desvio padrão. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado com as variáveis

contínuas a fim de identificar a normalidade dos dados. O teste do Qui-quadrado de Pearson foi utilizado nas variáveis dicotômicas para análise de associações. Considerou-se estatisticamente significativa para o presente estudo os valores em que p apresentou-se menor que 0,05 ($p < 0,05$).

Posteriormente, os dados foram organizados e apresentados em tabelas. A análise e a discussão dos resultados obtidos tiveram embasamento na literatura pertinente. Segundo Marconi e Lakatos (2010), essa apresentação dos dados facilita a compreensão, podendo, com uma só observação, apreender importantes detalhes e relações, proporcionar clareza e destaque à distribuição lógica, assim como oferecer apresentação gráfica para classificar essa representação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Esse projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) por meio da Plataforma Brasil para devida apreciação e aprovação sob o parecer nº 2.950.892 (ANEXO A). Assegurou-se o cumprimento das normas para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012), no qual são apresentados os preceitos éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

É necessário conhecer as características sociodemográficas das pacientes que participaram desse estudo para auxiliar na compreensão das representações dos dados coletados e de conceitos percorridos. A tabela 1 apresenta os dados referentes à idade, estado civil, escolaridade, raça e ocupação.

Tabela 1: Dados sociodemográficos de puérperas atendidas em uma Maternidade Escola. Fortaleza, novembro, 2018.

Variáveis (n=104)	N	%	Média DP (Mín.-Máx.)
<i>Faixa etária</i>			
≤ 19 anos	14	13,5	27,01
20 a 29 anos	51	49,0	±6,328
30 a 39 anos	36	34,6	(13-43)
≥ 40 anos	03	2,9	
<i>Estado civil</i>			

Solteira	36	34,6
Casada/União estável	57	54,8
Não informado	11	10,6
<u>Escolaridade</u>		
Fundamental	31	29,8
Médio	50	48,1
Superior	09	8,7
Não informado	14	13,5
<u>Cor/Raça</u>		
Branca	08	7,7
Negra	03	2,9
Parda	77	74,1
Não informado	16	15,4
<u>Ocupação</u>		
Empregada	14	13,5
Desempregada	22	21,2
Não informado	68	65,4
TOTAL	104	100,0

Fonte: Prontuários institucionais de uma Maternidade Escola.

A maioria das pacientes cujos prontuários foram revisados, possuía idade entre 20 e 29 anos (49,0%), seguido das mulheres com idade de 30 à 39 anos (34,6%). A média de idade encontrada foi de 27,01, desvio padrão $\pm 6,328$, com idade mínima de 13 e máxima de 43 anos.

Segundo o ministério da saúde (2004), em sua política nacional de atenção integral à saúde da mulher, a idade fértil feminina vai entre 10 e 49 anos. Em uma pesquisa realizada pelo IBGE (2010), constatou-se que as mulheres estão, a cada ano, optando por ter filhos entre 25 e 40 anos. Isso se dá pelo perfil atual da mulher na sociedade. Há dez anos, metade das gestantes engravidava antes dos 24 anos e, em 2010, esse percentual caiu para 45%.

Quanto ao estado civil, a maior parte das participantes do estudo (54,8%), encontram-se em união estável ou casadas, o que, segundo as leis brasileiras, assegurado pelo código civil desde o ano de 2002, União estável significa um contrato firmado entre duas pessoas que vivem em relação de convivência duradoura e estabilizada, e com o intuito de firmar um núcleo familiar (EBC, 2015). Logo em seguida, apresentam-se as mulheres que se encontram solteiras, tendo um percentual de 34,6%.

Segundo estudo realizado pelo Instituto Data Popular em 2015 no Brasil, existem cerca de 67 milhões de mulheres que são mães, em que, dessas, 31% são mães solteiras. Isso se dá ao fato das mães do século XXI se apresentarem de forma menos conservadora. No século anterior, 58% das mães acreditavam que era dever das mulheres cuidar das refeições, em que esse número caiu para 45% das progenitoras do século XXI (EBC, 2015).

Dos prontuários analisados, 48,1% das mulheres concluíram o ensino médio e 29,8% concluíram apenas o fundamental. Isso remete aos dados de um estudo realizado pelo IBGE (2014), em que afirma que mulheres entre 15 e 29 anos tendem a abandonar os estudos após

terem filhos. Segundo o censo, 41,8% das mulheres terminam o ensino médio, mas não ingressam no nível superior.

As mulheres estudadas consideravam-se, em sua maioria, pardas (74,1%). Isso pode remeter-se ao contexto histórico do Brasil, que possui diferentes misturas de raças. Quanto à ocupação, 65,4% dos prontuários não informavam a ocupação da paciente, mas, ao analisar os que informavam, o número de desempregadas (21,2%) foi maior que o de empregadas (13,5%).

4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS

Para melhor compreensão sobre a história clínico-obstétrica das participantes, a tabela 2 foi composta por dados como número de gestações, partos e abortos, via de parto escolhida, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, padrão nutricional, alteração da pressão arterial, presença de edemas, suplementação, condição vacinal, alteração de exames laboratoriais, número de ultrassonografias e número de consultas de pré-natal realizadas. Vale ressaltar que 100% da amostra foi composta por puérperas.

Tabela 2: Dados obstétricos de puérperas atendidas em uma Maternidade Escola. Fortaleza, novembro, 2018.

Variáveis (n=104)	n	%	Média DP (Mín.-Máx.)
<u>Gestações</u>			2,22
Primigesta	39	37,7	±1,343
Multigesta	65	62,5	(1-8)
<u>Aborto</u>			0,22
Sim	18	17,3	±0,539
Não	86	82,7	(0-3)
<u>Via de parto</u>			
Vaginal	24	23,1	
Abdominal	80	76,9	
<u>Antecedentes familiares</u>			
Diabetes	15	14,4	
Hipertensão	22	21,2	
Nenhum	54	51,9	
Não informado	13	12,5	
<u>Antecedentes pessoais</u>			
Diabetes	01	1,0	
Hipertensão	04	3,8	
IST	11	10,6	
Nenhum	85	81,7	
Não informado	03	2,9	
<u>Padrão nutricional</u>			
Baixo peso	05	4,8	
Adequado	33	31,7	
Sobrepeso	36	34,6	

Obesidade	12	11,5	
Não informado	18	17,3	
<u>Pressão arterial alterada</u>			
Sim	09	8,7	
Não	91	87,5	
Não informado	04	3,8	
<u>Edema</u>			
Sim	21	20,2	
Não	06	5,8	
Não informado	77	74,0	
<u>Suplementação adequada</u>			
Sim	94	90,4	
Não	02	1,9	
Não informado	08	7,7	
<u>Imunização completa</u>			
Sim	07	6,7	
Não	91	87,5	
Não informado	06	5,8	
<u>Exames laboratoriais alterados</u>			
Sim	34	32,7	
Não	62	59,6	
Não informado	08	7,7	
<u>Mínimo três ultrassonografias realizadas</u>			
Sim	54	51,9	
Não	46	44,2	
Não informado	04	3,8	
<u>Consultas pré-natais realizadas</u>			
Nenhuma	03	2,9	
1 a 6	28	29,6	7,99
≥ 7	71	68,3	±3,417
Não informado	02	1,9	(0-16)
TOTAL	104	100,0	

Fonte: Prontuários institucionais de uma Maternidade Escola.

Segundo o Dicionário de termos médicos, Enfermagem e Radiologia, (2010), primigesta corresponde à mulher que teve uma gestação e multigesta àquelas que já tiveram duas ou mais gestações. Nos achados da pesquisa, grande parte (62,5%) das pacientes encaixavam-se dentro da classificação de multigesta e a maioria (82,7%) não apresentaram aborto. No Brasil, as famílias estão optando por ter uma média de dois filhos ou menos. Na região nordeste, em 2010, a taxa de fecundidade chegou a atingir um declínio de 23,4% (IBGE, 2014).

A via de parto que mais prevaleceu foi a via abdominal, que compôs 76,9% da amostra. No Brasil, 35,79% de partos cesáreos foram marcados com antecedência no Sistema Único de Saúde (SUS), e 74,16% no sistema privado (BRASIL, 2015). A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, pois o parto prematuro aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o

recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade (ANS, 2015).

A Agência Nacional de Saúde (ANS) realizou, nos dias 11 e 12 de agosto de 2015, a 2ª Sessão de Aprendizagem do Projeto Parto Adequado em São Paulo. O encontro contou com a presença de 142 representantes dos hospitais que aderiram ao projeto (BRASIL, 2015). Em Fortaleza, foram selecionados três hospitais de grande porte, sendo um de rede privada, que, segundo a ANS (2015), realizou 4.015 partos, em que 92,3% foram cesarianas, e dois de rede pública.

O parto natural traz menos riscos de complicações e mortes materno-infantis durante e após o parto. Apesar das taxas de mortalidade estarem diminuindo com o passar dos anos, os valores continuam altos, pois muitas dessas complicações poderiam ser evitadas com procedimentos menos invasivos e uma correta assistência.

Nos antecedentes familiares, os que mais se sobressaem são a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, que juntos somaram 35,6%. Apesar de a maioria (51,9%) não apresentar nenhum histórico familiar, os valores que expressam as comorbidades ainda é bem significativo.

Referente aos antecedentes pessoais, 81,7% não possuíam nenhum problema, e em seguida os valores que chamaram a atenção foi que 10,6% apresentaram infecções sexualmente transmissíveis.

Quanto ao padrão nutricional, foi observado que muitas pacientes estavam acima do peso adequado (46,1%). Isso se dá devido à rotina da população na atualidade, em que as comidas dos *fast-foods* encontram-se cada vez mais acessíveis (BEZERRA et al., 2017). Apesar desse padrão nutricional encontrado, 87,5% das pacientes não apresentavam problemas de alteração na Pressão Arterial.

A classificação de edema teve, em sua maioria (74,0%), não informado, e isso é preocupante, pois o edema é sinal auxiliar significativo na gestação para indicação de alterações hipertensivas e retenção de líquido (BRASIL, 2012). No prontuário devem ser colocadas todas as informações da paciente, visto que é uma forma de comunicação vertical dos profissionais (TONELLO;NUNES;PANARO, 2013).

A suplementação durante a gestação é composta pelo Sulfato Ferroso 200mg e Ácido Fólico 5mg, oferecidos durante o pré-natal na atenção básica. Sendo elas essenciais, pois é normal que toda gestante apresente leve anemia, que será corrigida pelo sulfato ferroso. O ácido fólico auxilia na fortificação do endométrio, contribuindo para que não ocorra um

aborto (BRASIL, 2012). No presente estudo, 90,4% das pacientes tinham tomado a suplementação de forma correta.

Segundo o Ministério da Saúde, as gestantes devem ser imunizadas com vacinas específicas, tais como Difteria e Tétano (em qualquer idade gestacional), Dtpa (a partir da 20ª semana de gestação), Hepatite B (aconselha-se que seja a partir do segundo trimestre de gestação) e Influenza (em qualquer idade gestacional) (BRASIL, 2013). As vacinas devem ser observadas na primeira consulta de pré-natal e, em caso de atraso, a paciente deve ser encaminhada à sala de vacina. No estudo em questão, foram observadas falhas, já que 87,5% das pacientes encontravam-se com a imunização de forma incompleta.

Quanto à alteração encontrada em exames, em mais da metade(59,6%) não foram identificados quaisquer dados que significassem algo de anormal. Contudo, salienta-se que 32,7%, número significativo, apresentou alterações nos exames. Referente às quantidades de ultrassonografias (USG) realizadas no pré-natal, apenas 51,9% haviam feito no mínimo três USG, o restante se dividiu entre as que não chegaram nem a três exames de imagem (44,2%) e as em que não foi possível identificar nos prontuários (3,8%).

A rede cegonhapreconiza no mínimo 7 consultas de pré-natal, já o ministério da Saúde fala que no mínimo devem ser 6, onde 1 deve ser realizada no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre, porém isso não impede que mais consultas possam ser realizadas, pois quanto maior a assistência, menor a probabilidade de não detecção de agravos na gestação (BRASIL, 2013). Na pesquisa realizada, 68,3% das mulheres haviam realizado de sete a mais consultas de pré-natal, 29,6% haviam realizado entre uma a seis consultas, 2,9% não tinham realizado nenhuma consulta durante toda a gestação e em 1,9% dos prontuários não foi possível identificar essa informação, tornando-se um dado preocupante, já que o ideal é que todas as gestantes realizem no mínimo sete consultas de pré-natal.

É importante ressaltar que não existe alta do pré-natal, e que as consultas são fundamentais para uma correta assistência. Em qualquer período gestacional, pode-se haver complicações que necessitem referenciar a paciente ao serviço de pré-natal de alto risco, visando manter a gestação saudável para o binômio mãe e filho (BRASIL, 2012).

4.3 COMPLICAÇÕES MATERNAS E DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS

Durante a gestação, a mulher fica exposta a diversos fatores predisponentes a algum tipo de intercorrência. Algumas doenças ou complicações mais comuns são de origem infecciosa, complicações por diabetes, hipertensivas, hemorrágicas, dentre outras. Assim,

observou-se, durante a pesquisa, as principais complicações maternas e os desfechos maternos e neonatais, conforme descrição na tabela 3.

Tabela 3: Principais complicações maternas e desfechos maternos e neonatais. Fortaleza, novembro, 2018.

Variáveis (n=104)	N	%
<i>Complicação materna</i>		
Hipertensiva	16	15,4
Hemorrágica	01	1,0
Diabetes	17	16,3
Infecçiosa	11	10,6
Outra	35	33,7
Nenhuma	24	23,1
<i>Desfecho materno</i>		
Alta	104	100,0
<i>Desfecho neonatal</i>		
Alta	75	72,2
Outro	29	27,9
TOTAL	104	100,0

Fonte: Prontuários institucionais de uma Maternidade Escola.

De acordo com o presente estudo, de 100% das mulheres pesquisadas, 15,4% apresentaram complicações de origem hipertensiva. Frequentemente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma importante causa de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2013).

Com o programa da Rede Cegonha, novos exames foram incluídos ao pré-natal. Entre eles está o teste rápido para proteinúria, realizado na unidade de saúde. Essa inclusão facilita o acesso de gestantes com suspeita de hipertensão ao exame, o qual é fundamental para o diagnóstico de hipertensão arterial, possibilitando um acompanhamento mais rigoroso e diminuindo assim os riscos de morbimortalidade (BRASIL, 2013).

É importante que essas mulheres saibam da existência e da importância desse exame a ser realizado ainda no período de pré-natal, pois as complicações hipertensivas são fatores extremamente causadores de morbimortalidade tanto materna quanto perinatal.

Dentre as complicações de origem hipertensiva, as mesmas se classificam em: hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica (GONÇALVES, 2015).

Além dessa complicação, pode ser visto na tabela 3 que apenas 1% das mulheres pesquisadas apresentou complicações hemorrágicas. Essas complicações hemorrágicas podem estar associadas a placenta prévia (PP), ao descolamento prematuro de placenta (DPP) e a

rotura uterina, dentre outras. De Souza (2013) diz que a hemorragia é a maior causa evitável de morte materna no mundo, acometendo de 10% a 15% das gestações, e inclui hemorragia anteparto, durante o parto e hemorragia pós-parto.

A importância de uma assistência completa e segura com os profissionais da equipe multidisciplinar é de grande necessidade para acompanhar todos os sinais predisponentes que essas gestantes possam estar susceptíveis a adquirir, tanto na gestação quanto depois da mesma (TAMBASCO et al., 2017). Como foi exposto, essas complicações hemorrágicas trazem grandes complicações tanto para a gestante quanto para o feto, sendo a principal e mais grave complicação o óbito. Por isso, a importância de realizar sempre todas as consultas de pré-natal e de puerpério.

Ainda dentro das complicações gestacionais, podemos citar a diabetes mellitus gestacional (DMG), que, nessa pesquisa, 16,3% das mulheres apresentaram esse tipo de complicação.

A DMG é uma doença metabólica e uma das condições também mais frequentes na gestação. É uma doença bastante estudada, mas seus estudos se modificam a cada ano. Suas complicações e riscos são bem diversos e trazem prejuízos tanto para a mãe como para o concepto (BRASIL, 2016).

É considerada uma das alterações mais incidentes em gestações, e sua prevalência varia de 3% a 13% do total de mulheres grávidas, mudando de acordo com a população avaliada e o critério utilizado (SBD, 2017). Por esse motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que haja um bom acompanhamento da DMG, incluindo controle metabólico eficiente, dieta, exercícios físicos e medicação, além do pré-natal realizado por uma equipe multiprofissional especializada (WHO, 2013).

Outra importante complicação gestacional trata-se da complicação de origem infecciosa, no qual nesse estudo apresentou um total de 10,6% dos casos. De acordo com Brasil (2012), as infecções podem acometer o feto durante o pré-natal ou mesmo pela via de parto, representadas assim por: rubéola, sífilis, herpes, toxoplasmose, HIV/AIDS e hepatite B. Entretanto, as infecções pelo HIV/AIDS e pela sífilis são as mais prevalentes.

A informação, a educação e o aconselhamento individualizado, tendo em vista um comportamento sexual saudável e responsável, devem ser componentes integrantes dos cuidados básicos de saúde, visto que esses podem assim evitar que esses tipos de complicações aconteçam, não somente para a mulher, mas também para seu companheiro (COSTA et al., 2011).

Ainda referente às complicações, observa-se que 36,7% das mulheres apresentaram outros tipos de complicação, tais como, distocia funcional, Oligoidrâmnio, Malformação fetal, Rotura Prematura de Placenta e etc.

Quanto aos desfechos materno e neonatal, os desfechos maternos foram unanimemente 100% de alta após parto, diferindo dos desfechos neonatais, nos quais, como mostra a pesquisa, 72,2% dos recém-nascidos tiveram alta após o parto e que 27,9% tiveram outros tipos de desfecho, como, permanência na internação hospitalar, transferência ou óbito.

4.4 ASSOCIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES MATERNAS COM O NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAIS REALIZADAS E DESFECHO NEONATAL

A importância das consultas de pré-natal é considerada consenso, pois, quando realizadas em quantidade e de forma adequada, podem trazer grandes benefícios, tanto para as gestantes, quanto para o feto durante todo período gravídico. São nessas consultas que são solicitados e realizados os mais variáveis tipos de exames no intuito de garantir que a gestação seja a mais saudável possível. Na tabela 4, observa-se a associação entre a presença ou não de complicação materna com a quantidade de consultas realizadas durante o pré-natal e o desfecho neonatal.

Tabela 4: Associação entre complicação materna, número de consultas pré-natais realizadas e desfecho neonatal. Fortaleza, novembro, 2018.

Variáveis	Complicação materna				Valor de p^*
	n	Sim %	Não N	%	
<i>Consultas pré-natais realizadas</i>					
<i>(n=102)</i>					
< 7	24	74,4	07	22,6	0,388
≥ 7	60	84,5	11	15,5	
<i>Desfecho neonatal (n=104)</i>					
Bom	57	76,0	18	24,0	0,004
Ruim	29	24	0	0	

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Prontuários institucionais de uma Maternidade Escola.

Do total de mulheres pesquisadas, chama a atenção que, 74,4% delas realizaram menos que sete consultas de pré-natal e apresentaram complicação materna. No entanto, nas mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, 84,5% apresentaram algum tipo de complicação materna ($p=0,338$).

Diante disso, pode-se observar que, mesmo as gestantes realizando o mínimo de consultas pré-natais preconizadas pelo Rede Cegonha, não houve relação para que o número de complicações diminuísse. Todavia, observa-se que o acompanhamento pré-natal é fundamental para que a incidência de complicações diminua cada vez mais. Mais informações devem ser repassadas a essas gestantes, mais análises de riscos devem ser realizadas com o intuito de identificar precocemente casos de complicações durante a gestação, evitando assim consequências mais graves, como o óbito materno e neonatal. Foi registrado no ano de 2015, até o mês de junho, a quantidade de 23.457 casos de mortes maternas, sendo 16 por causas obstétricas não especificadas, 131 por causas obstétricas indiretas e 374 por causas obstétricas diretas. Quando se fala em mortalidade infantil por causas evitáveis, reduzíveis por adequada atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido, o País atinge o número de 7.884 casos (DATASUS, 2015).

O pré-natal bem realizado na atenção básica não apenas reduz complicações, mas também facilita a atuação dos profissionais na sala de parto, sendo possível diminuir as infecções e riscos iminentes do parto. O pré-natal é um acompanhamento totalmente possível de ser realizado por médicos e enfermeiros, com padrão de alta qualidade. (BRASIL, 2013).

Quanto à associação entre o desfecho neonatal e a complicação materna, ressalta-se que 24% das mulheres que tiveram complicação materna apresentaram desfecho neonatal ruim, dentre eles morbidade e mortalidade, tornando-se um dado ainda significativo.

5 CONCLUSÃO

Observa-se que a maioria das mulheres desse estudo apresentou algum tipo de complicação, sendo esta uma situação bastante preocupante e desafiadora para os futuros profissionais que necessitam prestar uma atenção mais integral às gestantes.

As principais complicações maternas encontradas foram as de origem hipertensiva, hemorrágica, diabética e infecciosa. Além disso, verificou-se associação significativa entre presença de complicação materna e desfecho neonatal ruim.

Tais gestantes devem ser bem orientadas quanto às possíveis intercorrências e cuidados necessários, além de ter seus anseios e dúvidas minimizados pela adequada atenção dos profissionais de saúde.

A equipe de Enfermagem precisa promover uma assistência segura e humanizada a essas gestantes, elaborando um plano de cuidados de acordo com as necessidades identificadas, permitindo o acesso também à equipe multiprofissional. A Enfermagem

estabelece o primeiro vínculo ao acolher a gestante e acompanhar todo o processo do parto e puerpério, prevenindo complicações e assistindo as intercorrências. Realizar o pré-natal adequadamente é necessário para que a gravidez evolua com segurança, refletindo na qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-filho e preservando a vida humana.

O estudo teve suas limitações baseadas em que algumas informações não estavam presentes no prontuário, sendo classificadas nas tabelas como “não informado”. Esse fato dificulta a coleta de dados, porém não interferiu diretamente nos resultados do trabalho, visto que foi possível coletar a maioria dos dados.

Espera-se que esse trabalho seja útil para que profissionais de saúde conheçam as principais complicações que acometem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e reflitam sobre a importância da realização de um acompanhamento rigoroso durante todo esse ciclo, visando promover a saúde da mãe e do recém-nascido e minimizar consequências graves.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, José Mendes; HSU, Lilian de Paiva Rodrigues; JORGE, Silvia Regina Piza Ferreira. **Obstetrícia: Fundamentos e avanços na propedêutica, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de Incentivo ao Parto Normal**. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/resultado-da-busca?q=parto+adequado&f=1>>. Acesso em: 26 mai. 2018.

BEZERRA, I. N. et al. Food consume out side the home in Brazil accordingt opiaces of purchase. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, p 1-8, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ANS e Ministério da Saúde selecionam 28 hospitais para projeto de incentivo ao parto normal**, 2015. [internet]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/17238-ministerio-da-saude-e-ans-selecionam-28-hospitais-para-projeto-de-incentivo-ao-parto-normal>>. Acesso em 26 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução CNS nº 466/12. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF), 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, 2014. 465 p. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230p. Disponível

em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. **Portaria n^a 1459**. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. Ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2016.

_____. **Portaria N^o 1.459/GM, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Cegonha. Brasília, DF. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 03 mar. 2018.

CEARÁ (Estado). Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**. p. 1-6, 2017.

COSTA, J. B. *et al.* Conceito, diagnóstico e tratamento da rotura uterina: uma abordagem revisando a literatura. **Rev. Científica Semana Acadêmica**. 2017. Disponível em: <<https://semanaacademica.org.br/artigo/conceito-diagnostico-e-tratamento-da-rotura-uterina-uma-abordagem-revisando-literatura>>. Acesso em 26 mai. 2018.

COSTA, L. H. R. *et al.* Nursingandsexuality: integrative review ofpaperspublishesbytheLatin-AmericanJournal of NursingandBrazilianJournalofNursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.3, p 631-639, jun. 2011.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DATASUS, Departamento de Informática do SUS. **Cadernos de Informação de Saúde**, 2015. [internet]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em 19 de agosto de 2015.

DE SOUZA, M. L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2013.

EBC. Agência Brasil EBC. **Brasil tem mais de 20 milhões de mães solteiras, aponta pesquisa.** 2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-05/brasil-tem-mais-de-20-milhoes-de-maes-solteiras-aponta-pesquisa>>. Acesso em 26 mai. 2018.

FELICIANO, N. B.; PRADEBON, V. M.; LIMA, S. S. Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco na Estratégia Saúde da Família. **Aquichán.** Chía, Colombia, v. 13, n. 2, p.261-269, 2013.

GONÇALVES DJ et al. Mortalidade materna. **Rev. Med Minas Gerais,** 2015; 25(2): 173-179. 903 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: Nupcialidade, Fecundidade e Migração.** 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico.** 2014.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia,** v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamento da Metodologia Científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M. H. P. A; GHERSEL, E. L. A.; GHERSEL, H. Identificação dos principais problemas em gestação de risco para nortear ações preventivas. **Ciência & Saúde.** Rio Grande do Sul, v. 10, n. 1, p.18-22, 2017. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/23449/15406>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

MARTINS-COSTA, S. H. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MICHILIN, N. S. *et al.* Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 69, n. 4, p. 669-675, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0669.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

MONTEIRO, M. M. *et al.* Emergências obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência. **Revista Interdisciplinar.** v. 9, n. 2, p. 136-144, 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/948/pdf_320>. Acesso em: 03 mar. 2018.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia.** 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NOGUEIRA, L. D. P; OLIVEIRA, G.S. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde.** Mato Grosso, v. 6, n. 1, p. 107-119, 2017. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1538/pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

OKIDO, M. M. *et al.* Rotura e deiscência de cicatriz uterina: estudo de casos em uma maternidade de baixo risco do sudeste brasileiro. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, v. 36, n. 9, p. 387-392, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n9/0100-7203-rbgo-36-09-00387.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2018.

OLIVEIRA, E. M.; CALENTO, D.D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**. v. 7, n.1, p. 33-38, 2016. Disponível em:< <http://editorauss.uss.br/index.php/RS/article/view/87/49>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2016. 32 p.

PASSOS, Eduardo Pandolfi. *et al.* **Rotinas em ginecologia**. Artmed Editora, 2017.
POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

SANTOS, I. E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2009, 388 p.

SÁ-SILVA, J. R; DE ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, 2009.

SBD. **Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Organização: José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SILVA, Cláudia Mendes da *et al.* Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 568-576, 2018.

SOARES, Marcelo de Lima *et al.* Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1313-1320, 2013.

TAMBASCO, Leticia de Paula et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**. v. 41, n. 2, p. 140-151, jun 2017.

TONELLO, I.M.S, NUNES, R.M.S, PANARO, A.P. Prontuário a Questão do Sigilo e a Lei de Acesso à Informação. **Revista Uel**, Londrina, v.2, n. 18, p. 193-2010, 2018.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycemia First Detected in Pregnancy**. Switzerland, 2013.

XU, Shiqin; SHEN, Xiaofeng; WANG, Fuzhou. Pesando riscos e benefícios: lições aprendidas com as intervenções terapêuticas de um caso com pré-eclâmpsia grave. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 63, n. 3, p. 290-295, 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS

FORMULÁRIO Nº _____ DATA DA COLETA: _____

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

TIPO DE PRONTUÁRIO: 1. () ESTRUTURADO 2.() DESCRITIVO (

) GESTANTE () PUÉRPERA

IDADE: _____

ESTADO CIVIL: 1. () SOLTEIRA 2.() CASADA/UNIÃO ESTÁVEL 3.() DIVORCIADA 4.()

VIÚVA 5.() NI

RAÇA: 1. () BRANCA 2.() NEGRA 3.() PARDA 4.() INDÍGENA 5.() OUTRA:
_____ 6.() NI

OCUPAÇÃO: 1.() EMPREGADA: _____ 2()

DESEMPREGADA 3.() NI

ESCOLARIDADE: 1.() ANALFABETA (ZERO A 3 ANOS) 2.() ENS FUNDAMENTAL (4 A 9 ANOS) 3.() ENS MÉDIO (10 A 12 ANOS) 4.() NÍVEL SUPERIOR (13 A 17 ANOS) 5.() NI

PARTE 2 – HISTÓRICO GERAL

ANTECEDENTES FAMILIARES: 1.() DOENÇAS CARDÍACAS 2.() DIABETES 3.()

CÂNCER: _____ 4.() HIPERTENSÃO 5.() NI 6. () NÃO APRESENTA

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PESSOAIS: 1.() DOENÇAS CARDÍACAS 2.() DIABETES 3.() VIOLÊNCIA

4.() CÂNCER: _____ 5.() HIPERTENSÃO 6.() DOENÇAS MENTAIS (SOFRIMENTO

PSÍQUICO) 7.() ALCOOLISMO 8.() TABAGISMO 9.() DROGAS 10.() IST: _____

10.() NI 12. () NÃO APRESENTA ANTECEDENTES PESSOAIS

PARTE 3 – HISTÓRICO DO PRÉ-NATAL

ATUAL DUM: _____

IG NA 1ª CONSULTA: _____

IG NA ÚLTIMA CONSULTA: _____

NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS: _____

PADRÃO NUTRICIONAL INICIAL: 1.() BAIXO PESO 2.() ADEQUADO 3.() SOBREPESO 4.() OBESIDADE 5.() NI

PA ACIMA DE 140x90 MMHG QUANTAS VEZES? _____

MÉDIA DA PA SISTÓLICA: _____

MEDIA DA PA DIÁSTÓLICA: _____

PRESENÇA DE EDEMA: 1.() SIM 2.() NÃO 3.() NI

APRESENTAÇÃO NA ÚLTIMA CONSULTA: _____

QUANTIDADE DE US REALIZADAS? _____

IG DA 1ª US _____

IG DA ÚLTIMA US: _____

ALTERAÇÃO NA US: 1.() SIM QUAL? _____ 2.() NÃO 3.() NI

USO DE ÁCIDO FÓLICO: 1.() SIM 2.() NÃO 3.() NI

USO DE SULFATO FERROSO: 1.() SIM 2.() NÃO 3.() NI

OUTRAS MEDICAÇÕES EM USO: _____

IMUNIZAÇÃO:

ANTITETÂNICA PRÉVIA 1.() SIM 2.() NÃO 3.() NI

HEPATITE B PRÉVIA 1.() SIM 2.() NÃO 3.() NI

INFLUENZA 1.() SIM 2.() NÃO 3.() NI

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS: 1.() SIM 2.() NÃO 3.() NI

GLICOSE () VALOR: _____ TOXOPLASMOSE () VALOR: _____

HB/HT () VALOR: _____ TTGGO () VALOR: _____

HIV () VALOR: _____ VDRL () VALOR: _____

HBSAG() VALOR: _____ RUBÉOLA () VALOR: _____

URINA TIPO 1 () VALOR _____ URINOCULTURA () VALOR _____

PARTE 4 – HISTÓRICO OBSTÉTRICO ATUAL

GESTA: _____ **PARA:** _____ **ABORTO:** _____

VIA DE PARTO: 1.() VAGINAL 2.() ABDOMINAL 3.() NI **IG**

QUE PARIU: _____

PARTE 5 – COMPLICAÇÃO MATERNAS E DESFECHO MATERNO E

NEONATAL IG DA INTERNAÇÃO: _____

COMPLICAÇÃO MATERNA: 1.() HIPERTENSIVA: _____ 2.()

HEMORRÁGICA: _____ 3.() DIABETES 4.()

INFECCIOSA: _____ 5.() OUTRA: _____ 6.() NI

DESFECHO MATERNO:

1.() ALTA 2.() ÓBITO 3.() OUTRO: _____ 4.() NI

35. DESFECHO NEONATAL APÓS O NASCIMENTO:

1.() ALTA 2.() ÓBITO 3.() OUTRO: _____ 4.() NI

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
(CEP)**

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES MATERNAS EM UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Pesquisador: Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98812718.6.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.950.892

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa em prontuários, para analisar as principais complicações maternas ocorridas na Maternidade Escola em determinado período, utilizando também os dados de um grupo controle. Contem os documentos exigidos.

Objetivo da Pesquisa:

Tem por objetivo analisar as principais complicações maternas ocorridas em uma maternidade escola de referência no município de Fortaleza, identificando o perfil sociodemográfico e obstétrico materno, as complicações maternas durante a assistência pré-natal e o desfecho destes casos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como se trata de estudo feito em prontuário e mediante o compromisso da não identificação das pacientes estudadas, não existe risco e os benefícios serão a análise de eventos que poderão no futuro serem prevenidos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto satisfaz as exigências da pesquisa clínica ética

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão anexados

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3368-8862 Fax: (85)3368-8828 E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.950.882

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1194596.pdf	18/09/2018 19:28:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MEAC.pdf	18/09/2018 19:27:53	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	18/09/2018 19:24:42	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_DADOS_PROFESSORES.pdf	18/09/2018 19:24:12	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_CONCORDANCIA.pdf	18/09/2018 19:23:51	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.pdf	18/09/2018 19:23:27	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_CIENCIA_PESQUISA.pdf	18/09/2018 19:23:00	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/09/2018 19:22:02	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/09/2018 19:21:34	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	18/09/2018 19:21:13	Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3365-0909 Fax: (85)3365-0828 E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Processo: 2.993.892

FORTALEZA, 09 de Outubro de 2018

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-6909 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmesc@gmail.com