

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

THAMARA ALVES DE SOUZA

**PRÉ-ECLÂMPsia:
Qualificação da assistência de enfermagem a gestantes
com pré-eclâmpsia.**

MACEIÓ/AL
2017

THAMARA ALVES DE SOUZA

PRÉ-ECLÂMPسيا:
**Qualificação da assistência de enfermagem a gestantes
com pré-eclâmpسيا.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Alagoas em convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais. Como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO e obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dr.^a Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Co-orientadora: Prof. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

MACEIÓ/AL
2017

THAMARA ALVES DE SOUZA

**PRÉ-ECLÂMPZIA:
Qualificação da assistência de enfermagem a gestantes
com pré-eclâmpsia.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Alagoas em convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais. Como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO e obtenção do título de especialista.

APROVADO EM: ____/____/____

Orientadora

RESUMO

Durante a gravidez, o organismo materno passa por diversas alterações fisiológicas que sustentam o bebê em crescimento e preparam o parto. A gravidez, embora seja um acontecimento normal na vida das mulheres, pode ocorrer mudanças que tragam riscos para ela e para seu bebê, com repercussões grandes. O presente estudo discorreu sobre a qualidade da assistência de enfermagem prestada nas pacientes da maternidade do hospital carvalho beltrão com histórico de pré-eclâmpsia, que é uma desordem que pode ocorrer após a vigésima semana gestacional, durante o parto e até 48 horas pós-parto. Afeta cerca de 5-8% de todas as gestações e é uma condição que progride rapidamente, caracterizada por aumento tensional da pressão arterial (PA). Alguns sinais podem ser indicativos desta condição, tais como: presença de edema principalmente na face, ao redor dos olhos e mãos, ganho ponderal acentuado, náuseas e/ou vômitos, dor em região epigástrica que irradia para membros superiores, cefaléia e alterações visuais (visão borrada e/ou turva); hiperreflexia, taquipneia e ansiedade. Para todos esses sintomas, os profissionais precisam está preparados para acompanhar o período do parto, conhecendo todos os sinais para que assim eles possam passar para a gestante a confiança, segurança e uma boa assistência. No entanto, muitas vezes a doença evolui de forma silenciosa, ou seja, sem sinais indicativos e mesmo com esse tipo de evolução, a enfermagem precisa está preparada para saber realizar cada conduta adequada para cada caso. Um dos objetivos desse estudo é aprimorar a assistência de enfermagem, implantar protocolo padrão na maternidade do Hospital Carvalho Beltrão para a realização das condutas adequadas dos profissionais de enfermagem e acompanhar a melhora progressiva dos partos melhorando a conduta ética e profissional de cada funcionário. Concluiu-se que para a assistência à pré-eclâmpsia, o diagnóstico precoce, através do acompanhamento obstétrico, permite a avaliação materna e fetal, garantindo um bom prognóstico.

Palavras-chave: Gravidez de risco; Pré-eclâmpsia; Enfermagem

ABSTRACT

During pregnancy, the maternal organism undergoes various physiological changes that support the growing baby and prepare for childbirth. Pregnancy, although it is a normal occurrence in women's lives, may bring changes that bring risks to her and her baby, with big repercussions. Approximately 20% of pregnant women are more likely to develop unfavorably, the present study discussed nursing care in patients with a history of preeclampsia, a disorder that may occur after the twentieth gestational week, during delivery and up to 48 hours post childbirth. It affects about 5-8% of all pregnancies and is a rapidly progressing condition characterized by increased blood pressure (BP) and the presence of proteinuria. Some signs may be indicative of this condition, such as: presence of edema mainly on the face, around the eyes and hands, marked weight gain, nausea and / or vomiting, epigastric pain radiating to upper limbs, headache and visual changes (blurred and / or blurred vision); hyperreflexia, tachypnea and anxiety. For all these symptoms, professionals need to be prepared to follow the delivery period, knowing all the signs so that they can pass on to the pregnant woman the confidence, security and good assistance. However, often the disease evolves silently, that is, without indicative signs and even with this type of evolution, the nursing needs are prepared to know how to perform each appropriate course for each case. One of the objectives of this study is to improve nursing care, to implant a standard protocol in the Maternity Hospital of the Carvalho Beltrão Hospital in order to perform the appropriate nursing professionals' conducts and to monitor the progressive improvement of childbirth by improving the ethical and professional conduct of each employee. It was concluded that for pre-eclampsia care, early diagnosis, through obstetric follow-up, allows maternal and fetal evaluation, ensuring a good prognosis.

Key words: Pregnancy risk, pre-eclampsia; Nursing

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo Geral	111
3.2 Objetivos Específicos	111
4 REVISÃO DE LITERATURA	122
4.1 Pré-eclâmpsia	14
4.2 A importância do pré-natal	166
4.3 Assistência de enfermagem na pré-eclâmpsia.....	266
5 METODOLOGIA	300
6 RESULTADOS	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	333
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	355

1 INTRODUÇÃO

Na Grécia pré-hipocrática, a ocorrência de cefaléia, acompanhada de sonolência durante a gestação, que cursava, por vezes, com convulsões associadas, já era reconhecida como situação preocupante. O papiro egípcio de Kahun, datado de aproximadamente 3.000 anos atrás, também fazia alusão à ocorrência de convulsões durante a gestação. Segundo Chesley (2004) possivelmente, trata-se do registro histórico mais antigo da doença hipertensiva específica da gestação e de uma de suas manifestações mais temerárias e graves, a eclâmpsia.

A pré-eclâmpsia é caracterizada pelo desenvolvimento de hipertensão arterial, associada à proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face, após a 20ª semana de gravidez, em pacientes previamente normotensas, ou, anteriormente a esse período, na moléstia trofoblástica gestacional (OLIVEIRA et al, 2006).

Temos percebido que os profissionais de enfermagem, na assistência a gestantes acometidas por pré-eclâmpsia, se preocupam principalmente com os aspectos técnicos relacionados à doença, como também em manter as normas e rotinas preconizadas pela instituição. Desse modo, a subjetividade da mulher portadora de uma patologia, que lhe condiciona internamento com risco de morte materna e fetal, é pouco priorizada. Logo, é de fundamental importância entendermos o caráter subjetivo dessa mulher, tendo em vista que a patologia suscita sentimentos de medo, angústia, dúvida, raiva e solidão (LEAL, 2004). Assim sendo, o papel da equipe de enfermagem é fundamental no atendimento da gestante, de forma integral, através da interação que se desenvolve pelo diálogo, escuta e acolhimento.

A gravidez, embora seja um acontecimento normal na vida das mulheres, em uma parcela destas pode ser considerada de risco, com repercussões não só para elas, como também para a família e a sociedade a que pertence. Aproximadamente 20% das gestantes apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, diversos fatores podem levar a uma gestação de alto risco; no entanto, os mais comuns são agrupados em quatro grupos: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual; e intercorrências clínicas. A pré-eclâmpsia, uma das formas de hipertensão presente na gestante, enquadra-se entre as doenças obstétricas na gravidez (BRASIL, 2010).

Nessa linha de consideração, Garret (2009) afirma que a gestação de alto risco representa uma ameaça à vida ou à saúde da mãe e do feto, por um distúrbio coincidente ou exclusivo da gestação.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) estima que, em todo o mundo, ocorrem 585 mil óbitos de mulheres, a cada ano, em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério. Dentre elas, a hipertensão é a mais comum, incidindo em 10% a 22% das gestações, contribuindo para a ocorrência de partos prematuros e morbidade/mortalidade neonatal (AMERICAN... 2002, SIBAI, 2003, OLIVEIRA et al, 2006). Tratando-se do Brasil, os dados apontam que aproximadamente 10% das gestantes desenvolvem síndromes hipertensivas (BRASIL, 2006).

A pré-eclâmpsia, conhecida também como Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, patologia elencada como a mais freqüente no diagnóstico de gravidez de alto risco, é conceituada, por Rezende (2013), como distúrbio

multissistêmico, caracterizada por hipertensão e proteinúria após a vigésima semana de gravidez. A etiopatogenia dessa doença é desconhecida. Existem hoje algumas teorias que tentam explicá-la, porém ainda sem resultado conclusivo.

Tratando-se da enfermagem, categoria profissional que desempenha um papel fundamental no atendimento ao ser humano em todas as suas dimensões, estabelecendo o primeiro contato com a mulher na instituição hospitalar e acompanhando-a vinte e quatro horas por dia, espera-se que esteja preparada para o acolhimento e a assistência humanizada à gestante. Isto significa dizer que o profissional precisa dispor não só do conhecimento técnico da patologia, mas desenvolver habilidades para observar o seu contexto, buscando minimizar os transtornos existentes.

Evidenciamos, na literatura, diversos trabalhos que abordam a interação em diferentes situações de enfermagem, como Cavalcanti (2009), Chistóforo, Zagonel e Carvalho (2009), porém constatamos a escassez de trabalhos sobre a interação entre a equipe de enfermagem e a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia; todavia, os estudos de Aquino (2012), Lima (2011) e Costa (2009), versando sobre o relacionamento entre a equipe de saúde e a mulher no período gravídico/puerperal, identificaram dificuldades nesse processo.

Feitas estas considerações iniciais, o presente estudo discorreu sobre a assistência de enfermagem na pré-eclâmpsia.

Sob a perspectiva da assistência e do ensino da Enfermagem, espera-se que a investigação contribua para enriquecer propostas referentes à formação do futuro profissional, ajudando a aprofundar conhecimentos, desenvolver habilidades

que humanizem a assistência e preparar os futuros profissionais para que valorizem as necessidades e expectativas da clientela assistida.

2 JUSTIFICATIVA

O motivo da minha pesquisa e o interesse da minha avaliação na assistência a pacientes diagnosticada com pré-eclâmpsia, se deu pela percepção da falta de preparo emergencialista dos profissionais de enfermagem com pacientes que chegam com quadro de pré-eclâmpsia / eclampsia, e a falta de conhecimento da equipe de enfermagem no momento de intercorrências com as gestantes. Precisamos instituir uma melhor conduta, através de implantações de protocolos padrões para todos os profissionais e de avaliação primária da qualidade da assistência ofertada as essas gestante no período do seu parto. Sabemos que a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental no atendimento as gestantes em todas as suas dimensões, estabelecendo o primeiro contato com a mulher na instituição hospitalar, com isso, esperam-se que os profissionais estejam preparados para o acolhimento e a assistência humanizada à gestante. Isto significa dizer que o profissional precisa dispor não só do conhecimento técnico da patologia, mas dos protocolos interno padrão para desenvolver habilidades com segurança e respaldo, buscando minimizar os transtornos existentes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Qualificar a assistência de enfermagem prestada as gestantes com quadro pré-eclâmpsia no momento do parto.

3.2 Objetivos Específicos

- Implantar e implementar os protocolos padrões de assistência as gestantes com pré-eclâmpsia.
- Analisar a importância do profissional de enfermagem na assistência a gestante;
- Acompanhar a qualidade da assistência prestada a equipe multiprofissional
- Discorrer sobre o papel do enfermeiro junto a gestantes portadoras de pré-eclâmpsia.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Grande número de mulheres está adiando as gestações para a quarta ou a quinta década de suas vidas (ADASHEK et al, 2009). O adiamento da maternidade para idades mais avançadas relaciona-se ao processo de mudança dos padrões familiares que vem ocorrendo no mundo, em todas as esferas da vida cotidiana, inclusive no contexto sócio-familiar brasileiro. Nas últimas décadas, foram registradas importantes mudanças sócio-culturais que influenciaram as características da natalidade, com diminuição progressiva de seus índices globais e o adiamento da gravidez planejada. A incorporação da mulher ao mercado de trabalho, a maior importância para o seu desenvolvimento intelectual, os avanços técnicos de reprodução humana são fatores que, atualmente, influenciam a tomada de decisão acerca do momento mais oportuno para a mulher vivenciar a maternidade (ADASHEK et al, 1993, PRYSAK et al, 2013).

Os dados apresentados no censo realizado no ano 2013 pelo *Office for National Statistics* (Londres e País de Gales, Reino Unido) demonstram média de idade materna, para os nascimentos, de forma geral, de 29 anos, o mais alto verificado nos últimos 40 anos (MAHER, MACFARLANE, 2004). A maternidade na idade madura é cada vez mais freqüente e os recém-nascidos de mães com idade de 30 a 40 anos dobraram em relação aos índices apresentados no ano de 1976 (BOTTING, DUNNELL, 2009).

Esse fenômeno vem ocorrendo no mundo inteiro desde a década de 80, e mais recentemente, no nosso País, onde a distribuição das parturições, de acordo com a idade materna, foi estudada, em 1996, pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS 2001), permitindo mensuração das tendências

históricas da fecundidade nos últimos cinco anos. Nessa pesquisa, notou-se que a história reprodutiva é progressivamente mais complicada à medida que aumenta a faixa etária da gestante. Os índices de fecundidade por idade têm diminuído substancialmente, nos últimos anos, e a média geral, para todas as mulheres, é de 2,3 filhos nascidos vivos e a proporção de mulheres com mais de 35 anos encontra-se abaixo de 5% (PNDS 2001). Na literatura mundial, a proporção de parturições nas mulheres acima de 40 anos varia de 2 a 5% (CLEARY-GOLDMAN et al, 2005, JOSEPH et al, 2005).

A idade materna mais elevada é hoje tema de grande e freqüente preocupação obstétrica em relação aos resultados maternos e perinatais. Os extremos da vida reprodutiva sempre estiveram ligados à maior presença de complicações perinatais (JAMES, 2014). A idade ideal para procriação tem sido considerada, pela literatura, entre 20 e 29 anos, pois, nessa fase, são observados os melhores resultados maternos e perinatais. É também, nesse período, que ocorre o maior número de gestações, em populações sem controle de fertilidade (CZEIZEL et al, 1988). Não está estabelecido, entre os autores, o limite de idade a partir do qual os riscos maternos e perinatais se elevam.

Muitos trabalhos da literatura estudam o resultado da gestação em mulheres com idade materna avançada. Alguns utilizam, para sua definição, o limite de 35 anos (MORRISON 1975, PRYSKAK et al, 2013), outros, a partir de 40 anos de idade (MATHIAS et al, 1985, ZUGAIB et al, 2013), enquanto estudos mais recentes incluem ainda o conceito de idade materna “muito avançada”, que envolve o estudo de gestantes com idade de 45 anos ou mais (DILDY et al, 2008; CALLAWAY et al, 2008).

Algumas doenças crônicas ocorrem em grupos populacionais de maior idade, observando-se, com certa freqüência, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* nas gestantes com idade avançada. Encontra-se também maior incidência de abortamentos de primeiro trimestre, anomalias cromossômicas, mortalidade materna, gestação múltipla, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia complicada com síndrome HELLP (ZIADEH, 2002).

A gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas (maior ganho de peso, obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas), fetais e do recém-nascido (anormalidades cromossômicas e abortamento espontâneo, mecônio intraparto, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal, macrossomia, sofrimento fetal, internação em UTI e óbito neonatal). Nessas gestantes, também ocorre aumento de complicações obstétricas, tais como: trabalho de parto prematuro, hemorragia anteparto, trabalho de parto prolongado, gestação múltipla, apresentações anômalas, distocias, placenta prévia, pós-datismo, oligoidrânio e polidrânio, rotura prematura de membranas e parto pela cesárea (EDGE, LAROS, 1993; EISENBERG, SCHENKER, 1997; ANDRADE et al, 2009).

4.1 Pré-eclâmpsia

A doença hipertensiva específica da gestação, também conhecida como pré-eclâmpsia, é a complicação mais freqüente da gravidez e uma das principais causas de mortalidade e morbidade materno-fetal. A idade materna avançada e a primiparidade são reconhecidos fatores de risco para a pré-eclâmpsia (BARTON et al, 1997, CLEARY-GOLDMAN et al, 2005).

De Lorenzi et al (1999) observam que a síndrome hipertensiva é a causa mais comum de natimortalidade. Já Meirelles Filho et al (2016) encontram, dentre os casos de óbito fetal, 13,3% de toxemia, 3,3% de diabetes e 2,5% de hipertensão superajuntada. Kahhale et al (2014), estudando 1449 gestantes, com hipertensão arterial na gravidez, cujos partos ocorreram na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre agosto de 1985 e agosto de 1990, reportam 2,7% de natimortalidade.

A incidência de óbito fetal, na pré-eclâmpsia leve e na hipertensão crônica, é similar àquela da população geral, porém, em casos graves, tais como na pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e pré-eclâmpsia superajuntada, é muito superior. Tan e Tan (2008) investigam as principais complicações, em primigestas com idade igual ou superior a 35 anos, e comparam com grupo controle de gestantes com idade inferior a esse limite. Esses autores registram incidência de 17% de pré-eclâmpsia, em gestantes com idade avançada, e de 10,8%, no grupo controle. Alguns autores comparam dados do parto de gestantes de várias faixas etárias e observam que a doença hipertensiva específica da gestação ocorre, com frequência aumentada, no grupo de gestantes com 40 anos ou mais (CAROLAN, 2006).

Já Barton et al (2014) observam que o índice de pré-eclâmpsia é três vezes maior que as gestantes mais jovens, no entanto, verificam que esse aumento está relacionado com condições maternas preexistentes.

O fato de a hipertensão arterial crônica ser fator de risco para pré-eclâmpsia superajuntada é demonstrado por diversos autores (BARTON et al, 2013, CHARLES 2007, DEKKER 2007), principalmente se a doença hipertensiva for de longa duração. Sibai et al (2013) mostram que mulheres com hipertensão arterial crônica, com pelo menos quatro anos de duração, são especialmente predispostas a

apresentar pré-eclâmpsia, em cerca de 25% dos casos. A hipertensão arterial crônica é mais comumente encontrada em gestantes com idade avançada (BARTON et al, 1997, SIBAI et al, 1998, WITLIN e SIBAI, 2009), predispondo-as ao descolamento prematuro de placenta e a resultados anormais do parto e resultados perinatais adversos.

Cleary-Goldman et al (2005) encontram 1,6% de hipertensão arterial crônica, entre as gestantes com 40 anos ou mais, comparado com 0,5% daquelas com menos de 35 anos, porém não verificam diferença significativa na incidência de doença hipertensiva específica da gestação (4,7% nas com menos de 35 anos e 5,5% nas com 40 anos ou mais). Já Jacobsson et al (2006) relatam maior incidência de doença hipertensiva específica da gravidez, no grupo de gestantes entre 40 e 44 anos e nas com 45 anos ou mais (1,78% e 3,4%, respectivamente), quando comparado ao grupo de 20-29 anos (0,55%).

A eclâmpsia e a síndrome HELLP não parecem estar relacionadas à idade materna avançada (DOUGLAS, REDMAN, 2009). Os principais fatores associados à síndrome HELLP, segundo Egerman e Sibai (2013) são: idade inferior a 35 anos, raça branca e multiparidade. Essa complicação geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação. Embora idade materna avançada não seja fator de risco, apresenta pior prognóstico materno-fetal.

4.2 A importância do pré-natal

Durante muitas décadas, as políticas de saúde direcionadas à mulher no Brasil focaram exclusivamente o atendimento às necessidades decorrentes do parto

da gestação, limitando a atenção ao processo reprodutivo (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Segundo Nagahama e Santiago (2005, p.653)

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil lançado em 1974 pelo Ministério da Saúde teve como ênfase os programas de prevenção à gravidez de alto risco e suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixa renda. Pelo que se observou, de 1974 até 1983, as políticas públicas de atenção à saúde da mulher ficaram restritas à assistência ao período de gestação, com o intuito de garantir a saúde das mães e seus filhos.

No final da década de 70 e início dos anos 80, o movimento feminista defendia o direito da escolha autônoma dos indivíduos, especialmente das mulheres, a respeito do número de filhos que queriam ter, sem atrelamento à alguma meta demográfica nacional. Essa posição colocava o exercício dessa possibilidade como uma condição de cidadania, e enfatizava a responsabilidade social na garantia dos direitos e a necessidade de uma ampla atenção à saúde reprodutiva (BRANDEN, 2007).

O movimento feminista afirmou a autoridade das mulheres na definição de suas necessidades e se opôs às condutas médicas feitas “para o seu próprio bem”. Segundo Diniz¹, “esses direitos quer estejam ou não constituídos legalmente, são compreendidos como reivindicações de justiça, afirmações de que os arranjos sociais de gênero são injustos e devem ser transformados”.

No Brasil, na década de 80, evidenciou-se uma ampliação da formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM.

Segundo Rios e Vieira (2009, p.485):

A saúde feminina passou a ser considerada de forma mais ampla, apresentou metas como a ampliação dos problemas a serem tratados pelo setor, a recuperação da função educativa dos serviços e a adoção de uma nova perspectiva de atenção a mulher, situando-a em seu contexto social. A assistência pré-natal é definida pelo PAISM como “os cuidados de saúde dispensados à mulher visando assegurar a higidez de seu organismo e o crescimento e desenvolvimento adequados do seu concepto, reduzindo assim a morbi-mortalidade materna e perinatal”. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral à saúde e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar.

Além da tradicional assistência do pré-natal, parto e puerpério, o PAISM incorporou a resposta organizada dos serviços de saúde à anticoncepção, esterilidade, detecção precoce do câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério, realçando a necessidade de considerar as dimensões psicológicas e sociais nessa atenção e a promoção de práticas educativas.

Conforme demonstrado por Brienza e Clapis (2012, p.2):

O programa teve como objetivo geral reduzir a morbi-mortalidade da mulher em todas as fases da vida, garantindo à população feminina, de acordo com suas necessidades, o acesso aos serviços de saúde de diferentes níveis de complexidades, a partir da unidade sanitária local. Como parte de seus objetivos específicos constatamos a “ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações de pré-natal, parto e puerpério” e a “realização de ações de educação participativa em todas as atividades desenvolvidas”.

O Ministério da Saúde, desde 1988 tem definido alguns pontos básicos para atuar na saúde feminina, abordando a saúde da mulher de forma integral. O primeiro ponto se refere à redução da iniquidade dos indicadores epidemiológicos relativos à saúde da mulher, objetivando diminuir as taxas de mortalidade das mulheres por causas evitáveis. Outro ponto versa sobre a ampliação do direito reprodutivo, oferecendo às mulheres condições para decidirem sobre a sua capacidade reprodutiva (BRASIL, 2012).

Temos também a questão de que a clientela feminina, principal segmento da população que recorre aos serviços de saúde, constitui desafio especial que deriva de seu papel como mãe (ou como possíveis futuras mães) e de sua tradicional situação de “cuidadora”, devendo receber um atendimento de boa qualidade.

Segundo Osis (2007)²:

A adoção do PAISM representou sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta. Contudo, ainda falta muito para uma efetiva implantação de suas propostas, embora a reivindicação pela implantação efetiva dos princípios do PAISM na rede pública de saúde tem sido parte importante da luta de vários grupos políticos, principalmente de mulheres.

Além das questões políticas ligadas à própria viabilidade do SUS, essa implantação enfrenta outras dificuldades para se transformar em tecnologias de trabalho concreto.

D’Oliveira (2016), refere que a proposta do PAISM era dependente e correlacionada à proposta original do SUS, exigindo hierarquização das ações, regionalização, prioridade para ações educativas e promoção de saúde, além do planejamento seguindo referências epidemiológicas e de participação popular.

A evolução histórica recente do sistema público de saúde ocorreu predominantemente na direção da descentralização e da extensão do acesso ao pronto-atendimento médico, com escassa racionalidade epidemiológica e sucateamento dos recursos públicos. Nesse processo, o PAISM acabou por reduzir-se no cotidiano do trabalho e no modelo assistencial vigente, a um certo aumento da

oferta de assistência médico–ginecológica, privilegiando ações dirigidas ao tratamento de patologias do aparelho reprodutor feminino (BRASIL, 2002).

Belfort (2014) considera que em países pobres, como o Brasil, o pré-natal talvez represente a única oportunidade para as mulheres serem atendidas em consulta médica e assim, esboça-se a tendência de aproveitar o período gestacional para proporcionar às mulheres atendimento ampliado, objetivando rastrear a saúde, em geral, consubstanciando o denominado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM.

Tyrrel e Carvalho (2009), embora reconhecendo que nos últimos anos tenham sido adotadas diversas medidas técnico-operacionais para melhorar a eficiência e a equidade do sistema público de saúde, consideram que estas medidas não tem se caracterizado em verdadeiras reformas das políticas públicas de saúde. A situação da mulher e da criança, ainda hoje é grave, persistindo altos índices de morbi-mortalidade materna e infantil.

A discussão quanto à importância da qualidade da assistência prestada à mulher e ao recém-nascido apontou a falta de humanização no atendimento como um dos principais obstáculos a serem superados e as queixas de usuárias e dos trabalhadores que atuam nessa área, associadas aos altos índices de morbi-mortalidade materna e neonatal têm sido os alvos das críticas à falta de finalidade dos serviços de saúde.

O reconhecimento de que as práticas médicas caminharam na direção da “expropriação da saúde” é bem sinalizado, significando que “os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos” apontando-se assim que a saúde torna-se um produto de consumo e a medicalização uma constante norma da vida e da morte.

Conforme relatam Serruya et al (2004, p.271):

Essa discussão é realizada por Foucault, que na análise do nascimento da medicina social, refaz conceitualmente seu percurso histórico e aponta que o controle social sobre os indivíduos começou no corpo, entendido como uma bio-política e a medicina como uma estratégia bio-política. Tais reflexões permitem compreender que os modelos atuais de assistência estão fortemente marcados por este paradigma e a retomada de questões como a autonomia e humanização, pressupõe a discussão de referenciais filosóficos. Não será possível mudar a assistência sem ampliar esse olhar e discutir esses conceitos. Sem um entendimento amplo, por exemplo, da relação entre o profissional de saúde e a mulher, a assimetria desta relação é explicada por um olhar reducionista e maniqueísta: os profissionais de saúde não são comprometidos, as pacientes são “coitadinhas”.

Assim, as autoras afirmam que os profissionais de saúde precisam informar e compartilhar as responsabilidades e decisões com as mulheres, estabelecendo um equilíbrio entre o humanismo e a tecnologia, abertos a outras práticas com foco na prevenção. Essas são as razões e as características do sistema que apontaram para a necessidade de estabelecer uma estratégia que chamasse a atenção de gestores e profissionais na tentativa de aprimorar a assistência à saúde da mulher no Brasil. (Serruya et al (2006)

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569, por meio do programa de humanização da assistência à saúde da mulher, considera como direito inalienável de cidadania, o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal. O artigo 2º estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do programa de humanização no pré-natal (BRASIL, 2016).

Neste contexto, a assistência pré-natal deve ser planejada para atender às necessidades das gestantes, por meio de ações de saúde direcionadas à cobertura de todo o público-alvo da área de abrangência da US (unidade de saúde), garantindo acesso ao acompanhamento, atendimento e avaliação destas ações na saúde materna-perinatal (BRASIL, 2011).

Segundo Serruya et al (2004, p.272):

Este pressuposto registra a questão dos direitos das mulheres e dos deveres constituídos pelo Estado em um instrumento normativo cujo teor, em geral restringe-se a instruções programáticas ou de regulação do sistema. O estabelecimento deste referencial em um documento oficial teve como objetivo demarcar o princípio do direito como um marco conceitual do programa. O descaso com a gestação e suas intercorrências se dá em um contexto de “aceitação” do óbito materno como destino inevitável e a percepção da reprodução apenas como um evento biológico “feminino” sem qualquer denotação social e política.

O Ministério da Saúde aponta como condição para o acompanhamento adequado do parto e do puerpério, a responsabilidade dos serviços de saúde em acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade. Adotando-se práticas seguras e humanizadas é possível que sejam organizadas as rotinas, os procedimentos, a estrutura física e torna-se possível estabelecer condutas não intervencionistas e acolhedoras (BRASIL, 2009).

Segundo Machado (2010), a principal estratégia para reorganizar a atenção básica em saúde, foi o Programa Saúde da Família-PSF, institucionalizado em 1994 pelo Ministério da Saúde. O PSF tem obtido melhorias no âmbito da assistência pré-natal, pois através de ações planejadas, o acompanhamento do pré-natal vem atingindo um número cada vez maior de mulheres, reduzindo assim, mortalidade materna.

Sobre a reorganização da atenção básica, concordamos com Vasconcelos (2014) quando considera que o Programa de Saúde da Família possibilita uma melhor compreensão das situações, com uma atuação mais dialógica e completa como, por exemplo, o atendimento do pré-natal. Permitindo o exercício da criatividade pelos profissionais de saúde, é possível construir vínculos mais espontâneos e mais naturais com a população, “ir além da técnica” no sentido de transformar técnicas e protocolos em meios para alcançarmos um fim maior, no qual

o incentivo à autonomia esteja em primeiro lugar. Nesta perspectiva o programa de saúde da família é uma oportunidade de requalificação do trabalho da saúde coletiva, da saúde pública e da saúde da mulher para uma defesa do Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Navajas (2009), o mais importante para a equipe, em particular para a enfermeira que presta cuidado às gestantes no pré-natal, é conhecer o que está acontecendo com as grávidas e compreender que, por trás de toda pergunta, aparentemente ingênua, feita por uma gestante, poderão existir importantes demandas emocionais latentes.

O estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, parece contribuir sobremaneira para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do concepto (CAMPOS, 2007).

Tanaka (2010, p.18) refere que:

[...] a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil.

Estima-se que 98% dos óbitos maternos poderiam ser evitados e esta realidade levou o Ministério da Saúde a partir de 1988, a investir na criação dos Comitês de Mortalidade Materna, que atuam no registro e apuração dos principais problemas relacionados às mortes evitáveis de mulheres em idade fértil, com idades entre 10 e 49 anos, principalmente no período do parto e pós-parto. Estas causas podem estar relacionadas a problemas do setor saúde e também estar vinculadas a fatores sociais, econômicos, culturais e religiosos (LEAL, 2002).

Os melhores índices de mortalidade materna já alcançados por países desenvolvidos seriam de 15/100.000 n.v.. O aumento de consumo de consultas pré-natal pode não ter impacto sobre essas taxas, se as consultas se reduzirem como tem acontecido em parte dos serviços, a “rituais” seguidos sofrivelmente, mal padronizados e não avaliados (SCHRAIBER, 2015).

A mesma autora refere que a alta cobertura para somente consultas médicas às gestantes, freqüentemente não propicia um acolhimento às ansiedades, medos e queixas, associadas culturalmente à gestação. Ao contrário, os serviços de saúde direcionam de modo medicalizante essas queixas (SCHRAIBER, 2014).

Pesquisa realizada com dados do Ministério da Saúde mostra que, no ano de 2002, no Estado de São Paulo, apenas 5% das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, receberam o conjunto de atendimento previsto no Programa de pré-natal. Quando se inclui ao pacote preconizado pelo Ministério da Saúde, de seis consultas de pré-natal, consulta do puerpério, exames básicos como o de sangue e de urina e doses de vacina- antitetânica, incluindo o teste de HIV, o percentual de atendimento cai para 4% (BRASIL, 2002).

Segundo Campos (2009), apesar do sistema de saúde ressaltar a necessidade de integração entre os três períodos da assistência (pré-natal, parto e puerpério), nunca efetivamente se viabilizou. No setor público, ainda existe a dificuldade de estabelecer vínculo entre as gestantes, equipe e o sistema de saúde, conseqüentemente levando a um desconhecimento da história da gestação.

Schraiber (2013) chama a atenção que na lógica de preencher lacunas dentro do modelo assistencial no pré-natal, é importante: precisar idade gestacional; divulgar e garantir os direitos legais das gestantes; propiciar o estabelecimento de

um “espaço de diálogo” onde diferentes informações, idéias, opções e valores envolvidos nos temas que cercam a maternidade, paternidade, saúde e doença, relação com os serviços de saúde, etc, possam aparecer e constituir objeto de discussão; discutir as mudanças no corpo e o processo de gravidez, parto e puerpério, visando o autocuidado; estimular a participação paterna no processo de reprodução humana.

Segundo Brienza (2009, p.17):

Em geral a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e parto. É importante ressaltar que a enfermeira tem sido apontada pela Organização Mundial da Saúde, como o profissional com melhor perfil para este tipo de atenção.

Além disso, de acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem (Decreto-lei nº 94.406/87), o pré-natal desde que de baixo risco, pode ser inteiramente acompanhado pelo profissional de enfermagem (BRASIL, 2001).

Aponta-se como indicativo para uma melhor assistência ao pré-natal, o estabelecimento de diálogos que valorizem a mulher como ser integral, inserido num contexto social, familiar, considerando sua individualidade, emoções, dificuldades internas e história de vida anterior e atual.

Valorizar o contexto familiar e o enfoque da atenção à saúde implica reconhecer a mulher como parte inserida num grupo familiar, que passa a existir como unidade da ação programática de saúde. Esta estratégia, que se apresenta como reorganizadora do modelo assistencial busca parcerias capazes de potencializar a ação e o atendimento às demandas da comunidade e da mulher, identificando situações de risco, na perspectiva de alcançar resolutividade nos

serviços, e principalmente, agindo preventivamente junto às mulheres, desenvolvendo ações educativas.

4.3 Assistência de enfermagem na pré-eclâmpsia

Henriques (2013, p.31) afirma que “a Consulta de Enfermagem constitui uma das mais polêmicas atividades do processo de trabalho da enfermeira obstetras, já que, ao longo dos anos, passou por diversas ações, acompanhando as mudanças na sociedade”.

Nesse diapasão, várias autoras, como Horta (2009), e Campedelli (2010), descreveram procedimentos metodológicos utilizados na Consulta de Enfermagem, destacando a diversificação quanto aos conteúdos observados, o que é reforçado por Amaral (2013), quando afirma que as abordagens metodológicas da Consulta de Enfermagem são variadas e discordantes, mas incluem componentes essenciais e outras apresentam somente características de apoio.

Nas atividades relacionadas à assistência pré-natal, estudos demonstram que a Consulta de Enfermagem foi inicialmente organizada em etapas correspondentes às metodologias do Processo de Enfermagem. Castro (2009), Campedelli (2009) e Amaral (2011) referenciam três ou mais etapas do Processo de Enfermagem.

O Histórico de Enfermagem contém a entrevista, exame físico e obstétrico. Esses dados forneciam informações sobre as gestantes, permitindo conhecer, identificar e analisar situações apresentadas e reconhecer problemas existentes; o diagnóstico continha registros das necessidades para atendimento específico, ao

passo que o plano assistencial de enfermagem determinava, de forma global, os procedimentos para garantir a assistência necessária à gestante. Nesse processo, consta ainda o prognóstico em que se realizava estimativa da capacidade de a gestante satisfazer suas necessidades básicas afetadas (BRANDEN, 2009).

O Manual Técnico do Ministério da Saúde, indica os passos a serem desenvolvidos para a realização da Consulta de Enfermagem na assistência pré-natal, estabelecendo dois roteiros diferentes: a) para a realização da primeira consulta e b) para as subseqüentes. No presente estudo, utilizou-se esses roteiros como base para análise das informações.

Na primeira consulta, a Enfermeira Obstetra deve coletar informações sobre a gestante, através de entrevista individual, denominada história clínica, que precede o segundo passo da consulta que é o exame físico. Por ocasião da história clínica, procura-se obter dados da identificação completa da cliente, dados socioeconômicos e culturais, investigação dos antecedentes (familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e outros) e dados referentes à sexualidade e gestação atual (BRASIL, MS, 2008).

O exame físico deve ser realizado no sentido céfalo-caudal, usando as técnicas de inspeção, palpação, ausculta e toque, realizado de forma geral e específica para exames gineco-obstétrico. No exame geral, estão incluídos os procedimentos técnicos, como: a determinação do peso e avaliação do estado nutricional, medidas estatura, altura uterina, freqüência cardíaca, temperatura axilar e pressão arterial. No exame gineco-obstétrico, deve-se proceder à ausculta dos batimentos cárdiofetais, identificação da situação e apresentação fetal, inspeção dos órgãos genitais externos, exame especular e toque vaginal. É importante ressaltar

que, durante a educação individual, procura-se identificar e responder às dúvidas e inquietações das gestantes (BRASIL, MS, 20013).

Além disso, desenvolvem-se ações complementares, diretamente relacionadas à história clínica e ao exame físico, devendo ser referenciada para serviço odontológico, imunização, especialidades outras e agendamento de consultas subseqüentes. Por ocasião dessas, deve ser feita a revisão da ficha perinatal e anamnese atual, cálculo e anotação da idade gestacional, controle do calendário de vacinação, exame físico geral e gineco-obstétrico, interpretação dos exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessário, realização de práticas educativas individuais e em grupo e agendamento de consulta subseqüente (BRASIL, MS, 2014).

De uma maneira geral, para a assistência à pré-eclâmpsia, o diagnóstico precoce, através do acompanhamento obstétrico, permite a avaliação materna e fetal, garantindo um bom prognóstico. Nessa perspectiva, o pré-natal constitui uma ação fundamental que permite impacto na redução da mortalidade materna e perinatal, o qual, dentre seus objetivos, visa identificar o mais rápido possível as situações de risco. Costa, Guilhem e Walter (2005), no seu estudo, apontam desafios e asseveram a necessidade da garantia de estrutura ambulatorial e hospitalar adequada ao atendimento dos riscos identificados. Dessa forma, todo serviço voltado à atenção pré-natal de baixo risco necessita dispor da possibilidade de referência para os casos de alto risco.

Embora venha ocorrendo um aumento no número de consultas pré-natais no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto, em 1995, para 5,45 consultas por parto, em 2005, este índice apresenta diferenças regionais significativas. Em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no

Norte e Nordeste. No que diz respeito às consultas do pré-natal, os dados demonstram comprometimento da qualidade da atenção, evidenciado pela alta incidência de sífilis que, atualmente no Brasil, tem uma prevalência de 1,6 % em gestantes. Outro fato preocupante é a mortalidade materna que alcançou em 2003 uma razão de mortalidade materna (RMM) de 51,74 óbitos p/ 100.000 nascidos vivos. A OMS considera aceitável uma RMM até 20 óbitos p/ 100.000 nascidos vivos, sendo a hipertensão arterial a mais freqüente causa de mortes. Isto demonstra a mortalidade por causas plenamente evitáveis (BRASIL, 2006).

Assim, diante de uma patologia que traz sérias conseqüências de ordem biológica, social e psicológica para a mulher, é necessário que a equipe de enfermagem esteja comprometida com uma assistência integral, sabendo reconhecer as suas necessidades, mediante o estabelecimento da interação entre profissional e gestante.

5 METODOLOGIA

O estudo foi fundamentado a partir de uma revisão de literatura sobre o tema, e a criação, implantação, execução e implementação do protocolo de assistência as gestantes com pré-eclâmpsia, através de treinamentos com a equipe de enfermagem, reunião semanal para apresentação do protocolo e criação do livro de registro de intercorrências para pré-eclâmpsia. Com a revisão de literatura constitui uma análise detalhada do material disponível sobre o tema, a partir da pesquisa em livros e artigos científicos, encontrados nas bibliotecas de saúde: Bireme; Lilacs; Medline; Cochrane; Scielo; BBO, entre outras.

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica encontra-se no fato de viabilizar ao pesquisador a cobertura de uma ampla gama de fenômenos, bem maior do que a que seria possível pesquisar diretamente. Esse método de pesquisa é particularmente vantajoso quando o problema da pesquisa, como é o caso do estudo em questão, exige dados dispersos.

6 RESULTADOS

Através da pós graduação de obstetrícia, eu pude impactar meu serviço de trabalho que é a Maternidade Carvalho Beltrão, com novas práticas instituída pelo profissionais da saúde, envolvendo uma equipe multiprofissional, como médicos, enfermeiros e técnico de enfermagem. A ação do processo de implantação da avaliação e melhora da assistência de enfermagem prestada a pacientes com diagnostico de pré eclampsia, ocorreu de maneira bastante colaborativa e construtiva, colaborando com o objetivo institucional de proporcionar um atendimento com a máxima qualidade e segurança de acordo com os anseios das gestantes, bem como, houve uma melhora significativa e já observada e comprovada pela diminuição de condutas inadequadas realizadas durante o trabalho de parto com as gestantes que apresentam alterações na pressão arterial, pois hoje, esse indicador é visto pelos profissionais como um mediador de condutas diferenciadas que logo é resolvida pelo médico obstetra, e as gestante com quadro de pré-eclampsia não ficam mais correndo o perigo de ser mal assistidas pelos profissionais que estão acompanhando o seu parto. A implantação do protocolo também foi um diferencial no setor mediante às necessidades das equipes que trabalham na linha de frente com as gestante, como os profissionais técnico de enfermagem, enfermeiros obstetras e até os médicos plantonista da maternidade. O núcleo de educação permanente (NEPS) ajudou muito de forma colaborativa, organizando novas ações importantes como palestras educativas, roda de conversas para discutir as atualizações dos protocolos institucionais e nas distribuições de ensinamentos na ação realizada na maternidade, da “Semana da gestante”, que foi um projeto desenvolvido em conjunto por mim e o núcleo de educação permanente (NEPS) para aprimorar as boas práticas atualizando conceitos importantes relacionado a importância das aferições da pressão arterial durante toda a gestação inclusiva no momento do parto, bem como o aprimoramento com o objetivo de incrementar os conhecimentos adquiridos através da formação curricular básica, o que influencia de forma direta e positiva a redução de falhas.

Todos essas melhoras na minha maternidade, se deu pela minha iniciativa de melhorar a minha instituição de trabalho, partido dos ensinamentos da pós

graduação CEEO, e hoje a maternidade só tem a melhorar, atuando de forma mais segura e prestando as gestante mais qualidade nas assistências prestadas as pacientes com quadros diferenciados, como o quadro de pré-eclampsia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho resultou positivamente de uma mudança na qualidade da assistência de enfermagem, composta por leituras científicas, questionamentos, contato com os profissionais e gestantes que compartilharam o estudo, na busca do entendimento sobre a percepção da equipe de enfermagem e das mulheres hospitalizadas com o diagnóstico de pré-eclâmpsia, em melhorar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem acerca da interação entre eles durante o atendimento das necessidades das mulheres.

No que diz respeito aos profissionais, estes perceberam a importância da melhoria da assistência com as gestantes, reconheceram as necessidades das mesmas e absolveram a responsabilidade de forma rápida. Neste contexto, compreendem as condições da mulher com pré-eclâmpsia e, assim sendo, consideram o estado emocional e a importância da família para o seu tratamento. Esses participantes, ao vivenciar o processo de interação, deparam-se com dificuldades de ordem individual e institucional que influenciam a efetivação do processo interativo.

Entretanto, considerando que a interação decorre do contato entre duas pessoas com interesse e reciprocidade, como também do princípio de que a enfermagem em suas ações deve contemplar o homem holisticamente, podemos afirmar que os depoentes deste estudo desenvolvem um processo de interação de forma parcial junto às gestantes.

Entendemos que diante de uma patologia com repercussões graves e insidiosas, faz-se necessária a existência de uma equipe de enfermagem preparada tecnicamente para atender a essas exigências. No entanto, junto com o atendimento

das necessidades biológicas, espera-se que o profissional de enfermagem empenhe-se em compreender a mulher em todas as suas dimensões, quais sejam: psicológicas, sociais, culturais e espirituais, que compõem o ser humano, através de uma interação efetiva. Neste sentido, o processo interativo delinea-se como elo mediador entre o cuidador e o ser cuidado, configurando uma assistência humanizada.

Tratando-se da questão de como as gestantes percebem a interação com a equipe de enfermagem, a investigação nos condiciona a dizer que elas entendem que clinicamente são assistidas, porém sentem falta de informações acerca da patologia. Além disso, vivenciam sentimentos de medo e preocupação, como também percebem o processo de interação de forma parcial.

Dessa forma, compreendemos que o profissional de enfermagem atribui um significado ao processo de interação com a gestante que o leva a contemplar, em suas ações, os aspectos técnicos do cuidar.

De maneira geral, os profissionais que atendem às gestantes, ao interagirem com eles mesmos, com a paciente e com os demais membros da equipe, nas diversas situações, estabelecem um processo interpretativo que leva a considerar as necessidades da mulher hospitalizada com pré-eclâmpsia.

Nosso pressuposto de que a atuação da enfermeira obstetra proporciona uma apreensão mais ampliada das necessidades da gestante, sendo um dispositivo que favorece a perspectiva de transformação do serviço de saúde e do processo de trabalho foi confirmado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADASHEK JA, PEACEMAN AM, LOPEZ-ZENO JA, MINOGUE JP, SOCOL ML. Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. **Am J Obstet Gynecol**. 2014; 169:936-940.

AMARAL AMM; ARAÚJO MC, SOARES TC. **Consulta de Enfermagem em Saúde Mental**: Recurso para Assistência Ambulatorial em Nível Primário e Secundário. Trabalho apresentado no XLII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Out. .2011

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTIS (ACOG). Diagnosis and manangement of pré-eclâmpsia and eclâmpsia. **Obstetrics and Gynecology**, v. 33, p.159-167, 2012.

ANDRADE PC, LINHARES JJ, MARTINELLI S, ANTONINI M, LIPPI UG, BARACAT FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; 26:697-701.

AQUINO GML. **O cuidado no parto normal pela enfermeira obstetra na perspectiva da puérpera**. 2003. 105 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

BARTON JR, BERGAUER NK, JACQUES DI, COLEMAN SK, STANZIANO GJ, SIBAI BM. Does advanced maternal age affect pregnancy outcome in women with mild hypertension remote from term? **Am J Obstet Gynecol**. 2009; 176:1236-1240.

BELFORT P. Assistência pré-natal In: REZENDE J. **Obstetrícia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BOTTING B, DUNNELL K. Trends in fertility and contraception in the last quarter of the 20th century. **Popul Trends**. 2010; 100:32-39.

BRANDEN PS. **Enfermagem Materno Infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2013

.

BRASIL. **HUMANIZA-SUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde - O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização à saúde com controle social**, Brasília, série D, n.16, 2012.

BRASIL. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Série técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**. Manual Técnico. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-infantil. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-Assistência pré-natal**. 3 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1997. 62p. (Normas e manuais técnicos).

BRIENZA AM. **Acesso ao Pré-Natal na rede básica de saúde do Município de Ribeirão Preto**: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP - Departamento Materno-Infantil e saúde pública, Ribeirão Preto, 2008.

BRIENZA AM; CLAPIS MJ. Access to prenatal healthcare provided by the basic healthcare network in Ribeirão Preto: analysis of the care received by a group of women. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2007, São Paulo. **Proceedings online...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

CALLAWAY LK, LUST K, MCINTYRE HD. Pregnancy Outcomes in Women of Very Advanced Maternal Age. **Obstet Gynecol Surv**. 2009; 60:562-563.

CAMPEDELLI MC. **Consulta de Enfermagem ao Binômio Mãe-Filho**: análise das consultas de Enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública, 2014. Dissertação (Mestrado).

CAMPOS TP. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.411-420, 2013.

CAROLAN M. The graying of the obstetric population: implications for the older mother. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 2011; 32:19-27.

CASTRO I. Estudo Exploratório Sobre a Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro: v.28, n.4, 75-94, Out / Dez. 2016.

CAVALCANTI ACD. **Cotidiano do cuidar de enfermagem em cirurgia cardíaca**: a interação como ferramenta do cuidado. 2002. 133f. Dissertação. (mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2012.

CHARLES R. Risk factors for pre-eclampsia, abruptio placentae, and adverse neonatal outcomes among women with chronic hypertension. **Ann Emerg Med**. 2016; 33:246-247.

CHESLEY LC. History and epidemiology of preeclampsia-eclampsia. **Clin Obstet Gynecol** 2014;27(4):801-20.

CHISTÓFORO BEB; ZAGONEL IPS; CARVALHO DS. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p.55-60, 2009.

CLEARY-GOLDMAN J, MALONE FD, VIDAVER J, BALL RH, NYBERG DA, COMSTOCK CH, SAADE GR, EDDLEMAN KA, KLUGMAN S, DUGOFF L, TIMOR-TRITSCH IE, CRAIGO SD, CARR SR, WOLFE HM, BIANCHI DW, D'ALTON M. Impact of maternal age on obstetric outcome. **Obstet Gynecol**. 2012; 105:983-990.

COSTA AM; GUILHEM D; WALTER MIMT. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, out. 2014.

COSTA MCMDR. **Vivendo o bem-estar no desconhecido**: experiência da mulher com a presença do acompanhante no processo de parto. 2007. 109 f. Dissertação. (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

CZEIZEL A. Maternal mortality, fetal death, congenital anomalies and infant mortality at an advanced maternal age. **Maturitas**. 2015; S1:73-81.

DEKKER GA. Risk factors for preeclampsia. **Clin Obstet Gynecol**. 2015; 42:422-435.

DE LORENZI DR, TANAKA AC, RIBAS FE, RECH FS, WEISSHEIMER L. Perfil epidemiológico da natimortalidade em Caxias do Sul. **Rev Cient AMECS**. 2016; 8:29-33.

Dildy GA, Jackson GM, FOWERS GK, OSHIRO BT, VARNER MW, CLARK SL. Very advanced maternal age: pregnancy after age 45. **Am J Obstet Gynecol**. 2014; 175:668-674.

DINIZ S. **Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina**. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>>. Acesso: 15 maio 2015.

D'OLIVEIRA AFPL. Saúde da Mulher. In: **Saúde do Adulto** - Programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 2016.

DOUGLAS KA, REDMAN CW. Eclampsia in the United Kingdom. **Br Med J**. 2014; 309:1395-1400.

DOURADO VG; PELLOSO SM. Desiring and planning pregnancy: experience of women who had high risk pregnancy. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2017 .

EDGE V, LAROS RK. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. **Am J Obstet Gynecol**. 2015; 168:1881-1884.

EGERMAN RS, SIBAI BM. HELLP syndrome. **Clin Obstet Gynecol**. 2011; 42:381-389.

EISENBERG VH, SCHENKER JG. Pregnancy in the older woman: scientific and ethical aspects. **Int J Gynaecol Obstet**. 2011; 56:163-169.

GARRET C. Complicações Perinatais. Avaliação dos fatores de risco. In: LOWDEMILK DL; PERRY SE; BOBAK IM. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 583-586.

GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas: São Paulo, 2014.

HENRIQUES RLM. **A realidade e os Mitos da Consulta de Enfermagem na Rede Básica do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery, 2015. Dissertação (Mestrado)

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 14 ed. São Paulo: E.P.U., 2010.

JACOBSSON B, LADFORS L, MILSOM I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. **Obstet Gynecol**. 2011; 104:727-733.

JAMES ED. High risk pregnancy: management options. **Br Med J**. 2016; 310:882-883.

JOSEPH KS, ALLEN AC, DODDS L, TURNER LA, SCOTT H, LISTON R. The perinatal effects of delayed childbearing. **Obstet Gynecol**. 2015; 105:1410-1418.

KAHHALE S, CARRARA W, BITTAR RE, KOMAGATA H, BUNDUKI V, ZUGAIB M. Mortalidade perinatal nas síndromes hipertensivas. **Rev Ginecol Obstet** . 2009; 2:57-62.

LEAL MC. Maternidades do Brasil. **Radis 2**, Rio de Janeiro: Fio Cruz. Set. 2012.

LEAL MVP. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gestação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 21-26, 2010.

LIMA SP. **O cuidado humanístico como foco institucional**: um estudo sobre empatia dos profissionais de saúde na área obstétrica. 2004. 95 f. Dissertação. (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

MACHADO MH. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 90 p. v.4 – Região Sudeste.

MAHER J, MACFARLANE A. Trends in live births and birthweight by social class, marital status and mother's age, 1976-2000. **Health Stat Q**. 2014; 23:34-42.

MATHIAS L. Gestação em pacientes com 40 anos ou mais. I: Primíparas. **J Bras Ginecol**. 2014; 95:297-299.

MORRISON I. The elderly primigravida. **Am J Obstet Gynecol**. 2011; 121:465-470.

MEIRELLES FILHO J, AMIM JUNIOR J, FONSECA AL, CHAVES NETTO H, MONTENEGRO CA. Mortalidade perinatal na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro no período de 2016 a 2011. **J Bras Ginecol**. 2014; 100: 243-247.

NAGAHAMA EEI; SANTIAGO SM. The medical institutionalization of childbirth in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2014 .

NAVAJAS FE. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB M; TEDESCO JJA; QUAYLE J. (Org.). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 2015.

OLIVEIRA CA et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n.1, p.93-98, jan./mar. 2016.

OSIS MJMD. The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=in&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2014.

PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.bemfam.org.br>>. Acesso: 22 maio 2011.

PRYSAK M, LORENZ RP, KISLY A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. **Obstet Gynecol**. 2012; 85:65-70.

REZENDE J; MONTENEGRO CAB. **Obstetrícia Fundamental**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RIOS CTF; VIEIRA NFC. Educational action in prenatal care: a reflection on nursing consultation as an opportunity for health education. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2017 .

SCHRAIBER LB, MENDES GONÇALVES RB. Necessidades saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER LB; NEMES MIB; MENDES GONÇALVES RB. **Saúde do adulto**: programas e ações unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2016. cap.1, p.21-47.

SERRUYA SJ; LAGO TD G; CECATTI JG. The scenario of pre-natal care in Brazil and the Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v. 4, n. 3, 2014 .

SIBAI BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. **Obstetrics and Gynecology**, v. 102, p. 181-192, 2013.