



**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS COMO
FERRAMENTA DIAGNÓSTICA DE INTERCORRÊNCIAS
GESTACIONAIS**

**CAJAZEIRAS-PB
2013**

MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS COMO
FERRAMENTA DIAGNÓSTICA DE INTERCORRÊNCIAS
GESTACIONAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^ª. Ms. Milena Silva Costa.

**CAJAZEIRAS-PB
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras – Paraíba

S586a Silva, Maria da Conceição da

Avaliação de Exames laboratoriais como ferramenta
diagnostica de intercorrências gestacionais. /Maria da
Conceição da Silva. Cajazeiras, 2013.

58f. : il.

Orientadora: Milena Silva Costa

Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS COMO
FERRAMENTA DIAGNÓSTICA DE INTERCORRÊNCIAS
GESTACIONAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^ª. Ms. Milena Silva Costa.

Aprovada em: ___/___/ 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Milena Silva Costa
(Orientadora – CFP/UAENF/UFCG)

Prof^º Dr. Antônio Fernandes Filho
(Membro Efetivo - CFP/UAENF/UFCG)

Prof^ª. Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire
(Membro Efetivo - CFP/UAENF/UFCG)

CAJAZEIRAS - PB

2013

“Celebrai com júbilo ao Senhor, todas as terras. Servi ao Senhor com alegria; e entrai diante dele com canto. Sabei que o Senhor é Deus; foi ele que nos fez, e não nós a nós mesmos; somos povo seu e ovelhas do seu pasto. Entrai pelas portas d’Ele com gratidão, e em seus átrios com louvor, louvai-o, e bendizei o seu santo nome. Porque o Senhor é bom, e eterna a sua misericórdia, e a sua verdade dura de geração em geração”. Salmos 100

DEDICO

A Deus, por ter me ajudado durante toda trajetória acadêmica, renovando minhas forças para concretizar este projeto.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por sua infinita misericórdia para comigo, por me ajudar a vencer os obstáculos que surgiram no decorrer desta graduação, por manter a minha fé inabalável, “porque para Deus nada é impossível” (Lucas 1:37).

A meus pais, Francisco e Lourdes, pelo exemplo de humildade e honestidade, pelo apoio e incentivo, por compreenderem minha ausência em algumas reuniões de família, amo vocês incondicionalmente;

A meus irmãos, Rosilene, Antônio, Raquel, Josimar, Osmar, Lurdete, e em especial a Remédios, Neidinha e Vaney por acompanharem de perto minha trajetória. O amor, que sinto por vocês, é impossível mensurar. Obrigada pelo incentivo diário;

A Lucifran Anacleto, pelo apoio, a João Victor, pelo afeto, sorriso belíssimo, chamando-me titia, fazendo-me esquecer às dificuldades, com sua inocência, (amo muito meu pequeno príncipe);

A querida orientadora, Prof^ª. Ms. Milena Costa, que com dedicação, sabedoria e disponibilidade orientou este trabalho, pelo exemplo de profissionalismo, humildade e humanização no exercício da docência;

Ao Prof^º Dr. Antônio Fernandes e a Prof^ª. Ms. Roberta Freire por aceitarem o convite de participarem da banca examinadora. Sou grata a vocês por tudo;

A todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica, através da transmissão segura e paciente dos conhecimentos;

Aos amigos: Ir. Alzenir, Joanita, Cristiana, Francisca Morais, Juciara, Luciana Lima, Maésia, Lúcia², Susana, Valdileide, José Lopes, Leurimar, Washington Luiz, Nilton, Anderson, Ricardo Aragão, Rubéns pela amizade, vocês foram indispensáveis;

A Yara Clécia, pelos momentos de descontração, a Jucilene Alves pelas massagens e a Fernanda Félix pelas boas conversas. Obrigada amigas, pelas gargalhadas e momentos de aflição, nestes quatro anos de convivência. Gosto muito de vocês;

A Terezinha Gualberto por estar sempre disponível a me ajudar;

Aos colegas da graduação, com os quais pude compartilhar os bons e os maus momentos durante quase cinco anos, em especial, Katiana, Isabel, Tamyres, Cristiane, Adenusca, Kariny, Juliana e Fransuélío;

A todos os enfermeiros que foram preceptores durante o estágio supervisionado;

A todas as gestantes que realizaram pré-natal na ESF Maria José de Jesus;

Enfim, a todos que contribuíram para concretização deste sonho.

RESUMO

SILVA, M.C. **Avaliação de exames laboratoriais como ferramenta diagnóstica de intercorrências gestacionais.** 58f. Trabalho de conclusão de curso (graduação em enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

A gestação é caracterizada por mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que pode ser vivenciada pelas mulheres de forma distinta, a partir do contexto em que elas vivem. Durante todo o período gestacional, a mulher requer cuidados em virtude das modificações e novas adaptações, fazendo-se necessário um acompanhamento com qualidade, a fim de prevenir e tratar as intercorrências no ciclo gravídico. O objetivo deste estudo consiste em analisar as intercorrências gestacionais a partir da avaliação de exames laboratoriais. Trata-se de um estudo descritivo, documental e retrospectivo com abordagem quantitativa, a partir da análise de fichas perinatal e prontuários de gestantes que realizaram todos os exames laboratoriais preconizados pelo PHPN e tiveram intercorrências gestacional no período de 2008 a 2012 na ESF Maria José de Jesus no município de Cajazeiras - PB. Os dados foram coletados no mês de agosto de 2013, tabulados e analisados conforme literatura. A pesquisa seguiu os princípios éticos e legais. Os resultados dos exames laboratoriais com alterações de maior percentual foi o hb/ht com 66% ($f=96$), seguido pelo sumário de urina com 23% ($f=34$), glicemia de jejum com 7% ($f=10$), e 1% ($f=01$) para cada uma das seguintes sorologias: toxoplasmose, HBsAg, VDRL, bem como, teste anti-HIV, e grupo sanguíneo/fator Rh. As intercorrências apresentaram o mesmo percentual, concomitante aos resultados dos exames, em qua, a anemia obteve maior incidência, seguida da infecção urinária e diabetes mellitus. Diante do exposto, conclui-se que a anemia ferropênica continua sendo um grave problema de saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento e que os exames laboratoriais são de suma importância para o acompanhamento do pré-natal.

Palavras-chaves: Exames laboratoriais. Intercorrências gestacionais. Pré-natal.

ABSTRACT

SILVA, MC **Evaluation of laboratory tests as a diagnostic tool for pregnancy complications.** 58F. Completion of course work (undergraduate nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

The pregnancy is characterized by physiological, psychological and social changes, which can be experienced by women as separate from the context in which they live. Throughout the pregnancy period, a woman requires care because of changes and new adjustments, making it necessary to follow up with quality, prevent and treat complications in the pregnancy. The objective of this study consists in analyze the pregnancy complications from the evaluation of laboratory tests. This is a descriptive, retrospective documentary and quantitative approach to the analysis of perinatal records and records of all pregnant women who underwent laboratory examinations by PHPN and had uneventful gestational period in 2008 to 2012 in the FHS José Maria de Jesus in the city of Cajazeiras - PB. Data were collected in August 2013, tabulated and analyzed according to the literature. The study followed the ethical and legal principles. The results of laboratory tests with the highest percentage change was hb / ht with 66% (f = 96), followed by urinalysis with 23% (f = 34), fasting glucose with 7% (f = 10), and 1% (f = 01) to each of the following serological tests: toxoplasmosis, HBsAg, VDRL, as well as HIV testing and blood group / Rh factor. The complications had the same percentage, concomitant to test results, where the anemia had the highest incidence, followed by urinary tract infection and diabetes mellitus. Given the above, it is concluded that iron deficiency anemia remains a serious public health problem, especially in developing countries, and that laboratory tests are of paramount importance for the monitoring of prenatal care.

Keywords: Laboratory tests. Pregnancy complications. Prenatal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- AIDS:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AU:** Altura Uterina
- BCF:** Batimentos Cardio-Fetal
- CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- DMG:** Diabetes *Mellitus* Gestacional
- ESF:** Estratégia Saúde da Família
- Hb:** Hemoglobina
- HBsAg:** Hepatitis B Surface Antigen
- HCM:** Hemoglobina Corpuscular Média
- HIV:** Vírus da Imunodeficiência humana
- Ht:** Hematócrito
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ITU:** Infecção do Trato Urinário
- IU:** Infecções Urinárias
- LPH:** Lactogênio Placentário Humano
- MS:** Ministério da Saúde
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PHPN:** Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
- SBD:** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TV:** Transmissão Vertical
- UBS:** Unidade Básica de Saúde
- UI:** Unidade
- VCM:** Volume Corpuscular médio
- VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 Descrição das características sociais das gestantes, Cajazeiras/PB..... | 33 |
| Tabela 2- Descrição das características obstétricas das gestantes Cajazeiras/PB..... | 35 |
| Tabela 3- Número de consultas e vacinação das participantes do estudo..... | 36 |
| Tabela 4- Resultados dos exames alterados e o diagnóstico das intercorrências..... | 38 |
| Gráfico 1 - Associação de intercorrências gestacionais..... | 39 |
| Gráfico 2- Coexistência de intercorrências gestacional..... | 40 |
| Gráfico 3- Tratamento farmacológico das intercorrências gestacionais..... | 40 |
| Gráfico 4- Medidas não farmacológicas das intercorrências gestacionais..... | 41 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 15 |
| 2.1 CONTEXTUALIZANDO SOBRE A GESTAÇÃO..... | 15 |
| 2.2 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL..... | 16 |
| 2.3 EXAMES LABORATORIAIS RECOMENDADOS NO PRÉ-NATAL..... | 18 |
| 2.4 INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS DIAGNOSTICADAS EM EXAMES LABORATORIAIS DURANTE O PRÉ-NATAL..... | 23 |
| 2.5 TERAPÊUTICA DAS INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS..... | 27 |
| 3 METODOLOGIA | 30 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 30 |
| 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA | 30 |
| 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 31 |
| 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 31 |
| 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS | 32 |
| 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS | 32 |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA..... | 32 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 33 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 43 |
| REFERÊNCIAS | 44 |
| APÊNDICES | 50 |
| ANEXO..... | 55 |

1. INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada por mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que pode ser vivenciada pelas mulheres de forma distinta, a partir do contexto em que elas vivem (ANVERSA et al. 2012; BRASIL, 2006).

Durante todo o período gestacional, a mulher requer cuidados em virtude das modificações e novas adaptações, fazendo-se necessário um acompanhamento com qualidade, a fim de prevenir e tratar as intercorrências no ciclo gravídico (BRASIL, 2006).

Segundo Cunha et al. (2009) a nível mundial, ocorrem 120 milhões de gravidez por ano, sendo que entre as quais, mais de meio milhão de mulheres vão a óbito em consequência das intercorrências durante a gravidez ou parto, e mais de 50 milhões adquirem enfermidades relacionadas ao evento gravídico.

Nesta perspectiva, os altos índices de mortalidade materna e fetal ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada pode contribuir significativamente na redução da mortalidade e promover uma maternidade segura para o binômio mãe-feto (ANVERSA et al. 2012).

No Brasil, a atenção à saúde materna e infantil historicamente, tem sido uma prioridade dentre as políticas de saúde, com destaque aos cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal; neste sentido, se insere o acompanhamento pré-natal que tem como objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando a garantia do bem-estar materno e neonatal (FONSECA, PÁDUA, NETO, 2011).

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000, institucionalizou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), buscando melhorar este cenário, reduzindo os indicadores de morbidade e mortalidade relacionados à gestação, parto e puerpério, uma vez que, até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil (BRASIL, 2000).

Dentre as condutas recomendadas pelo PHPN, para o acompanhamento do pré-natal com qualidade, está à solicitação de exames laboratoriais, como critério fundamental para a prevenção e diagnóstico de intercorrências possíveis de serem evitadas ou tratadas no curso da gestação.

A gestante, que é acompanhada pela equipe de Estratégia Saúde da Família, (ESF) realiza os seguintes exames laboratoriais: hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), grupo sanguíneo e fator Rh, sumário de urina, glicemia de jejum, teste do Vírus da

Imunodeficiência humana (HIV), sorologias para hepatite B (HBsAg), toxoplasmose e sífilis (VDRL), os quais devem ser solicitados na primeira consulta. Os exames de VRDL, urina e glicemia por necessidade de prevenção devem ser repetidos por volta da trigésima semana de gestação.

Os exames laboratoriais, solicitados na atenção ao pré-natal, visam assegurar a saúde materna e infantil, pois através deles, é possível identificar agravos que ocasionem intercorrências gestacionais, como por exemplo, anemia, eritroblastose fetal, infecções urinárias, diabetes *mellitus* gestacional (DMG), HIV positivo, hepatite B, toxoplasmose, sífilis congênita (FEREZIN, BERTOLINI, DEMARCHI et al. 2013).

Dentre essas intercorrências, Nomura et al. (2009) considera que a anemia é uma das deficiências nutricionais de maior importância durante a gestação, quer pela elevada prevalência que ocorre, quer pelos efeitos adversos a ela associados.

E Mattar et al. (2011) acrescenta que o DMG é uma das intercorrências mais frequentes na gestação de mulheres brasileiras, pois estima-se uma prevalência de 2,4 a 7,2%, dependendo dos critérios utilizados para o diagnóstico.

As demais intercorrências apresentam-se também com índices alarmantes que precisam ser evitadas ou tratadas desde que diagnosticadas precocemente. Para tanto, é preciso que a gestante tenha acesso aos exames laboratoriais recomendados, orientações para realização dos mesmos e tratamentos adequados se caso forem necessários.

Partindo do pressuposto de que nem todas as gestantes têm acesso fácil a tais exames ou mesmo quando tem, apresentam intercorrências gestacionais que poderiam ser evitadas e/ou tratadas. É relevante que pesquisa nesse cunho sejam desenvolvidas para (re)conhecer a situação real de mulheres que iniciam seu pré-natal na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

O interesse na escolha do tema surgiu a partir das vivências acadêmicas, em especial, do estágio curricular supervisionado I na atenção básica, em que durante as consultas de pré-natal, a pesquisadora percebeu o quanto é importante a gestante realizar os exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) para a saúde da díade mãe e filho.

O estudo se justifica pelo tema “intercorrências gestacionais” ser de relevância, em função da elevada incidência e dos impactos sobre a saúde da mulher e do feto e pela limitação de estudos publicados sobre essa temática.

A pesquisa se torna relevante, pois a partir da identificação da realização dos exames laboratoriais, é possível comprovar se as gestantes estão ou não recebendo uma

atenção adequada na assistência pré-natal, já que essa conduta é um dos pré-requisitos para avaliação de qualidade na atenção pré-natal do SUS.

Portanto, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar as intercorrências gestacionais a partir da avaliação de exames laboratoriais, e os objetivos específicos são: conhecer o perfil social e obstétrico das gestantes; descrever os resultados dos exames laboratoriais de gestantes; identificar as intercorrências gestacionais a partir dos exames laboratoriais e investigar o tratamento realizado nas intercorrências gestacionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTUALIZANDO SOBRE A GESTAÇÃO

O período gestacional pode ser compreendido como uma fase transitória de modificações fisiológicas e emocionais, para adequar o organismo materno às exigências de formação e desenvolvimento fetal, em que cada gestante a vivencia de forma singular.

Silva, Araújo e Paz (2008) destacam que a gestação modifica o organismo materno alterando a bioquímica e a anatomia de todos os seus aparelhos e sistemas, podendo agravar entidades mórbidas preexistentes ou produzir sintomas que, embora fisiológicos, são por vezes intercorrências que afetam a saúde da gestante. Barros e Silva (2009) complementam afirmando que a gravidez é um processo normal, representando biologicamente uma função primária do sistema reprodutor feminino.

Nesta perspectiva, Rezende (2008) afirma que as alterações fisiológicas observadas na gestação decorrem, principalmente, de fatores hormonais e mecânicos, sendo possível classificá-las em adaptações sistêmicas e do sistema reprodutivo.

As modificações sistêmicas são perceptíveis através da mudança na postura e deambulação devido à expansão do volume uterino que se apóia à parede abdominal e das mamas volumosas, que se tornam pesadas no tórax. Altera-se o metabolismo glicídico, lipídico, protéico e hidroeletrólítico. No sistema cardiovascular, há o aumento da frequência cardíaca e do volume sanguíneo para suprir as necessidades de oxigênio e hidratação adequada do binômio mãe/feto; a diminuição da pressão arterial é decorrente da vasodilatação periférica; e há o aumento dos componentes sanguíneos necessários para transportar o oxigênio adicional. No sistema respiratório, o aumento do útero exerce influência comprimindo o espaço disponível para abrigar os pulmões, de modo que, a respiração torna-se mais diafragmática do que abdominal. No sistema digestivo, são comuns as náuseas e vômitos no primeiro trimestre; no sistema urinário, altera o fluxo urinário com maior predisposição para infecção urinária; na pele, geralmente desenvolve estrias grávidas no abdome e mamas; aumento da pigmentação da linha alvo do abdome como também da vulva, aréolas mamários e da face (REZENDE, 2008).

Em relação às modificações dos órgãos genitais, os autores acrescentam que a ação hormonal (estrógenos e progesteronas), feto e anexos estimulam o crescimento uterino tornando-o mais espesso, sofrendo hipertrofia e hiperplasia, de início restrito a

pelve, alcança a cavidade abdominal tangenciando o apêndice xifóide; o colo uterino apresenta-se edemaciado e rico em vascularização, mudando a consistência e a coloração da cérvice, tornando-a amolecida e arroxeadas; a vulva e a vagina mostram-se violáceas, os grandes e pequenos lábios, meato uretral, papilas e mucosas se hipertrofiam como também as células musculares da vagina aumentam a largura e o comprimento, preparando-se para o momento do parto.

O período gestacional está dividido em três trimestres, onde cada um corresponde a treze semanas com adaptações específicas a cada trimestre, atendendo as necessidades de crescimento do feto. A duração da gestação é variável, embora, se levar em conta a data da última menstruação, dura em média 280 dias ou 40 semanas (RICCI, 2008).

Camacho et al. (2010) destaca a necessidade de entender o mecanismo dessas mudanças, a fim de distinguir entre a fisiologia da gravidez e a fisiopatologia das intercorrências clínicas do ciclo gravídico. Normalmente, a evolução da gravidez ocorre sem intercorrências, entretanto, há gestantes que por apresentarem determinadas características, tem maior probabilidade de uma evolução com complicações, sendo assim, a equipe de profissionais dos serviços de atenção básica deverá promover a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento das intercorrências que ocorrem durante a gestação.

2.2. ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

O termo pré-natal corresponde ao período desde a confirmação da gravidez até o parto. A assistência à gestante durante o pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do feto, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações inerente à gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes (FONSECA, PÁDUA, NETO, 2011).

Silva et al. (2008) afirma que as consultas de pré-natal são tão importantes que deve ser iniciada tão logo seja suspeitada a gravidez ou confirmado o seu diagnóstico, uma vez que, é reconhecido como fator primordial para evolução saudável da gestação.

Neste contexto, a porta de entrada para iniciar o pré-natal pelo SUS é na ESF. Vasques (2006) destaca a importância de uma equipe bem treinada para detectar possíveis desvios da normalidade que possam aparecer no curso de uma gestação, contribuindo significativamente para a redução das taxas de mortalidade materno-fetal que ainda comprometem os indicadores de saúde no Brasil.

O MS preconiza que o número total de consultas realizadas no pré-natal seja superior a seis, com início precoce, estabelecendo uma rotina que consista em uma visita mensal durante as primeiras 28^a semanas de gestação, quinzenal até a 36^a semana e, posteriormente até a 42^a semana de gestação seja semanalmente (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, o MS, através do Manual Técnico pré-natal e puerpério, enfatiza que na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas; determinação da idade gestacional como também a data provável do parto (BRASIL, 2006).

Segundo Vasques (2006), nas consultas subsequentes, é importante que o profissional conheça a história clínica a partir dos dados inseridos no prontuário, de modo que a anamnese seja sucinta com ênfase nas queixas relatadas pela gestante: interpretação de exames complementares, confirmação da gestação, avaliação dos níveis pressóricos, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, pesquisa de edema e reavaliação de riscos.

Quadros et al. (2011) afirma que a redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal dependem consideravelmente da assistência dispensada a gestante durante o pré-natal, visto que a qualidade do atendimento está diretamente relacionada com os níveis de saúde da mãe e concepto, de modo que o MS estabeleceu através do PHPN a solicitação de exames laboratoriais como critério fundamental para o acompanhamento do pré-natal, a fim de diagnosticar e tratar intercorrências passíveis de serem corrigidas no curso da gestação.

Segundo o PHPN, é fundamental para o acompanhamento pré-natal, a solicitação dos seguintes exames laboratoriais: hemoglobina e hematócrito (hb/ht), grupo sanguíneo e fator Rh, sumário de urina, glicemia de jejum, teste de HIV, sorologias para hepatite B (HBsAg), toxoplasmose e sífilis (VDRL), os quais devem ser solicitados na primeira consulta. Os exames de VDRL, urina e glicemia por necessidade de prevenção devem ser repetidos por volta da trigésima semana de gestação (BRASIL, 2000). Tais exames visam assegurar o nascimento de um recém-nascido saudável, garantindo o bem-estar à gestante (FEREZIN, BERTOLINI, DEMARCHI, et al. 2013).

2.3 EXAMES LABORATORIAIS RECOMENDADOS NO PRÉ-NATAL

No presente sub-item do referencial teórico, serão descritas informações pertinentes aos exames laboratoriais recomendados pelo MS. A saber: a dosagem de hemoglobina e hematócrito, o grupo sanguíneo e fator Rh, sumário de urina (urina tipo I), glicemia de jejum, teste Anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose, sorologia para sífilis (VDRL) (BRASIL, 2000).

A solicitação do hemograma completo deve ocorrer na primeira consulta de pré-natal, com objetivo de avaliar os parâmetros hematológicos da gestante e constatar precocemente a ocorrência de anemia gestacional (SILVA, ARAÚJO, PAZ, 2008).

O hemograma é o exame laboratorial que tem como finalidade analisar as variações quantitativas, qualitativas e morfológicas dos elementos figurados que compõem o sangue, permitindo de forma simples e pouco invasiva, associado à clínica, o diagnóstico de uma enorme variedade de patologias que podem induzir alterações hematológicas (AZEVEDO et al. 2010).

É composto por três componentes básicos que avaliam a série vermelha (eritrograma), a série branca (leucograma) e plaquetas, constituindo o exame básico para avaliação hematológica. É na avaliação da série vermelha (eritrócitos) que se encontra a dosagem das hemácias, hematócritos e hemoglobinas, Volume Corpuscular médio (VCM) e Hemoglobina Corpuscular Média (HCM) (AZEVEDO et al. 2010).

Para Guyton e Hall (2006), a hemoglobina é uma proteína que constitui o principal componente da hemácia, conferindo a esta, a coloração avermelhada, sendo responsável por transportar o oxigênio dos pulmões aos tecidos e conduzir o dióxido de carbono dos tecidos aos pulmões. A característica mais importante da molécula de hemoglobina consiste em sua capacidade de combinação, frouxa e reversível com o oxigênio através de ligações químicas.

O hematócrito corresponde ao percentil do volume de sangue ocupado pelas hemácias, representando um índice de concentração dos eritrócitos. Nesta perspectiva, o nível sérico da hemoglobina considerado normal em indivíduos adultos é de 12 a 16 g/dL para mulheres e 13 a 18 g/ dL para homens. Em relação ao hematócrito é considerado normal o valor de 37 a 47% para mulheres e 40 a 54% em homens (SILVA et al. (2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a utilização do eritrograma com avaliação dos níveis de hematócrito e hemoglobina constitui uma boa

escolha em saúde pública, por ser um exame simples e de baixo custo (MARTINS et al. 2009).

O segundo a ser citado é o exame para identificar o grupo sanguíneo e o fator Rh. Para Tamega et al. (2009) os grupos sanguíneos são caracterizados por antígenos presentes na membrana eritrocitária, com característica funcionais e polimórficas definidas.

O fator Rh é caracterizado pela expressão do antígeno D na superfície das células sanguíneas, de modo que representa um dos sistemas de maior interesse clínico, por seu desenvolvimento nas reações transfusionais hemolítica do recém-nascido (SILVA, 2011).

A tipagem do grupo sanguíneo e fator Rh devem ser solicitados na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes a fim de diagnosticar a incompatibilidade sanguínea materno-fetal (REZENDE, 2008).

Para Silva (2011), a incompatibilidade sanguínea materno-fetal apresenta importância peculiar no período gestacional, uma vez que, ocorre quando a gestante possui fator Rh negativo e o parceiro fator Rh positivo, possuindo o conceito fator hemático de herança paterna, os quais podem chegar à circulação materna, especificamente as hemácias durante a gestação ou parto, sendo capaz de imunizá-la através da produção de anticorpos específicos ao referido fator.

A investigação de anticorpos anti-Rh em gestantes com fator Rh negativo deve ser realizada mediante o teste de Coombs indireto; o teste negativo significa que a gestante não está imunizada; o inverso, no teste de Coombs positivo, a gestante já está imunizada (REZENDE, 2008).

O terceiro exame é o sumário de urina, também denominado como urina tipo I, deve ser solicitado na primeira consulta de pré-natal e outro na trigésima semana de gestação conforme recomenda o PHPN (FIGUEIRÓ-FILHO et al. 2009).

A urina é um líquido em geral límpido, com coloração que varia do amarelo-claro a amarelo-âmbar, de odor característico, densidade com variação entre 1.015 e 1.025, apresentando pH entre 5,5 e 6,5; embora a presença de bactérias na urina poderá levar a uma infecção urinária (GUYTON, HALL, 2006).

Duarte et al. (2008) afirma que as mudanças anatômicas e fisiológicas impostas pela gravidez sobre o sistema urinário favorecem a colonização e persistência de bactérias na urina, facilitando frequentemente a progressão para infecções sintomáticas; entre as alterações, a dilatação do sistema coletor e o aumento do débito urinário

associados à redução do tônus vesical favorecem a estase urinária e o refluxo vésico-uretral, transformando as infecções assintomáticas em sintomáticas. Nesse período, observa-se também que a urina da gestante apresenta pH mais alcalino, situação favorável ao crescimento das bactérias presentes no trato urinário.

Barros e Silva (2009) afirmam que no exame laboratorial a infecção urinária é caracterizada pelo crescimento bacteriano de pelo menos 10^5 unidades formadoras de colônias por ml de urina (100.000 ufc/ml) colhida em jato médio e de maneira asséptica. Logo, o exame de urina tipo I quando associado à anamnese e ao quadro clínico de disúria, polaciúria, urgência miccional e dor no baixo ventre na cistite, arrepios de frio e lombalgia na pielonefrite, ou completa ausência de sintomas na bacteriúria assintomática irá fornecer os dados que confirmam o diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU).

No que se refere ao exame de glicemia de jejum, a OMS preconiza o rastreamento de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) por meio desse exame, o qual deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal e outro na trigésima semana de pré-natal, independente da presença de fatores de risco, uma vez que, o diagnóstico precoce e o tratamento do DMG visam reduzir a morbimortalidade materna e fetal (MATTAR et al. 2011).

Oliveira et al. (2009) destaca que o DMG está associada a um risco aumentado de resultado perinatal indesejável e, após a gestação, esta mulher terá mais risco de desenvolver o diabetes mellitus tipo 2.

Segundo Maruichi, Amadei e Abel (2012), a gestação é uma condição que naturalmente predispõe à resistência a insulina com a finalidade de disponibilizar nutrientes para o feto. Em razão da resistência a insulina, a gestação é caracterizada com nível elevado de insulina circulante, uma vez que o pâncreas, em mulheres não-diabéticas, compensa a demanda periférica aumentada, mantendo a glicemia em níveis normais. A resistência a insulina, segundo Oliveira et al. (2009) está relacionada com o hormônio Lactogênio Placentário Humano (LPH), produzido pela placenta a partir do segundo trimestre; como também o cortisol, estrógenos, progesterona e prolactina produzidos na gestação que diminuem a sensibilidade à insulina.

De acordo com o Ministério da Saúde e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, o diagnóstico laboratorial de diabetes gestacional será firmado quando a glicemia de jejum for igual ou superior a 126 mg/dL, o que é semelhante ao parâmetro para mulheres não-gestantes (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

No tocante ao teste anti-HIV, atendendo ao PHPN, este teste deve ser solicitado na primeira consulta de pré-natal a todas as gestantes, independente de apresentar situação de risco, a fim de diagnosticar se a gestante é soropositivo para o HIV. A falha na detecção precoce da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil (FILHO et al. 2010).

Feitosa et al. (2010) enfatiza que a garantia de realização do teste anti-HIV em gestantes representa a primeira etapa de prevenção da transmissão vertical (TV) desse vírus, uma vez que é a partir do resultado, caso positivo, que se podem adotar as recomendações visando à diminuição da TV.

O MS tem demonstrado sua preocupação com a dimensão ética da oferta do teste anti-HIV, reconhecendo a necessidade de que esta ação aconteça de forma a garantir a cidadania e o respeito à pessoa humana, dados os processos de estigmatização e discriminação associados ao HIV/Aids reconhecidos desde o início da epidemia (SILVA, ARAÚJO, PAZ, 2008).

Nesta perspectiva, a solicitação e entrega do exame anti-HIV devem sempre ocorrer acompanhadas de aconselhamento pré e pós-teste, uma vez que, dentre os componentes do aconselhamento, o apoio emocional é fundamental para contribuir no enfrentamento das questões emergentes após a descoberta da soropositividade (ARAÚJO, 2008).

Sobre a sorologia para hepatite B (HBsAg), o exame deve ser solicitado na primeira consulta de pré-natal, com a finalidade de rastrear a presença do antígeno de superfície o HBsAg (hepatitis B Surface antigen), devido à incidência e à gravidade da infecção durante a gravidez. O HbsAg é o antígeno de superfície da hepatite B constituído por três proteínas que indica a infecção pelo vírus desde a fase aguda, porém não determinando se a fase é aguda ou crônica (AQUINO et al. 2008).

O diagnóstico da patologia no início da gravidez contribui reduzindo substancialmente a TV e o conseqüente desenvolvimento de hepatite crônica pelo recém-nascido (COSTA et al. 2010).

Segundo Barros e Silva (2009), gestantes com a infecção aguda, a incidência da infecção vertical depende da idade gestacional, de modo que, no primeiro trimestre, cerca de 10% dos recém-nascidos tornar-se-ão HBsAg positivo, enquanto que no terceiro trimestre poderá acarretar 80 a 90% de infecção.

Neste contexto, evidencia-se a importância do início precoce da assistência pré-natal, momento no qual a sorologia deve ser realizada, pois em casos de infecção aguda, as medidas terapêuticas que são semelhantes para as não-grávidas poderão ser instruídas, assim como medidas profiláticas em relação à transmissão da infecção (AQUINO et al. 2008).

A sorologia para toxoplasmose faz parte dos serviços de rotina de pré-natal, devendo ser solicitada na primeira consulta de pré-natal, a fim de diagnosticar a Toxoplasmose. Para Sartori et al. (2011), a prevenção da infecção congênita depende do diagnóstico precoce da patologia, de modo que, quando a primeira infecção materna ocorre durante a gestação, assume importância especial.

A idade gestacional está relacionada com a gravidade da TV, uma vez que, quando esta ocorre antes da 15ª semana de gestação, o índice de transmissão para o feto pode ser inferior a 5%, entretanto se a infecção acontece no final da gestação, os índices de infecção podem chegar a 80% (AREAL, MIRANDA, 2008).

O diagnóstico da infecção é realizada através da dosagem dos anticorpos das classes IgG e IgM, produzidos pelo organismo em resposta ao agente infeccioso. Quando o resultado do exame apresenta IgM e IgG não reagentes, significa que a gestante nunca entrou em contato com o antígeno da toxoplasmose, estando a mesma susceptível. Em caso de IgM positiva e IgG negativa significa doença aguda, enquanto que IgG positiva e IgM negativa corresponde que a gestante possui imunidade contra a doença (SARTORI et al. 2011).

O teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) deve ser solicitado na primeira consulta de pré-natal e repetido por volta da trigésima semana gestacional para diagnosticar Sífilis e tratar as gestantes infectadas ainda no pré-natal. A maioria das mulheres infectadas são identificadas durante a gestação ou mesmo no momento do parto (MAGALHÃES et al. 2011).

O MS preconiza o segundo teste do VDRL no início do terceiro trimestre, porque permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero (MESQUITA et al. 2012).

Magalhães et al. (2011) destaca que o VDRL torna-se reativo a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro, atingindo maiores títulos na fase secundária e declinado após, mesmo quando nenhum tratamento é instituído.

Neste contexto, Amaral (2010) destaca que resultado reativo do VDRL, a qualquer título, se não há história de infecção previamente tratada, deve ser interpretado como sífilis materna.

2.4 INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS DIAGNOSTICADAS EM EXAMES LABORATORIAIS DURANTE O PRÉ-NATAL

São diversas as intercorrências gestacionais que podem ser identificadas através de exames laboratoriais, porém, serão listadas abaixo, aquelas em que são diagnosticadas nos exames realizados na atenção primária em saúde do SUS.

A anemia gestacional é diagnosticada quando a gestante apresentar nível de hb abaixo de 11,0 g/dL e ht valores iguais ou abaixo de 33% (SILVA, MACHADO, 2010).

Estimativas do MS afirmam que, a cada dez gestantes que fazem o pré-natal, três são anêmicas, uma vez que, as (COSTA et al. 2010). Gestantes se destacam como um dos grupos mais suscetíveis a desenvolver anemia, devido à elevada necessidade de ferro exigida pelo crescimento acentuado dos tecidos para o desenvolvimento do feto, placenta, cordão e produção de hemácias (FUJIMORI et al. 2011).

Ferreira, Moura e Junior (2008) enfatizam que a gestação é uma condição fisiológica com características hematológicas especiais, quando se observa o aumento do volume sanguíneo, em torno de 40 a 50%, a partir do primeiro trimestre gestacional. Fato que promove a hemodiluição e diminuição dos valores da concentração de hemoglobina materna, caracterizando anemia fisiológica.

Ao certo é que a anemia pode causar intercorrências para a gestante e para o feto. Algumas relacionadas à mãe são: redução da resistência às infecções, diminuição da capacidade de cicatrização, aumento da frequência de abortamentos, partos prematuros e toxemia gravídica. No feto pode ocasionar sofrimento fetal, mortalidade perinatal, risco de nascer com lesão neurológica e pequeno para a idade gestacional (SANTOS, CONCEIÇÃO, MONTEIRO, 2012).

A Eritroblastose fetal consiste na incompatibilidade sanguínea entre mãe Rh- e feto Rh+, embora a circulação materna e fetal sejam diferentes e separadas, há o contato por via placentária, havendo uma reação do sistema imunológico contra o fator Rh fetal, culminando com a produção de anticorpos anti-Rh (LOBATO, SONCINI, 2009). Essa imunização não causa efeito no conceito durante a primeira gestação, pois a sensibilização ocorre durante o trabalho de parto e parto; durante uma segunda gestação

os anticorpos irão destruir os eritrócitos fetais. As principais complicações fetais consistem em anemia, hiperbilirrubinemia e icterícia (SCHMIDT et al. 2011).

A infecção urinária é outra intercorrência definida como à presença e multiplicação de bactérias na urina, com possível invasão e reação inflamatória das estruturas do aparelho urinário (bexiga, uretra e rins); sendo os principais agentes envolvidos a *Escherichia coli*, bactéria com maior prevalência, *Proteus sp.*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella sp.*, *Enterobacter sp.*, e *Enterococcus sp* (GOIS, CRAVO, MENDES, 2010).

Pereira (2010) acrescenta que na gestação, a infecção urinária é de grande importância na assistência pré-natal em função de sua elevada incidência, sendo a terceira intercorrência clínica, uma vez que, acomete em média 10 a 12% das grávidas, com maior prevalência no primeiro trimestre gestacional.

Figueiredo, Gomes e Campos (2012) enfatizam que durante a gravidez todas as infecções urinárias devem ser encaradas como complicadas, classificando-se em assintomática e sintomáticas. A bacteriúria assintomática é definida como a ocorrência de bacteriúria significativa na ausência de sinais e sintomas de infecção aguda. Por sua vez, as Infecções Urinárias (IU) sintomáticas incluem as infecções do aparelho urinário inferior (cistite aguda), e superior (pielonefrite aguda).

Pereira (2010) destaca que a associação entre IU e complicações no período gestacional é conhecida há muito tempo. Dentre as complicações maternas destacam-se hipertensão, pré-eclâmpsia, anemia, carioamnionite, endometrite, em casos de pielonefrite grave pode desenvolver insuficiência pulmonar e septicemia. Por sua vez, as complicações perinatais incluem o trabalho de parto e parto pré-termo, recém nascidos de baixo peso, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição do crescimento intra-útero, paralisia cerebral/retardo mental e óbito perinatal.

No tocante ao diabetes mellitus gestacional, segundo o MS (BRASIL, 2006) e a SBD (2009) é definida como a ocorrência transitória de hiperglicemia, decorrente da redução da tolerância à glicose, cujo início ou detecção ocorre durante o pré-natal.

A resistência insulínica durante a gravidez resulta em um estado metabólico que tem como finalidade prover grande quantidade de nutrientes para o desenvolvimento fetal. Isso ocorre pela elevação de hormônios contrarreguladores de insulina, pelo aumento da atividade das insulinas placentárias, como também pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e por fatores determinantes, genéticos e ambientais. Sendo que o feto utiliza a glicose como principal substrato energético, a mesma

atravessa a placenta por difusão facilitada, de modo que, quando a mãe está com hiperglicemia o feto também apresenta quadro de hiperglicemia (MARUICHI, AMADEI, ABEL, 2012).

Segundo Rehder, Pereira e Silva (2011) as gestantes com DMG apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão arterial sistêmica, pré-eclâmpsia como também indicação de parto cesáreo. Quanto ao conceito, as complicações perinatais mais comuns são: macrossomia, tocotraumatismo, óbito fetal, síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, hipoglicemia, policitemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e hipomagnesemia; a macrossomia é a complicação com maior interesse clínico, por apresentar risco mais acentuado de morbimortalidade materna e fetal.

Mattar et al. (2011) acrescenta que a ocorrência das complicações pode ultrapassar o ciclo gravídico-puerperal, acarretando consequências de médio e longo prazo para a mãe e filho, de modo que, este poderá desenvolver obesidade e diabetes na idade adulta e aquela apresenta probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2.

Sobre o HIV positivo, o resultado acarreta um grave impacto na vida das mulheres, especialmente quando o diagnóstico ocorre no período gestacional, pois a maternidade se revela como sinal de vida e esperança em contraposição à ideia de morte relacionada à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), fase mais avançada da infecção pelo HIV (ARAÚJO, 2008).

Estimativas do MS apontam que a cada ano 17.200 gestantes são infectadas pelo HIV, fazendo com que a TV seja responsável por praticamente todos os casos de infecção em crianças menores de 13 anos (FEITOSA et al. 2010).

Santos et al. (2010) destaca que a TV do HIV ocorre principalmente durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, correspondendo a 65% da transmissão. Os 35% restantes ocorrem durante a gestação, especialmente nas últimas semanas.

Barbosa e Bezerra (2011) enfatizam que a amamentação dos recém-nascidos por mães soro positivo é contraindicada, deixando de ser vantajosa por representar risco adicional de transmissão do vírus estimado entre 7 e 22%.

Galvão, Cunha e Machado (2010) afirmam que alguns fatores maternos estão associados ao aumento do risco de transmissão do HIV para o filho, como os relacionados ao estado clínico e imunológico, os virais, os comportamentais e os obstétricos. Sendo necessário o monitoramento de todos esses fatores durante o curso gravídico, uma vez que, em virtude do HIV, torna a gravidez um período de apreensão e expectativas.

Nesta perspectiva, Araújo (2008) enfatiza que o aconselhamento deve prosseguir durante todo o pré-natal, pois essas mulheres enfrentam muitas dificuldades do ponto de vista familiar e social que dificultam o seguimento das recomendações para a profilaxia da TV.

A hepatite B é uma doença infecciosa causada pelo vírus B, de forma que, apresenta tropismo para com as células hepáticas. Constitui uma enfermidade de distribuição universal que afeta ambos os sexos, mas adquire especial importância entre mulheres em idade fértil pela alta TV (FIGUEIREDO, GOMES, CAMPOS, 2012).

A presença do antígeno de superfície HBsAg no sangue materno caracteriza o marcador de contaminação fetal através da TV que é a principal via de disseminação do Vírus da Hepatite B nas regiões de alta prevalência (AQUINO et al. 2008).

A TV ocorre geralmente durante o parto, por meio do contato com líquido amniótico, sangue ou secreções maternas, a contaminação pelo leite materno ou via placentária é rara (BARROS, SILVA, 2009).

Gascun et al. (2010) enfatiza que as principais consequências da hepatite B aguda na gestação consistem em abortamento, prematuridade e mortalidade perinatal, além disso, o recém-nascido acarreta elevado risco de desenvolvimento de cirrose e carcinoma hepatocelular que podem ocorrer quando adultos jovens.

A toxoplasmose é uma zoonose de distribuição mundial e frequente no ser humano, causada pelo *Toxoplasma gondii*, protozoário intracelular obrigatório. A prevalência é variável, estando o índice de infecção relacionado a hábitos alimentares, higiênicos, países tropicais e convivência com gatos (AMENDOEIRA, CAMILLACOURA, 2010).

Estima-se que no Brasil, aproximadamente 60 a 75% das mulheres em idade reprodutiva apresentam anticorpos da classe IgG contra *T. gondii*, ou seja 25 a 40 % delas estariam susceptíveis a contrair esta infecção durante a gestação (JUNIOR, MONTEIRO, 2010).

Nesta perspectiva, quando a primeira infecção ocorre durante a gestação, assume importância especial, uma vez que, 40 a 50% dos fetos podem ser infectados através da transmissão vertical com possibilidade de desenvolver a forma grave da doença (AREAL, MIRANDA, 2008).

Sousa Junior e Monteiro (2010) destacam que a TV ocorre por via transplacentária, causando danos variáveis, dependendo da virulência da cepa, da

capacidade da resposta imune do hospedeiro e do período gestacional em que ocorre a infecção.

As complicações advindas da toxoplasmose congênita podem culminar em diversos danos fetais, como aborto, retardo do crescimento intrauterino, prematuridade e acometimento neurológico permanente e oftálmico (PESSANHA et al. 2011).

A sífilis é uma infecção crônica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, representando expressivo desafio aos serviços de saúde pública em todo o mundo, com ênfase na transmissão vertical (AMARAL, 2010).

Segundo Mesquita et al. (2012) no Brasil a sífilis apresenta-se, epidemiologicamente, como uma doença em ascensão com cerca de 900 mil novas ocorrências registradas a cada ano.

Segundo a OMS, pelo menos meio milhão de crianças ainda nascem a cada ano com sífilis congênita no mundo, sendo a sífilis na gestação responsável por mais de meio milhão de natimortos e abortos anualmente (SARACENI, MIRANDA, 2012).

A sífilis congênita é transmitida por via transplacentária da gestante infectada e não tratada para o recém-nascido. Podendo ocorrer em qualquer fase da gravidez a depender do estágio da infecção materna, sendo 70 a 100% a taxa de TV observada em sífilis recente e de 30 a 40% nos casos de sífilis tardia (KUPEK, OLIVEIRA, 2012).

A Sífilis congênita apresenta dois estágios de classificação: sífilis congênita precoce, diagnosticada até dois anos de vida; e sífilis congênita tardia, diagnosticada após esse período (KUPEK, OLIVEIRA, 2012).

A maioria dos casos de sífilis congênita precoce é assintomática (cerca de 70%), porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, pseudoparalizia dos membros, sofrimento respiratório, pneumonia, convulsão, meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Na sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver diversos órgãos (BRASIL, 2008).

2.5 TERAPÊUTICA DAS INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

Na assistência pré-natal é importante além da identificação das intercorrências gestacionais através dos exames laboratoriais, a terapêutica farmacológica e não farmacológica indicada para cada caso, pois assim, o binômio mãe/filho estará

protegido de maiores complicações. Nesse contexto, torna-se relevante descrever as terapêuticas de forma específica.

No tocante a anemia gestacional, a terapia farmacológica de primeira escolha recomendada pela OMS consiste em ferro elementar na dose de 120 mg a 180 mg, administrada duas ou três vezes ao dia, preferencialmente uma hora antes das principais refeições (RODRIGUES, JORGE, 2010).

Santos (2012) enfatiza a importância de complementar à terapia farmacológica, com alimentação rica em fonte de ferro, ingesta concomitante de líquidos derivados do ácido ascórbico que potencializa a absorção do ferro na dieta, como também o uso de panela de ferro para preparo das refeições.

Sobre a eritroblastose fetal, o tratamento pós-parto de mulheres Rh negativas é realizado com a imunoglobulina anti-Rh, com o objetivo de prevenir a sensibilização inicial (BEZERRA, ESTEVES, 2010).

Baumgarten et al. (2011) destaca que o tratamento de infecções urinárias no período gestacional possui um arsenal antimicrobiano restrito, considerando-se a toxicidade das drogas para o feto. Entretanto, Figueiró-Filho et al. (2009) referem que os antibióticos mais utilizados são: Cefalexina (500 mg via oral de seis em seis horas, por sete dias), Ampicilina (500 mg via oral de seis em seis horas, por sete dias), Ácido Pipemídico (400 mg via oral de doze em doze, por sete dias) e Nitrofurantoína (100 mg via oral de doze em doze, por sete dias). É importante ressaltar a necessidade de orientar quanto o aumento da ingesta hídrica (PEREIRA, 2010).

O tratamento do diabetes durante a gestação visa um bom controle glicêmico através de uma alimentação adequada, prática de exercícios e farmacoterapia (LIRA, DIMENSTEIN, 2010). Reis, Silva e Calderon (2011) destacam sobre a necessidade da prescrição de uma dieta adequada, que proporcione os nutrientes necessários para a mãe e para o feto e contribua com o controle dos níveis de glicose.

A prática de exercícios na gestação tem como benefício à redução da glicemia, redução do ganho excessivo de peso materno, como também estimular a absorção da insulina (WEINERT et al. 2011).

Em relação ao tratamento farmacológico a SBD sugere o uso de insulina como tratamento padrão. Com o advento da insulina e sua utilização em mulheres grávidas, foi possível obter melhor controle metabólico e houve importante redução na mortalidade perinatal (SILVA, ARAÚJO, PAZ, 2008).

Sobre o tratamento para o vírus HIV, o MS preconiza o esquema duplo da terapia antiretroviral com Zidovudina, caso a gestante possua carga viral superior a 10.000 cópias/ml, é instituída a terapia dupla, a fim de reduzir a possibilidade de resistência aos antiretrovirais (SANT'ANNA, SEIDL, 2009).

Os quadros agudos de hepatite B receberão apenas tratamento sintomático e medidas como repouso, hidratação e dieta. Caso uma gestante seja exposta a risco real de contaminação pelo HBV, deverá receber imunoglobulina humana anti-hepatite B na dose 0,06ml/kg intramuscular, repetida em um mês. A vacinação também deve ser iniciada no esquema de três doses; com relação à hepatite viral crônica, o uso de interferon-alfa e lamivudina, utilizados com o objetivo de diminuir a multiplicação são contraindicados na gravidez e amamentação (BRASIL, 2011).

O tratamento para toxoplasmose consiste em um esquema terapêutico tríptico com sulfadiazina (500 a 1000mg via oral de seis em seis horas), pirimetamina (50 mg via oral uma vez por dia) e ácido folínico (10mg via oral uma vez por dia em dias alternados). Essa associação é eficaz na redução da severidade da doença e na melhoria do prognóstico fetal e neonatal (SPANHOL et al. 2012).

O tratamento adequado da sífilis em gestantes deve ser realizado o mais precoce possível, de forma completa e de acordo com o estágio da doença. Feito com Penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. A droga de escolha é a Penicilina G benzatina, sendo administrada 2,4 milhões UI em dose única, quando tratar-se de sífilis primária; 4,8 milhões UI quando sífilis latente recente; e 7,2 milhões de UI quando sífilis latente tardia (KUPEK; OLIVEIRA, 2012).

3. METODOLOGIA

Esta etapa do estudo contempla as características da pesquisa, de acordo com a metodologia e materiais utilizados em cada fase, a escolha do local de estudo, os critérios de inclusão e exclusão, bem como os aspectos éticos da investigação.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2002), o estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos, uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática, sem a interferência do entrevistador.

De acordo com Marconi e Lakatos (2008) o estudo documental compreende o levantamento de dados a partir de fontes restritos a documentos, escritos ou não, podendo ser realizado no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.

O estudo retrospectivo é relativo a fatos passados. O estudo quantitativo caracteriza-se pela quantificação, que para os pesquisadores valem-se de amostras amplas e de informações numéricas, uma vez que permite avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças (MARCONI, LAKATOS, 2008).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na ESF Maria José de Jesus localizada na cidade de Cajazeiras/PB. O município de Cajazeiras está localizado no Alto Sertão Paraibano, distando 477 km da Capital João Pessoa, ocupa uma área total de 565,8 km²; o município foi criado pela lei Nº 92 de 23 de Novembro de 1863 e instalado em 23 de Novembro de 1964. De acordo com dados do último censo (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cajazeiras têm uma população total de 58.446 habitantes, sendo 27.938 homens e 30.508 mulheres (IBGE, 2010).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, o município dispõe na rede de atenção primária de 15 ESF, nas quais 11 estão na zona urbana e quatro na rural. As equipes multiprofissionais são formadas por: um enfermeiro, um médico, um dentista, um técnico de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal e os agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A ESF que serviu de lócus para o estudo foi delimitada pelo maior número de gestantes acompanhadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família localizada na zona urbana do município. Essa informação foi coletada através da Secretaria Municipal de Saúde.

A cidade escolhida foi justificada pelo acesso da pesquisadora, bem como pela pactuação que a Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, tem com a Secretaria Municipal de Saúde.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Marcondes e Lakatos (2008), população é um grupo de seres animados ou inanimados que tem, no mínimo, uma característica em comum. A população deste estudo foi composta por 222 prontuários e fichas perinatais de gestantes que realizaram a consulta de pré-natal no período compreendido entre 2008 a 2012 na ESF escolhida.

A amostra de 108 prontuários e fichas perinatais foi delimitada a partir dos seguintes critérios de inclusão: gestante que tinha apresentado intercorrências gestacionais diagnosticadas a partir da avaliação de exames laboratoriais no período compreendido entre 2008 e 2012. Como critério de exclusão, foi adotado para as gestantes que não tinha realizado nenhum exame laboratorial durante as consultas de pré-natal.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A fim de levantar os dados, foram preenchidas informações sobre a gestante em um formulário (Apêndice A) elaborado a partir da ficha Perinatal no mês de agosto de 2013. Neste, encontram-se as seguintes informações:

I. Dados sobre o Perfil Social e Obstétrico: faixa etária, escolaridade, estado civil, GPA, vacinação;

II. Resultados dos Exames Laboratoriais: Hb, Ht, grupo sanguíneo e fator Rh, sumário de urina, glicemia de jejum, teste ant-HIV, sorologia para Hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose, sorologia para Sífilis (VDRL).

III. Intercorrências gestacionais: Anemia, DMG, Eristoblastose fetal, Infecção urinária, Soropositividade para HIV, Hepatite B, Toxoplasmose, Sífilis.

IV. Tratamento realizado: Tratamento Medicamentoso: antibioticoterapia, sulfato ferroso, insulinoaterapia, Imunoglobulina anti-Rh, terapia antiretroviral,

imunoglobulina humana anti-hepatite B, concentrado de hemácias; **Tratamento não farmacológico:** exercício físico, dieta, repouso, ingestão hídrica.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para realização de coleta de dados, foi solicitado à autorização a Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras/PB (Anexo I), para desenvolver a pesquisa na ESF da zona urbana do município. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e após aprovação, a pesquisadora se direcionou a Secretaria Municipal de Saúde para certificar-se sobre a ESF que teve o maior número de acompanhamento de pré-natal no período compreendido entre 2008 e 2012. Em seguida, compareceu a referida ESF para explicar os objetivos da pesquisa e em seguida, a autorização através da assinatura do Termo Fiel Depositário, foi iniciado a coleta de dados através das fichas perinatais e prontuários das gestantes.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados e tabulados pelo Programa Excel 2007; e apresentados em gráficos e tabelas, os quais foram analisados a partir da literatura e estudos sobre a temática.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Para desenvolvimento do estudo, a pesquisadora tomou por base as diretrizes e normas regulamentadas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando o respeito pela dignidade humana e proteção devida aos participantes da pesquisa científica envolvendo seres humanos.

Inicialmente foi elaborado um ofício solicitando a Secretaria Municipal de Saúde à autorização para realizar a pesquisa; em seguida o projeto foi encaminhado para submissão e avaliação do Comitê de Ética.

A pesquisa expôs riscos mínimos, porém, proporcionou benefícios, pois com esses resultados, ficaram evidentes as principais intercorrências gestacionais. A partir dessa informação, será viável que os profissionais de saúde passem a direcionar os cuidados específicos para prevenção das mesmas.

O anonimato das gestantes foi mantido em todo o percurso da pesquisa. Os resultados serão divulgados nos eventos científicos e/ou periódicos sem identificação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados referem-se à coleta de dados de 108 fichas perinatal e prontuários de gestantes que realizaram os exames laboratoriais preconizados pelo PHPN e que apresentaram intercorrências durante o pré-natal na Estratégia de Saúde da Família Maria José de Jesus no período de 2008 a 2012 no município de Cajazeiras/PB.

4.1 PERFIL SOCIAL DAS GESTANTES

A finalidade de determinar o perfil social das gestantes é relevante para o planejamento de estratégias de atenção a saúde, que atenda as características e necessidades das gestantes.

Tabela 1 Descrição das características sociais das gestantes, Cajazeiras / PB (n=108).

| Variáveis | Classes | f | % |
|--------------|---------------|------------|------------|
| Faixa etária | 14 a 19 | 18 | 16 |
| | 20 a 34 | 85 | 79 |
| | 35 a 40 | 04 | 04 |
| | Não informado | 01 | 01 |
| Escolaridade | 1 a 7 anos | 29 | 27 |
| | 8 a 11 anos | 48 | 45 |
| | > 12 anos | 23 | 21 |
| | Não informado | 08 | 07 |
| Estado civil | Solteira | 36 | 33 |
| | Casada | 62 | 57 |
| | União estável | 02 | 02 |
| | Não informado | 08 | 08 |
| Total | | 108 | 100 |

Fonte: Pesquisa de campo realizada na ESF Maria José de Jesus, Cajazeiras, 2013.

NOTA: Os dados não registrados nas fichas perinatais foram considerados como não informado.

Os resultados da tabela 1 mostram que a faixa etária das gestantes incluídas na pesquisa variou de 14 a 40 anos, sendo que a maioria das gestantes eram mulheres jovens com idade predominante entre 20 e 34 anos ($f=85$; 79%); a gestação entre adolescentes (14 a 19 anos) ocorreu em 16% ($f=18$) da amostra, além disso, 4% ($f=04$) tinham entre 35 e 40 anos e apenas 1% ($f=01$) não teve a idade informada. A média de idade foi igual a 26 anos.

Em relação à escolaridade, a proporção de 45% ($f=48$) das gestantes possuíam entre 8 e 11 anos de estudo, seguidas por aquelas que estudaram entre 1 e 7 anos ($f=29$; 27%), além deste percentual, 21% ($f=23$) delas possuíam mais de 12 anos de estudo, e 7% ($f=08$) das fichas não tinham a escolaridade registrada. Quanto ao estado civil a maioria das gestantes eram casadas ($f=62$; 57%).

Ao analisar o perfil social das gestantes incluídas no estudo, percebe-se que a maioria das gestantes se encontrava na faixa etária recomendada para a reprodução (20 a 34 anos). Com relação à escolaridade, o maior percentual possuía nível de instrução que possibilita uma melhor compreensão acerca das orientações sobre hábitos de vida saudável e a importância da realização dos exames laboratoriais, além das orientações recebidas durante o pré-natal. Quanto ao estado civil, como a maioria vivia na companhia do esposo, esse fato pode contribuir positivamente para o apoio afetivo e emocional da mulher e feto.

Segundo Peixoto et al. (2011), os aspectos sociais podem influenciar na ocorrência de intercorrências durante a gestação, de modo que, a idade menor que 15 e maior que 35 anos representa fator de risco, além disso, o MS considera que a baixa escolaridade pode ser um agravante para a saúde das mulheres, principalmente as gestantes, podendo causar intercorrências com maior probabilidade de evolução desfavorável para o feto e /ou mãe.

4.2 PERFIL OBSTÉTRICO

A importância de conhecer o histórico obstétrico da amostra consiste em obter informações acerca do número de gestações, partos e abortos, bem como o risco de apresentar intercorrências na gestação atual.

Tabela 2- Descrição das características obstétricas das gestantes Cajazeiras / PB.

| Variáveis | Classes | f | % |
|---------------------------|---------|------------|------------|
| Número de gestação | 1 | 50 | 46 |
| | 2 | 37 | 34 |
| | 3 | 10 | 09 |
| | 4 | 06 | 06 |
| | 5 | 03 | 03 |
| | 7 | 02 | 02 |
| Número de parto | 0 | 60 | 55 |
| | 1 | 32 | 30 |
| | 2 | 12 | 11 |
| | 3 | 04 | 04 |
| | 0 | 86 | 79 |
| Número de aborto | 1 | 17 | 16 |
| | 2 | 03 | 03 |
| | 4 | 02 | 02 |
| Total | | 108 | 100 |

Fonte: Pesquisa de campo realizada na ESF Maria José de Jesus, Cajazeiras, 2013.

Conforme os dados da tabela 2, o número de gestações, variou entre 1 e 7, sendo que 46% ($f=50$) eram primigesta, 34% ($f=37$) segundigesta, 9% ($f=10$) tercigesta, 6% ($f=6$) quadrigesta e as demais representadas por 5% ($f=05$) multigesta.

Quanto ao número de partos houve variação entre 0 e 3, sendo que 55% ($f=60$) eram nulíparas, 30% ($f=32$) primíparas e 15% ($f=16$) múltiparas. Em relação à

ocorrência de abortos, variou entre 0 e 4, sendo que, a maior proporção de gestantes ($f=86$; 79%) nunca haviam abortado, seguidas por 16% ($f=17$) que haviam tido 01 aborto e 5% ($f=05$) das gestantes que tiveram entre 2 e 4 abortos.

Ao correlacionar a variável número de gestações com o perfil social das gestantes, percebeu-se que, a faixa etária com maior frequência de primigesta ocorreu na fase adulta, estando relacionada ao grau de instrução, no qual o maior percentual de gestantes possuía acima de oito anos de estudo.

Nesta perspectiva, alguns estudos demonstram que atualmente, mulheres com maior grau de escolaridade, estão postergando a maternidade, a fim de conseguir estabilidade sócio-econômica, uma vez que, não almejam interromper a carreira profissional para dedicarem-se a criação de filho, que exige dedicação quase integral nos primeiros anos de vida (BARBOSA, COUTINHO, 2008).

Em relação à análise do número de partos, pode-se perceber que a maioria das gestantes ainda não havia tido nenhum filho. Segundo o MS, a taxa de fecundidade total da população feminina no Brasil tem reduzido de maneira significativa (SPINDOLA, SILVA, 2009).

Em relação às gestantes que possuíam história de aborto, o maior percentual encontrava-se na faixa etária acima dos 28 anos. Segundo, Barbosa e Coutinho (2008), a chance de uma mulher engravidar começa a diminuir quando ela tem apenas 27 anos e, a partir dos 30, o aparelho reprodutor feminino começa a entrar em um processo de envelhecimento que aumenta os riscos de má-formação, doenças congênitas e aborto.

4.3 CONSULTAS REALIZADAS NO PRÉ-NATAL E VACINAÇÃO ANTITETÂNICA

Tabela 3- Número de consultas e vacinação das participantes do estudo.

| Variáveis | Classes | f | % |
|---------------------|----------------|------------|------------|
| Número de consultas | 3-5 | 22 | 20 |
| | = 6 | 34 | 32 |
| | 7-9 | 52 | 48 |
| Vacinação | IMUNIZADA | 53 | 49 |
| | REFORÇO | 29 | 27 |
| | NÃO IMUNIZADA | 21 | 19 |
| | NÃO REGISTRADA | 05 | 05 |
| TOTAL | | 108 | 100 |

Fonte: Pesquisa de campo realizada na UBS Maria José de Jesus, Cajazeiras, 2013.

Nota: Os dados acerca da vacinação são referentes ao início do pré-natal.

A assistência pré-natal tem como meta promover saúde materna e fetal, bem como identificar e intervir precocemente nas intercorrências, as quais a gestante possam estar expostas.

Em relação ao número de consultas de pré-natal (tabela 3), variou entre três e nove consultas, sendo que 48% ($f=52$) das mulheres frequentaram de 7 a 9 consultas, 32% ($f=34$) compareceram a seis consultas e 20% ($f=22$) entre três e cinco consultas.

O MS preconiza que o número de consultas realizadas no pré-natal seja no mínimo seis, correspondendo duas por trimestre, visando primordialmente a preservação da saúde da mulher e a identificação das alterações que possam repercutir de modo nocivo sobre o feto (BRASIL, 2006).

Neste estudo, observou-se que 48% das gestantes realizaram acima de sete consultas, estando na média nacional; neste sentido, o MS e outras entidades, apontam uma alta cobertura do pré-natal no Brasil, com um percentual de 47,5% de mulheres que realizam mais de sete consultas (BRASIL, 2006).

A escolaridade materna (anos de estudos) está fortemente associada ao número de consultas no pré-natal, verificou-se que 71% ($f=37$) das mulheres que fizeram sete ou mais consultas tinham mais de oito anos de estudo, dados semelhantes foram encontrados por outros autores, revelando que mães com maior grau de instrução têm duas vezes mais chance de comparecer a mais de seis consultas no pré-natal (QUADROS, LOPES, SCHENEIDER, 2011).

Em relação à imunização antitetânica, 49% ($f=53$) das gestantes incluídas no estudo iniciaram o pré-natal com o esquema vacinal completo, 27% ($f=29$) receberam a dose de reforço, 19% ($f=21$) não estavam imunizadas, e 5% ($f=5$) não apresentaram a informação no prontuário.

O percentual das gestantes que iniciaram o pré-natal sem estarem imunizadas contra o tétano e difteria está relacionado ao número de gestações, onde 90% ($f=19$) encontravam-se na primeira gestação.

De acordo com o protocolo do PHPN, a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto, e quando realizado reforço se a última dose do esquema ocorreu há mais de cinco anos (PEIXOTO et al. 2011).

4.4 RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS E O DIAGNÓSTICO DAS INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

Os dados da tabela 4 estão relacionados aos resultados dos exames laboratoriais com as respectivas intercorrências no período gestacional.

Tabela 4- Resultados dos exames alterados e o diagnóstico das intercorrências

| Exames | f | % | Intercorrências | f | % |
|-------------------|----------|----------|------------------------|----------|----------|
| Hb/ht | 96 | 66 | Anemia | 96 | 66 |
| Sumário de urina | 34 | 23 | Infecção urinária | 34 | 23 |
| G. em jejum | 10 | 07 | Diabetes mellitus | 10 | 07 |
| Teste ant-HIV | 01 | 01 | HIV ⁺ | 01 | 01 |
| S. toxoplasmose | 01 | 01 | Toxoplasmose | 01 | 01 |
| S. HBsAg | 01 | 01 | Hepatite B | 01 | 01 |
| S. VDRL | 01 | 01 | Sífilis | 01 | 01 |
| G. sang./fator Rh | 01 | 01 | Eristoblastose fetal | 01 | 01 |

Fonte: Pesquisa de campo realizada na ESF Maria José de Jesus, Cajazeiras, 2013.

Os resultados dos exames laboratoriais com alterações de maior percentual foi o hb/ht com 66% ($f=96$), seguido pelo sumário de urina com 23% ($f=34$), glicemia de jejum com 7% ($f=10$), e 1% ($f=01$) para cada uma das seguintes sorologias: toxoplasmose, HBsAg, VDRL, bem como, teste anti-HIV e grupo sanguíneo/fator Rh.

As intercorrências apresentaram o mesmo percentual, concomitante aos resultados dos exames, onde a anemia obteve maior incidência, seguida da infecção urinária e diabetes mellitus. O menor valor de hemoglobina e hematócrito registrados foram de 7,9 g% e 22 % respectivamente, correspondendo a apenas um caso de anemia materna grave.

A OMS classifica a anemia em gestantes como um problema de saúde pública, uma vez que, sua prevalência é igual ou superior a 40% (FERREIRA, MOURA, JÚNIOR, 2008). No Brasil, 30% das gestantes apresentam anemia, de forma que, apontam a anemia como uma das deficiências nutricionais de maior importância durante

a gestação (SANTOS, CONCEIÇÃO, MONTEIRO, 2012). Neste estudo a anemia superou esse percentual, representando a principal intercorrência clínica.

É importante ressaltar que das gestantes adolescentes, 89% ($f=16$) tiveram anemia, o que se explica pela maior necessidade de ferro para atender as demandas do crescimento próprio da idade e do feto (TAPIA, et al. 2010).

A prevalência de infecção urinária, conforme a análise dos exames registrados nos prontuários foi igual a 23% ($f=34$), com percentual acima do estudo realizado por Pereira (2010), no qual, a IU acomete em média 10 a 12% das grávidas.

A variável faixa etária está relacionada com a ocorrência de UI, de modo, que foi possível observar maior prevalência de IU entre 20 e 30 anos. Bonetti (2008) identificou o maior número de IU em gestantes na mesma faixa etária, dessa forma ele considerou a idade como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da intercorrência gestacional. Silveira, Veronesi e Gourlar (2013) acrescentam que a prevalência de IU durante a gravidez aumenta com a idade.

No tocante a DM gestacional, 7% ($f=10$) das gestantes apresentaram a intercorrência coincidindo com a média nacional que é de 7,6% (BLOGNAMI, SOUSA, CALDERON, 2011), não houve relação com nenhuma variável.

Em relação à ocorrência de gestante soropositivo, apenas 1% ($f= 01$) apresentou a intercorrência, como também, hepatite B, toxoplasmose, sífilis e eritroblastose fetal, obtiveram o mesmo percentual.

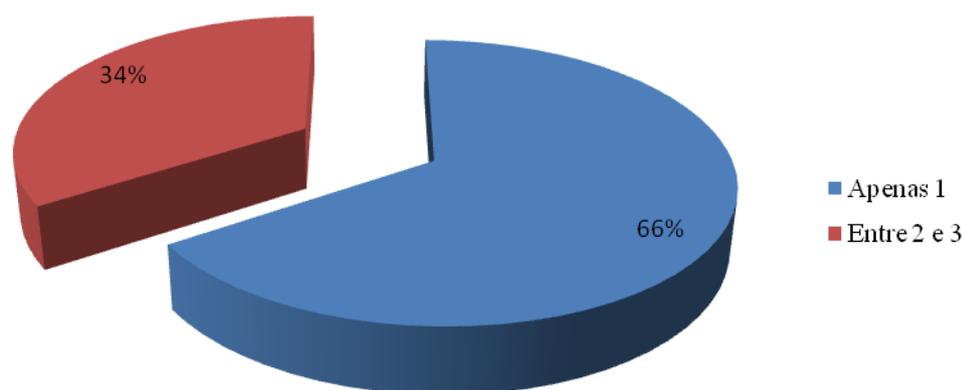


Gráfico 1 - Associação de intercorrências gestacionais

É importante ressaltar que o maior percentual da amostra, equivalente a 66% ($f=71$) apresentou apenas uma intercorrência, ao passo que 34% ($f=37$) variou entre duas e três intercorrências gestacionais, conforme mostra o gráfico 1.

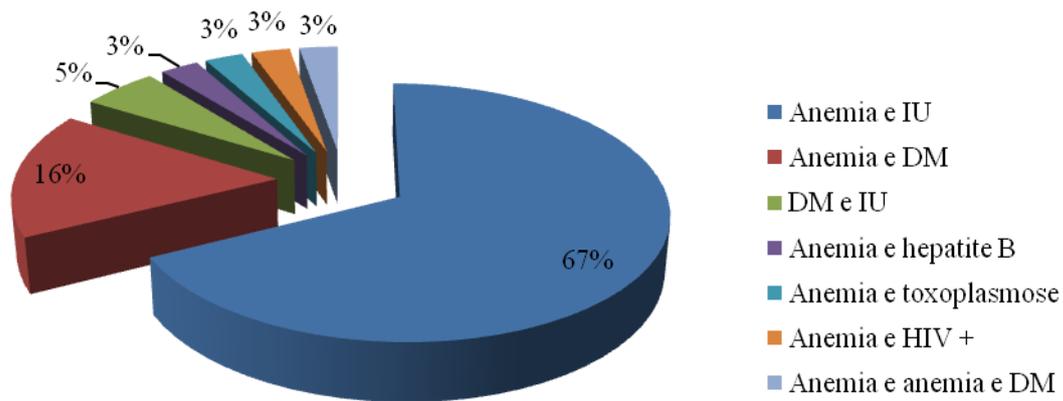


Gráfico 2- Coexistência de intercorrências gestacionais

Entre as gestantes que apresentaram mais de uma intercorrência, observa-se a prevalência da anemia. Nesta perspectiva, das gestantes que tiveram duas intercorrências, o maior índice com 67% ($f=25$) refere-se à anemia e infecção urinária. É importante salientar que a concomitância de intercorrências gestacional, não apresentou relação significativa com as variáveis do estudo.

4.5 TERAPÊUTICA DAS INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

O tratamento das intercorrências gestacionais está dividido em farmacológico e não farmacológico.

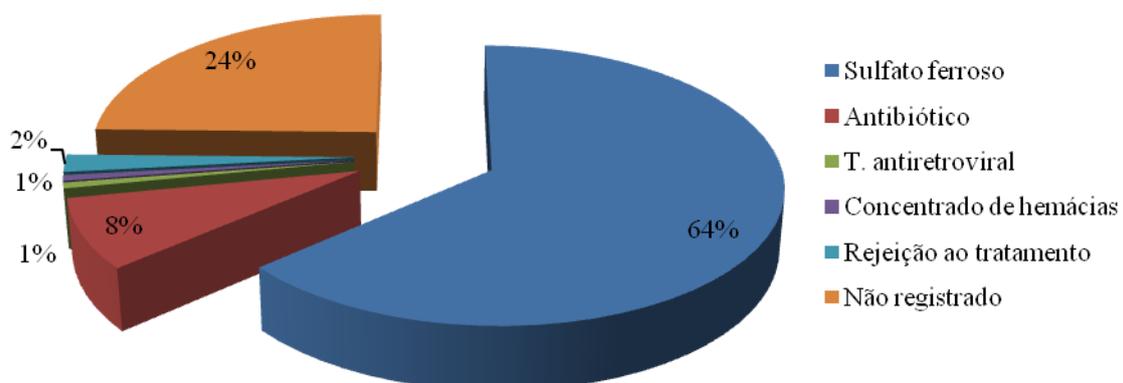


Gráfico 3- Tratamento farmacológico das intercorrências gestacionais.

Segundo o gráfico 3, o percentual de 64% ($f=93$) corresponde ao tratamento da anemia com sulfato ferroso; 8% ($f=12$) antibióticoterapia para infecção urinária e sífilis; 1% ($f=01$) das gestantes realizava tratamento com antiretroviral; 1% ($f=01$) fez uso de concentrado de hemácias; em 2% ($f=3$) das gestantes houve rejeição do tratamento e 24% ($f=36$) dos prontuários estudados não havia registro acerca do tratamento com fármacos.

O sulfato ferroso foi o fármaco de escolha para tratar a anemia, conforme preconizado pela OMS, tendo boa aceitação pelas gestantes, segundo registros visualizados durante a coleta; no entanto, apenas três gestantes rejeitaram a terapêutica, de modo que, uma apresentou anemia materna grave, necessitando de tratamento com concentrado de hemácias. A antibioticoterapia foi indicada apenas nas intercorrências de infecção urinária e sífilis.

Verificou nesta pesquisa, que o percentual de 24% das intercorrências não havia tratamento farmacológico registrado nos prontuários, sendo que, a maioria dos casos se referia a IU, além da DMG, Hepatite B e toxoplasmose.

Nesta perspectiva, Baumgarten et al. (2011) relata que, o diagnóstico precoce, seguido da terapêutica adequada e imediata, torna-se imprescindível durante a assistência pré-natal, evitando o comprometimento do prognóstico materno e fetal.

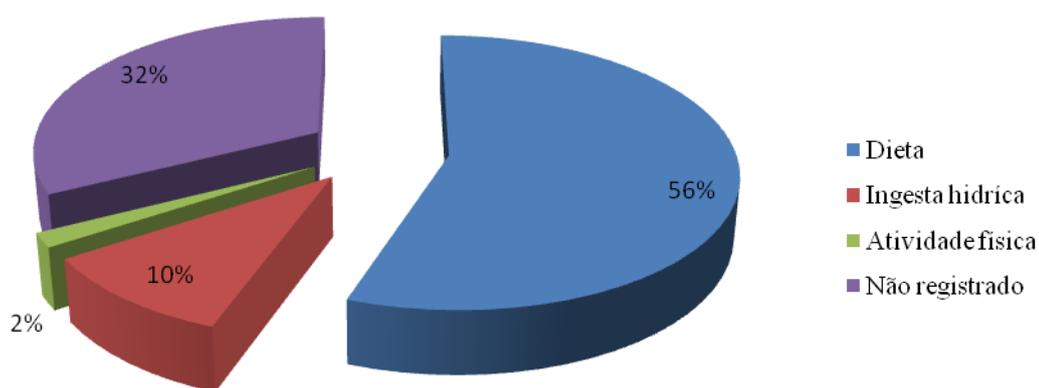


Gráfico 4- Tratamento não farmacológicas das intercorrências gestacionais

As medidas não-farmacológicas são relevantes no tratamento das intercorrências, de modo que, neste estudo 56% ($f=65$) das gestantes foram orientadas quanto a importância da dieta adequada, 10% ($f=12$) sobre a ingestão hídrica, apenas 2% acerca da

prática de atividade física; no entanto 32% ($f=38$) dos prontuários não apresentaram registro relacionados a temática.

A dieta foi registrada na maioria dos casos de anemia e em 100% das gestantes com DMG, a fim de proporcionar os nutrientes necessários e adequados para mãe e feto.

Segundo Cançado e Chiattoni (2010), orientar as gestantes quanto à importância das medidas não farmacológicas, é tão necessário quanto à conduta farmacológica no tratamento das intercorrências clínicas durante a gravidez.

É interessante destacar que a maioria dos prontuários que não havia registro da conduta do profissional acerca do tratamento com medidas não farmacológicas, como também, farmacológicas, está relacionada com a variável de infecção urinária.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou conhecer as principais intercorrências gestacionais que acometeram as gestantes no período pesquisado na ESF Maria José de Jesus; sendo que, a anemia apresentou maior prevalência, seguida pela infecção urinária.

Sabe-se que a anemia é uma patologia relacionada tanto com as alterações fisiológicas inerentes a gestação, como também a deficiências nutricionais; nesta perspectiva, os resultados apresentados mostram a necessidade de investigações que avaliem a prática da suplementação com o sulfato ferroso e indica a importância de ações educativas, que conduzam à promoção da alimentação saudável. Com ênfase ao aumento do consumo de alimentos que são fontes do mineral ferro, de modo que, deverá ser preconizados pelos profissionais de saúde, envolvidos na assistência pré-natal, uma vez que, segundo pesquisas, existe uma alta cobertura de pré-natal no país.

Observou-se que houve dificuldade de identificar o parâmetro patológico de bactérias presentes no trato urinário, conseqüentemente comprometendo o diagnóstico e a conduta terapêutica da intercorrência clínica que é comum no período gestacional pelas mudanças do pH que facilita a entrada de micro-organismo no aparelho geniturinário feminino.

Em relação às demais intercorrências, eritroblastose fetal, soropositividade para HIV, hepatite B, toxoplasmose e sífilis, apesar da literatura apontar a tão alta magnitude as quais acometem as gestantes, neste estudo encontrou-se pequeno percentual.

Diante do exposto, conclui-se que a anemia ferropênica continua sendo um grave problema de saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento e que os exames laboratoriais são de suma importância para o acompanhamento do pré-natal.

Logo, a realização dos exames laboratoriais preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento são imprescindíveis no diagnóstico de intercorrências clínicas, bem como a assistência pré-natal de qualidade com profissionais capacitados que priorize a importância da realização do tratamento e/ou encaminhamento para outro membro da equipe, habilitado nesta competência, dessa forma, contribuirá na redução das complicações materna e perinatal.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Campinas (SP), v. 34, n.2, p.52-55, 2010.

AMENDOEIRA, M. R. R.; CAMILA-COURA, L.F. Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação. **Scientia Medica.** Porto Alegre, v. 20, n.1, p.113-119, 2010.

ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789-800, abr, 2012.

AQUINO, J.A et al. Soroprevalência de infecção por vírus da hepatite B e vírus da hepatite C em indivíduos do estado do Pará. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical,** Belém (PA), v.41, n.4, p.334-337, Jul/ago, 2008.

ARAÚJO, M. A.L. et al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev Bras Enferm,** Brasília, v.61, n.5, p.598-594, set/out, 2008.

AREAL, K.R; MIRANDA, A.E. Soroprevalência de Toxoplasmose em Gestantes Atendidas na Rede Básica de Saúde de Vitória, ES. **NewsLab,** 87º ed., 2008.

AZEVEDO, A.P et al. Valores de referência para hemograma na população da zona metropolitana de Lisboa. **Acta Med. Port.** Lisboa, v.34, n. 4, p. 597-604, 2010.

BARBOSA, R.M; BEZERRA, A K. Validação de um vídeo educativo para promoção do apego entre mãe soropositiva para HIV e seu filho. **Rev Bras Enferm,** Brasília, v.64, n.2, p.328-334, mar/abr, 2011.

BARBOSA, P. Z; COUTINHO, M. L.R. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psic. clin.,** Rio de Janeiro, vol.19, n.1, p.163 – 185, 2008.

BARROS, S.M.O; SILVA, T.R.S.R. Saúde materna e fetal. In: **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.** 2ª ed. São Paulo: Roca, 2009.

BAUMGARTEN, M.C.S. et al. Infecção Urinária na gestação: uma revisão da literatura. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde,** v.13, n.(Esp), p.333-342, 2011.

BEZERRA, A.J.M.M; ESTEVES, F.A.M. Influência da classificação sanguínea realizada em lâmina sobre a administração profilática de imunoglobulina anti-D em pacientes obstétricas. **R. Ci. méd. biol.** v.9, n.3, p.189-193, 2010.

BONETTI, T. **Estudo Descritivo das Intercorrências Clínicas durante o Pré-Natal das Gestantes Atendidas no Ambulatório da Universidade Do Extremo Sul Catarinense no Período de Agosto de 2004 a Outubro de 2007.** Criciúma, SC, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções.** Brasília, 132p, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes,** 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da saúde. Serviço de vigilância epidemiológica. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.42, n.4, p.768-772, 2008.

CAMACHO, K.G et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciência e enfermagem**. V.16, n. 2, p.115-125, 2010.

COSTA, M. C et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **An Bras Dermatol**. Brasília (DF), v.85, n.6, p.767-785, 2010.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, v.13, n.1, p.145-153, jan/mar,2009.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Ribeirão Preto, v. 30, n.2, p. 93-100, 2008.

FEITOSA, J. A et al. Aconselhamento do pré-teste anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 559-564, out/dez, 2010.

FEREZIN, R.I; BERTOLINI, D.A; DEMARCHI, I. G. Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes do noroeste paranaense. **Rev. Bras Ginecol Obstet**. v.35, n. 2, p. 66-70, 2013.

FERREIRA, H. S; MOURA, F.A; JUNIOR, C.R.C. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes da região semi-árido do estado de Alagoas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Maceió (AL), v.30, n.9, p.445-451, 2008.

FIGUEIREDO, A; GOMES, G; CAMPOS, A. Infecções urinárias e gravidez- diagnóstico, terapêutica e prevenção. **Acta Obstet Ginecol Port**, vol.6, nº3, p.122-132, 2012.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A et al. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. **Femina**, Campo Grande (MS), v.37, n.3, p. 165-171, março, 2009.

FILHO, A. C.M et al. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Manaus (AM), v.32,n.4, p.176-183, 2010.

FONSECA, L. A.C; PÁDUA, L.B; NETO, J.D.V. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.2, p.40-45, Abr-Mai-Jun. 2011.

FUJIMORI, E et al. Anemia em gestantes brasileiras antes e após a fortificação das farinhas com ferro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p.1027-1035, 2010.

GALVÃO, M. T. G; CUNHA, G.H; MACHADO, M.M.T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**, Brasília; v.63, n.3, p.371-376, maio/jun, 2010.

GASCUN, C.F. et al. The importance of being earnest: Following up a low level hepatitis B surface antigen (HBsAg) result. **Journal of Clinical Virology**. Elsevier, v. 49, p.79-81, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4^o ed. São Paulo, 2002.

GOIS, A.L. C; CRAVO, E.O; MENDES, R.B. Infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro: A realidade em uma maternidade referência para alto risco em Aracaju (SE). **Cadernos de Graduação- Ciências Biológicas e da Saúde**, v.11, n.11, p. 65-80, 2010.

GUYTON, A.C; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11^a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.

JUNIOR, C.E.O.C; MONTEIRO, C.H. Perfil sorológico da Toxoplasmose na grande João Pessoa/PB. **RBAC**. João Pessoa, v.42, n.2, p.149-154, 2010.

KUPEK, E; OLIVEIRA, J.F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Rev. Bras Epidemiol**, v.15, n.3, p. 478-487, 2012.

LIRA, L.Q; DIMENSTEIN, R. Vitamina A e diabetes gestacional. **Rev Assoc Med Bras**, v.56, n.3, p.355-359, 2010.

LOBATO, G; SONCINI, C.S. Resultados perinatais em gestações aloimunizadas por anticorpo anti-Rh (D), e submetidas à transfusão intra-uterina no Rio de Janeiro, Brasil. Uma série de casos entre 1996 e 2006. **Revista Colombiana de Obstetrícia e Ginecologia**, v.60, n.1, p.68-74, 2009.

MAGALHÃES, D.M. S et al. A Sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciência Saúde**, Brasília (DF), v.22, n. 1, p. 43-54, 2011.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. V. **Fundamentos da metodologia científica**. 6^o Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, M.L. et al. Uso da fenotipagem de grupos sanguíneos na elucidação de casos inconclusivos na fenotipagem eritrocitária de pacientes atendidas na Fundação Hemominas. **Revista de hematologia e hemoterapia**. Belo Horizonte, v. 31, n.4, p.252-259, 2009.

MARUICHI, M. D; AMADEI, G; ABEL, M.N.C. Diabetes mellitus gestacional. **Arq Med Hosp Fac Ciênc Med Santa Casa**. São Paulo, v.57, p. 124-128, 2012.

MATTAR, R. et al. Como deve ser o rastreamento e o diagnóstico do diabetes mellitus gestacional? **Femina**, São Paulo, v.39, n.1, p.29-34, Jan/2011.

- MESQUITA, K.O et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **DST- J Brás Doenças Sex Transm.** Sobral (CE), v.24, n.1, p.20-27, 2012.
- NOMURA, R. M. Y. et al. Efeitos da anemia materna na cardiocardiografia computadorizada e perfil biofísico fetal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n.12, p.615-620, 2009.
- OLIVEIRA, M.I.V et al. Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.10, n.4, p.28-36, out/dez, 2009.
- PEIXOTO, C.R. et al. O pré-natal na atenção primária: O ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 286-291, abr/jun, 2011.
- PEREIRA, E.F.V. **Aspectos diagnósticos, terapêuticos e complicações perinatais em gestantes de alto risco com infecção do trato urinário.** Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação da Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 72p, 2010.
- PESSANHA, T. M. et al. Abordagem diagnóstica e terapêutica da toxoplasmose em gestantes e as repercussões no recém-nascido. **Rev Paul Pediatr**, v.29, n.3, p.341-347, 2011.
- QUADROS, L.C.M et al. Avaliando a realização de exames laboratoriais pelas gestantes durante o pré-natal. **Rev. enferm. Saúde.** Pelotas (RS), v:1, n.1, p.99-106, jan-mar, 2011.
- REHDER, P. M; PEREIRA, B.G; SILVA, J. L.P. Resultados gestacionais e neonatais em mulheres com rastreamento positivo para diabetes mellitus e teste oral de tolerância à glicose – 100g normal. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Campinas (SP), v.33, n.2, p. 81-86, 2011.
- REIS, L.B.S.M; SILVA, A. P. R.; CALDERON, I.M.P. Acompanhamento nutricional no diabetes mellitus gestacional. **Com. Ciências Saúde** , v.22, n.1, p.93-100, 2011.
- REZENDE, J. **Obstetrícia.** 10º Ed. Rio de Janeiro: 11º ed., Guanabara Koogan, 2009.
- RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** Rio de Janeiro: 1º ed., Guanabara Koogan, 2008.
- RODRIGUES, L. P; JORGE, S.R.P.F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. Revista brasileira de hematologia e hemoterapia. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** v.32, n.2, p.53-56, 2010.
- SANT'ANNA, A. C.C; SEIDL, E.M.F. Efeitos da Condição Sorológica Sobre as Escolhas Reprodutivas de Mulheres HIV Positivas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.2, p.244-251, 2009.
- SANTOS, E. M. et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.3, p.257-269, jul/set, 2010.

SANTOS, F. F; CONCEIÇÃO, S. I.O; MONTEIRO, S.G. Anemia em gestantes atendidas em maternidades, em São Luís (MA). **Cad. Pesq.**, São Luís, v.19, n.2, p. 54-61, maio/ago, 2012.

SANTOS, P.B. **Anemia ferropriva na gestação**. Monografia. Centro Universitário Estadual da Zona Oeste, Faculdade de Farmácia, Rio de Janeiro, 2012.

SARACENI, V; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.490-496, mar, 2012.

SARTORI, A.L et al. Triagem pré-natal para toxoplasmose e fatores associados à soropositividade de gestantes em Goiânia, Goiás. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Sinop (MT), v.33, n.2, p.93-98, 2011.

SCHMIDT, L.C et al. Genotipagem RhD fetal não invasiva no acompanhamento de gestantes RhD negativo. **Femina**, v.39, n.7, p. 337-344.

SILVA, F.P. A abordagem clínica e hemoterápica na doença hemolítica do recém-nascido Rh. **Academia de Ciência e Tecnologia de São José do Rio Preto**, 2011.

SILVA, J.C. et al. Hipoglicemiantes orais na gestação: metformina *versus* glibenclamida. **Femina**, v.37, n.12, p.667-670, dez, 2009.

SILVA, R. M.O; ARAÚJO, C.L. F; PAZ, F.M.T. A realização do teste anti-HIV no pré-teste no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc Ann Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.630-636, 2008.

SILVA, R.M; MACHADO, C.A. Avaliação semiológica da palidez: concordância entre observadores e comparação com níveis séricos de hemoglobina. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Florianópolis (SC), v.32, n.6, p.444-448, 2010.

SILVEIRA, M.S.M; VERONESI, C.L; GOULART, L.S. Infecção do trato urinário em gestantes: Análise da frequência de casos no Centro de Saúde Jardim Guanabara, Rondonópolis, MT. **NewsLab**. ed. 118, 2013.

SOUZA-JÚNIOR, V. G. et al. Toxoplasmose e gestação: resultados perinatais e associação do teste de avidéz de IgG com infecção congênita em gestantes com IgM anti-*Toxoplasma gondii* reagente. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v.20, n.1, p. 45-50, 2010.

SPANHOL, M.R. et al. Toxoplasmose na gestação. **Revista Conhecimento Online**, v.2. a.4, Set, 2012.

SPINDOLA, T; SILVA, L.F.F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rer Enferm**, v.13, n.1, p. 99-107, jan/mar, 2009.

TAMEGA, A. A. et al. Grupos sanguíneos e lúpus eritematoso crônico discóide. **An Bras Dermatol**, v.84, n.5, p. 477-81, 2009.

TAPIA, M. E.L. et al. Prevalência de anemia nas gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Belo Horizonte. **RBAC**. v. 42, n.4, p. 277-281, 2010.

VASQUES, F.A.P. Assistência pré-natal princípios gerais. In__ **Pré-natal um enfoque multiprofissional**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

WEINERT, L.S. et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.55, n.7, p.435-445, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

PERFIL SOCIAL

Faixa etária: () <19 anos () 20 a 34 anos () >35 () Não registrado

Escolaridade: () Nenhum () 1 a 7 anos () 8 a 11 anos () > 12 anos
() Não informado

Estado civil: () solteira () casada () União estável () Não informado

PERFIL OBSTÉTRICO

G____P____A____

Número de consultas realizadas no pré-natal: () entre 3 e 5 < 06 () = 06
consultas

() > 7

Vacinação dT: () Imunizada () Não-imunizada () Reforço () Não registrado

RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DE GESTANTES;

Hb: () alterado < 11 g/dl () não registrado

Ht: () alterado < 33% () não registrado

Grupo sanguíneo () A () B () AB () O

fator Rh: () Rh+ () Rh-

Sumário de urina: () alterado acima de 100.000 ufc/ml

Glicemia de jejum: () alterado () acima de 126 mg/dl

Teste ant-HIV: () reagente () não-reagente

Sorologia para Hepatite B (HBsAg): () reagente () não-reagente

Sorologia para Toxoplasmose: () reagente () não-reagente

Sorologia para Sífilis (VDRL): () reagente () não-reagente

INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS A PARTIR DOS EXAMES LABORATORIAIS

() Anemia () DMG () Eristoblastose fetal () Infecção urinária () Soropositividade para HIV () Hepatite B () Toxoplasmose Sífilis ()

TRATAMENTO REALIZADO NAS INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS.

Tratamento farmacológico

- antibioticoterapia
- sulfato ferroso
- Insulinoterapia
- Concentrado de hemácias
- Imunoglobulina anti-Rh
- terapia antiretroviral
- imunoglobulina humana anti-hepatite B
- Recusa do tratamento farmacológico
- Não registrado

Tratamento não farmacológico

- exercício físico
- dieta
- repouso
- ingesta hídrica
- Não registrado

- Ausência de tratamento farmacológico e não farmacológico.**

APÊNDICE B – ORÇAMENTO**DECLARAÇÃO DO CRONOGRAMA ORÇAMENTÁRIO**

Declaro para os devidos fins, que eu, Milena Silva Costa (orientadora) e Maria da Conceição da Silva (orientanda), comprometemo-nos em custear todas as despesas abaixo, referentes à pesquisa intitulada: AVALIAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS COMO FERRAMENTA PREVENTIVA DE INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS.

| Itens | Valor |
|---|---------------|
| Material de Consumo (caneta, lápis, papel, tinta de impressora, clip, grampeador, grampo etc) | 150,00 |
| Serviços Terceirizados (xérox, encadernação, correção e tradução de línguas. | 300,00 |
| Transporte | 100,00 |
| Total | 550,00 |

Profª Ms. Milena Silva Costa
Orientadora

Maria da Conceição da Silva
Orientanda



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____

_____, _____ (CARGO) _____

_____ fiel depositário das fichas perinatais desta UBS localizada em Cajazeiras/PB, declaro que a aluna Maria da Conceição da Silva está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “AVALIAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS COMO FERRAMENTA PREVENTIVA DE INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS”, sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a Ms. Milena Silva Costa.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Ressalto que se houverem dúvidas sobre a pesquisa, entrarei em contato com a pesquisadora Milena Silva Costa, no endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares. Telefone: 5322000.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013

 (CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA

A Rede Escola – PB, dentre seus objetivos busca estimular e acompanhar a produção de conhecimento através da pesquisa nos serviços de saúde da Rede Municipal de Saúde. Diante disso, entendendo como vital, firmamos este pacto para que, após a realização da pesquisa, o resultado seja apresentado aos locais pesquisados e encaminhados ao Departamento de Educação em saúde em CD/DVD. Para tanto:

Eu, MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA, aluno (a) do Curso de ENFERMAGEM, da Instituição de Ensino UNIVERSIDADE FEDERAL DE COMPINA GRANDE do Centro de Formação de Professores. Comprometo-me através desta apresentar e disponibilizar, em CD/DVD, os resultados finais da pesquisa por mim realizada, durante o período de setembro a outubro de 2013, aos cuidados da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras para registro e disponibilização em ambiente virtual institucional próprio.

Tipo da pesquisa: Monografia Tese Dissertação PIBIC Outros

Tema da pesquisa: AVALIAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS COMO FERRAMENTA PREVENTIVA DE INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

Orientador (a): MILENA SILVA COSTA

Comitê de Ética: _____

| CONTATOS | | |
|--------------------------------|-----------------|------------------------------|
| Orientador (a) | Telefone | E-mail |
| MILENA SILVA COSTA | (83) 99465626 | milenascosta2011@hotmail.com |
| Aluna (o) / Alunas (os) | Telefone | E-mail |
| MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | (83) 96207539 | <u>ceicauna@hotmail.com</u> |

Cajazeiras, 03 de Julho de 2013.

Assinatura

ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE****TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS COMO FERRAMENTA PREVENTIVA DE INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisadora MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA, sob orientação da professora *Milena Silva Costa* está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outros sim informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE

ANEXO III



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE

A Coordenadora da ESF Maria José de Jesus

Encaminhamos a pesquisadora MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS COMO FERRAMENTA PREVENTIVA DE INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS”. Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas neste serviço, subscrevo-me.

Cajazeiras, 03 de Julho de 2013

Atenciosamente,

DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE