



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FRANCISCA ELIANA DA ROCHA FREITAS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES
DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ

FORTALEZA

2019

FRANCISCA ELIANA DA ROCHA FREITAS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Oliveira Batista Oriá.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F936p Freitas, Francisca Eliana da Rocha.
Perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das gestantes do município de Fortaleza-Ceará /
Francisca Eliana da Rocha Freitas. – 2019.
45 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

1. Pré-natal. 2. Epidemiologia. 3. Perfil de Saúde. I. Título.

CDD 610.73

FRANCISCA ELIANA DA ROCHA FREITAS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Oliveira Batista Oriá.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mônica Oliveira Batista Oriá (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Ms.^a Ivana Rios Rodrigues
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Maria Luziene de Sousa Gomes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

DEDICO a Deus por tudo que tem me proporcionado nesta caminhada. Aos meus pais pelo apoio e compreensão e a meu filho Jonnathan.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo seu infinito amor, cuidado e proteção. Por sempre me mostrar que junto a Ele sou mais forte. Por ter tornado a realização deste sonho possível. Por toda a sua misericórdia e seu amparo desde a espera pela aprovação para entrar na universidade até a conclusão deste curso. Por guiar e direcionar os meus passos, por tornar minhas mãos aptas para o cuidar.

Aos meus pais Raimundo Freitas e Elisete Freitas por serem responsáveis por eu ser quem eu sou e de me proporcionarem sempre o melhor. Por não medirem esforços para oferecer educação de qualidade a mim. Por serem fonte de amor, compreensão e incentivo. Por sempre ter me ensinado a não desistir dos meus sonhos. Por me mostrar que posso cair, mas nunca devo permanecer prostrada, os agradeço também por durante a minha ausência cuidarem tão bem do meu filho Jonnathan Freitas.

A meu amado filho Jonnathan Freitas por apesar de tão pequeno compreender minha ausência e por cada carinho demonstrado a mim que sempre me deu ânimo para continuar na árdua caminhada.

A Universidade Federal do Ceará, em especial ao curso de Enfermagem, por ter me proporcionado crescimento profissional e técnico-científico para minha carreira profissional. Aos professores e enfermeiros de dentro e de fora do departamento que se dedicaram à docência e a preceptoria. Ao Hospital Universitário Walter Cantídio, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand e a todos os demais campos de estágio, onde pude colocar em prática o conhecimento adquirido em sala de aula.

A minha orientadora Dr^a Mônica Oliveira Batista Oriá, pela oportunidade e por ter me ajudado a vencer esse desafio.

A todos os pesquisadores que auxiliaram na coleta dessa pesquisa e as gestantes que aceitaram participar dessa pesquisa.

A todas as minhas amigas em especial a Érica Nascimento e Larissa Gomes que fizeram parte diretamente da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

A todos os meus amigos, pelos momentos de distração e de trocas de experiência. Por todo apoio e carinho que me foi cedido nos momentos que precisei.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

“Desde o ventre materno dependo de ti; tu me sustentaste desde as entranhas de minha mãe. Eu sempre te louvarei!” (SALMOS, 71:6)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das gestantes do município de Fortaleza. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e observacional em que foram envolvidas gestantes que estavam fazendo o acompanhamento pré-natal no município de Fortaleza. Foram selecionadas três unidades de saúde com maior número de gestantes em cada uma das seis regionais de Fortaleza, totalizando 18 unidades de saúde. A amostra foi de 244 gestantes. As gestantes receberam informações detalhadas sobre o estudo e foram convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Este estudo permitiu obter representatividade das diversas realidades sociais e de aspectos relacionados à saúde das gestantes do município. No perfil sociodemográfico das gestantes, a faixa etária predominante foi de gestantes entre 20 e 35 anos (72,1%), 173 gestantes (70,0%) se autorreferiram pardas. Quanto aos anos de escolaridade (79,9%) possuíam 9 ou mais anos de estudo. Quanto ao estado conjugal 95 gestantes (38,9%) viviam com companheiro e filhos. Quanto à ocupação, a maioria (48,0%) era dona de casa. No âmbito econômico, quanto à renda pessoal, a maioria (36,9%) ganhava menos de 1 salário mínimo. Já na renda familiar 174 mulheres (71,3%) ganhavam entre 1 a 3 salários. Os dados clínicos resultaram que a maioria das gestantes (82,0%) não possuíam doenças crônicas; no quesito tabagismo (93,9%) não possuíam o hábito; quanto ao uso de bebidas alcoólicas (95,1%) das gestantes não a ingeriam. Em relação ao uso de drogas ilícitas (94,7%) não utilizavam nenhum tipo de droga. Na prática de atividade física (58,2%) não tinham o hábito de executá-las anteriormente à gestação. Entre as mulheres que praticavam atividade física a mais realizada era musculação (22,1%). Já quanto à prática da atividade física realizada durante a gestação resultou em apenas (5,3%) com esse hábito. Quanto ao perfil obstétrico, (38,5%) era primigesta e a maioria eram nulíparas (44,7%); quanto ao aborto, a maioria das gestantes (79,1%) nunca abortaram. Já referente à gravidez planejada, a maioria (58,2%) não havia planejado a gestação. Através deste estudo, constata-se a que o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das gestantes de Fortaleza se assemelha ao de outros municípios brasileiros. A identificação precoce destas variáveis implica na redução da mortalidade materna e perinatal, como também dá subsídios para melhorias nas ações de promoção e prevenção a saúde, bem como na qualidade da assistência prestada à mulher no período gravídico.

Palavras-chave: Pré-natal. Epidemiologia. Perfil de saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the sociodemographic, clinical and obstetric profile of pregnant women in the city of Fortaleza. This is a descriptive, cross-sectional and observational study involving pregnant women who were undergoing prenatal care in the city of Fortaleza. Three health units with the highest number of pregnant women were selected in each of the six regional hospitals in Fortaleza, totaling 18 health units. The sample consisted of 244 pregnant women. The pregnant women received detailed information about the study and were invited to sign the Informed Consent Form (TCLE), in two ways. This study allowed to obtain representativeness of the diverse social realities and aspects related to the health of the pregnant women of the municipality. In the sociodemographic profile of pregnant women, the predominant age group was between 20 and 35 years old (72.1%), 173 pregnant women (70.0%) were self-referred to browns. As for the years of schooling (79.9%) they had 9 or more years of study. Concerning marital status, 95 pregnant women (38.9%) lived with their partners and children. As for the occupation, the majority (48.0%) was housewife. In the economic sphere, as for personal income, the majority (36.9%) earned less than 1 minimum wage. In the family income, 174 women (71.3%) earned between 1 and 3 salaries. Clinical data showed that most of the pregnant women (82.0%) did not have chronic diseases; in the question of smoking (93.9%) did not have the habit; (95.1%) of the pregnant women did not ingest it. In relation to the use of illicit drugs (94.7%) they did not use any type of drug. In the practice of physical activity (58.2%) they were not in the habit of performing them before gestation. Among women who practiced physical activity, the most accomplished was bodybuilding (22.1%). It has already been done programming of dance programming during gestation to result in only (5.3%) with this habit. As for the obstetric profile, (38.5%) were primigravida and most were nulliparous (44.7%); Regarding abortion, most of the pregnant women (79.1%) never aborted. Concerning the planned pregnancy, the majority (58.2%) had not planned gestation. Through this study, it can be verified that the sociodemographic, clinical and obstetric profile of the pregnant women in Fortaleza is similar to that of other Brazilian municipalities. The early identification of these variables implies the reduction of maternal and perinatal mortality, as well as subsidies for improvements in health promotion and prevention actions, as well as the quality of care provided to women during the pregnancy period.

Keywords: Prenatal care. Epidemiology. Health profile.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representação gráfica da faixa etária das gestantes do município de Fortaleza.....	23
Gráfico 2 – Representação gráfica da paridade das gestantes do município de Fortaleza	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das gestantes do município de Fortaleza	22
Tabela 2 – Perfil clínico das gestantes do município de Fortaleza.....	24
Tabela 3 – Prática de atividade física antes e durante a gestação de mulheres do município de Fortaleza	25
Tabela 4 – Perfil obstétrico das gestantes do município de Fortaleza	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
SERs	Secretarias Executivas Regionais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	METODOLOGIA	18
3.1	Tipo de estudo	18
3.2	Local, amostra e período do estudo.....	18
3.3	Operacionalização e Coleta de dados.....	19
3.4	Instrumento para registro dos dados	19
3.5	Análise dos dados	20
3.6	Aspectos Éticos e Legais	20
4	RESULTADOS.....	21
4.1	Variáveis Sociodemográficas das gestantes participantes do estudo	21
4.2	Variáveis Clínicas das gestantes participantes do estudo.	23
4.3	Variáveis Obstétricas das gestantes participantes do estudo.....	25
5	DISCUSSÃO	28
5.1	Variáveis Sociodemográficas das gestantes participantes do estudo.	28
5.2	Variáveis Clínicas das gestantes participantes do estudo.	31
5.3	Variáveis Clínicas das gestantes participantes do estudo.	32
6	CONCLUSÃO	33
7	REFERÊNCIAS	34
8	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	38
9	APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	41
10	APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher sempre esteve entre as prioridades governamentais de saúde em decorrência de sua importância para a família, para a comunidade e sociedade civil organizada. Está inclusive em evidência entre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU principalmente em relação à redução a taxa de mortalidade materna global, erradicação das epidemias de AIDS e tuberculose, redução em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, bem como assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva entre outros aspectos relevantes para a mulher.

Entretanto, trata-se de uma população que, em geral, encontra-se diante de diversas situações de risco e vulnerabilidade, especialmente durante o período gestacional, o que pode repercutir na morbi-mortalidade materna.

O período gestacional traz consigo mudanças que acontecem diariamente, podendo ser biológicas, psicológicas e sociais. No organismo materno, ocorrem mudanças fisiológicas. As adaptações à gestação envolvem não somente o aparelho reprodutor, mas também outros sistemas (ANDRADE et al, 2019).

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém pode ocorrer em uma parcela das gestantes uma evolução desfavorável, esse grupo é chamado de gestante de alto risco. Esse fenômeno tem sido considerado como um problema social e de saúde pública, contribuindo efetivamente para o aumento das taxas de mortalidade materna e infantil (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010).

De modo geral, os fatores de risco que podem tornar o prognóstico materno e fetal desfavorável são as características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva, condições clínicas e obstétricas isoladas ou associadas a outras complicações que repercutem na evolução da gestação, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras (BRASIL, 2012).

De acordo com DIAS et al. (2018), a mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública no Brasil e constitui-se em excelente indicador de saúde da mulher, além de fundamentar análises de programas e ações de atenção à saúde.

As estatísticas sobre a mortalidade materna têm sido apontadas como o melhor indicador da saúde da população feminina e, conseqüentemente, a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas, voltadas para diminuição dos índices ora apresentados.

A mortalidade materna não é exclusiva do Brasil, mas atinge todos os países em desenvolvimento, onde estão às gestantes mais necessitadas e com maior dificuldade de acesso a assistência de qualidade o que pode influenciar diretamente em sua situação clínica. A mesma é utilizada como parâmetro para avaliar a qualidade do serviço de saúde ofertado, identificar situações de desigualdade e contribuir para avaliação dos níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico da população (MONTE et al, 2018).

Sobre a mortalidade materna pode-se dizer ainda que se trata de uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (MONTE et al, 2018).

A promoção em saúde durante a gestação é um meio de mudança de comportamento e adoção de um estilo de vida mais saudável, através do conhecimento do processo da gravidez e dos cuidados básicos de saúde.

Diante da ocorrência da mortalidade materna, a assistência pré-natal, se não feita de forma integral, não pode prever as complicações do parto na maioria das mulheres, porém, a promoção da saúde e a identificação dos riscos poderão favorecer o prognóstico materno. A detecção de qualquer risco implica na necessidade de atenção especializada, com exame e/ou avaliação e seguimentos adicionais e, se necessário, referência da atenção básica para um serviço de nível mais complexo.

A atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos (NUNES et al., 2016).

O atendimento de pré-natal deve atender as reais necessidades das gestantes, utilizando meios técnico-científicos e recursos adequados. Para que haja esse reconhecimento, os profissionais de saúde devem conhecer o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das gestantes. Assim, é de extrema importância que as Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS realizem a classificação de risco das gestantes para que elas tenham o acompanhamento adequado e o encaminhamento para serviços especializados quando necessário (BRASIL, 2010).

Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde conheçam o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das gestantes para que essa promoção em saúde venha ser realizada com efetividade e para minimizar situações que as coloquem em risco ou vulnerabilidade o que justifica o desenvolvimento deste estudo. O conhecimento do perfil

sociodemográfico, clínico e obstétrico dessas gestantes é relevante, visto que assim, o período gravídico é mais bem conduzido, podendo-se evitar complicações e/ou detectá-las precocemente, permitindo assim que essa mulher tenha uma assistência pré-natal de qualidade, diminuindo os graus de mortalidade tanto materna quanto infantis, como também auxiliando para que a assistência prestada, a essa gestante, pelos profissionais de saúde seja cada vez mais efetiva e eficaz.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Conhecer o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das gestantes do município de Fortaleza-Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as gestantes quanto aos fatores sociodemográficos, clínicos e obstétricos.
- Identificar as relações existentes entre as características sociodemográficas e as características clínicas e obstétricas nas gestantes.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa em que foram envolvidas gestantes que estivessem fazendo o acompanhamento pré-natal no município de Fortaleza-Ceará.

Segundo Gil, (2017) um estudo descritivo tem como objetivo descrever as características de determinada população e/ou fenômenos e o estabelecimento de relações entre variáveis, determinando a natureza dessas relações.

Em uma pesquisa transversal, todas as medidas são feitas em um único momento ou ocasião em um curto período de tempo. O delineamento transversal é útil quando se deseja descrever variáveis e seus padrões de distribuição (HULLEY et al., 2008).

Segundo Polit e Beck, (2019) a pesquisa quantitativa é uma classificação do método científico que utiliza diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado estudo. Ela é realizada para compreender e enfatizar o raciocínio lógico e todas as informações que se possam mensurar sobre as experiências humanas. Neste tipo de pesquisa, os meios de coleta de dados são estruturados através de questionários de múltipla escolha, entrevistas individuais e outros recursos que tenham perguntas claras e objetivas. E estes devem ser aplicados com rigor para que se obtenha a confiabilidade necessária para os resultados.

Com estes dados foi possível realizar a avaliação da situação sociodemográfica, clínica e obstétrica das gestantes.

3.2 Local, amostra e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza-Ceará, que consta atualmente com uma população de 2.627.482 habitantes, área de 313,140 km², sendo a quinta maior cidade do país e a maior e principal macrorregião do Estado (IBGE, 2017). A cidade, ainda, possui gestão plena do sistema municipal de saúde e está dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), visando a melhor cobertura dos serviços de saúde.

Inicialmente, realizou-se um levantamento sobre quais UAPS (Unidade de Atenção Primária em Saúde) possuíam o maior número de gestantes cadastradas e acompanhadas. Para tanto se utilizou o Relatório de Dinâmica de Usuários em Programa do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) utilizado na Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-CE, o

FastMedic. As unidades que apresentaram maior número de gestantes foram eleitas como campo de pesquisa.

Foram selecionadas três unidades de saúde com maior número de gestantes em cada uma das seis regionais de Fortaleza, totalizando 18 unidades de saúde.

As UAPS selecionadas e que contemplarão este estudo, considerando as diferenças de cada região de Fortaleza e o número de gestantes cadastradas, serão: UAPS Carlos Ribeiro, UAPS Lineu Jucá, UAPS Casemiro Filho, UAPS Frei Tito, UAPS Rigoberto Romero, UAPS Paulo Marcelo, UAPS Eliezer Studart, UAPS Fco. Pereira de Almeida, UAPS George Benevides, UAPS Dom Aloísio Lorscheider, UAPS Luís Albuquerque Mendes, UAPS Luis Costa, UAPS Waldo Pessoa, UAPS José Galba de Araújo, UAPS Fernando Diógenes, UAPS Melo Jaborandi, UAPS Argeu Herbster e UAPS Terezinha Parente.

Este estudo permitiu obter representatividade das diversas realidades sociais e de aspectos relacionados à saúde das gestantes do município. A amostra foi composta de 244 gestantes.

Esta pesquisa foi realizada entre os meses de Novembro de 2018 a maio de 2019.

3.3 Operacionalização e Coleta de dados

As gestantes elegíveis para a pesquisa foram identificadas por meio do acompanhamento das consultas de pré-natal nas unidades de saúde selecionadas para a pesquisa. A seguir, as gestantes que aceitaram participar da pesquisa receberam informações detalhadas sobre o estudo e forma convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice A e para as menores de 18 anos o Termo de Assentimento Livre e esclarecido (TALE), Apêndice B, em duas vias. Em continuidade, as gestantes foram encaminhadas, individualmente, para uma sala reservada, cedida pelo responsável da UAPS, para que os pesquisadores pudessem proceder com o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

3.4 Instrumento para registro dos dados

As participantes foram submetidas a um formulário, Apêndice C, que incluem dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos, tais como: a idade materna, cor da pele autorreferida, naturalidade, escolaridade, situação conjugal, renda pessoal e familiar, tabagismo (sim ou não), uso e abuso de drogas (álcool, maconha, cocaína, crack, outras), doenças crônicas,

antecedentes obstétricos, paridade, atividade física antes e durante a gravidez e gravidez planejada.

3.5 Análise dos dados

Após a coleta, os dados obtidos foram processados em planilhas de um banco de dados no Programa Excel (Microsoft Corp. Redmond, WA, EUA). A análise estatística foi feita com auxílio dos programas SPSS Statistics (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) versão 23.

A partir daí, foi realizada a análise descritiva das variáveis, adotando-se o cálculo de frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão para caracterização da amostra. Todos os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Este estudo faz parte de uma proposta maior devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 79879417.7.0000.5054 e número do Parecer 2.448.308.

Todas as gestantes envolvidas na pesquisa foram orientadas a respeito dos objetivos e dos riscos da mesma, sendo, então, solicitado que assinem o TCLE ou o TALE, em duas vias, será assegurado às participantes anonimato e sigilo de suas identidades, bem como o direito de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma penalidade ou prejuízo para elas.

Essa pesquisa envolve riscos mínimos as participantes, devido ao risco de constrangimento as respostas ao instrumento. Enfatiza-se que as entrevistas foram realizadas por pesquisadores treinados em ambiente privado no intuito de amenizar os riscos relatados. Ressalta-se que os pesquisadores estavam aptos e disponíveis para orientar e minimizar quaisquer desconfortos ou desentendimentos.

Ademais, foram cumpridos os preceitos éticos e legais da Resolução No 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa trará retornos significativos tanto às participantes, aos profissionais de saúde como também a literatura, pois trará subsídios para a prática de um atendimento integral, sendo notório que os benefícios superam os riscos do estudo em questão.

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa incluem as características sociodemográficas e econômica das gestantes, suas características clínicas e obstétricas.

4.1 Variáveis Sociodemográficas das gestantes participantes do estudo

Começando pelos dados sociodemográficos, a faixa etária predominante das gestantes é entre os 20 e 35 anos (72,1%), seguida pela faixa etária dos 15 aos 19 anos (17,6%). Quanto à etnia 173 gestantes se autorreferem parda (70,0%) em relação à etnia branca (12,7%). No que se refere aos anos de escolaridade das gestantes em sua maioria é de 9 ou mais anos de estudo representando (79,9%) seguido de 5 a 8 anos de estudo com percentual de (17,6%).

Quanto ao estado conjugal 95 gestantes vivem com companheiro e filhos representando (38,9%) e as que moram com companheiros sem filhos corresponde a (32,0%). A ocupação das futuras mães é vasta, mas em sua maioria é dona de casa (48,0%), seguida pela ocupação de estudante (10,2%) e vendedora (7,0%).

No âmbito econômico, no nível de renda pessoal, 90 gestantes ganham menos de 1 salário mínimo (36,9%) seguido de (34,8%) que não possuem renda. Já quanto à renda familiar 174 mulheres (71,3%) em sua composição familiar, ganham entre 1 a 3 salários mínimos, seguido da renda de menos que um salário mínimo (16,0%).

Já no quesito de naturalidade 164 gestantes são naturais de Fortaleza-CE (67,2%), logo acompanhado pelos municípios de Maracanaú-CE, Itapipoca-CE e Canindé-CE (1,2%) cada (Tabela 1).

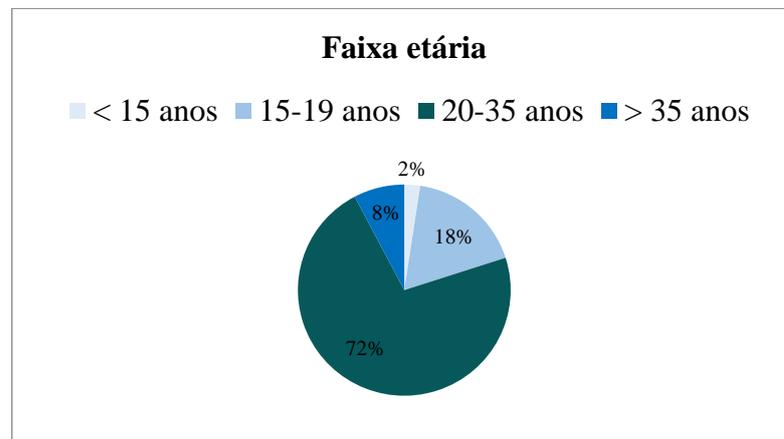
Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das gestantes do município de Fortaleza. Fortaleza-Ce, 2019

VARIÁVEIS	N=244	%
FAIXA ETÁRIA (em anos)		
< 15	6	2,4
15 - 19	43	17,6
20 – 35	176	72,1
> 35	19	7,7
EDUCAÇÃO (em anos de estudo)		
1 A 4	6	2,5
5 A 8	43	17,6
9 ou mais	195	79,9
RENDA PESSOAL (em salário)		
Sem renda	85	34,8
< 1	90	36,9
1-3	69	28,3
RENDA FAMILIAR (em salário)		
SEM RENDA	9	3,7
< 1	39	16,0
1 3	174	71,3
> 3	22	9,0
ETNIA		
Branca	31	12,7
Negra	23	9,4
Parda	173	70,9
Amarela	17	7,0
ESTADO CONJUGAL		
Companheiro e filho(s)	95	38,9
Companheiro sem filhos	78	32,0
Companheiro, filhos e familiares	15	6,1
Familiares sem companheiro	52	21,3
Outras pessoas sem laços conjugais	4	1,6
NATURALIDADE		
Caninde/Ce	3	1,2
Fortaleza/Ce	164	67,2
Itapipoca/Ce	3	1,2
Maracanaú/Ce	3	1,2
Outras	71	29,2
OCUPAÇÃO		

Costureira	13	5,3
Dona de casa	117	48,0
Estudante	25	10,2
Vendedora	17	7,0
Outras	72	29,5

FONTE: A AUTORA (2019)

GRÁFICO 1 - Representação gráfica da faixa etária das gestantes do município de Fortaleza (N=244)



FONTE: A AUTORA (2019)

4.2 Variáveis Clínicas das gestantes participantes do estudo

Na análise dos dados clínicos 200 mulheres não possuem doenças crônicas (82,0%). No quesito tabagismo 229 mulheres não faziam uso de cigarro, representando (93,9%). A variável alcoolismo resultou em 232 mulheres que não faziam ingestão de bebida alcoólica representando o percentil de (95,1%). Já quanto ao uso de drogas ilícitas (94,7%), 231 gestantes não utilizam nenhum tipo de droga. A droga mais prevalente foi a maconha, onde 11 gestantes faziam uso representando (4,5%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil clínico das gestantes do município de Fortaleza. FORTALEZA, 2019

VARIÁVEIS	N=244	%
DOENÇA CRÔNICA		
Sim	44	18,0
Não	200	82,0
TABAGISMO		
Sim	15	6,1
Não	229	93,9
ALCOOLISMO		
Sim	12	4,9
Não	232	95,1
DROGAS ILÍCITAS		
Sim	13	5,3
Não	231	94,7
QUAL DROGA ILÍCITA		
Nenhuma	231	94,7
Maconha	11	4,5
Cocaina	2	0,8

FONTE: A AUTORA (2019)

Quanto à prática de atividade física antes e durante a gravidez foi perguntado às participantes se praticavam caminhada, corrida, hidroginástica, musculação, natação e outros tipos de atividades não citadas.

A maioria, 142 mulheres não tinham o hábito de executá-las anteriormente a gestação (58,2%), entre as 101 mulheres que faziam (41,4%) a atividade mais realizada foi a musculação, na qual 54 mulheres praticavam (22,1%), seguido da caminhada, na qual 32 gestantes (13,1%) realizavam. O percentil de (8,2%) que representa 20 mulheres se refere aquelas que praticavam outro tipo de atividade física não listada no instrumento. Entre essas, bicicleta e zumba foram as mais listadas representando (1,6%) cada.

Já durante a gestação apenas 13 mulheres (5,3%) realizavam atividade física, entre estas mesmas, a atividade mais prevalente foi a caminhada, onde 10 gestantes tinham esse hábito (4,1%), seguido de hidroginástica, atividade feita por 1 gestante (0,4%). Entre as atividades praticadas durante a gestação e não listadas no instrumento de coleta de dados destacou-se a bicicleta, na qual 2 gestantes praticavam (0,8%) seguido de 1 gestante que praticava pilates resultando no percentil (0,4%) (Tabela 03).

Tabela 3 - Prática de atividade física antes e durante a gestação de mulheres do município de Fortaleza. FORTALEZA, 2019

VARIÁVEIS	N=244	%
ATIVIDADE FÍSICA ANTES DA GRAVIDEZ		
Sim	101	41,4
Não	143	58,6
TIPO DE ATIVIDADE ANTES DA GRAVIDEZ		
Caminhada	32	13,1
Corrida	4	1,6
Hidroginástica	0	0
Musculação	54	22,1
Natação	1	0,4
Outras	20	8,2
ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ		
Sim	13	5,3
Não	231	94,7
TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A GRAVIDEZ		
Caminhada	10	4,1
Corrida	0	0
Hidroginástica	1	0,4
Musculação	0	0
Natação	0	0
Outras	3	1,2

FONTE: A AUTORA (2019).

4.3 Variáveis Obstétricas das gestantes participantes do estudo.

Analisando os dados obstétricos 94 mulheres estavam na primeira gestação (38,5%), seguido pelo percentil de (31,6%) onde 77 mulheres estavam na segunda gestação. Na questão paridade 109 mulheres nunca pariram (44,7%), números anteriores a 83 mulheres que já pariram uma vez (34,0%). Quanto ao aborto (79,1%) nunca abortaram representando 193 mulheres, seguido de 43 mulheres que já passaram por um aborto (17,6%). Na avaliação do

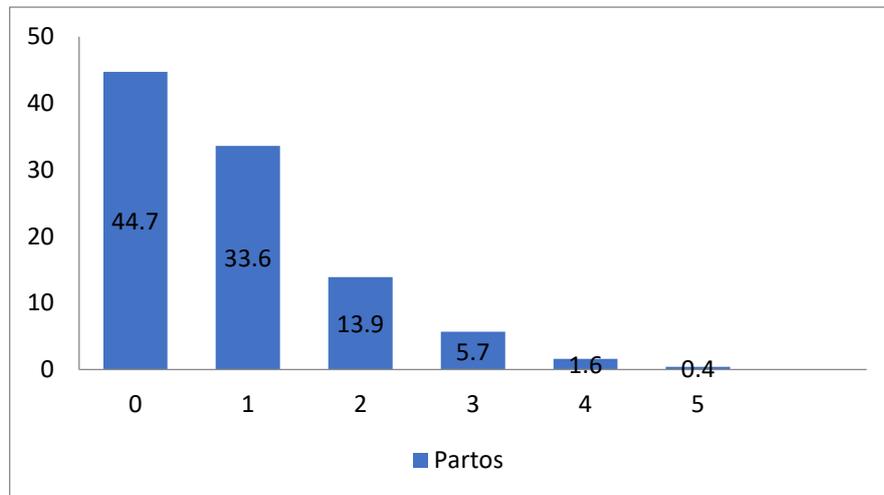
questo gravidez planejada (58,2%), 142 gestantes responderam que não haviam planejado a gestação.

Tabela 4 - Perfil obstétrico das gestantes do município de Fortaleza. FORTALEZA, 2019

VARIÁVEIS		N=244	%
GESTAÇÕES			
	1	94	38,5
	2	77	31,6
	3	39	16,0
	4	23	9,4
	5	9	3,7
	6	1	0,4
	10	1	0,4
PARTOS			
	0	109	44,7
	1	82	33,6
	2	34	13,9
	3	14	5,7
	4	4	1,6
	5	1	0,4
ABORTOS			
	0	193	79,1
	1	43	17,6
	2	6	2,5
	3	1	0,4
	4	1	0,4
GRAVIDEZ PLANEJADA			
	Sim	102	41,8
	Não	142	58,2

FONTE: A AUTORA (2019).

GRÁFICO 2 - Representação gráfica da paridade das gestantes do município de Fortaleza.
(N=244)



FONTE: A AUTORA (2019).

5 DISCUSSÃO

Para responder ao objetivo proposto e esclarecer o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das gestantes do município de Fortaleza: primeiramente serão discutidas a importância da análise desses dados e posteriormente as variáveis sociodemográficas e clínicas que traduzem o perfil das gestantes avaliadas, seguido das variáveis obstétricas.

O estudo permitiu o delineamento das características sociodemográficas, clínicas e obstétricas de gestantes, dados que estão diretamente relacionados com a qualidade da assistência à saúde. A necessidade de analisar a correlação dessas variáveis baseia-se no processo de municipalização do Sistema Único de Saúde, desencadeado a partir dos anos de 1990, tendo como base a busca de indicadores que evidenciem entraves e vulnerabilidades no setor saúde, com intuito de permitir o planejamento e a adoção de medidas sistemáticas que visam à resolução de problemas presentes na atual condição de saúde.

A identificação do perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico se torna elemento indispensável no auxílio da elaboração de ações que possibilitem reestruturar e qualificar os processos assistenciais na assistência ao pré-natal. (DEMITO et al., 2017). Deve se salientar que apesar dos grandes avanços técnicos-científicos, o profissional de saúde deve estar atento quanto ao registro dos dados relacionados ao atendimento prestado como também do perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico em que a gestante está inserida. Pois esses registros viabilizam a fidedignidade dos dados estatísticos.

Portanto, ao se saber da realidade onde essa gestante está inserida e dos riscos em que a mesma está exposta, os profissionais de saúde conseguem de forma mais ágil mapear as dificuldades que podem acarretar em complicações na gestação e sua posterior consequência social. Esse conhecimento permite o desenvolvimento de ações e políticas públicas de saúde que possam minimizar os elevados índices de gestação de alto risco, mortalidade materna e mortalidade perinatal. (ANJOS et al., 2014).

5.1 Variáveis Sociodemográficas das gestantes participantes do estudo

É possível perceber, pelos resultados, que a faixa etária predominante nesse estudo é entre os 20 e 35 anos (72,1%), seguido por gestantes entre a faixa etária de 15 a 19 anos (17,6%). Apesar dos números mais prevalentes serem em mulheres com faixa etária oportuna para uma gestação saudável, os dados revelam que há um número expressivo de gravidez na adolescência. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Pereira (2018) e de Silva et al. (2015). No mundo, cerca de 16 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos engravidam a cada

ano. Na América latina, o percentual gira em torno de 18% e metade deste ocorre em apenas sete países, um deles o Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009; WHO, 2014).

O contingente de gestantes com menos de 19 anos, apesar de ser o segundo mais prevalente, demonstra números preocupantes visto que esse é um período de transição da adolescência para a fase adulta. Marcada por uma fase onde ocorrem inúmeras transformações e que se somadas a uma gravidez, devido à imaturidade física, funcional e emocional da adolescente, favorece ao surgimento de intercorrências gestacionais devido à sobrecarga metabólica em seu organismo, como citam Anjos et al., (2014) em sua pesquisa.

A gestação na adolescência traz ainda maior risco de prematuridade do recém-nascido; baixo peso (duas vezes maior entre filhos de mães adolescentes), mortalidade infantil (sendo este diretamente proporcional ao peso ao nascer) e mortalidade neonatal (três vezes maior entre filhos de adolescente quando comparado aos de mulher adulta). Importante destacar também que a gravidez na adolescência aumenta os riscos de mortalidade dessa adolescente durante a gestação e aumento da mortalidade neonatal e das crianças, filhos de adolescentes, nos primeiros dois anos de vida (BRASIL, 2012).

A maioria das gestantes deste estudo, no que se refere aos anos de escolaridade, tem 9 ou mais anos de estudo (79,9%). Estes dados podem ser representados como positivos, visto que a educação pública no Brasil tem alto índice de evasão. Dados mostram que as populações mais vulneráveis, incluindo pessoas negras, de baixa renda e também mulheres são as mais prejudicadas quando se fala em baixa escolaridade (ARAÚJO, 2014).

A educação é de extrema importância para a saúde da população, visto que o grau de instrução que ela tem está diretamente relacionado com a motivação das pessoas na procura ao serviço de saúde. A educação é fundamental para a qualidade profissional no atendimento das necessidades das novas tecnologias, além da redução das desigualdades socioeconômicas (BOSSATO et al., 2010).

A baixa escolaridade é considerada um fator de risco obstétrico para o Ministério da Saúde (MS), e o nível de instrução deve ser analisado durante a consulta pré-natal, pois pode influenciar na compreensão das informações fornecidas durante o atendimento (BRASIL, 2006). Porém este fator não constitui a realidade desta pesquisa, uma vez que um número expressivo (79,9%) possui 9 anos ou mais de estudo.

Um estudo realizado no sudeste brasileiro por Diniz et al. (2016) evidenciou que mulheres brancas tinham mais acesso aos planos de saúde privado, maior número de consultas

e maior idade ao gestar, em comparação a mulheres pretas e pardas que tinham menos quantidade de consultas, cuidados de pré-natal inadequados, maiores paridades, e evidenciando a dificuldade socioeconômica durante a gestação. Historicamente no Brasil os indicadores de cor/ raça mostram um quadro desfavorável às mulheres pretas e pardas e estas iniciam a vida reprodutiva mais precocemente e tem mais filhos, frequentemente não planejados.

Quanto ao estado conjugal (38,9%) das gestantes vivem com companheiro e filhos seguido por (32,0%) que moram com companheiros sem filhos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Diniz et al. (2016) onde (78,5%) das mulheres vivem com companheiro.

De acordo com o Ministério da Saúde a participação do pai/companheiro durante o período gravídico tem grande influência na promoção do bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e do próprio parceiro (BRASIL, 2016). O parceiro tem a capacidade de ajudar durante esse período, que pode trazer a mulher sentimentos de medo e ansiedade, tranquilidade e confiança. Além disso o homem quando inserido nesse contexto desde o início, se sente mais preparado e ativo para participar nos cuidados com o recém-nascido.

Quanto à ocupação das gestantes a grande maioria (48,0%) é dona de casa. Números que refletem diretamente na diminuição da renda familiar. Em contrapartida esse é um dado que interfere positivamente na prática do aleitamento materno, visto que a inserção da mulher no mercado de trabalho é um dos fatores relacionados ao desmame precoce, tendo em vista o tempo de licença maternidade e a não propagação e divulgação quanto à ordenha e ao armazenamento correto do leite materno (PARIZOTTO J; ZORZI NT, 2008).

Os resultados obtidos relacionados à ocupação estão diretamente relacionados com a renda econômica pessoal e familiar da gestante. Quanto a renda pessoal 90 gestantes ganham menos de 1 salário mínimo (36,9%). Na renda familiar 174 mulheres (71,3%), em sua composição familiar, ganham entre 1 a 3 salários mínimos e menos que um salário mínimo corresponde a (16,0%).

Atentar-se para esses resultados pelo ângulo das vulnerabilidades implica na identificação de aspectos e condições que são capazes de comprometer o quadro de saúde das mulheres, e perceber que estes podem afetar a saúde física e emocional das mesmas, como também limitar as possibilidades de tomada de decisão e auto cuidado (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Na variável naturalidade 164 gestantes são naturais de Fortaleza-CE (67,2%), logo acompanhado pelos municípios de Maracanaú-CE, Itapipoca-CE e Canindé-CE (1,2%) cada.

5.2 Variáveis Clínicas das gestantes participantes do estudo

Na análise dos dados clínicos apenas (18,0%) das mulheres possuem doenças crônicas. Segundo pesquisa de Silveira, Tavares e Marcondes (2016), essas mulheres devem ser atendidas além do foco clínico, ligado à doença ou aos seus sinais e sintomas. Faz se necessário também à atenção dos profissionais de saúde quanto à instabilidade e a fragilidade emocional e psicológica destas mulheres, as mesmas necessitam de espaço para expor seus medos, angústias e expectativas e se sentirem acolhidas emocionalmente.

No que se refere ao uso do álcool e do tabaco, foi identificado que apenas (4,9%) ingerem bebida alcoólica e (6,1%) fazem uso de cigarro. Segundo Maria et al. (2015) a exposição ao álcool e ao tabaco acarreta comprometimentos metabólicos tanto na gestante como no feto, devido a isso, se faz necessário a identificação dessas mulheres durante o pré-natal.

Já quanto ao uso de drogas ilícitas (5,3%) das gestantes faziam uso. A droga mais prevalente foi a maconha, onde 11 gestantes faziam uso representando (4,5%). O consumo de drogas ilícitas é um sério problema de saúde pública, não sendo de fácil resolução o desfecho desses casos em gestantes acompanhadas em atendimento pré-natal, devido à baixa adesão ao atendimento, que está diretamente relacionada a questões individuais de vulnerabilidade, como também por questões institucionais que dificultam o acesso ao serviço (ROCHA et al., 2016).

Deve ser também observado que esses dados podem ser omitidos pelas gestantes, o que torna difícil a real detecção dos casos e a prevalência do consumo. Fazendo se fundamental a identificação precoce das gestantes com tais hábitos, a fim de oferecê-las apoio e posterior acompanhamento do recém-nascido proveniente desta condição. Medidas essas de fundamental atenção na promoção da saúde.

Os resultados obtidos quanto à prática de atividade física anterior a gestação a grande maioria (58,2%) não tinham o hábito de executá-las, já durante a gravidez (5,3%) realizavam atividade física, entre estas, a atividade mais prevalente foi a caminhada, onde 10 gestantes tinham esse hábito (4,1%). Segundo Carmo (2018) a prática de atividade física traz benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, como fortalecimento na musculatura das pernas e costas, melhora da circulação e retorno venoso, menor hospitalização, menor risco de parto prematuro, manutenção da forma física, melhora da autoestima e bem-estar. Apesar de todos esses benefícios, essas atividades devem ser acompanhadas e indicadas por um profissional habilitado, visto ao grande risco de aborto no primeiro trimestre, hipóxia, lesão musculoesquelética e trauma abdominal.

5.3 Variáveis Obstétricas das gestantes participantes do estudo

Quanto aos resultados obstétricos no que diz respeito à quantidade de gestações, a grande maioria das mulheres (38,4%) são primigestas e (4,5%) estão na quinta gestação ou mais. Dados semelhantes foram encontrados por Sousa et al. (2013) onde mais da metade das mulheres (76,0%) estavam em entre a primeira e a terceira gestação e apenas (24,0%) estavam na quarta gestação ou mais. No quesito paridade a grande maioria (44,7%) eram nulíparas e (34,0%) já pariram uma vez. Conhecer essas características se faz imprescindível, pois mulheres que apresentam um elevado número de gestações (cinco ou mais) apresentam um maior risco de morbimortalidade materna em consequência do alto número de gravidez.

Quanto à variável aborto (79,1%) nunca abortou representando 193 mulheres, seguido de 43 mulheres que já passaram por um aborto (17,6%). Na avaliação do quesito gravidez planejada (58,2%), 142 gestantes responderam que não haviam planejado a gestação. Apesar dos resultados obtidos na pesquisa quanto ao número de abortos não estar relacionado diretamente com os resultados de uma gravidez não planejada, um estudo de Gómes (2015) relata que a tomada de decisão pelo abortamento tem grande relação com a gestação não planejada que coloca muitas vezes as mulheres diante de uma decisão dilemática que acaba acarretando na interrupção da gestação.

6 CONCLUSÃO

As Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS tem função de fortalecer a atenção primária à saúde e de melhor direcionar a equipe de saúde, quanto às ações desenvolvidas, com o foco de atender à população. É de obrigação dos profissionais inseridos no programa estratégia saúde da família, visando à assistência integral dos usuários do serviço, colher o máximo de informações possíveis para que o cuidado seja completo, não fragmentado, priorizando sempre a promoção da saúde, foco principal da atenção primária a saúde.

A mulher durante a gestação merece um cuidado especial e diferenciado, visto que este é um momento de modificações físicas, biológicas e psicológicas. Onde a mesma deve ser avaliada e orientada quanto a essas transformações, como também as complicações que possam surgir durante o período gravídico.

Por isso a grande importância do pré-natal no acompanhamento da saúde da mulher e do bebê. O profissional de saúde, enfermeiro e médico, apto para a realização da consulta de pré-natal devem estar atentos às mudanças ocorridas na gestação, mudanças estas que estão diretamente relacionadas ao perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico, notando se então a importância do conhecimento dos mesmos para a efetividade do acompanhamento gestacional.

A atenção à saúde da mulher no período gravídico permanece como um desafio tanto ao que se refere à qualidade da assistência, quanto ao modelo de cuidado que ainda está muito ligado ao modelo curativo. Espera-se que os dados apresentados auxiliem no entendimento da realidade vivenciada pelas gestantes do município de Fortaleza, na adoção de políticas públicas e de medidas preventivas mais eficientes.

Os profissionais de saúde precisam estar comprometidos com várias dimensões da saúde da mulher, como prevenção, proteção, tratamento, recuperação e promoção da saúde. Ficando evidente a importância dos resultados alcançados para o sucesso de um pré-natal bem conduzido que envolva o cuidado ao binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, VB et al. Efeitos da violência obstétrica causados às gestantes no parto e pós-parto: E a humanização da assistência de enfermagem. **Gepnews**, Maceió, v. 2, n. 2, p.69-74, abr. 2019.
- ACOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. ACOG practice bulletin (2002) **Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia**. Number 33, January 2002. *ObstetGynecol* 2002; 99(1):159-67.
- AKOLEKAR R, SYNGELAKI A, POON L, WRIGHTHD, NICOLAIDES KH. Competing risks model in early screening for pre-eclampsia by biophysical markers [published erratum appears in *Fetal DiagnTher* 2013;34:43] **Fetal DiagnTher**2013;33:8-15.
- AL-RUBAIE ZTA, ASKIE LM, RAY JG, HUDSON HM, LORD SJ. The performance of risk prediction models for pre-eclampsia using routinely collected maternal characteristics and comparison with models that include specialised tests and with clinical guideline decision rules: a systematic review.**BJOG** 2016; DOI: 10.1111/1471-0528.14029.
- ANJOS, JCS et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 28, n. 2, p.23-33, abr. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2019.
- ARAÚJO, JA. Educação e desigualdade: a conjuntura atual do ensino público no Brasil. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, [s.l.], v. 2, n. 3, p.125-157, 15 out. 2014. Editora Unijui. <http://dx.doi.org/10.21527/2317-5389.2014.3.125-157>.
- BOSSATO, HRet al. O acolhimento de familiares no serviço de emergência: contribuições a partir da política nacional de humanização **Rev. Enferm. UFPE**, v.4, n1, p.430-439, jan/mar.2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- **manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: **Manual técnico. In: Estratégicas**. 5 ed. Brasília, DF; 2012.
- BRASIL. 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, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais da saúde**. 1 ed. Brasília, DF, 2016.

CARMO, AP. **Benefícios da atividade física na gestação e lactação**. 2018. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Educação Física, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018.

DIAS, EG et al. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 12, n. 10, p.284-297, 2018

DINIZ, CSG et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.561-572, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162647>.

DEMITTO, MO et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, 2017.

FERREIRA MBG, SILVEIRA CF, SILVA SR, SOUZA DJ, RUIZ MT. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(2):320-330. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>.

GIGUERE Y, CHARLAND M, BUJOLD E, BERNARD N, GREMLER S, ROUSSEAU F, et al. Combining biochemical and ultrasonographic markers in predicting preeclampsia: a systematic review. **Clin Chem** 2010; 56:361-75.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. 192 p.

GJERDINGEN D, FROBERG DG, FONTAINE P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. **Fam Med**. 1991; 23:370-5.

GÓMES, AL 2015. "Mujeres y Aborto: El papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido". In: RAMOS, S. (comp.). Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. **Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES**; Mexico, DF: Population Council; Lima: Promsex. p. 19-40.

HULLEY, SB et al. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

MARÇAL VM, GARCIA JM, AIRES FT, FREITAS ES, ARCON HC, PALTRONIERI MR et al. PP044. Profile of pregnant women with preeclampsia treated in priority area. **Pregnancy Hypertens** 2012; 2(3):265.

MARIA, Fernanda Nunes et al. USO DE ÁLCOOL E TABACO POR GESTANTES EM MATERNIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 44, n. 1, p.41-61, mar. 2015.

MONTE AS, MENDES IC, ORIÁ MOB, CARVALHO FHC, BROWN H, DAMASCENO AKC. Near miss materno: fatores influenciadores e direcionamentos para redução da morbidade e mortalidade materna. **Rev Rene**. 2018;19:e3182.

NICOLAIDES K. A model for a new pyramid of prenatal care based on the 11 to 13 weeks%u2019 assessment.**PrenatDiagn** 2011; 31(1):3-6.

NUNES, JT et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.252-261, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020171>.

OLIVEIRA, DC; MANDÚ, ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.93-101, mar. 2015.

OLIVEIRA EFV, GAMA SGN, SILVA CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, mar. 2010.

PARIZOTTO J, ZORZI NT. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde**, v.32, n.4, 2008.

PEREIRA, GV. **Perfil Epidemiológico de gestantes atendidas no pré-natal especializado**. 2018. 72 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

POLIT, DF; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POON, KAMETAS, CHELEMEN, NICOLAIDES. Maternal risk factors for hypertensive disorders in pregnancy: a multivariate approach. **Journal of Human Hypertension**, 24, 104%u2013110, 2010.

RAYBURN WF. At-risk pregnancies. **ObstetGynecolClin North Am**. 2015; 42 (2): xiii-xiv.

REZENDE KB, BORNIA RG, ESTEVES AP, CUNHA AJ, AMIM JÚNIOR J. Preeclampsia: prevalence and perinatal repercussions in a University Hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Pregnancy Hypertens** 2016; 6(4):253-5.

ROCHA, PC et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p.01-13, jan. 2016.

SILVA, MG et al. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. **Universitas: Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.93-102, 7 dez. 2015. Centro de Ensino Unificado de Brasília. <http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v13i2.3305>.

SILVEIRA P; TAVARES C; MARCONDES F. Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [s.l.], n. 4, p.63-68, out. 2016. Portuguese Journal of Mental Health Nursing. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0143>.

SOUZA, NA et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.15, n.1, p. 28-38, jan-jun, 2013.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **First-Trimester Risk Assessment for Early-Onset Pre eclampsia**. Committee Opinion Number 638, September 2015 (Reaffirmed 2017).

VEGA C. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1995 a 1999, com ênfase em hipertensão arterial. **Ver Bras Ginecol Obstet** [serial on the Internet]. 2018 [citado 21 Maio 2006];26(8):672. Disponível em <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0007>. 2. WHO/UNICEF/UNFPA. Maternal mortal.

VIANA, RC, NOVAES, MRCG; CALDERON, IMP. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 22, sup. 1, p. 141-152, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/136938>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adolescent pregnancy. **Fact sheet** N° 364 Updated September 2014. Geneva: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Make Every Mother and Child Count. **World Health Report**, 2005. World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Predição de Pré-Eclâmpsia no Primeiro Trimestre Gestacional: Validação de Algoritmo

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Profa. Dr.^a Mônica Oliveira Batista Oriá

Prezada Colaboradora,

A Sr.^a está sendo convidada a participar desta pesquisa que irá validar um algoritmo para predição de pré-eclâmpsia (PE) no 1º trimestre gestacional, considerando as características maternas e pressão arterial média (PAM). Esse estudo justifica-se pela possibilidade de detecção de gestantes com alto risco gestacional ainda no primeiro trimestre, mediante a aplicação de um algoritmo de predição de pré-eclâmpsia de fácil execução, que pode ser utilizado por enfermeiros e médicos nas consultas de rotina da assistência pré-natal na rede básica de atenção à saúde.

Ao participar desta pesquisa a Sr.^a irá responder a um questionário contendo perguntas sobre sua idade, cor da pele, tabagismo (sim ou não), uso e abuso de drogas (álcool, maconha, cocaína, crack, outras), antecedentes clínicos (hipertensão crônica, diabetes mellitus, síndrome do anticorpo antifosfolípido, trombofilia, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e anemia falciforme), uso de medicação (anti-hipertensivos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antirretrovirais, antitireoidianos, aspirina, betamiméticos, insulina, lítio, esteroides, tiroxina e outros), paridade, antecedentes obstétricos, antecedentes familiares de PE (mãe, irmã ou ambas). Seu peso e altura serão medidos para subsidiar o cálculo do índice de massa corpórea (IMC). A pressão arterial será aferida para que, a partir, dos valores obtidos como pressão arterial sistólica e diastólica, possam ser calculados os valores de pressão arterial média (PAM).

Além disso, será solicitado que, se possível, o parto seja informado à pesquisadora, caso contrário, a mesma entrará em contato por telefone para saber detalhes do seu parto como o local onde o mesmo ocorreu e se houve alguma intercorrência.

Os riscos da pesquisa são mínimos como constrangimento e desconforto na inquirição dos dados.

Os riscos da pesquisa referem-se à quebra do sigilo no que concerne à identificação dos participantes. Estes serão minimizados com a realização das entrevistas por pesquisadores treinados e em ambiente privado.

Os autores comprometem-se a divulgar os resultados da pesquisa. Com isso, espera-se permitir a seleção de opções terapêuticas que efetivamente funcionam na predição da PE e, possivelmente, o desenvolvimento de sistemas de saúde e economicamente sustentáveis neste ambiente de custos crescentes no SUS e sistema de saúde privado do Brasil.

Todas as informações que a Sr.^a nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas identificação e respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar do questionário, nem quando os resultados forem apresentados.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma,

pode procurar a qualquer momento a pesquisadora responsável.

Nome do pesquisador responsável: Prof Dra Mônica Oliveira Batista Oriá

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. **Telefone para contato:** (85) 33668454

Horário de atendimento: Sexta-Feira, de 08 às 12hs

Se desejar obter informações sobre seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo
Telefone para contato: (85) 33668346

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-Feira, de 08 às 12hs

Caso a Sr.^a aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

Se a Sr.^a estiver de acordo em participar, deve preencher e assinar o Termo de consentimento Pós- esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O **participante de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – pondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deve da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – pondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Consentimento Pós-Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, a Sr.^a _____, portadora da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, ____ de _____ de 20__

Digital da (o) voluntária (o)

Mônica O. Batista Oriá

<hr/> <p>Assinatura da (o) voluntária (o)</p>	<p>Assinatura do pesquisador Responsável</p> <hr/> <p>Assinatura de quem obteve o consentimento</p>
-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Predição de Pré-Eclâmpsia no Primeiro Trimestre Gestacional: Validação de Algoritmo

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Profa. Dr.^a Mônica Oliveira Batista Oriá

Prezada Colaboradora,

A Sr.^a está sendo convidada a participar desta pesquisa que irá validar um algoritmo para predição de pré- eclâmpsia (PE) no 1º trimestre gestacional, considerando as características maternas e pressão arterial média (PAM). Esse estudo justifica-se pela possibilidade de detecção de gestantes com alto risco gestacional ainda no primeiro trimestre, mediante a aplicação de um algoritmo de predição de pré-eclâmpsia de fácil execução, que pode ser utilizado por enfermeiros e médicos nas consultas de rotina da assistência pré-natal na rede básica de atenção à saúde.

Ao participar desta pesquisa a Sr.^a irá responder a um questionário contendo perguntas sobre sua idade, cor da pele, tabagismo (sim ou não), uso e abuso de drogas (álcool, maconha, cocaína, crack, outras), antecedentes clínicos (hipertensão crônica, diabetes mellitus, síndrome do anticorpo antifosfolípido, trombofilia, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e anemia falciforme), uso de medicação (anti-hipertensivos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antirretrovirais, antitireoidianos, aspirina, betamiméticos, insulina, lítio, esteroides, tiroxina e outros), paridade, antecedentes obstétricos, antecedentes familiares de PE (mãe, irmã ou ambas). Seu peso e altura serão medidos para subsidiar o cálculo do índice de massa corpórea (IMC). A pressão arterial será aferida para que, a partir, dos valores obtidos como pressão arterial sistólica e diastólica, possam ser calculados os valores de pressão arterial média (PAM).

Além disso, será solicitado que, se possível, o parto seja informado à pesquisadora. Caso contrário, a mesma entrará em contato por telefone para saber detalhes do seu parto como o local onde o mesmo ocorreu e se houve alguma intercorrência.

Os riscos da pesquisa são mínimos como constrangimento e desconforto na inquirição dos dados.

Os riscos da pesquisa referem-se à quebra do sigilo no que concerne à identificação dos participantes. Estes serão minimizados com a realização das entrevistas por pesquisadores treinados e em ambiente privado.

Os autores comprometem-se a divulgar os resultados da pesquisa. Com isso, espera-se permitir a seleção de opções terapêuticas que efetivamente funcionam na predição da PE e, possivelmente, o desenvolvimento de sistemas de saúde economicamente sustentáveis neste ambiente de custos crescentes no SUS e sistema de saúde privado do Brasil.

Todas as informações que a Sr.^a nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas identificação e respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar do questionário, nem quando os resultados forem apresentados.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento a pesquisadora responsável.

Nome do pesquisador responsável: Prof Dra Mônica Oliveira Batista Oriá

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo.

Telefone para contato: (85) 33668454

Horário de atendimento: Sexta-Feira, de 08 às 12hs

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo

Telefone para contato: (85) 33668346

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-Feira, de 08 às 12hs

Caso a Sr.^a aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

Se a Sr.^a estiver de acordo em participar, deve preencher e assinar o Termo de ASSENTIMENTO pós-esclarecido que se segue. Este termo encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

O **participante de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE – apondo sua assinatura na última página do referido termo.

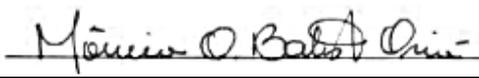
O **pesquisador responsável** deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Assentimento Pós-Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, a Sr.^a _____, portadora da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TALE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, ____ de _____ de 20__

	Digital da (o) voluntária (o)	
		Assinatura do pesquisador Responsável
		Assinatura de quem obteve o consentimento

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

TÍTULO DA PESQUISA: Predição de Pré-Eclâmpsia no Primeiro Trimestre Gestacional:
Validação de Algoritmo

Unidade de atendimento anterior: 1) Sim 2) Não		Se sim, qual:	
Unid. de Atendimento Pré-Natal:		REG:	IG:
IDENTIFICAÇÃO			
01.Cód. Atend:	Data do Atend: / /	02. DPP:	03.DUM:
Nome:		04.Idade: _____ Data de Nasc.: ____/____/____	
05.Endereço:			
06.Bairro:		07.CEP:	
08.Telefone:		09.Email:	
10.Estado conjugal: 1)Convive com companheiro e filho(s) 2)Convive com companheiro com laços conjugais e sem filho(s) 3) Convive com companheiro, com filho(s) e outros familiares 4)Convive com familiares, sem companheiro 5) Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais 6)Vive só			
11.Escolaridade: _____ (anos de estudo) 1) Nunca foi à escola 2) 1 - 4 anos de estudo 3) 5 – 8 anos de estudo 4) ≥ 9 anos de estudo			
12.Ocupação:			
13.Renda PESSOAL: reais 1)Sem renda 2) < 1 salário 3) 1 a 3 salários 4) > 3 salários			
14.Renda FAMILIAR: reais 1)Sem renda 2) < 1 salário 3) 1 a 3 salários 4) > 3 salários			
15.Procedência: 1) Fortaleza 2)Interior:		3)Outro estado: 16. Naturalidade:	
17.Etnia (cor da pele autorreferida): 1)Branca 2)Negra 3)Parda 4)Amarela 5)Outra:			
18.Atividade Física ANTES da gravidez: 1)Sim 2)Não			
19.Qual? 1)Nenhuma 2)Caminhada 3)Corrida 4)Hidroginástica 5)Musculação 6)Natação 7)Outra:			
20.Atividade Física DURANTE a gravidez: 1)Sim 2)Não			
21.Qual? 1)Nenhuma 2)Caminhada 3)Corrida 4)Hidroginástica 5)Musculação 6)Natação 7)Outra:			
22.Na rua onde você mora tem saneamento básico (sem esgoto a céu aberto)? 1)Sim 2)Não			
*Para onde vai o esgoto de sua casa? 1) rio 2) fossa séptica 3) fossa negra 4) céu aberto 5) rede de esgoto			
23.Na sua casa, tem água encanada? 1)Sim 2)Não Origem: 1)rede pública 2) poço 3) rio 4) cisterna 5) não sabe			
24.A fonte da água de beber é: 1)Da torneira 2)Poço 3)Filtrada 4)Filtrada/fervida 5)Comprada 6)Outra:			
25.A fonte da água de cozinhar é: 1)Da torneira 2)Poço 3)Filtrada 4)Filtrada/fervida 5)Comprada 6)Outra:			
DADOS OBSTÉTRICOS E ANAMNESE			
26.Paridade: 0)Nenhum 1) Um 2) Dois 3) Três 4) Quatro ou mais		27.Gesta:	28.Parto:
29.Aborto:		30.Distúrbio hipertensivo em gestação anterior: 1)Sim 2)Não	
31.Tabagismo: 1)Sim 2)Não		32.Número de cigarros/dia:	
33.Alcoolismo: 1)Sim 2)Não		34.Drogas ilícitas: 1)Sim 2)Não	
35.Quais? 0)Nenhuma 1)Maconha 2)Cocaina 3)Crack 4)Outras:		36.Familiares com PE: (MÃE): 1)Sim 2)Não	
37.(IRMÃ): 1)Sim 2)Não		*(AVÓ): 1)Sim 2)Não	
38.Concepção: 1)Espontânea 2)Indução 3)Fertilização in vitro			
39.Gravidez planejada? 1)Sim 2)Não			
40.Uso de ácido fólico: 1)Prévio a concepção 2)Início no 1º trim. 3)Não faz uso			
41.Antec. Parto prematuro: 1)Sim 2)Não		42. Se sim, quantos?	43. Nascido Vivo
44.Nascido Morto		45.Doença crônica: 1)Nenhuma 2)Hipertensão 3)Diabetes 4)Sind.Anticorpo Antifosfolípido 5)HIV 6)Trombofilia 7)Anemia Falciforme 8) Dislipidemia 9)Lúpus 10)Outra:	
46.Uso de medicação? 1)Sim 2)Não			
47.Quais? 1)Nenhum 2)Anti-hipertensivos 3)Anti-depressivos 4)Anti-convulsivantes 5)Antirretrovirais 6)Antitireoidianos 7) Aspirina 8)Betamiméticos 9)Insulina 10)Lítio 11)Esteróides 12)Tiroxina 13)Outra:			
História familiar de DCV:			

48. Ameaça de ABORTO na gestação atual: 1) Sim 2) Não						
EXAME FÍSICO DA GESTANTE						
49. Peso:		50. Altura:		51. IMC:		
PRESSÃO ARTERIAL			AUTOMÁTICO			
	DIREITO		PAM	ESQUERDO		PAM
	PAS	PAD		PAS	PAD	
1ª MEDIDA	52. mmHg	53. mmHg	54. mmHg	55. mmHg	56. mmHg	57. mmHg
2ª MEDIDA	58. mmHg	59. mmHg	60. mmHg	61. mmHg	62. mmHg	63. mmHg
MÉDIA PAM	64. mmHg		65. mmHg			
66. PAM FINAL: X mmHg						

PRESSÃO ARTERIAL			MANUAL			
	DIREITO		PAM	ESQUERDO		PAM
	PAS	PAD		PAS	PAD	
1ª MEDIDA	67. mmHg	68. mmHg	69. mmHg	70. mmHg	71. mmHg	72. mmHg
2ª MEDIDA	73. mmHg	74. mmHg	75. mmHg	76. mmHg	77. mmHg	78. mmHg
MÉDIA PAM	79. mmHg		80. mmHg			
81. PAM FINAL: mmHg						

EXAMES DE ROTINA PRÉ-NATAL						
82. Glicemia:		83. ABO: 1)A 2)B 3)AB 4)O		84. Rh: 1)Positivo 2)Negativo		
Hem. Completo	85. Hb		86. Ht	87. Leuc.		88. Plaq.
Sumário Urina	89. Glicosúria		90. Proteinúria	91. Hematúria		92. Piócitos
93. VDRL:		94. Hep. C:		95. Anti-HIV: 1)Reagente 2)Não-Reagente		
96. HBSAg:		97. TSH		98. Colest. Total:		99. HDL: 100. LDL:
101. Triglicerídeos:		102. Rubéola IgG: 1)+ 2)- 3)Indet.		103. Rubéola IgM: 1)+ 2)- 3)Indet.		104. Toxoplasm IgG: 1)+ 2)- 3)Indet.
106. Citomegalovírus IgG: 1)+ 2)- 3)Indet.				105. Toxoplasm IgM: 1)+ 2)- 3)Indet.		107. Citomegalovírus IgM: 1)+ 2)- 3)Indet.

Unid. de Atendimento ao Parto:						
DESFECHO OBSTÉTRICO						
108. Data do parto: / /						
109. Idade Gestacional:			110. Tipo de parto: 1)Vaginal 2)Cesárea			
111. Indicação (Se cesariana):						
112. Hipertensão: 1) Sim 2) Não			113. PA: X mmHg			
SE HIPERTENSÃO – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS						
114. Proteinúria: 0)Zero 1)1+ 2)2++ 3)3+++ 4)4++++			115. Cefaléia: 1) Sim 2)Não		116. Edema: 1) Sim 2)Não	117. Vômito: 1)Sim 2)Não
118. Icterícia: 1)Sim 2)Não		119. Turvação Visual: 1)Sim 2)Não		120. Dor abdominal: 1)Sim 2)Não		121. Coma: 1)Sim 2)Não
DESFECHO NEONATAL						
122. Peso neonato: gramas			123. Estatura: cm			
124. Percentil na curva de Lubchenco:						
125. APGAR 1º min:			126. APGAR 5º min:			