



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS

**DESFECHOS PERINATAIS DE GESTANTES COM SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS ACOMPANHADAS EM UM SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DE
ALTO RISCO**

NATHALIA PEREIRA MARQUES

LAVRAS

2021



NATHALIA PEREIRA MARQUES

**DESFECHOS PERINATAIS DE GESTANTES COM SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS ACOMPANHADAS EM UM SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DE
ALTO RISCO**

Monografia apresentado ao Centro
Universitário de Lavras como parte
das exigências do curso de
Enfermagem.

ORIENTADORA:

Prof^a. Ma. Karla Lauriane Coutinho

LAVRAS

2021

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico
da Biblioteca Central do UNILAVRAS

M357d Marques, Nathalia Pereira.
Desfechos perinatais de gestantes com Síndromes
Hipertensivas acompanhadas em um serviço de pré-natal de
alto risco / Nathalia Pereira Marques. – Lavras: Unilavras,
2021.
38 f.;il.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Unilavras,
Lavras, 2021.

Orientador: Prof.^a Karla Lauriane Coutinho.

1. Gravidez de alto risco. 2. Assistência pré-natal. 3.
Hipertensão induzida pela gravidez. 4. Programa de
humanização no pré-natal e nascimento. I. Coutinho, Karla
Lauriane (Orient.). II. Título.

NATHALIA PEREIRA MARQUES

**DESFECHOS PERINATAIS DE GESTANTES COM SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS ACOMPANHADAS EM UM SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DE
ALTO RISCO**

Monografia apresentado ao Centro
Universitário de Lavras como parte
das exigências do curso de
Enfermagem.

APROVADO EM: 23/11/2021

ORIENTADORA

Prof^a Ma. Karla Lauriane Coutinho

PRESIDENTE DA BANCA

Prof^a Ma. Estefânia Aparecida de Carvalho Pádua

LAVRAS - MG

2021

Dedico este trabalho a Deus, autor da vida
Aos meus pais, por serem meus exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Deus, pelo dom da vida e pôr em sua infinita bondade, ter-me guiado a cada passo, me permitindo chegar até aqui, sempre iluminando meu caminho. Agradeço também aos meus pais, Irene e Marisergio, por todo esforço, carinho e amor que sempre me concederam e por sempre lutarem para que nunca me faltasse nada, além de serem meus maiores exemplos.

A minha irmã Brenda e meu cunhado Gustavo, por todo incentivo e conselhos ao decorrer da vida, mas principalmente por eles terem me oferecido o melhor presente, minha sobrinha Luna, que apesar de ainda tão pequena, trouxe uma luz gigantesca para toda a família. A minha Luna que foi capaz de renovar todas as minhas energias, e me fez enxergar um mundo mais doce e inocente. Ela que me fez tia e me ensinou um tipo de amor inexplicável, que mal cabe no peito.

Ao meu namorado e grande amor Elton, por todo apoio e por permanecer ao meu lado a cada instante, bons e ruins, difíceis e alegres e por cuidar de mim, por me amar e respeitar e por ser meu companheiro de vida. Também aos meus sogros Elmo e Eliana, por todo carinho.

Agradeço também a todos meus professores que ao decorrer da graduação não hesitaram em compartilhar todos seus conhecimentos conosco e por sempre oferecerem o que possuem de melhor para nos auxiliarem, mas em especial, agradeço a minha orientadora Karla, pela ajuda com esta pesquisa e por reservar seu tempo para me ajudar e confiar em mim.

RESUMO

Introdução: Embora a gestação seja considerada um fenômeno fisiológico, se desenvolvendo na maioria dos casos sem intercorrências, há uma probabilidade de surgirem complicações com evolução desfavorável. Tais complicações podem ser originadas de um agravo durante a gravidez ou devido a doenças preexistentes, ocorrendo, nesses casos, uma gestação classificada como de alto risco. As chamadas Síndromes Hipertensivas da Gravidez, são as complicações que no Brasil elenca a primeira causa de morte materna. **Objetivo:** Especificar as Síndromes Hipertensivas Gestacionais mais prevalentes e os desfechos perinatais de gestantes acompanhadas em um serviço de pré-natal de alto risco. **Método:** Tratou-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir do estudo de coorte não concorrente. A pesquisa foi realizada no CEAE na cidade de Lavras/MG. Foram utilizados no estudo os prontuários de gestantes atendidas no pré-natal de alto risco, no período de 1º de janeiro de 2019 a 01 de janeiro de 2020, que o desfecho da gestação tenha acontecido até o mês de setembro de 2020. Os dados foram obtidos por meio de um instrumento elaborado para análise dos prontuários, contendo as variáveis a serem estudadas. As variáveis quantitativas foram descritas como mediana, 1º quartil (1ºQ) e 3º quartil (3ºQ), valor mínimo e valor máximo; já as variáveis qualitativas, pela frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). **Resultados:** A pesquisa apontou que as gestantes tinham idade média de 29 anos, eram solteiras e possuíam ensino médio completo. Iniciaram o pré-natal no CEAE em média com 19 semanas e 4 dias e 45,6% realizaram mais de seis consultas. Quanto ao histórico obstétrico, a média de gestações anteriores foram de duas. A Síndrome Hipertensiva Gestacional prevalente foi a HAS, sendo que 23 mulheres tinham outras patologias associadas. No decorrer da gestação 10% das mulheres mantiveram os níveis pressóricos elevados, 4% apresentaram sangramentos, 6% ITU e 18% outras intercorrências. A maioria das gestações tiveram seus desfechos por meio de cesariana (14%), que aconteceram a termo, 2% foram partos normais e 84% não continha a informação sobre via de parto no prontuário. **Conclusão:** As taxas de morbimortalidade perinatal e de prematuridade foram inferiores ao do território nacional, assim podemos inferir que um acompanhamento pré-natal adequado e no nível de assistência adequado podem ser indicadores de qualidade. E conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes estratificadas como de alto risco, devido às Síndromes Hipertensivas Gestacionais, pode contribuir para a efetividade das políticas públicas de assistência pré-natal.

Palavras-Chave: Gravidez de alto risco; Assistência Pré-natal; Hipertensão induzida pela gravidez; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

- Figura 1** Diagrama de seleção dos prontuários
- Figura 2** Principais Síndromes Hipertensivas Gestacionais
- Figura 3** Síndromes Hipertensivas e outras comorbidades

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características Sociodemográficas

Tabela 2 Características Obstétricas

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

BCF	Batimentos Cardiacos Fetais
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CMPP	Cardiomiopatia Periparto
HAC	Hipertensão Arterial Crnica
HAS	Hipertensão Arterial Sistmica
HELLP	Hemolytic anemia, Elevated Liverenzymes, Low Plateletcount
HG	Hipertensão Gestacional
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ITU	Infecção do Trato Urinário
MS	Ministério da Sade
NHBPEP	<i>National High Blood Pressure Education Program</i>
PE	Pr-Eclâmpsia
SHG	Síndromes Hipertensivas Gestacionais
SPM	Secretaria de Política para as Mulheres
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1	Pré-Natal de Alto Risco	12
3.2	Síndromes Hipertensivas Gestacionais	13
4	MATERIAIS E METÓDOS	16
4.1	Tipo de Estudo	16
4.2	Local da Pesquisa	16
4.3	Participantes	17
4.4	Itens éticos	17
4.4.1	Análise crítica de riscos e benefícios	17
4.4.2	Privacidade e confidencialidade de dados	18
4.4.3	Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	18
4.5	Coleta de Dados	18
5	RESULTADOS	20
5.1	Características Sociodemográficas	20
5.2	Características Obstétricas	21
5.3	Características das Síndromes Hipertensivas Gestacionais	25
6	DISCUSSÃO	27
7	CONCLUSÃO	25
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
	ANEXOS	34
	APÊNDICE	35

1 INTRODUÇÃO

Uma gestação transforma a vida de uma mulher, tanto pelas mudanças físicas, quanto as emocionais e hormonais. É uma condição saudável, onde é comum o surgimento de dúvidas e expectativas (LUZ et al., 2015).

É um fenômeno no qual a mulher pode se programar, ou acontecer de maneira não planejada e durante toda sua extensão, é normal que ocorram medos, ansiedades, alegrias e tristezas, afinal permeia grandes transformações para todos da família (BRASIL, 2014).

Podemos afirmar que a gestação trata-se de um fenômeno fisiológico, pois o corpo feminino é fisiologicamente preparado para este processo. Existem situações em que as gestações são classificadas como de alto risco, devido as doenças preexistentes ou agravos gerados pela própria gestação, ocasionando riscos de uma evolução desfavorável (BRASIL, 2012a).

O pré-natal visa identificar situações de risco, com a finalidade de amenizar ou de impossibilitar um desfecho errôneo da gestação. A melhor oportunidade para a identificar estes fatores ocorre durante a assistência pré-natal e durante as visitas nos domicílios, sendo de suma importância para a assistência, a harmonia dentro da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

As chamadas Síndromes Hipertensivas da Gravidez, são as complicações que mais geram mortes maternas em todo o mundo. A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher que ocorre durante a gravidez, parto ou no puerpério (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; BRASIL, 2014; SAY et al., 2014).

No Brasil a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna. Tais síndromes podem aparecer em qualquer fase da gestação, e são divididas de acordo com seu surgimento e gravidade. São elas: Hipertensão Crônica, Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão, Hipertensão Gestacional e Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia (MARIANO et al, 2018).

Mesmo sendo considerada uma patologia grave, as Síndromes Hipertensivas podem ser evitadas, através de cuidados, prevenção e principalmente detecção precoce e início imediato da assistência pré-natal. Desta forma, é possível atingir a otimização do cuidado e oferecer tanto à gestante quanto ao feto, um desenvolvimento

gestacional saudável, sem maiores agravos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Refletindo sobre as Síndromes Hipertensivas Gestacionais e a assistência pré-natal, surgiram as questões: “Como são os desfechos perinatais de gestantes diagnosticadas com estas síndromes, acompanhadas em um serviço de pré-natal de alto risco?”; “Quais as Síndromes Hipertensivas mais prevalentes na gestação?”.

Neste sentido, tem-se como objeto de estudo “desfechos perinatais de gestantes com síndromes hipertensivas acompanhadas em um serviço de pré-natal de alto risco”. A pesquisa justificou-se pelo desejo de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal em todo o território brasileiro, que está diretamente associada com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e no nível de complexidade ideal. O conhecimento dos resultados maternos e perinatais pode contribuir para o enriquecimento da assistência à gestante no PNAR.

2 OBJETIVOS

- **Geral**

Especificar as Síndromes Hipertensivas Gestacionais mais prevalentes e os desfechos perinatais de gestantes acompanhadas em um serviço de pré-natal de alto risco.

- **Específicos**

- 1) Especificar os tipos de Síndromes Hipertensivas Gestacionais mais prevalente em um serviço de PNAR.
- 2) Identificar os profissionais de saúde que atenderam estas gestantes.
- 3) Apontar as idades gestacionais no momento do nascimento.
- 4) Estimar a prevalência de prematuridade.
- 5) Estimar a prevalência de morbimortalidade materna e neonatal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Pré-natal de alto risco

A gestação, apesar de ser um acontecimento fisiológico, em alguns casos, podem estar associadas à riscos para a saúde tanto da mãe, quanto do feto. Uma assistência pré-natal qualificada, que se inicia precocemente e estende-se até o puerpério, é a forma segura e eficaz de assegurar uma gestação saudável, prevenção de maiores agravos e com desfechos favoráveis ao binômio mãe-filho (BESSA et al., 2018).

A assistência pré-natal é um poderoso constituinte da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. A execução de atividades realizadas no cotidiano durante essa assistência está associada a melhores resultados perinatais (BRASIL, 2012).

Pesquisas indicam que entre 15% e 20% das gestantes podem apresentar complicações, não importando o período gestacional que se encontram. Tais complicações ocorrem por uma patologia materna preexistente, algum agravo de saúde ou por desenvolverem problemas relacionados com a própria gravidez. Uma vez apresentadas tais complicações, classificam-se como gestação de alto risco, aumentando a probabilidade de uma evolução desfavorável (BRASIL, 2012b; LUZ et al., 2015; TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

Uma gravidez de risco habitual, que transcorre livre de complicações, é passível de se tornar de alto risco a qualquer momento, durante sua evolução ou durante o trabalho de parto. Logo, a classificação e a reclassificação de risco devem ocorrer a cada consulta de pré-natal e no momento do parto, com intuito de, por meio de intervenções preventivas, evitar negligências assistenciais que possam causar morbidade grave e a morte materna e ou perinatal (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016).

O preparo e a qualificação da equipe para atender à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal garante resultados favoráveis para o desfecho da gestação, relacionando-se diretamente com a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Identificados os fatores de risco em qualquer momento do pré-natal, esses profissionais devem prestar um primeiro atendimento à gestante, orientando, sanando

dúvidas e atuando em situações imprevistas, determinando, caso necessário, uma assistência especializada (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016a).

O encaminhamento ao pré-natal de alto risco deve ser realizado prioritariamente pela Atenção Básica e a equipe deve assegurar o cuidado dessa gestante até sua vinculação ao serviço para qual foi referenciada (BRASIL, 2014).

Os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE), constituem serviços de atenção secundária que atende, entre outras especialidades, gestantes e crianças de risco, visando contribuir para a redução das complicações à saúde e mortalidade materna e infantil, ofertando uma atenção integrada a todo ciclo gravídico-puerperal e do recém-nascido de risco (MINAS GERAIS, 2015).

Ao ser encaminhada ao PNAR, na atenção secundária ou terciária, a gestante será assistida por uma equipe de saúde qualificada conforme a complexidade de seu caso (BRASIL, 2016).

A atenção pré-natal constitui como uma medida preventiva e promotora de saúde, visando um desfecho favorável tanto para mulher quanto para os filhos. Nele é necessário realizar toda oferta de suplementos e tratamentos previstos na Caderneta da Gestante. Em especial os de alto risco necessitam de atenção maior, pois alguns detalhes variam do risco habitual, como exames e cuidados especiais, a depender da patologia de base (LEAL et al, 2020).

As mulheres encaminhadas para a assistência gestacional no serviço de referência ao pré-natal de alto risco devem manter uma vinculação com a equipe da atenção primária, estabelecendo comunicação dinâmica entre as equipes para a futura contra referência (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

3.2 Síndromes Hipertensivas Gestacionais

As chamadas Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) constituem hoje, a segunda maior causa de morte materna no mundo, a incidência varia entre 6% a 30% das gestações, ficando atrás somente das síndromes hemorrágicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No Brasil, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) do Ministério da Saúde (MS) ressalta que a hipertensão relacionada à gestação é a principal causa de

morte materna no país, independentemente da faixa etária, seguida da hemorragia (BRASIL, 2014).

As complicações das síndromes hipertensivas, como pré-eclâmpsia e eclâmpsia correspondem a 25% de todas as mortes maternas no mundo, e, as principais causas de prematuridade, enquanto que no Brasil, esses números correspondem a 20% (BRASIL, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; SBARDELOTTO et al., 2018)

Definidas pelo *National High Blood Pressure Education Program* (NHBPEP) – Programa Nacional de Educação de Pressão Arterial – as SHG se classificam como: Hipertensão Gestacional (HG), Hipertensão Arterial Crônica (HAC), Pré-eclâmpsia (PE) e Pré-Eclâmpsia sobreposta a Hipertensão Arterial Crônica (PE+HAC) (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2000; SBARDELOTTO et al., 2018)

A Hipertensão gestacional é a elevação da pressão sanguínea após 20 semanas de gestação, na ausência de proteinúria ou das alterações sistêmicas. Pode ser transitória, quando os níveis pressóricos normalizam até 12 semanas após o parto ou tornar-se crônica quando a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas do puerpério (ARAÚJO et al., 2017; MONTENEGRO, FILHO, 2017).

Hipertensão crônica é aquela que antecede a gestação, ou seja, a mulher já era diagnosticada como hipertensa crônica antes da gravidez. Outra classificação das SHG é a pré-eclâmpsia sobreposta, que caracteriza-se como o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica (MONTENEGRO, FILHO, 2017).

A pré-eclâmpsia é uma patologia específica da gestação, que se destaca devido seu impacto na saúde materna e neonatal. É diagnosticada quando a mulher se apresenta normotensa até a 20ª semana de gestação e a partir deste período os níveis arteriais se elevam na presença de proteinúria (PERAÇOLI, et al, 2019).

Entre as complicações maternas das SHG, destacam-se a Síndrome *Hellp* onde ocorrem trombocitopenia, aumento das enzimas hepáticas e hemólise das hemácias (*Hellp - Hemolytic anemia, Elevated Liverenzymes, Low Plateletcount*) e a eclampsia. No feto pode ocorrer comprometimento de seu desenvolvimento, parto prematuro, baixo peso ao nascer e até mesmo a morte perinatal (MONTENEGRO, 2017; SBARDELOTTO et al., 2018; THULER et al, 2018).

A eclâmpsia é a SHG mais grave. Ela está associada ao surgimento alterações neurológicas e crises convulsivas, além da proteinúria. É uma síndrome considerada

grave, devido ao risco da gestante entrar em estado de coma, além de desencadear alterações na placenta ocorrendo sua ruptura e como consequência o parto prematuro (GOMES, et al, 2020).

As SHG correspondem a um número de 2 a 10% das gestações de todo o mundo, sendo 19% em Minas Gerais, e suas formas graves estão associados com as taxas elevadas de desfechos neonatais, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer, desconforto respiratório agudo, ventilação mecânica e internações em UTI – Neonatal (CESAR et.al, 2021).

As doenças hipertensivas específicas da gestação e a hipertensão arterial crônica, são fatores controláveis, desde que ocorra um acompanhamento adequado, porém elas estão entre as principais causas de óbito materno evitável (SOARES, et al, 2021).

A classificação de óbito materno está relacionado a mulheres em idade fértil, cuja morte ocorreu em até 11 meses e 29 dias após o parto. No Brasil, no ano de 2017, a pré-eclâmpsia e eclampsia constituíram a segunda causa deste tipo de morte, perdendo apenas para a cardiomiopatia periparto (CMPP) (VEGA, SOARES, NASR, 2017).

No Brasil já existe uma luta contra a redução da morte materna. Algumas políticas investem em tentativas de minimizar as desigualdades e aprimorar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para que desta maneira, possa alcançar esta meta que está prevista nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (COSTA, OLIVEIRA, LOPES, 2021).

3.3 Vias de Parto

Ainda é possível de se encontrar, em algumas culturas, o processo de nascer visto como um processo habitual, em que não há necessidade da participação de uma equipe qualificada e com conhecimento científico sobre tal procedimento. Essas culturas trazem o parto como um modelo menos hospitalocêntrico, e mais domiciliar. Atualmente, a determinação da via do parto, é um fator multifatorial, definido entre estado de saúde da mãe e do feto, em conjunto com o proceder daquela gestação (JÚNIOR, 2019).

Para uma gestante sentir-se segura no momento de parir, é essencial que a equipe multidisciplinar esteja organizada de forma a propiciar a integralidade do cuidado, ou seja, ações de atenção à gestante e ao recém-nascido, garantindo-lhes uma assistência ideal no momento do parto, assim como prevê as políticas públicas de assistência ao pré-natal (SOUSA, ARAÚJO, MIRANDA, 2017).

Entre parto humanizado e cesáreas, destaca-se que no primeiro, o processo fisiológico é respeitado, evitando ao máximo procedimentos invasivos e desnecessários, onde cada mulher é atendida de maneira individual, em acordo com seus aspectos sociais e culturais, favorecendo laços afetivos e vínculos entre mãe-filho (SILVA, 2019).

A cesariana, é considerada um procedimento cirúrgico, indicada somente em situações de risco conhecido, seja para a gestante e/ou feto, e na grande maioria dos casos, é um acontecimento programado entre obstetra e gestante, porém ainda existem situações em que tal procedimento ocorre sem indicação, cuja escolha é atribuída a gestante (ESCOBAL et.al, 2021).

No Brasil, os partos por cesariana ultrapassa a taxa estipulada pela OMS, que é de 15%. A argumentação sobre a melhor via para uma mulher parir é essencial entre a equipe multiprofissional dentro do serviço de saúde cujo pré-natal foi realizado, afinal, cada caso deverá ser destacado de maneira individual e a decisão deverá ocorrer entre equipe e gestante (JÚNIOR, 2017).

Portanto, ao assistir a parturiente, a equipe de enfermagem obstétrica em conjunto com os médicos obstétricos e pediátricos, devem zelar pelo cuidado, além de oferecer uma atenção pautada em conhecimentos técnico-científicos, compreendendo as percepções e individualismo de cada gestante, a fim de oferecer uma assistência humanizada e de permitir a participação ativa da mulher (FREIRE, et.al, 2017).

3.4 Puerpério

O puerpério é o período pós-parto, onde mãe e bebê vão iniciar o contato físico. É dividido em períodos: Imediato, correspondendo as primeiras 24 horas após o nascimento da criança, período este o mais importante para desenvolvimento afetivo; Mediato, do primeiro ao décimo dia; Tardio, do 11º as 45º dia e remoto que se estende após os 45º dia (QUEIROZ et.al, 2021).

A gestação faz com que o corpo das mulheres passem por transições físicas e emocionais. Tais mudanças, se estendem também ao puerpério, porém no pós-parto ocorre também uma mudança de foco para o bebê, no entanto, a mãe ainda necessita de cuidados e amparo, devido à ansiedade que esse momento desperta na mulher (CAMPOS, FÉRES-CARNEIRO, 2021).

Estudos apontam que a maioria dos óbitos maternos se concentra no puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto). Esta taxa se estende também ao aumento de chances de desenvolvimento de morbidades significativas no puerpério tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após 45º dias) (BARATIERI, NATAL, 2018).

A Rede Cegonha é uma ferramenta criada pelo Ministério da Saúde onde as mulheres encontram garantia de cuidados que vão desde o planejamento familiar até o puerpério. É um programa que faz os direitos das mulheres serem respeitados, fortalecendo o trabalho em rede (GOMES, SANTOS, 2017).

Nas consultas puerperais, os enfermeiros da atenção básica são os profissionais mais indicados, pois apresentam maior proximidade com os familiares e estabelecem vínculos de confiança, podendo atuar no aleitamento materno, avaliação do recém-nascido e da puérpera (SILVA et al, 2021).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir do estudo de coorte não concorrente, portanto a exposição e o desfecho de interesse ocorreram antes do início do estudo (MEDRONHO et al. 2009).

Nesse tipo de estudo, a situação dos participantes quanto ao desfecho e as variáveis são cruciais para a seleção do estudo, onde são estabelecidas pelo pesquisador datas iniciais e finais para acompanhamento dos participantes. Entre as datas fixadas, realiza-se a coleta das variáveis e o desfecho que se deseja estudar. Cabe ressaltar que a identificação dos participantes sempre se dá no passado, assim que se realiza o desfecho (MEDRONHO et al., 2009).

Os dados foram obtidos por meio de um instrumento criado para analisar os prontuários, no qual foi inserido as variáveis a serem estudadas (APÊNDICE 1). Para facilitar no momento da coleta, o mesmo foi adaptado em uma planilha *Microsoft Excel*. As variáveis quantitativas foram descritas como mediana, 1º quartil (1ºQ) e 3º quartil (3ºQ), valor mínimo e valor máximo; já as variáveis qualitativas, pela frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), garantindo uma exatidão.

4.2. Local de pesquisa

Este estudo aconteceu no CEAE – Centro Estadual de Atenção Especializada formalmente autorizado pela enfermeira, gerente do serviço (ANEXO 1). A análise dos prontuários foi realizada nos horários de melhor conveniência para os servidores.

4.3. Participantes

Foram considerados **critérios de elegibilidade** prontuários de gestantes do pré-natal de alto risco com diagnóstico de algumas das Síndromes Hipertensivas Gestacionais, no período de 1º de janeiro de 2019 a 01 de janeiro de 2020; que o desfecho da gestação tenha acontecido até o mês de setembro de 2020.

Foram considerados como **critérios de não participação**: prontuários de gestantes do PNAR que não retornaram ao serviço para acompanhamento puerperal.

Estima-se para esta pesquisa a análise de todos os prontuários que se enquadrem nos critérios de elegibilidade.

4.4. Itens éticos

A pesquisa foi aprovada, em reunião do dia, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com o parecer nº 3.825.360.

4.4.1 Análise Crítica de Riscos e Benefícios

Os riscos para a realização dessa pesquisa são considerados mínimos. Estes dizem respeito aos procedimentos de coleta de dados no prontuário, e serão assegurados a confidencialidade e o sigilo das informações a serem obtidas.

Como benefício a pesquisa poderá auxiliar na compreensão sobre as Síndromes Hipertensivas Gestacionais e seus desfechos em relação à saúde do binômio mãe-filho, a ponto de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem e da equipe multidisciplinar.

4.4.2 Privacidade e confidencialidade dos dados

Durante o desenvolvimento da pesquisa, somente a aluna pesquisadora e sua orientadora obtiveram acesso aos materiais coletados, garantindo anonimato ao publicar os resultados.

4.4.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

O encerramento da pesquisa deu-se a partir do momento em que as pesquisadoras, através da análise progressiva e concomitante dos dados verifiquem que os dados coletados são suficientes para o alcance do objetivo proposto.

Antes disso, a pesquisa poderá ser suspensa caso a gerente do CEAE desista da autorização do estudo.

4.5 Coleta dos dados

O campo de escolha para coleta foi o CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada), que se configura como atenção secundária à saúde e a porta de entrada às gestantes que são referenciadas à assistência ao pré-natal de alto risco, prestando atendimento tanto a população do município de Lavras, quanto das cidades da circunvizinhas.

No CEAE as gestantes são referenciadas e contrarreferenciadas da atenção básica e/ou outros serviços, visto que não há atendimentos por demanda espontânea por se tratar de um centro de atenção secundária. A equipe que acompanha o pré-natal das gestantes apontadas como de alto risco é multidisciplinar, composta por equipe de enfermagem, médicos obstetras, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e médicos especialistas.

A amostra corresponde à somatória de todos os prontuários de gestantes que deram entrada neste serviço entre janeiro de 2019 a janeiro de 2020, uma vez que a instituição trabalha com prontuários unificados.

A seleção dos prontuários deu-se inicialmente com a separação de todos que correspondiam ao período apontado para a pesquisa e os dados coletados foram adaptados em uma planilha *Microsoft Excel* contendo as variáveis a serem estudadas.

Foram selecionados um total de 162 prontuários, no entanto 112 não atendiam os critérios de inclusão na pesquisa, sendo então excluídos, totalizando ao final da análise 50 prontuários que correspondiam à alguma das Síndromes Hipertensivas Gestacionais – Figura 1.



Figura 1: Diagrama da seleção dos prontuários.

Fonte: O autor

5 RESULTADOS

A seguir constam os resultados da presente pesquisa

5.1 Características sociodemográficas

Após a verificação, os dados foram agrupados de acordo com o perfil sociodemográfico (estado civil, nível de escolaridade e idade) – Tabela 1.

A maioria das gestantes diagnosticadas com alguma das Síndromes Hipertensivas e que realizaram acompanhamento pré-natal no CEAE eram solteiras e com ensino médio completo. A média da idade foi de 29 anos, variando entre 20 e 44 anos.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas (n = 50)

Característica	N	%
Estado Civil		
Solteiras	18	36,0
Casadas	16	32,0
União Estável	7	14,0
Sem informação	9	18,0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	1	2,0
Fundamental completo	5	10,0
Ensino médio incompleto	8	16,0
Ensino médio completo	15	30,0
Superior incompleto	3	6,0
Superior completo	2	4,0
Sem informação	16	32,0
Idade		
	Mediana (1ºQ - 3ºQ)	Mínimo – Máximo
	N	%
	29 (23 – 34)	20 – 44
< 20 anos	1	2,0
20 a 34 anos	38	76,0
≥ 35 anos	11	22,0

Fonte: O autor

5.2 Características obstétricas

Os resultados maternos são apresentados na Tabela 2. A média da idade gestacional de início do acompanhamento pré-natal no CEAE foi de 19 semanas e 4 dias de gestação; a idade gestacional mínima foi de 5 semanas e a máxima de 38 semanas. Em relação aos trimestres gestacionais 41,3% iniciou o pré-natal no serviço no primeiro trimestre, 9,13% no segundo trimestre e 19,57% no terceiro trimestre.

O número médio de consultas pré-natais foram seis, sendo cinco com o médico obstetra e uma com a enfermeira. Na assistência pré-natal, 38% das gestantes apresentaram intercorrências em algum momento da gestação, dentre elas as que prevaleceram foram os níveis pressóricos mantendo-se elevados (10%), seguindo de infecção do trato urinário (ITU) (6%) e casos de sangramentos (4%). Outras intercorrências também surgiram com menos frequências, tais como: algia em baixo ventre e quadril, constipação, sintomas depressivos, bursite infectada e colecistite.

38% das mulheres haviam passado por três ou mais gestações, sendo a maioria com desfecho por partos vaginais.

Enquanto aos desfechos das gestações que envolveram este estudo, a via de parto prevalente foi a cesariana correspondendo a 14%. Partos normais 2% e 84% não continham a informação no prontuário, uma das limitações encontradas na coleta dos dados.

Em relação a prematuridade, a maioria dos nascimentos ocorreram após as 37 semanas de gestação (22%) e somente 4% nasceram prematuros, antes das 37 semanas.

Tabela 2 – Características Obstétricas (n=50)

	Mediana (1ºQ -3ºQ) n	Mínimo – Máximo %
Idade gestacional início		
PNAR		
Semanas	19 (14 – 25,3)	5 - 38
Dias	4 (1 – 5)	0 - 6
≤16 semanas completas	19	41,30
17 a 28 semanas completas	18	39,13
≥ 29 semanas completas	9	19,57
Nº de Consultas Pré-Natal		
Com médico	6 (4 – 8)	0 - 11
Com enfermeira	5 (3 – 7)	1 - 9
Com enfermeira	1 (1 – 1)	0 - 4
Nº de Consultas Pré-Natal ≥ 6	21	45,65
Intercorrências Gestação		
Elevação da PA	5	10
Sangramento	2	4
ITU	3	6
Outros	9	18
Via de parto da gestação atual		
Normal	1	2
Cesariana	7	14
Sem informação	42	84
Idade gestacional nascimento		
≥ 37 semanas	11	22
< 37 semanas	2	4
Sem informação	37	74
<hr/>		
	Mediana (1ºQ -3ºQ) n	Mínimo – Máximo %
Nº de gestações		
1	2 (2 – 4)	1 – 6
1	12	24
2	15	30
3 ou mais	19	38
Sem informação	4	8
Nº de partos anteriores		
Nº de partos normais	1	0 – 5
Nº de cesarianas	0	0 – 5
Nº de cesarianas	0	0 – 3

Fonte: O autor

5.3 Características das Síndromes Hipertensivas Gestacionais

A Figura 2 descreve os tipos de síndromes hipertensivas que mais acometem as gestantes atendidas no CEAE: a HAS equivalente a 68%, seguidos da pré-eclâmpsia (24%) e hipertensão gestacional (8%).

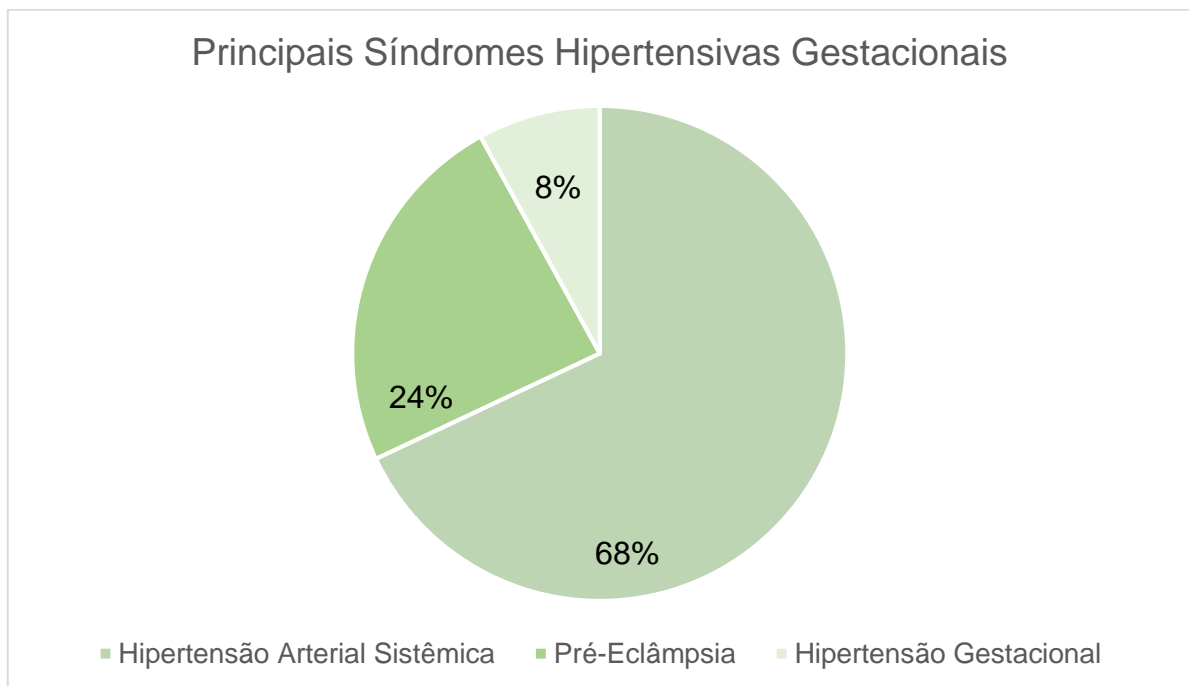


Figura 2: Principais Síndromes Hipertensivas Gestacionais

Fonte: O autor

Foram identificadas gestantes que, além de serem portadoras de algumas da SHG, também possuíam uma ou mais comorbidades associadas, conforme demonstra a Figura 3, são elas: seis com diabetes mellitus, quatro com hipotireoidismo, três gestações gemelares e duas com placenta prévia. Outras oito gestantes apresentaram patologias que surgiram com menos frequência, tais como: diabetes gestacional, crises convulsivas, asma, obesidade, histórico passado de prematuridade, toxoplasmose, sífilis, varizes hemorroidárias, hérnia umbilical e dificuldade de ausculta do batimento cardíaco fetal (BCF).

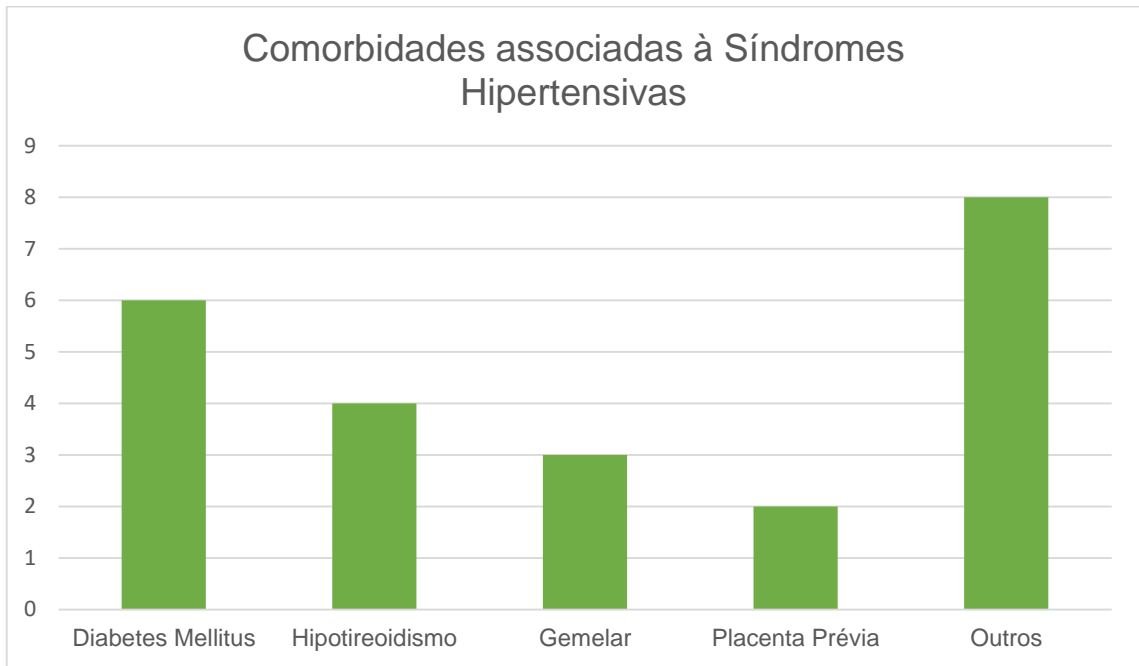


Figura 3: Síndromes Hipertensivas e outras comorbidades

Fonte: O autor

6 DISCUSSÃO

A idade média das gestantes diagnosticadas com as Síndromes Hipertensivas Gestacionais foi de 29 anos, com uma variação entre 20 a 44 anos, com prevalência de mulheres em idade avançada. Um estudo demonstrou que as mulheres com idade maior que 35 anos possuem maior predisposição a desenvolver complicações na gestação e partos por cesáreas. Em contrapartida, as adolescentes possuem maiores chances de partos prematuros (VEIGA, 2019).

A gravidez tardia possui uma predisposição de riscos obstétricos por fatores como salinidade ovariana e doenças crônicas pré-existentes, assim sendo, o atendimento às gestantes dessa faixa etária necessitam de atenção especializada e no nível de atenção à saúde adequado (TIBES-CHERMAN, et al, 2021).

Em relação ao estado civil e escolaridade, as Síndromes Hipertensivas Gestacionais na pesquisa foram prevalentes nas mulheres solteiras e com ensino médio completo. Em contrapartida, um estudo que identificou as características definidoras e os fatores relacionados em Síndromes Hipertensivas Gestacionais, a maioria das gestantes eram casadas e com baixa escolaridade (SBARDELOTTO, et al, 2018).

A cor da pele das gestantes é um fator de risco para Síndromes Hipertensivas na Gestação, principalmente nas mulheres negras, por possuírem maior predisposição à elevação da pressão sanguínea (BRASIL, 2012a). Entretanto, uma limitação encontrada na presente pesquisa foi a falha nos registros dos prontuários, que não continham tal informação.

No que refere-se à idade gestacional para início no PNAR, a média foi de 19 semanas e 4 dias. Sabe-se que a gestante uma vez estratificada como de alto risco, em qualquer período gestacional, deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco e continuar o acompanhamento pré-natal também na Atenção Básica, como recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

Relacionado ao número de consultas pré-natais, o Ministério da Saúde recomenda que haja no mínimo seis consultas para que o acompanhamento seja considerado adequado, nos casos de gestações de risco habitual. Nesta pesquisa, 45,65% das gestantes passaram por mais de seis consultas, mesmo com a variação

da idade gestacional que ingressaram no pré-natal de alto risco, uma vez que pode ocorrer a qualquer momento da gestação quando estratificadas como de alto risco (BRASIL, 2012b).

Ainda sobre as consultas pré-natais, notou-se que houve um número cinco vezes maior de consultas com médicos comparados com as de enfermagem. O Ministério da Saúde orienta que a assistência pré-natal às gestantes de alto risco aconteça no nível de atenção adequado, serviços de pré-natal de alto risco, assim como na atenção básica à saúde com consultas médicas intercaladas com as consultas de enfermagem (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2021b; BRASIL, 2016).

Um estudo de revisão com ênfase na assistência de enfermagem às gestantes com pré-eclâmpsia, concluiu que a atuação da enfermagem com ações voltadas principalmente à prevenção de agravos, é um indicador de qualidade na redução às complicações devido pré-eclâmpsia (SARMENTO, et.al, 2020).

A qualidade da assistência pré-natal às gestantes é primordial para controle das complicações e prevenção da morte materna e fetal. A equipe multidisciplinar, devem atuar em conjunto a fim de ofertar uma assistência de qualidade ao binômio mãe-filho (JORGE, SILVA, MAKUCH, 2020).

Em relação às intercorrências gestacionais, doenças como níveis pressóricos elevados, sangramentos vaginais e ITU mostraram-se como fator preocupante dentre as gestantes atendidas em um Centro Obstétrico de um Hospital Regional no oeste do estado de São Paulo. Tais resultados vão ao encontro com esta pesquisa, onde a elevação dos níveis pressóricos, infecções do trato urinário e sangramentos foram motivos de internações durante o período gestacional das grávidas diagnosticadas com as Síndromes Hipertensivas (MAIA et.al, 2021).

No tocante aos desfechos perinatais das mulheres atendidas no CEAE, os resultados se assemelham a um estudo realizado em um município do Paraná, onde a maioria dos desfechos gestacionais foi por meio de cesariana (ANTUNES, 2017).

Vale ressaltar que uma das limitações da presente pesquisa foi a falta de informações nos prontuários, sendo a via de parto, uma delas. Dos oito prontuários que constava a via de parto, sete foram por cesariana e somente um nascimento foi por via vaginal.

Antunes, 2017 afirma ainda que, desfechos perinatais de gestantes com hipertensão arterial e pré-eclâmpsia como antecedente obstétrico, apresentaram o parto vaginal como fator de proteção materno fetal, pois obtiveram resultados perinatais melhores do que as mulheres que passaram por cesarianas.

No Brasil, as cesarianas correspondem a 85% dos partos realizados em serviços privados, o que vai em contramão das diretrizes, uma vez a cirurgia aumenta as chances de complicações, sequelas ou mortes, e as doenças hipertensivas não são indicativos para este tipo de parto, a menos que o feto entre em sofrimento (BRASIL, 2021).

A Síndrome Hipertensiva Gestacional mais prevalente nesta pesquisa foi a HAS, já um estudo realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley, notou-se que a principal SHG foi a Pré-Eclâmpsia. (SILVA, 2018).

Resultados semelhantes à pesquisa foram os encontrados no serviço de obstetrícia e ginecologia no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão onde a Síndrome Hipertensiva Gestacional mais prevalente foi a HAS seguida da PE (CARVALHO, COSTA, 2017).

Entre 2008 e 2013, mais de mil mulheres foram admitidas em um hospital de ensino na Etiópia devido a SHG, sendo a maioria com PE e eclâmpsia. A taxa de mortalidade foi de 5%, sendo a eclâmpsia a causa mais frequente (BERHAN; ENDESHAW, 2015).

Já um outro estudo apontou a hipertensão gestacional como a menos prevalente dentre os prontuários participantes. Associa-se este resultado ao diagnóstico tardio desta síndrome, por ela ser assintomática, ou seja, ela é confirmada apenas com uma anamnese completa e detalhada. Em muitos casos, nota-se a presença de alguma síndrome hipertensiva somente quando inicia a proteinúria, ou seja, o que seria uma hipertensão gestacional, se torna pré-eclâmpsia (BAIA, 2020).

Um estudo realizado na Austrália, apontou que a hipertensão gestacional, e o diabetes mellitus gestacional são complicações que trazem consequências graves para a mãe e o filho, tais como: prematuridade, sangramentos, insuficiência hepática, indução ao parto e maiores taxas de cesarianas, além da morte materna (CHEN et al., 2012).

A pré-eclâmpsia e a eclampsia, são vistas como um problema de saúde mundial. Suas ocorrências podem se dar devido ao início tardio do pré-natal, falta de acesso às gestantes no nível adequado de assistência ou em alguns casos, a não realização do acompanhamento pré-natal. Tais SHG quando não diagnosticadas e tratadas corretamente tem potencial para evoluírem com complicações severas ao binômio mãe-filho, como exemplo, a Síndrome *HELLP*. Portanto, o início precoce do pré-natal pode evitar o aumento da morbimortalidade perinatal (SARMENTO et.al, 2020).

Após o parto é essencial e recomendado pelo Ministério da Saúde que as mulheres retornem ao serviço onde realizaram o acompanhamento pré-natal para o seguimento das consultas puerperais. Nesta pesquisa em nenhum dos 50 prontuários analisados houve retorno das mulheres para a consulta puerperal, o que se configura como uma grande dificuldade para a finalização do acompanhamento e a contrarreferência à atenção básica. Resultado que vai ao encontro do estudo do Hospital de Ensino em Uberaba (PINTO, 2021).

7 CONCLUSÃO

As síndromes hipertensivas mostram-se como um fator preocupante por estarem relacionadas com a principal causa de morte materna no Brasil. A presente pesquisa permitiu conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes diagnosticadas com as Síndromes Hipertensivas Gestacionais assistidas em um serviço de pré-natal de alto risco, além dos desfechos destas gestações.

A Síndrome Hipertensiva Gestacional mais prevalente neste estudo foi a Hipertensão Arterial Sistêmica. As taxas de morbimortalidade perinatal e de prematuridade foram inferiores as do Brasil, assim podemos afirmar que um acompanhamento pré-natal adequado e no nível de assistência adequado, podem ser indicadores de qualidade, pontos positivos do estudo.

Não obstante aos pontos positivos, uma limitação entrada no decorrer da pesquisa foi a falta de registros nos prontuários de algumas variáveis, principalmente as relacionadas a alguns dados sociodemográficos, desfechos das gestações e consulta puerperal.

Espera-se que mediante os resultados desta pesquisa que possibilitou conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes estratificadas como de alto risco, devido às Síndromes Hipertensivas Gestacionais, possa contribuir para a efetividade das políticas públicas de assistência pré-natal e a continuidade de pesquisas nessa área.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, M. B et al. Síndrome Hipertensiva perinatais em gestação de alto risco. **Rev Min Enferm.** v. 21, p. 1-6, 2017.

ARAÚJO, I. F. M et al. Síndromes Hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. **Rev. De Enfermagem UFPE.** v. 11, n. 10, p. 4254-4262, 2017.

BAIA, L. S. Hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia: o olhar da enfermagem. **Centro Universitário UNIFACIG**, 2020. Disponível em < <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/repositoriofcc/article/view/3177/2232> > Acesso em 21/10/2021.

BARATIERI, T., NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: Uma revisão integrativa. **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2018. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrXgLcVqvk5QPNYHm/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em 02/12/2021.

BERHAN, Y., ENDESHAW, G. Maternal mortality predictors in women with hypertensive disorders of pregnancy: a retrospective cohort study. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 25, n. 1, p. 89-98, 2015. Disponível em: <<https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/112820>>. Acesso em: 01 maio 2017.

BESSA, A. R. S. et al. Delivery and postpartum care in Rio Branco in the northern state of Acre, Brazil: a population-based survey. **J. Hum. Growth Dev.** v.28, n.1, p. 69-76. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviço de Atenção Materna e Neonatal: segurança e qualidade.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília: ANVISA, 2014. 108 p. (Série - Tecnologia em Segurança de Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação Nº 011, DE 07 de maio de 2021.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 320 p. (Caderno de Atenção Básica n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 5a ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 304 p.

CAMPOS, P. A., FÉRES-CARNEIRO, T. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. **Psico. USP**. v. 32, p. 1-9, 2021.

CARVALHO, N. L., COSTA A. L. R. Hipertensão na gestação: Desfechos maternos e perinatais de pacientes atendidas em um ambulatório especializado. **Universidade Federal do Maranhão**. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017. Disponível em <https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2510/1/NATH%c3%81LI_ALAPACARVALHO.pdf> Acesso em 21/10/2021.

CESAR, N. F et al. Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação provocam desconforto respiratório agudo em recém-nascidos. **Enfermagem Foco**. v. 12, n. 2, p. 290-296, 2021.

CHEN, J. S. et al. Prevalence of pre-eclampsia, pregnancy hypertension and gestational diabetes in population-based data: Impact of different ascertainment methods on outcomes. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 52, n. 1, p. 91-95, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035037>>. Acesso em: 30 nov 2019.

COSTA, E. S., OLIVEIRA, R. B., LOPES, G. S. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**. v. 13, n. 1, p. 1-9, 2021.

ESCOBAL, A. P. L et al. Relações de poder e saber na escolha pela cesárea: perspectiva de puérperas. *Rev. Brasil. de Enfer.* v. 75, n. 2, 2021.

FREIRE, H. S. S et al. Parto normal assistido por enfermeira: Experiência e satisfação de puérperas. **Rev. Enferm UFPE on line**. v. 11, n. 6, p. 2357-67, 2017.

GOMES, T. M. V., et al. Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina – PI: estudo retrospectivo. **Rev. Pesqui. Fisioter.** v. 10, n. 1, p. 69-76, 2020).

GOMES, G. F., SANTOS, A. P. V. Assistência de Enfermagem no Puerpério. **Rev. Enfer. Contemporânea**. v. 6, n. 2, p. 211-2020, 2017.

JORGE, H. M. F., SILVA, R. M., MAKUCH, M. Y. Assistência humanizada no pré-natal de alto risco: percepções de enfermeiros. **Rev. Rene**. v. 21 p. 1-8, 2020.

JÚNIOR, I. M. D. Análise das vias de parto após implantação da Rede Cegonha. **Universidade Federal de Campina Grande**, 2019.

JÚNIOR, A. R. F. Discurso de mulheres na experiência do parto cesáreo e normal. *Rev. Saúde.com.* v 13, n. 2, p. 855-862, 2017.

LEAL, M. C., et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. De Saúde Pública**. v. 54, n. 8, p. 1-12, 2020.

LUZ, B. G. et al. O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013/14. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 3, n. 3, p. 137-143, 2015. Disponível em: <<http://201.20.109.36:2627/index.php/medicina/article/view/177>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

MAIA, M. R. G et al. Idade materna e associação com intercorrências na gestação e parto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 1-9, 2021.

MARIANO M.S.B., et al. Mulheres com Síndromes Hipertensivas. **Rev. De Enfermagem UFPE**. Recife, v. 12, n. 16, p. 1618-1624, 2018.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ª. Edição. São Paulo: Atheneu, 2009.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde**. Resolução SES/MG nº 4.971, de 21 de outubro de 2015. Disponível em <https://saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_4971.pdf> Acesso em 25/10/2021.

MONTENEGRO, C. A. B., FILHO, J. R. **Rezende Obstetrícia**. – 13 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). Working group report on high blood pressure in pregnancy. **National High Blood Pressure Education Program**. Bethesda: NIH; 2000. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/hbp_preg_archive.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

PERAÇOLI, J. C et al. Pré-eclampsia/Eclampsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 318-332, 2019.

PINTO, I. R et al. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. **Escola Anna Nery**. v. 25, n. 2, p.1-9, 2021.

QUEIROZ, V. C. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre aleitamento materno entre puérperas em alojamento em conjunto. **RECOM**. v. 11, 2021.

SARMENTO, R. S et al. Pré-eclâmpsia na gestação: ênfase na assistência de enfermagem. **Enfermagem Brasil**. v. 19, n. 3, p. 261-267, 2020.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. e323-e333, 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227X/abstract)>. Acesso em: 25 nov. 2019.

SBARDELOTTO, T. et al. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, e53699, 2018.

SILVA, I. B. et al. Cuidado de Enfermagem sobre amamentação durante o pré-natal e puerpério. **Rev. Saúde Mult.** v. 10, n. 2, p. 72-78, 2021.

SILVA, C. S. Perfil de risco gestacional e desfechos maternos em mulheres com síndromes hipertensivas. Universidade Federal da Paraíba. **Centro de Ciência da Saúde.** Departamento da fisioterapia, 2018. Disponível em <
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/12751/1/CSS12112018.pdf> >
Acesso em 21/10/2021.

SILVA, T. M. A. Significados e práticas da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado: Uma revisão de literatura. **BJSCR.** v.26, n.1, p. 90-94, 2019.

SOARES, L. G et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Revista médica de Minas Gerais.** v. 31, p. 1-8, 2021.

SOUSA, L. M. O; ARAÚJO, E. M; MIRANDA, J. G. V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad. Saúde Pública.** v. 33, n. 12, 2017.

TIBES-CHERMAN C. M., et al. Perfil clínico da gestação tardia em um município brasileiro de fronteira. **Enfermagem Foco.** v. 12, n. 2, p. 223-229, 2021).


THULER, A. C. M. C., et al. Medidas preventivas das síndromes hipertensivas da gravidez na Atenção Primária. **Rev. de Enfermagem UFPE.** v. 12, n. 4, p. 1060-1071. Recife, 2018.

VEGA, C. E. P., SOARES, V. M. N., NASR, A. M. L. F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 33, n. 3, p. 2-13, 2017.

VEIGA. L. L.P. Resultados perinatais adversos das gestações de adolescentes vs de mulheres em idade avançada na rede brasileira de saúde pública. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 19, n. 3, p.611-619, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.** Geneva: WHO, 2015.

ANEXO 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA


TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

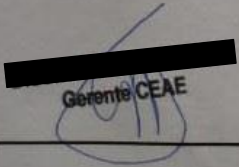
Eu, _____, ocupo o cargo de Gerente CEAE, RG _____, CP _____, AUTORIZO

realizar o projeto "*Desfechos perinatais de gestantes com síndromes hipertensivas acompanhadas em um serviço de pré-natal de alto risco*", que tem por objetivo primário, especificar o tipo de Síndrome Hipertensiva mais prevalente das gestantes que receberam este diagnóstico e analisar os desfechos perinatais daquelas que foram acompanhadas em um serviço de pré-natal de alto risco (PNAR).

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.
- 4- A pesquisa será realizada somente após assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo voluntário ou responsável.

Lavras, 06 de dezembro de 2019.


 Gerente CEAE

(assinatura do responsável institucional)

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº DO PRONTUÁRIO PNAR:		Data: __/__/____		
I IDENTIFICAÇÃO				
Nome (iniciais):		Data de nascimento: __/__/____		Idade
Ocupação:	Cor/Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena			
Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> separada/divorciada <input type="checkbox"/> outros especificar				
Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeta <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo				
II ANTECEDENTES OBSTRÉTRICOS				
G:	P:	A:	PN:	C:
III ASSISTÊNCIA AO PNAR				
Motivo do encaminhamento:				
Idade gestacional que foi encaminhada ao PNAR:				
Número de consultas realizadas com:				
<input type="checkbox"/> Enfermeiro				
<input type="checkbox"/> Médico obstetra				
Total de consultas:				
Complicações e/ou internações durante a gestão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Data(s) da(s) internação(ões):				
Idade Gestacional:				
Motivo:				
IV DESFECHO DA GESTAÇÃO				
Idade gestacional do parto:				
Via do parto: <input type="checkbox"/> Normal				
Episiotomia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Laceração: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Acompanhamento durante o parto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem?				
Cesária: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Indicação:				
Intercorrências:				
Durante o parto <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
Durante o puerpério imediato. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
Morte materna <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar causa:				
V INFORMAÇÕES DO RECÉM-NASCIDO				
Condições do recém-nascido:				
Prematuro: (<37 semanas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Nascimento: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> natimorto				
Apgar: 1º :	5º	Peso:		
Pós-parto:				
Alojamento conjunto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
UTI neonatal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Óbito neonatal: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
<input type="checkbox"/> Precoce: < 7 dias <input type="checkbox"/> Tardio: > 7 dias até < 28 dias				