



**CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ - UNIGUAIACÁ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

ELISANGELA DE TOLEDO PACHECO RUARO

**GESTANTES A TERMO ATENDIDAS EM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-SUL DO
PARANÁ E DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA IDENTIFICAÇÃO
DE SINAIS DE ALERTA E DE TRABALHO DE PARTO**

**GUARAPUAVA
2024**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ – UNIGUAIRACÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE (PPGPS)
MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

ELISANGELA DE TOLEDO PACHECO RUARO

**GESTANTES A TERMO ATENDIDAS EM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-SUL
DO PARANÁ E DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA
IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA E DE TRABALHO DE PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Promoção da Saúde do Centro
Universitário Guairacá – UNIGUAIRACÁ, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daiane Finger Ferreira
Coorientadora: Prof.^a Dra. Kelly Cristina
Nogueira Soares

**GUARAPUAVA
2024**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da UniGuairacá

R894g Ruaro, Elisangela de Toledo Pacheco.
Gestantes a termo atendidas em hospital da região Centro-Sul do Paraná e desenvolvimento de material educativo para identificação de sinais de alerta e de trabalho de parto. / Elisangela de Toledo Pacheco Ruaro. -- Guarapuava, PR: UniGuairacá, 2024.
62f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Guairacá - UniGuairacá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS), 2024.
Orientador: Profª Drª Daiane Finger Ferreira.
Coorientadorª: Profª Drª Kelly Cristina Nogueira Soares.

1. Gestação 2. Pré-natal 3. Trabalho de parto 4. Educação em saúde.
I. Ferreira, Daiane Finger II. Soares, Kelly Cristina Nogueira.
III. Título. IV. UniGuairacá Centro Universitário.

CDD 618.24

ELISANGELA DE TOLEDO PACHECO RUARO

**GESTANTES A TERMO ATENDIDAS EM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-SUL
DO PARANÁ E DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA
IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA E DE TRABALHO DE PARTO**

MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ – UNIGUAIACÁ

Membros da Banca Examinadora

Orientadora Dra. Daiane Finger Ferreira (PPGPS/UNIGUAIACÁ)

Coorientadora Dra. Kelly Cristina Nogueira Soares (PPGPS/UNIGUAIACÁ)

Dra. Marcela Maria Birolim (PPGPS/UNIGUAIACÁ)

Dra. Angelica Yukari Takemoto (UNIGUAIACÁ)

Guarapuava, 10 de dezembro de 2024.



Centro Universitário Guairacá
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
PPGPS/UNIGUAIACÁ
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde

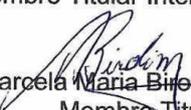


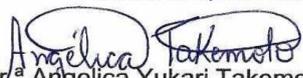
Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado Nº 18/2024 – PPGPS

Às dezenove horas e trinta minutos do dia dez de dezembro de dois mil e vinte e quatro, no Laboratório de Metodologias Inovadoras do Centro Universitário Guairacá – Uniguairacá, reuniu-se a Banca Examinadora de Defesa da Dissertação do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde, da mestranda **Elisangela de Toledo Pacheco Ruaro**, presidida pela orientadora Prof.^a Dr.^a Daiane Finger Ferreira, membro titular interno (coorientadora) Prof.^a Dr.^a Kelly Cristina Nogueira Soares, membro titular interno Marcela Maria Birolim, membro titular externo Prof.^a Dr.^a Angelica Yukari Takemoto. Após a apresentação do trabalho intitulado **“GESTANTES A TERMO ATENDIDAS EM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PARANÁ E DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA E DE TRABALHO DE PARTO”**. Encerrada a apresentação, a candidata foi arguida oralmente pelos membros da Banca Examinadora. Após arguição e avaliação, a banca considerou o trabalho aprovado. A presidência ressaltou que a obtenção do título de Mestre Profissional em Promoção da Saúde está condicionada ao depósito da versão definitiva da dissertação impressa e em meio eletrônico, com todas as correções feitas e atestadas pelo orientador no prazo de sessenta dias, além de obedecer ao regimento do programa. O não atendimento no prazo, anulará toda possibilidade de outorga definitiva do título, bem como o recebimento do diploma. Esta ata de Defesa deverá ser homologada pelo Colegiado do PPGPS. Nada mais havendo a tratar, eu, como presidente da sessão, dei por encerrada a sessão da defesa de dissertação do Mestrado, a presente ata foi lavrada e assinada pelos membros da Banca Examinadora. Guarapuava, dez de dezembro de dois mil e vinte e quatro.


Prof.^a Dr.^a Daiane Finger Ferreira (PPGPS/UNIGUAIACÁ)
Presidente (Orientadora)


Prof.^a Dr.^a Kelly Cristina Nogueira Soares (PPGPS/UNIGUAIACÁ)
Membro Titular Interno (Coorientadora)


Prof.^a Dr.^a Marcela Maria Birolim (PPGPS/UNIGUAIACÁ)
Membro Titular Interno


Prof.^a Dr.^a Angelica Yukari Takemoto (UNIGUAIACÁ)
Membro Titular Externo

RESUMO

Objetivo: Estabelecer o perfil de gestantes a termo atendidas em uma unidade hospitalar localizada na região centro-sul do Paraná, e desenvolver material educativo sobre os sinais de trabalho de parto e os sinais de alerta na gestação a termo, em formato de arquivo digital, acessível às gestantes gratuitamente, visando minimizar a busca por assistência em momento precoce assim como, melhorar a qualidade do atendimento diminuindo o tempo de espera.

Métodos: Foi realizado um estudo epidemiológico, para coleta de dados em 143 prontuários em uma maternidade, seguido de uma revisão integrativa da literatura, sendo elaborado posteriormente uma cartilha educativa, e um artigo científico com os dados da coleta.

Resultados: a partir da revisão da literatura, foi possível perceber os diversos motivos que levam as gestantes a procurarem atendimento, e a necessidade de orientação em relação aos sinais de trabalho de parto e de alerta na gestação a termo. No estudo epidemiológico é notável a falta de informação em relação aos sinais de trabalho de parto e de alerta, pois a maioria das gestantes passou por mais de uma consulta antes do parto (62%), mesmo 67,2% sendo múltipara. Corroborando com esses dados, 53,1% foram liberadas após consulta, e após internamento, 53,9% passaram por parto cesárea. **Conclusão:** Através da revisão integrativa da literatura, pode-se analisar e sintetizar ainda mais o conhecimento sobre o tema abordado, já no estudo epidemiológico, foi possível perceber a necessidade de mais investimento em promoção de saúde voltada ao tema. Com elaboração da cartilha educativa em formato digital, pretende-se proporcionar a conscientização e maior autonomia das gestantes, pois irá facilitar no reconhecimento dos sinais de trabalho de parto e os sinais de alerta para a procura por atendimento, evitando peregrinação nas unidades de saúde, em momento precoce.

Descritores: Gestação; pré-natal; trabalho de parto, educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To establish the profile of full-term pregnant women treated at a hospital located in the south-central region of Paraná, and to develop educational material on the signs of labor and warning signs in full-term pregnancy, in digital file format, accessible to pregnant women free of charge, aiming to minimize the search for care at an early stage and improve the quality of care by reducing waiting times. **Methods:** An epidemiological study was carried out to collect data from 143 medical records in a maternity hospital, followed by an integrative review of the literature, and an educational booklet and a scientific article with the data collected were subsequently prepared. **Results:** from the literature review, it was possible to perceive the various reasons that lead pregnant women to seek care, and the need for guidance regarding the signs of labor and warning signs in full-term pregnancy. In the epidemiological study, the lack of information regarding labor and warning signs is notable, since most pregnant women had more than one consultation before delivery (62%), even though 67.2% were multiparous. Corroborating these data, 53.1% were discharged after consultation, and after hospitalization, 53.9% underwent cesarean section. **Conclusion:** Through the integrative review of the literature, it was possible to further analyze and synthesize the knowledge on the topic addressed, while in the epidemiological study, it was possible to perceive the need for more investment in health promotion focused on the topic. With the preparation of the educational booklet in digital format, the aim is to provide awareness and greater autonomy for pregnant women, as it will facilitate the recognition of labor and warning signs for seeking care, avoiding pilgrimages to health units at an early stage.

Descriptors: Pregnancy; Prenatal; Labor; Health education.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características Demográficas e Obstétrica das Gestantes	26
TABELA 2 – Frequência de consultas na maternidade antes do parto.....	27
TABELA 3 – Desfecho das gestantes após atendimentos na maternidade.....	28
TABELA 4 – Tipo de parto após internamento.....	30

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Risco Habitual	13
QUADRO 2 – Risco Intermediário	14
QUADRO 3 – Alto Risco	15

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	11
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4. OBJETIVOS	21
4.1. Objetivo Geral	21
4.2. Objetivos Específicos.....	21
5. MATERIAL E MÉTODOS	21
5.1 Estudo Epidemiológico	21
5.2 Revisão Integrativa da literatura	22
5.3 Desenvolvimento do material educativo	23
6. ADERÊNCIA	24
7. IMPACTO	24
8. APLICABILIDADE	25
9. INOVAÇÃO	25
10. COMPLEXIDADE	25
11. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
11.1 A procura de gestantes por atendimento em uma unidade hospitalar no município de Guarapuava	26
11.2 Revisão Integrativa da literatura	32
11.2.1 Sinais De Alerta Na Gestação – Síndromes Hemorrágicas	32
11.2.2. Perda de Líquido	33
11.2.3 Hiperêmese Gravídica	33
11.2.4 Síndromes Hipertensivas Na Gestação.....	34
11.2.5. Diminuição ou Ausência dos movimentos fetais	35
11.3 Cartilha Educativa	36
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	50
ANEXOS	62

1. INTRODUÇÃO

A experiência de tornar-se mãe é um momento único na vida de uma mulher, considerado um dos aspectos mais significativos da existência humana. A mulher precisa ser encorajada para estar preparada a enfrentar esse momento, e ser bem orientada no pré-natal, recebendo todas as informações necessárias para que ela se sinta mais segura nesse momento de grande importância em sua vida (Pereira, Silva, Missio, 2022).

A consulta pré-natal auxilia nas informações, educação e contribui para a promoção da saúde. A interação entre a gestante e profissional, permite troca de saberes, sendo possível melhorar a qualidade da assistência, estimulando a gestante para que seja a protagonista do processo de nascimento. A educação em saúde é uma ferramenta muito importante no ciclo gravídico-puerperal, visto que a gravidez é um período delicado de dúvidas e ansiedade para a mulher e seus familiares (Pereira; Silva; Missio, 2022).

Na assistência do pré-natal, a educação em saúde pode ser realizada de muitas formas, em formato de palestras, ações educativas coletivas ou em consultas individuais, e entre os temas abordados, deve estar o reconhecimento dos sinais de alerta e de trabalho de parto, orientações essas, que tem como objetivo reduzir o tempo de internamento das parturientes, diminuindo riscos na identificação de distocias, evitando intervenções desnecessárias (Felix et al, 2019).

Destaca-se que o acompanhamento pré-natal é o momento mais propício para que o profissional exerça seu papel de educador em saúde, oferecendo apoio, orientando a gestante em relação a todo o processo gestacional e seu desfecho, com objetivo de reduzir a ansiedade e aumentar a segurança da gestante (Felix et al, 2019).

Dentre os temas abordados com a gestante na educação em saúde, destacam-se orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e de alerta, que serão indicativos para a procura da maternidade de referência para posterior avaliação (Matias et al, 2017).

A procura da gestante pela unidade hospitalar de maneira precoce ou desnecessária se dá pela falta de informações e conhecimento, e diante desse contexto, este trabalho teve como objetivo estabelecer o perfil das gestantes a termo atendidas em unidade hospitalar e elaborar um material educativo de promoção da

saúde para gestantes a termo, visando minimizar a busca precoce por assistência, assim como, a melhora na qualidade do atendimento, e menor tempo de espera. Neste sentido, elaborou-se uma cartilha educativa em formato digital com informações sobre os sinais do trabalho de parto e os sinais de alerta, em busca de gerar maior conhecimento às gestantes, e reduzir a procura por assistência em momento precoce.

2. JUSTIFICATIVA

São inúmeras as gestantes que desconhecem os sinais de trabalho de parto e os sinais de alerta na gestação, por falta de orientações durante o pré-natal, ou por não compreenderem orientações que são realizadas de forma muito complexa, gerando assim, muitas consultas desnecessárias, e sobrecarregando o sistema hospitalar. Portanto, torna-se necessária uma estratégia de promoção em saúde que vise minimizar a busca por atendimento em momento precoce.

Segundo Silva et al (2022), historicamente, as práticas educativas eram pouco valorizadas, em relação a assistência clínica, visto que consultas médicas tradicionais, eram mais valorizadas, do que rodas de conversa educativas, por exemplo.

Ainda segundo estudo de Silva et al (2022), nota-se que as gestantes apresentam medo, ansiedade, insegurança, e ao realizar ações de educação em saúde para esse grupo, através de palestras ou rodas de conversa, contribui-se para uma troca de conhecimento entre profissionais e gestantes, estabelecendo uma escuta mais qualificada e proporcionando uma gestação mais tranquila (Silva et al, 2022).

Observa-se a importância dos profissionais de saúde e da educação, atuarem de forma conjunta para construção de materiais educativos, estimulando o protagonismo das gestantes e puérperas, fomentando as boas práticas gestacionais. Ressalta-se também, o papel das tecnologias educacionais, especialmente as cartilhas de orientação, ferramentas mediadoras do conhecimento, capazes de conduzirem as gestantes de forma clara, direta e segura (Stein Backes et al, 2024).

Neste trabalho, realizou-se pesquisa em prontuários de uma maternidade de Guarapuava-PR, buscando compreender a quantidade de atendimentos efetuados, bem como as principais causas de busca por atendimentos considerados de emergência por parte das gestantes, de modo a subsidiar a construção de uma cartilha digital educativa. Tal cartilha visa auxiliar no reconhecimento dos sinais de risco na gestação, bem como os sinais do trabalho de parto, diminuindo medos, ansiedade, promovendo maior satisfação e compreensão das gestantes e de seus acompanhantes. A pesquisa também poderá auxiliar como base para execução de práticas educativas, evitando internamentos precoces, intervenções desnecessárias e partos operatórios por internamentos precoces.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante o período gestacional, as mulheres são tomadas por medos e expectativas que permeiam o trabalho de parto, e isso pode influenciar na experiência da parturição (Aguiar et al, 2020).

O acompanhamento pré-natal, por meio de ações preventivas, busca garantir o desenvolvimento saudável da gestação, visando possibilitar o nascimento de um bebê saudável, preservando a saúde materno-infantil, reduzindo desfechos perinatais negativos, assim como, complicações obstétricas (Marques et al, 2021).

Para melhor organizar o atendimento do pré-natal uma estratificação de risco foi elaborada pelo Ministério da saúde para nortear os profissionais, ela auxilia na classificação das gestantes em risco habitual, risco intermediário e alto risco, o que determina onde será realizada a assistência a essa gestante (Brasil, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o local estratégico para o acompanhamento do pré-natal de baixo risco, fornecendo qualidade na assistência. A APS é norteadada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e define como competência da equipe de saúde, o acolhimento da gestante, desde a promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos do período gestacional até o puerperal e os cuidados com a criança (Marques et al, 2021).

A estratificação de risco obstétrico, é um dos fatores determinantes para reduzir a mortalidade materna, buscando que a gestante seja atendida conforme suas demandas, por diferentes níveis de especialização e qualificação na gestação, tendo como objetivo identificar quem tem maior probabilidade de apresentar eventos

adversos à saúde, concentrando os recursos naquelas que mais necessitam (Brasil, 2022).

A identificação do risco gestacional, deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal, e deve ser reavaliado a cada consulta, sendo que são utilizados alguns critérios para a definição desses riscos, baseados em condições das gestantes, que indicam se há probabilidade de desenvolvimento de patologias, sendo que atendimentos de risco habitual devem ser realizados na atenção primária, risco intermediário na atenção primária com apoio multiprofissional, ou também com apoio de ambulatórios de alto risco, e por fim, atendimentos de alto risco devem ser realizados em ambulatórios de pré-natal de alto risco ou especializado (Brasil, 2022). Os quadros a seguir, demonstram quais os critérios utilizados para a estratificação de risco pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná:

Quadro 1- Risco Habitual

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)	Médico da APS + Enfermeiro da APS + Equipe de Saúde Família	<p>Gestantes com características individuais e condições sócio-demográficas favoráveis, inclusive:</p> <p>Características individuais e socioeconômicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); <p>História reprodutiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); <p>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ameaça de aborto (1); • Hipotireoidismo (2); • Tabagismo (Fagerström < 8 pontos) (3); • Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos) (4); • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve (5); • Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

Fonte: SESA, 2021

Quadro 2- Risco Intermediário

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
<p>Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)</p> <p>e</p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada (Consórcio ou Ambulatório)</p>	<p>Médico da APS</p> <p>+</p> <p>Enfermeiro da APS</p> <p>+</p> <p>Equipe de Saúde Família</p> <p>e Médico</p> <p>Obstetra</p> <p>+</p> <p>Equipe multiprofissional</p>	<p>Gestantes que apresentam:</p> <p>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade < 15 anos ou > 40 anos • Baixa escolaridade (<3 anos de estudo) • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes • Gestante negra (preta ou parda) • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos) (1) • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais) (2) <p>História reprodutiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior (3) • Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos) • Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior • Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades <p>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional não-insulinodependente • Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8, 9 g/dl)

Fonte: SESA, 2021

Quadro 3- Alto Risco

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
<p>Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)</p> <p>e</p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada (Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório)</p>	<p>Médico da APS</p> <p>+</p> <p>Enfermeiro da APS</p> <p>+</p> <p>Equipe de Saúde Família e Médico</p> <p>Obstetra</p> <p>+</p> <p>Equipe multiprofissional</p>	<p>Características individuais e condições socioeconômicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependência de drogas ilícitas • Obesidade mórbida (IMC≥40) <p>Condições Clínicas prévias à gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades • Cirurgia uterina prévia fora da gestação • Colelitíase com repercussão na atual gestação • Diabetes mellitus tipo I e tipo II • Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional) • Doenças hematológicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Doença falciforme (exceto traço falciforme) ○ Outras hemopatias • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras) • Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4 • Hipertensão arterial crônica • Hipertireoidismo • Histórico de tromboembolismo • Má formação útero-vaginal • Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação) • Neoplasias • Pneumopatias descompensadas ou graves • Psicose ou depressão grave (1) <p>História reprodutiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos) • Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores <p>Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia grave (Hemoglobina<8) • Diabetes gestacional insulínodpendente

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
		<ul style="list-style-type: none"> • Doenças infectocontagiosas: <ul style="list-style-type: none"> ○ HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses ○ Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita • Doença hemolítica perinatal • Gestação gemelar • Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio) • Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo) • Incompetência Istmo-cervical • Má formação fetal confirmada • Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90) (2) • Oligodrâmnio ou polidrâmnio • Placenta acreta/acretismo placentário • Placenta prévia (após 22 semanas) • Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10) (2) • Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia • Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário) • Tromboembolismo na gestação • Trombofilias na gestação • Senescência placentária com comprometimento fetal

Fonte: SESA,2021

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a quantidade ideal de consultas de pré-natal seria de no mínimo 6, em caso de pacientes de risco habitual, e deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas, e semanais no termo, ressaltando que não existe alta do pré-natal (Brasil, 2013).

No âmbito da APS, o pré-natal de risco habitual pode ser acompanhado pelo profissional enfermeiro, ressaltando a importância da estratificação de risco da gestante, cabendo ao profissional realizar consulta, prescrição e assistência de enfermagem, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem de número 7.498/1986, porém, percebe-se, que cada profissional traz suas

particularidades no atendimento às gestantes e, ao combinar o conhecimento especializado de diferentes áreas que se complementam, observa-se uma melhoria na qualidade da assistência contribuindo ainda, para o aprimoramento dos indicadores de saúde da mulher e da criança (Marques et al, 2021).

A APS por meio da ESF (Estratégia de Saúde da Família), se volta para promoção, proteção, e recuperação da saúde, servindo como estratégia de organização e reorganização do sistema de saúde em níveis de atenção. Ela possui atributos essenciais como: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (Oliveira, Pereira, 2013).

A longitudinalidade consiste em uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, mesmo sem a presença de problemas específicos relacionados à saúde, e mesmo que ocorra descontinuidade da atenção, não significa que a relação entre profissional e usuários vai ser interrompida. A presença desse atributo, possibilita produzir diagnósticos, assim como, tratamentos mais precisos, visando a redução de encaminhamentos e procedimentos desnecessários (Oliveira, Pereira, 2013).

A integralidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), e possui quatro dimensões, sendo elas: prioridade das ações de promoção e prevenção, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, e abordagem integral do indivíduo e das famílias. A integralidade do cuidado exige uma redefinição de práticas, com foco na criação de vínculo, acolhimento e promoção da autonomia, isso valoriza as necessidades únicas de cada indivíduo, ponto de partida para qualquer intervenção, construindo assim, um cuidado centrado no usuário (Oliveira, Pereira, 2013).

Ainda segundo Oliveira & Pereira (2013), a coordenação entre os níveis de assistência pode ser entendida como a integração entre diversos serviços e ações de saúde, de maneira que estejam alinhados e direcionados a um propósito comum, independentemente de onde sejam oferecidos. Seu objetivo é proporcionar ao usuário um conjunto de serviços e informações que atendam às suas necessidades de saúde de forma unificada, utilizando diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

A atenção coordenada é imprescindível, pois o número de pessoas que sofrem de múltiplas doenças e recebem cuidados de profissionais de diferentes especialidades está em constante crescimento. As necessidades de saúde são complexas e, frequentemente, não são adequadamente tratadas em sistemas de

saúde que se baseiam na especialização e no atendimento isolado por profissionais. Essa falta de integração pode resultar em necessidades não atendidas, tratamentos desnecessários, duplicação de ações e medicalização excessiva. Garantir que os usuários com cuidados mais complexos recebam as orientações adequadas para navegar pelo sistema de saúde só é possível por meio da coordenação do cuidado, ou seja, pela capacidade de assegurar a continuidade da atenção, com equipes de saúde que reconheçam os problemas que exigem acompanhamento contínuo (Oliveira, Pereira, 2013).

O pré-natal constitui-se um momento de conhecimento, e oportunidade para que sejam realizadas ações integrais de promoção à saúde, promovendo conhecimento sobre o processo gestacional, visto que no último trimestre da gestação, ficam mais evidentes as alterações fisiológicas, esse é um momento oportuno para as orientações sobre os sinais do trabalho de parto (Aguiar et al, 2020).

Torna-se de grande relevância e imprescindível que as gestantes recebam informações sobre quais os sinais do início do trabalho de parto, porém, muitas não recebem essas orientações, observando-se consultas de pré-natal baseadas apenas em avaliações de rotina, abordando apenas prescrições de rotina e requerimento de exames, não havendo diálogo sobre o parto (Aguiar et al, 2020).

Segundo Pereira, Silva e Missio (2022), em estudo realizado com gestantes em um projeto denominado “para uma vinda bem-vinda”, constatou-se que elas demonstram não se sentirem preparadas para o trabalho de parto e apresentam insegurança principalmente relacionada a dor do parto bem como a hora certa de procurar o hospital, visto que a dor do parto é tida como sofrimento, agonia, pavor e sofrimento, e por vezes, associada a experiências prévias negativas. Portanto, a falta de orientações pode acarretar mais medo e fantasias acerca do trabalho de parto.

Ainda segundo Pereira, Silva e Missio (2022) constatou-se que somente uma gestante recebeu informações sobre os sinais do trabalho de parto e parto, e que no

geral, não se sentem preparadas, relatam medo da dor, de não poderem escolher a via de parto, de serem forçadas ao parto normal, medo da episiotomia, notando-se uma fragilidade da atenção básica, e que a participação em grupos de gestantes, não atendem as expectativas.

Ferreira et al (2017), identificam em seu estudo, que as mulheres percebem a dor nas mais variadas intensidades, como um “start” para buscar as maternidades, e

que as gestantes acreditam que perda de líquido e a dor, sinalizam para o verdadeiro trabalho de parto, demonstrando uma insuficiência de informações, que colocam as gestantes em situação de dependência dos serviços de saúde, enfatizando que é primordial, a comunicação acessível entre profissionais de saúde e usuárias, evitando uma peregrinação desnecessária.

Em um estudo realizado por Nunes et al (2018), foi observado que dentre 334 gestantes e 19 parturientes, 228 não procuraram a Unidade básica de saúde (UBS) antes de ir à maternidade. Quando perguntado com que frequência procuram a UBS diante de alterações, 138 gestantes responderam não procurar a UBS, comprometendo o atributo de longitudinalidade. Foi possível perceber que o motivo que mais levou a procurar por atendimento foi a dor, contrações, sangramento e perda de líquido, também foi observado alteração de níveis pressóricos.

As orientações durante o pré-natal servem para reduzir o tempo de internamentos das parturientes, fazendo com que elas sejam admitidas na fase ativa do trabalho de parto, reduzindo risco de erros na identificação de distocias, diminuindo assim, intervenções desnecessárias e partos operatórios (Matias et al, 2017).

Segundo Terto e colaboradores (2021), dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ressaltam que a cesariana é uma alternativa eficaz para reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal quando há indicação real. No entanto, taxas de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução desses desfechos negativos.

Inagaki et al (2014), relata que a preconização de cesáreas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em relação ao total de partos realizados em serviços de saúde, seja de 15%, e que devem ter real indicação, porém em seu estudo realizado em duas maternidades, uma estadual e outra filantrópica, a indicação de cesariana por iteratividade foi o diagnóstico que mais apareceu, chama atenção também a falta de registro em prontuários sobre as indicações para as cesáreas, havendo a necessidade de evitar a primeira cesariana, revendo-se definições de distocias, sofrimento fetal, e tempo de trabalho de parto.

Terto et al (2021) ressalta ainda que, diante do aumento expressivo no número de cesarianas, vem sendo discutido qual o momento mais seguro para a internação da gestante no ambiente hospitalar, e que um estudo de Friedman, estabelece que a fase latente do trabalho de parto (TP) corresponde à dilatação cervical de 0 a 4 cm, enquanto a fase ativa ocorre entre 4 e 10 cm, sendo este o momento ideal para a

internação da parturiente.

Leão, et al (2013), traz em seu estudo que o Brasil tem em seu cenário epidemiológico um crescimento de partos cesárea desnecessárias e indesejadas. Percebe-se, portanto, que desde 2013 a ocorrência é maior para parto cesáreo até os dias atuais, conforme demonstra também a pesquisa apresentada nesse trabalho.

A sala de espera, assim como no pré-natal, torna-se um espaço potencial para que seja realizada a educação em saúde, proporcionando às gestantes orientações de seu interesse e de seus acompanhantes sobre os sinais de trabalho de parto e sobre quando deve procurar a maternidade (Matias et al, 2017).

A educação em Saúde, é entendida como um processo educativo, que visa a apropriação de temas relacionados à saúde da população, tendo como objetivo, ampliar a autonomia das pessoas no autocuidado, promovendo o diálogo entre profissionais e gestores de saúde, sendo considerada uma estratégia essencial para a prevenção de doenças e a promoção da saúde (Nogueira et al, 2022).

A gestante deve saber diferenciar o verdadeiro do falso trabalho de parto, sendo que o primeiro se apresenta com contrações uterinas a cada 3 a 5 minutos, durando de 20 a 60 segundos, com intervalos regulares, aumentando gradativamente em frequência e intensidade, destacando-se que uma vez iniciado o trabalho de parto, as contrações não cessam, e o colo uterino dilata (Félix et al, 2019).

Nessa perspectiva, é imprescindível a educação em saúde, o acolhimento e melhora na qualidade da assistência para a gestante e seus familiares, tornando o atendimento mais humanizado, promovendo bem-estar, reduzindo ansiedade, medos e dúvidas relacionadas a gestação e ao parto (Félix et al, 2019).

Espera-se dessa forma que o conhecimento dos profissionais seja disseminado, reduzindo internações em falso trabalho de parto, conseqüentemente diminuindo admissões prematuras, tempo de internação, evitando risco de infecções, e uso de intervenções desnecessárias

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Estabelecer o perfil de gestantes a termo atendidas em uma unidade hospitalar localizada na região centro-sul do Paraná, e desenvolver material educativo sobre os sinais de trabalho de parto e os sinais de alerta na gestação a termo, em formato de arquivo digital, acessível às gestantes gratuitamente.

4.1 Objetivos Específicos

- Realizar pesquisa bibliográfica a respeito dos sinais de alerta e de trabalho de parto;
- Identificar o perfil epidemiológico de gestantes a termo, atendidas em um hospital da região Centro-Sul do Paraná/
- Produzir material educativo no formato de cartilha digital a respeito dos sinais de alerta e de trabalho de parto.

MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Estudo Epidemiológico

Foi realizado um estudo epidemiológico com gestantes atendidas em um hospital filantrópico, que presta atendimentos pelo SUS, localizado no município de Guarapuava, no estado do Paraná.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro), através do Parecer de número 6.467.873, foi realizado um estudo do tipo descritivo transversal, de abordagem

quantitativa, com dados coletados em prontuários eletrônicos.

Ressalta-se que o referido hospital presta também muitos atendimentos particulares e convênios, e os atendimentos às gestantes são certamente superiores aos números descritos nesse trabalho.

As informações obtidas foram aquelas registradas pelas equipes do setor

Maternidade, em prontuários eletrônicos, de gestantes que consultaram nos meses de novembro de 2023 e fevereiro de 2024 (meses esses, designados pelo hospital, pois houve muitas consultas), de todos os riscos gestacionais (risco habitual, risco intermediário e alto risco).

Foram incluídas na pesquisa, informações de gestantes que estavam completas (conforme pré-estabelecido), independentemente da idade e do risco gestacional, de gestações a termo (a partir de 37 semanas), atendidas exclusivamente pelo SUS, no setor Maternidade. Foram excluídas da pesquisa, informações incompletas, gestantes pré-termo (abaixo de 37 semanas), atendidas por convênios ou particulares.

Foram utilizados na pesquisa 143 prontuários eletrônicos, onde foram examinados os dados de gestantes de todas as idades. Dos prontuários foram obtidas informações como: idade, idade gestacional (IG), número de gestações, consultas antes do parto (somente de gestantes a termo) ou seja acima de 37 semanas, quantas foram liberadas após a consulta, quando internou na 2ª consulta, tipo de parto e motivo da consulta.

Os dados foram tabulados e analisados em uma planilha do programa MS Excel, que permite melhor organização desses dados.

5.2 Revisão Integrativa da literatura

Escolheu-se para realização do início do trabalho, a revisão integrativa da literatura que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) permite produzir um novo estudo através de estudos realizados anteriormente.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) são adotadas seis etapas para realização desse tipo de revisão: identificação do tema que traz a questão norteadora e problemas para revisão; estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão dos estudos/amostragem ou busca na literatura contendo palavras-chave e os critérios para melhor selecionar os mesmos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; na quarta etapa acontece a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, realizando uma análise dos artigos incluídos na pesquisa; na quinta etapa e realizada a interpretação dos resultados sendo os artigos analisados criticamente e a relação do conhecimento teórico dos dados evidenciados nos artigos e a identificação de conclusões deles; por

último e não menos importante, na sexta etapa ocorre a apresentação da revisão/síntese do conhecimento que permite ao leitor entender os procedimentos realizados, identificações das limitações metodológicas na elaboração da revisão.

Foi realizada uma pesquisa do tipo quantitativa. O levantamento dos artigos foi realizado nos meses de outubro de 2023 à agosto de 2024, por meio de acesso online às seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal Regional da BVS, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Foram utilizados os seguintes descritores: Gestação; pré-natal; trabalho de parto, educação em saúde. Os critérios de inclusão foram, artigos que trataram sobre o assunto, que estivessem em português. Os critérios de exclusão foram artigos que não estavam de acordo com os objetivos desse trabalho e que estavam escritos em outras línguas.

Posteriormente foi realizada uma leitura seletiva que permitiu extrair dos artigos selecionados as informações mais relevantes para responder os objetivos da presente dissertação:

A leitura seletiva é mais profunda que a exploratória; todavia, não é definitiva. É possível que se volte ao mesmo material com propósitos diferentes. Isso porque a leitura de determinado texto pode conduzir a algumas indagações que, de certa forma, podem ser respondidas recorrendo-se a textos anteriormente vistos. Da mesma forma, é possível que determinado texto, eliminado como não pertinente, venha a ser objeto de leitura posterior, em decorrência de alterações dos propósitos do pesquisador (GIL, 2002, p. 78).

Essa seleção teve por finalidade embasar cientificamente o assunto abordado no material, que proporcionou maior domínio do conteúdo pela autora e informações corretas e atualizadas para o público-alvo.

A revisão de literatura reuniu informações e conteúdos que foram posteriormente utilizados na elaboração da cartilha

5.3 Desenvolvimento do material educativo

Optou-se por elaborar uma cartilha com as informações sobre os sinais de trabalho de parto e de alerta na gestação a termo, devido a procura das gestantes no setor Maternidade, conforme observado na coleta de dados nos prontuários, em momento precoce, e o formato digital foi escolhido por ser de fácil acesso, pois atualmente os aparelhos de celulares são utilizados por grande número de pessoas,

independente de classe social ou escolaridade, o que possibilitará um maior alcance.

Foi elaborada uma cartilha em formato digital, na qual constam informações sobre os sinais do trabalho de parto e os sinais de alerta na gestação a termo, para a procura por assistência. Os dados para a cartilha foram retirados de artigos científicos, também utilizados na dissertação e na produção do artigo, porém foi transcrito de forma que ficasse fácil o entendimento para um maior alcance a todas as classes sociais. Foram utilizadas imagens ilustrativas retiradas de um site gratuito. A cartilha será disponibilizada através de Qrcode de forma totalmente gratuita.

6 ADERÊNCIA

O produto proposto enquadra-se na Linha de pesquisa, Estratégias Interdisciplinares em Inovação e promoção da saúde. Como trata-se de um produto no formato digital, apenas o Qrcode será disponibilizado em local de alta visibilidade, não interferindo na rotina de trabalho das unidades de saúde. Com isso, espera-se que a cartilha seja aderida pelo setor Maternidade e futuramente, se possível, por outras unidades básicas de saúde, para maior entendimento e conscientização das gestantes sobre o momento adequado para a procura por assistência na gestação a termo.

7 IMPACTO

Espera-se com esse produto, conseguir auxiliar na diminuição das consultas, levando mais informações e conhecimento às gestantes, e obter maior aderência, fazendo com que a cartilha educativa em formato digital tenha conteúdo relevante, *design* acessível, linguagem clara e de fácil entendimento. Pretende-se poder auxiliar a gestante, para que busque a unidade de saúde em momento de real necessidade. Por conseguinte, as unidades de saúde também poderão ser impactadas, uma vez que se espera não haver tanta busca por consultas em momento precoce. Poderá também impactar positivamente, nas intervenções desnecessárias, beneficiando tanto a gestante quanto o sistema de saúde.

8 APLICABILIDADE

Para a elaboração da cartilha em formato digital, foi realizada uma pesquisa em prontuários, e a análise dos dados coletados. Também foi necessário um profissional designer gráfico para auxiliar nessa produção. Quanto a Abrangência potencial, pode-se considerar mediana, visando disponibilizar em unidades hospitalares, na atenção primária e clínica da mulher do município, e num segundo momento, buscar parcerias, e ampliar ao máximo sua divulgação e alcance. A replicabilidade pode ser maior se atinge grande quantidade de gestantes a termo. A aplicação pelos profissionais de saúde será muito fácil, pois terão somente que orientar as gestantes sobre quais os temas que constam na cartilha (sinais de trabalho de parto e de alerta na gestação a termo), e mostrar o local onde será disponibilizado o Qrcode.

9 INOVAÇÃO

Antes da escolha do produto, foi realizada uma pesquisa para verificar se havia outras cartilhas com o mesmo tema, e as cartilhas encontradas, geralmente são muito amplas, com muita informação, e não específicas apenas para trabalho de parto e sinais de alerta na gestação, assim como a carteira da gestante, que contém muito conteúdo e de forma muito abrangente. Visto que o produto será uma cartilha em formato digital, e que pretende-se fazer a leitura por QRCode, podendo assim, ser acessada pelo celular, com linguagem acessível, que irá tornar a leitura mais dinâmica, entende-se que é um produto com médio teor de inovação.

10 COMPLEXIDADE

Compreende-se a cartilha em formato digital de médio teor de complexidade, pois será de fácil linguagem, sem terminologias médicas complexas, com imagens ilustrativas, com informações bem explicadas e acessíveis, para que possa atingir todos os públicos, e não muito extensa para que a gestante leia tudo com atenção e principalmente compreenda e saiba após a leitura, reconhecer um sinal de trabalho de parto e de alerta na gestação a termo.

11 RESULTADOS E DISCUSSÃO

11.1 A procura de gestantes por atendimento em uma unidade hospitalar no município de Guarapuava

Os dados de caracterização da amostra são sumarizados na tabela 1. Ao observar a tabela, é possível notar que a idade das gestantes que prevalece e cujos dados foram incluídos nesse trabalho foi entre 20 e 30 anos, e quanto a idade gestacional (IG) a prevalência de 39 semanas, pode-se também perceber que a maioria das mulheres já tiveram gestação anterior totalizando 67,2%, enquanto para 32,8% é a primeira gestação.

Tabela 1- Características Demográficas e Obstétricas das Gestantes

DADO AVALIADO	%
Total de gestantes	143
Idade 20-30 anos	54,5%
Idade gestacional (IG) 39 semanas	31,4%
Somente uma gestação	32,8%
Mais de uma gestação	67,2%

Fonte: dados coletados pela autora 2023

Segundo Silva, Pereira e Rodrigues (2021), as mulheres que são multíparas têm mais experiências quando tiveram mais de uma gestação, ressaltando a singularidade em cada gestação.

Segundo Simas, Souza e Comin (2013), em estudo realizado com gestantes primíparas e multíparas, as primíparas demonstram maior ansiedade e insegurança, principalmente na hora do parto, visto que é a primeira experiência, porém a multíparas nem sempre desejam a gestação naquele momento, e isso acaba gerando ansiedade.

Nesse estudo pode-se observar que a procura por consulta antes do parto foi elevada, e que a maioria das gestantes tinha mais de uma gestação, conforme demonstrado nas tabelas, o que ressalta a importância e a necessidade das orientações às gestantes durante o pré-natal.

Na tabela 2 podemos notar que a maioria das gestantes passaram por mais de uma consulta na maternidade, devido alguma manifestação considerada por ela uma emergência.

Tabela 2- Frequência de Consultas na Maternidade antes do Parto

DADO AVALIADO	TOTAL (%)
Uma consulta antes do parto	38%
Mais de uma consulta antes do parto	62%

Fonte: dados coletados pela autora 2023

Considerando a média de Idade Gestacional, é necessário compreender a diferença de parto pré-termo, termo e pós termo: a data do parto é estimada com base na data do início da última menstruação. Gravidez pré-termo é aquela antes de 37 semanas, e pós termo após 42 semanas de gestação. Portanto podemos considerar termo quando o nascimento ocorrer entre 37 e 42 semanas (Brasil, 2022).

A gestação é marcada por insegurança e incertezas, e a assistência pré-objetiva um desfecho positivo para mãe e bebê, atendendo demandas específicas através de condutas humanizadas, e ausência de intervenções desnecessárias, visto que a educação em saúde deve ser enfatizada ao final da gestação, principalmente a partir de 37 semanas, onde muitas dúvidas surgem, fazendo com que a procura pelo atendimento aumente, ressaltando a necessidade de orientações à gestante (Trigueiro et al, 2022).

Os atendimentos à gestante iniciam com a abertura do pré-natal, realizações de exames e consultas obstétricas, porém muitas gestantes procuram atendimento em momento precoce, e profissionais por vezes tem opiniões divergentes relacionadas ao momento correto de fazer a admissão para o internamento.

Os autores reforçam que na ausência de intercorrências obstétricas a gestante só deve ser internada quando estiver na fase ativa do trabalho de parto, para que não ocorram intervenções desnecessárias (Lavras, 2018).

Em relação as gestantes que buscaram atendimento, pode-se notar que 53,1% foram liberadas para o domicílio, e 46,9% foram internadas, conforme demonstrado na tabela 03.

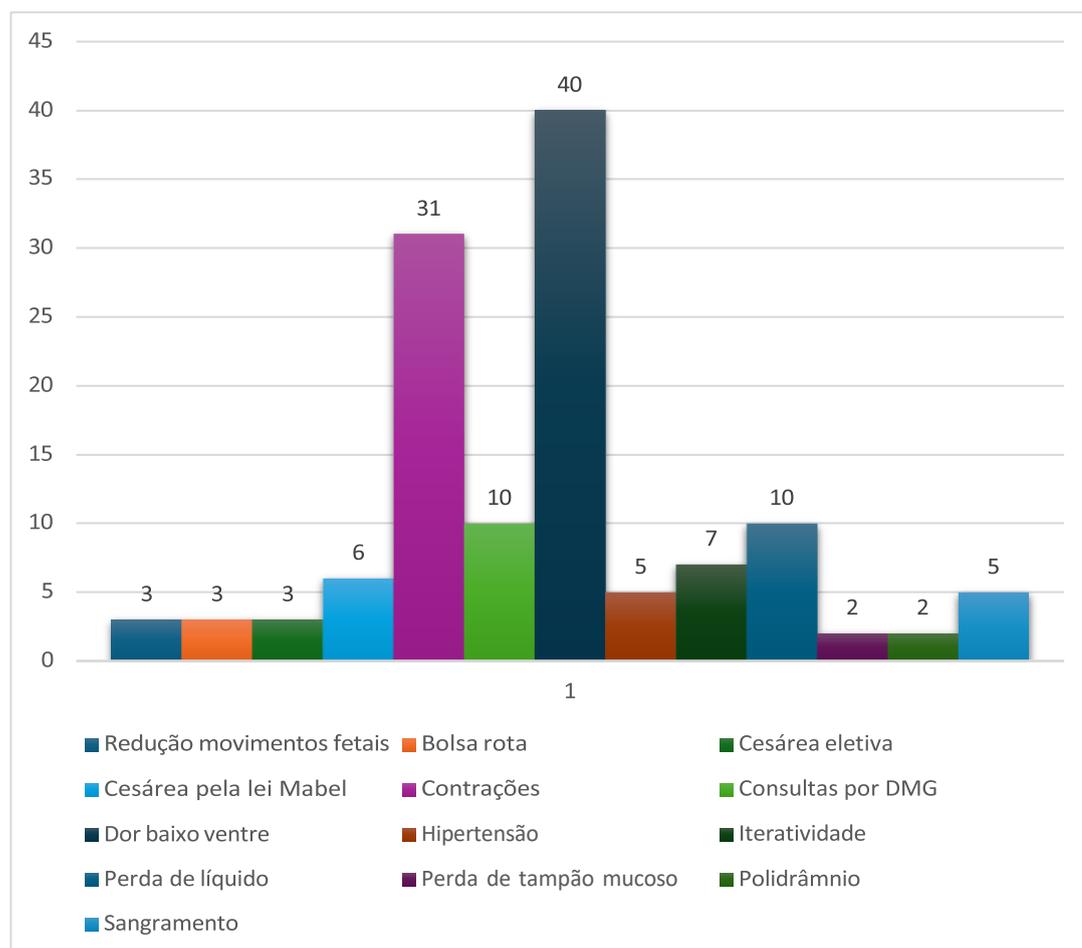
Tabela 03- Desfecho das gestantes após atendimentos na Maternidade

DADO AVALIADO	Resultados
Liberadas após consultas	53,1%
Internadas após consultas.	46,9%

Fonte: dados coletados pela autora (2023/2024).

Muitas vezes as consultas desnecessárias resultam em decisões equivocadas, levando principalmente a cesáreas e outras intervenções inadequadas. Os gastos com deslocamentos e sofrimento da casa até as maternidades precisam ser avaliados, tendo-se o cuidado com informações divergentes entre profissionais das maternidades e atenção básica em saúde, sendo que acaba havendo conflitos sobre a conduta, e a solução desses conflitos pode ser pelo trabalho entre gestores e profissionais de forma conjunta, ressaltando a orientação sobre o pré-natal, o trabalho de parto, e intensificar as orientações em situações de riscos (Lavras, 2018).

Entre 127 consultas realizadas na maternidade os motivos que mais apareceram e a quantidades de ocorrência de cada um foram: dor baixo ventre 40, contrações 31, perda de líquido 10, consulta por diabetes mellitus gestacional (DMG) 10, iteratividade 07, cesárea pela lei Mabel 06, hipertensão 05, sangramento 05, redução movimento fetais 03, bolsa rota 03, cesárea eletiva 03, perda do tampão mucoso 02, polidrâmnio 02, conforme demonstrado no gráfico de barras abaixo em números absolutos:

Gráfico 1- Motivo da procura por consulta na maternidade pelas gestantes.

Fonte: dados coletados pela autora (2023/2024).

Outros motivos encontrados, porém, em menor quantidade de procura foram: alteração dos batimentos cardíacos do feto (BCF), alteração na ecografia, cefaleia, cesáreo termo da lei, dor epigástrica, dor lombar, hiperêmese gravídica, leucorreia, mal-estar, pós datismo, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino (RCIU) conforme relatório médico no prontuário eletrônico, Rompimento da bolsa pelo médico, sem informações, sem queixas, acompanhamento e visão turva.

Pensando no tipo de parto a opção por cesárea foi de 53,9% e parto normal de 46,1%, dados demonstrados na tabela 04.

Tabela 04- Tipo de parto após internamento

DADO AVALIADO	Resultados
Parto cesárea	53,9%
Parto normal	46,1%

Fonte: dados coletados pela autora (2023/2024).

Fisiologicamente, o término da gestação é caracterizado por dores decorrentes de contrações, sendo que o útero apresenta contrações a partir 28^a à 30^a semana, sendo percebidas pelas gestantes, porém ainda indolores, denominadas contrações de Braxton-Hicks ou falso trabalho de parto onde pode haver desconforto, porém sem progressão na intensidade, duração e dilatação do colo uterino (Ferreira, et al 2017).

É considerado verdadeiro trabalho de parto, aquele que apresenta contrações uterinas ritmadas, com intervalos regulares, ocorrendo duas em 10 minutos com duração das 20 aos 60 segundos, que aumentam em intensidade e frequência, e não diminuem com repouso, apresentando também apagamento do colo e dilatação cervical. Diferente da dor relacionada ao falso trabalho de parto onde pode haver desconforto, porém sem progressão na intensidade, duração e dilatação do colo uterino (Ferreira et al, 2017).

Quanto a emergências obstétricas, podemos citar as síndromes hemorrágicas, e dentre as principais, sendo mundialmente conhecida como uma situação de ameaça à vida tanto para o feto quando para a gestante, temos o descolamento prematura de placenta (DPP), que é definido pelo descolamento parcial ou total da placenta, após a 20^a semana de gestação, sendo sua etiologia ainda pouco esclarecida, podendo ser associada com idade materna avançada, multiparidade, rotura prematura das membranas, distúrbios hipertensivos, hábito de fumar, usuárias de cocaína, tromboxofílias, e DPP prévio (Brasil, 2022).

Ainda segundo Brasil (2022), os sinais e sintomas do descolamento prematura de placenta (DPP), incluem, dor abdominal de início súbito, sangramento vaginal, hipersensibilidade à palpação uterina, alterações na vitalidade fetal e hipertonia uterina. É importante que fique claro, que não há relação entre o volume de sangue externado e o acometimento do feto, sendo que um em cada cinco casos pode não manifestar sangramento.

Durante o pré-natal a gestante vai realizar vários exames laboratoriais de rotina, que irão indicar seu estado de saúde, e o possível surgimento de alguma doença, como o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), que é definida como uma intolerância à glicose, de qualquer grau, sendo descoberta na gestação, levando riscos gestacionais para a gestante e para o feto (Lopes, 2019).

A gestação é marcada por intensas mudanças, físicas, mentais e sociais, e durante esse período, a gestante sofre as repercussões que são causadas por essas mudanças. Náuseas e vômitos, são sintomas comuns durante o primeiro trimestre de gestação, e podem afetar 80% das gestantes, porém quando esse sintoma se apresenta de forma exacerbada é denominado, hiperêmese gravídica, que se caracteriza por presença de náuseas e vômitos intensos, podendo causar perda de peso, desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, sendo que cerca de 10% dos casos podem permanecer durante toda a gestação. O tratamento inclui internamento da gestante, para infusão intravenosa, administração de antieméticos e orientação dietética (Lima et al, 2019).

O papel da equipe multiprofissional frente a gestação é realizar orientações, esclarecer dúvidas, aproximar a gestante ao sistema de saúde, fortalecendo esse momento único, em especial o Enfermeiro (a) e o médico (a), apresentarem as vias de parto, favorecer o bem-estar da gestante e seu bebê, realizar ações educativas individuais e coletivas, permeando diferentes tipos de contato, e programar as atividades, podendo desenvolvê-las em forma de roda de conversa, discussões, entre outros, de maneira dinâmica, facilitando a troca de experiências e promovendo uma aprendizagem significativa (Lavras, 2018).

Foi laborado um artigo científico intitulado como: A procura de gestantes por atendimento em uma unidade hospitalar no município de Guarapuava. O artigo foi submetido à revista Interfaces Científicas- Saúde e Ambiente, aguardando o aceite.

11.2 Revisão Integrativa da literatura

11.2.1 Sinais De Alerta Na Gestação – Síndromes Hemorrágicas

Normalmente o trabalho de parto tem início com um pequeno sangramento misturado a uma secreção vaginal, conhecido como tampão mucoso, isso ocorre devido a pequenos vasos que são rompidos através da dilatação, e pode ocorrer essa perda dias ou até semanas antes do parto, porém quando o sangramento presente é em grande quantidade, pode significar um descolamento prematuro da placenta (DPP), que é a separação abrupta da placenta, antes do parto, normalmente ocorrendo após 20 semanas de gestação, sendo sua etiologia ainda pouco esclarecida, podendo ser associada com idade materna avançada, multiparidade, rotura prematura das membranas, distúrbios hipertensivos, hábito de fumar, usuárias de cocaína, trombofilias, e DPP prévio, e o quadro clínico apresenta dor abdominal, palidez cutânea e mucosa, queda do débito urinário, hipotensão, hipertonia uterina, que pode ser discreta ou intensa, a depender do volume do sangramento retroplacentário, a hemorragia é externa na maioria das vezes, normalmente ocorrem anormalidades na frequência cardíaca do feto (FCF), como desacelerações tardias, bradicardia, taquicardia, que podem levar a um quadro de choque e a mortalidade materna e fetal, e nesse caso é indicada cesariana imediata (Brasil, 2022).

Outra ocorrência na gestação que pode ser grave, é a placenta prévia, considerada a placenta que se implanta total ou parcialmente no seguimento inferior do útero, normalmente a partir da 22ª semana de gestação, apresenta risco elevado de morbidade e é responsável por elevados índices de prematuridade e mortalidade materna. Os fatores de risco são: cesárea anterior, gestação múltipla, multiparidade, idade materna maior de 35 anos, placenta prévia anterior, tabagismo, cirurgias anteriores, entre outros (Brasil, 2022).

Na placenta prévia, normalmente ocorre sangramento vivo, com início e cessar súbito, indolor, recorrente e progressivo, mais frequentemente na segunda metade da gestação, com ausência de contrações uterinas, o diagnóstico é realizado por ultrassonografia. A conduta clínica depende da intensidade do sangramento, estimativa de maturidade fetal, e a presença ou não do trabalho de parto, há indicação de internamento, repouso no leito até que a hemorragia seja controlada e cesse por seis horas, e esse internamento pode ser prolongado. Em casos de hemorragia grave,

é obrigatória a interrupção imediata da gestação, seja qual for a idade gestacional, pois há elevado risco materno e fetal, sendo a cesariana é a via de parto mais indicada (Brasil, 2022).

11.2.2 Perda De Líquido

Quando há relato de perda de líquido, em quantidade variada, mas de forma frequente e contínua, pode-se considerar rotura prematura de membranas ovulares (RPMO), que consiste na saída espontânea de líquido amniótico pela vagina, e isso ocorre após a perda da integridade das membranas ovulares, com ausência de sinais de trabalho de parto, comumente em gestações acima de 22 semanas. Ocorre em aproximadamente 10% de todas as gestações, e em 80% a termo. Há muitos fatores que podem causar a RPMO, como aumento da pressão intrauterina, devido gemelidade ou polidrâmnio, fraqueza estrutural do colo do útero, e um dos fatores mais influentes para que ocorra o RPM seriam processos inflamatórios/infecciosos (Brasil, 2022).

A apresentação clínica basicamente é o relato de perda de líquido com aspecto aquoso, de coloração clara, e odor característico de água sanitária, pelos genitais externos, ocorre de forma espontânea, pode ser em abundância e ter a presença de muco, sangue, vérnix ou mecônio, sendo que a ultrassonografia pode ser utilizada quando não se tem certeza do diagnóstico ou seja necessário definir a abordagem terapêutica (Souto et al, 2022).

Ainda segundo Souto et al (2022), na conduta existem duas opções, a intervencionista e a conservadora, devendo-se considerar a idade gestacional (IG), baseado na história clínica e nos exames, sendo que em gestações com IG maior de 37 semanas, sugere-se que a melhor conduta seja indução do trabalho de parto, por reduzir infecções maternas e neonatais.

11.2.3 Hiperêmese Gravídica

Náuseas e vômitos são condições comuns durante a gestação, e afetam a saúde da mulher e do feto, e esses sintomas podem impactar na qualidade de vida da gestante, principalmente quando persistentes ou graves, porém são tão comuns no início da gestação que sintomas leves podem ser considerados fisiológicos. Esses sintomas normalmente têm início entre 2 à 4 semanas após a fertilização, atingem seu

pico com 9 semanas, e se resolvem por volta de 16 a 20 semanas (Brasil, 2022).

Há uma forma grave de náuseas e vômitos na gestação chamada hiperêmese gravídica (HG), que afeta aproximadamente 3% desse grupo, e é uma das indicações mais comuns de hospitalização durante a gestação. Essa condição se apresenta em forma de vômitos persistentes, podendo levar a distúrbios hidroeletrólíticos, cetonúria, alterações nutricionais e metabólicas, e perda de mais de 5% do peso corporal, trazendo risco a vida materna e fetal (Brasil, 2022).

Segundo Lima et al (2019), ainda são incertas as causas e consequências da hiperêmese gravídica, e são poucos estudos que indicam a relação de seu aparecimento com fatores genéticos, ambientais e hormonais. O tratamento consiste em internamento da gestante, realização de terapias intravenosas envolvendo fluidos, antieméticos e aconselhamento nutricional, evitando maiores riscos para a gestante e o feto.

11.2.4 Síndromes Hipertensivas Na Gestação

Há alguns sinais e sintomas que devem ser levados em consideração caso venham a surgir para a busca do atendimento hospitalar imediato, como cefaleia intensa ou persistente, alterações visuais, falta de ar, ou dor epigástrica, pois podem estar relacionados a síndromes hipertensivas da gestação, como, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia que pode evoluir para eclâmpsia e a síndrome de Hellp, todas essas síndromes representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo, sendo as intercorrências clínicas mais comuns na gestação (BRASIL, 2022).

A hipertensão gestacional, está entre as patologias que mais se destacam quando o assunto é gravidez de alto risco, sendo a maior causa de morbidade e mortalidade materna, sendo que sua designação geral é tida como síndrome hipertensiva gestacional (SHG), pois agrupa várias doenças ligadas à hipertensão, entre elas a pré-eclâmpsia, e eclâmpsia, além da síndrome de HELLP (Lins et al, 2022).

Ainda segundo Lins et al (2022), as doenças citadas, estão ligadas a elevação da pressão arterial (PA), a níveis acima de 140 mmHg para a sistólica, e 90 mmHg para diastólica, podem ser assintomáticas, e os principais fatores de risco para essas doenças são: obesidade, idade (principalmente extremos da idade reprodutiva),

hipertensão, diabetes, histórico familiar, gestações múltiplas, entre outras.

11.2.5. Diminuição ou Ausência Dos Movimentos Fetais

Quanto a percepção dos movimentos fetais, segundo Nomura et al (2012), não existe uma definição em números de movimentos fetais que possa ser utilizado realizando contagem ou duração para fins de vigilância fetal, porém um recente estudo, demonstra que quando oferecido à gestantes, informações escritas sobre a importância da redução dos movimentos fetais e o controle desse parâmetro, há possibilidade de melhor conduta e menor ocorrência de óbito fetal.

Durante o pré-natal a gestante vai realizar vários exames laboratoriais de rotina, que irão indicar seu estado de saúde, e o possível surgimento de alguma doença, como o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), que é definida como uma intolerância à glicose, de qualquer grau, sendo descoberta na gestação, levando riscos gestacionais para a gestante e para o feto (Lopes, 2019).

Ainda segundo Lopes (2019), quando acontece a hiperglicemia materna, também ocorre no feto, podendo haver a hiperinsulinemia fetal, o que pode levar a um crescimento fetal exagerado, podendo ocorrer traumas no canal de parto e aumento de cesarianas, além disso, pode haver alterações como, distúrbios respiratórios, hipoglicemia entre outros, levando a maiores riscos de óbito fetal e neonatal.

O óbito fetal (OF) é definido pela Organização Mundial da saúde, como a morte do produto de concepção, antes da expulsão, independentemente da duração da gestação, quando o óbito acontece a partir de 20-22 semanas, ou peso maior de 500 g ou estatura maior de 25 cm, entrando assim para o coeficiente de natimortalidade. Por isso quando a gestante referir parada da movimentação fetal, ou até mesmo perda de peso corporal, podendo referir também diminuição dos sinais e sintomas gravídicos, deve procurar atendimento, pois pode referir-se a óbito fetal (Brasil, 2022).

Ainda segundo Nomura et al (2012), no Brasil o Ministério da Saúde orienta o método de contagem de movimentos fetais (MF) após a 34ª semana de gestação, onde seis movimentos fetais devem ser percebidos em uma hora de observação, repetindo essa contagem na hora seguinte, caso necessário, sendo uma orientação interessante para gestantes de baixo risco devido sua fácil aplicação.

11.3 Cartilha Educativa

Foi realizado desenvolvimento de material didático e instrucional (CARTILHA). Espera-se como resultado da elaboração da cartilha educativa em formato digital, para orientação das gestantes sobre os sinais de trabalho de parto e os sinais de alerta na gestação a termo, auxiliar as gestantes no reconhecimento desses sinais, fazendo com que não peregrinem nas Maternidades, em busca de atendimento em momento precoce, bem como as Maternidades não fiquem lotadas de gestantes a termo devido à falta de orientações.



CENTRO UNIVERSITÁRIO
GUAIRACÁ – UNIGUIARACÁ



**OS SINAIS DO TRABALHO DE PARTO E OS SINAIS DE ALERTA
NA GESTAÇÃO A TERMO (A PARTIR DE 37 SEMANAS)
O QUE VOCÊ PRECISA SABER.**

AUTORES

ELISANGELA DE TOLEDO PACHECO RUARO

DAIANE FINGER FERREIRA

GUARAPUAVA/PR 2024

Autores

Elisângela de Toledo Pacheco Ruaro

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Guairacá, Guarapuava- PR.
Especialista em Saúde Pública com ênfase em saúde da família (UNINTER-Centro
Universitário Internacional, Curitiba- PR) Especialista em Atenção
a paciente crítico: Urgência e Emergência e UTI (UNINTER- Centro
Universitário Internacional, Curitiba-PR) Especialista em Enfermagem Obstétrica
e Ginecológica pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação
LTDA, CENSUPEG, Joinville- SC

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Promoção da saúde do
Centro Universitário Guairacá- Mestrado Profissional (PPGPS- UNIGUAIACÁ)
Atualmente docente do Estado do Paraná, no curso Técnico de Enfermagem do
colégio Ana Vanda Bassara, através de processo seletivo simplificado.

Daiane Finger Ferreira

Graduada em Química (UNICENTRO)
Mestrado em Química Aplicada (UNICENTRO)
Doutorado em Química (UNICENTRO)
Atualmente professora adjunta na Universidade Estadual
do Centro Oeste (UNICENTRO)

Coautores

Kelly Cristina Nogueira Soares

Graduada em Ciências Biológicas (UNICENTRO)
Especialista e Mestre em Farmacologia (UFPR)
Doutora em Química (UNICENTRO)
Atualmente Coordenadora e Professora do Programa de Pós- Graduação
em Promoção da saúde do Centro Universitário Guairacá- Mestrado
Profissional (PPGPS- UNIGUAIACÁ)

Marcela Maria Birolim

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL)
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL)
Atualmente professora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do
Centro Universitário Guairacá (UNIGUAIACÁ) e do Departamento de Medicina da
Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)

Angélica Yukari Takemoto

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)
Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM)
Atualmente faz parte do Corpo Docente do Curso de Enfermagem pelo Centro
Universitário Guairacá (UNIGUAIACÁ) e do Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)



SUMÁRIO

Apresentação.....	1
Quais os sinais do verdadeiro trabalho de parto?.....	2
Estou com sangramento, devo me preocupar?.....	2
Estou com perda de líquido, e agora?.....	3
Estou tendo muito vômito, é normal?.....	3
Minha pressão está alta na gestação, o que devo fazer?.....	4
Meu bebê não está mexendo, e agora?.....	4
Dicas para um trabalho de parto e parto tranquilo.....	5
Referências.....	6

Apresentação

A cartilha educativa sobre os sinais do trabalho de parto e os sinais de alerta na gestação a termo (a partir de 37 semanas), foi cuidadosamente desenvolvida, com a finalidade de auxiliar as gestantes, no reconhecimento do real trabalho de parto, e para que seja mais fácil entender em qual momento deve-se procurar atendimento, as informações estarão escritas em formato de fácil entendimento, e com imagens ilustrativas, para melhor compreensão.

A partir dessa cartilha, a gestante conseguirá diferenciar a perda do tampão mucoso e quando a bolsa rompe, aprenderá também que quando o seu bebê não está mexendo, quando tem um sangramento elevado, ou quando apresenta alguns sinais e sintomas, deve procurar atendimento.

QUAIS OS SINAIS DO VERDADEIRO TRABALHO DE PARTO

Se você está tendo contrações (barriga fica bem dura), porém ao ficar em repouso deitada elas param, a hora ainda não chegou, seu corpo ainda está se preparando.

Se você está com contrações a cada 3 a 5 minutos, e elas duram 20 a 60 segundos, estão aumentando e ficando mais fortes, e não param mesmo quando você fica em repouso, isso significa que chegou a hora de procurar a maternidade. Lembrando que o trabalho de parto pode variar bastante de uma gestante para outra, e pode durar horas, então não precisa se desesperar e sair correndo, arrume tudo com calma, que vai dar tudo certo.



ESTOU COM SANGRAMENTO, DEVO ME PREOCUPAR?

Depende da quantidade de perda sangue que você está tendo, por exemplo, se for misturado a um corrimento, pode ser apenas o tampão mucoso, devido a pequenos vasos que são rompidos através da dilatação, e pode ocorrer essa perda dias ou até semanas antes do parto, mas se for em grande quantidade de sangue, que chega sujar sua roupa, pode significar algo mais grave, e você deve buscar atendimento rapidamente.



ESTOU COM PERDA DE LÍQUIDO, E AGORA?

Se você estiver apenas com um corrimento em pequena a média quantidade (molha a calcinha como se fosse um escape de urina maior), que parece uma cola grossa, transparente ou marrom, podendo ser acompanhado de uma pequena quantidade de sangue, pode ser apenas o tampão mucoso, que é uma camada de proteção que o corpo desenvolve para o colo do útero na gestação, mas se for isso vai sair e parar, e pode sair dias ou semanas antes do parto, não sendo motivo para preocupação. Porém se você apresentar perda de líquido podendo ser em pequenas quantidades (semelhante ao absorvente um pouco úmido) ou que escorre pelas pernas em maior quantidade, e sai de forma **FREQUENTE CONTÍNUA**, pode ser que sua bolsa rompeu, e você precisa procurar atendimento, mas calma, isso não quer dizer que seu bebê vai nascer agora, então fique tranquila e arrume suas coisas com calma.



ESTOU TENDO MUITO VÔMITO, É NORMAL?

Náuseas e vômitos são comuns durante a gestação. Porém há uma forma grave de náuseas e vômitos na gestação chamada hiperêmese gravídica, essa condição se apresenta em forma de vômitos persistentes (ou seja, ocorrem várias vezes ao dia, todos os dias), podendo apresentar alterações e perda de peso, trazendo risco a vida materna e fetal, então se você apresentar vômitos demais, e estiver perdendo peso, deve procurar atendimento.



MINHA PRESSÃO ESTÁ ALTA NA GESTAÇÃO, O QUE DEVO FAZER?



Fique atenta aos sintomas que podem aparecer quando a pressão estiver alta: dor de cabeça intensa ou persistente, alterações na visão (parece ver estrelinhas), falta de ar e dor de estômago, podem ser sinais de que sua pressão subiu, e pode ser uma intercorrência grave, com risco para você e para seu bebê, então se apresentar qualquer um desses sintomas procure atendimento

MEU BEBÊ NÃO ESTÁ MEXENDO, E AGORA?

Quando observar que seu bebê está sem movimentar por um tempo maior do que o habitual, você deve se alimentar, e após isso, se em um período de uma hora você não perceber nenhum movimento, ou contar menos de 6 movimentos durante essa hora, procure atendimento para avaliação. Vale lembrar que no último mês de gestação o bebê normalmente se movimenta menos que no início da gestação, e dorme cerca de 20 horas no dia, de forma irregular.



Dicas para um trabalho de parto e parto tranquilo:

Prepare seu corpo e sua mente, se alimente bem, faça caminhadas e alongamentos, se informe de todo o processo do trabalho de parto e parto, participe de grupos de gestantes, troque experiências, se possível, sempre tenha ao seu lado uma pessoa para lhe acompanhar que apoie e passe segurança, pois esse é momento mais importante da sua vida, e é você quem decide como quer passar por ele.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

FERREIRA M. L. S. M, et al. Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2017 acesso em: 04/06/2024 ;19:a12. Disponível em: HYPERLINK
"http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.41332"http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.41332.

LIMA, S.C. et al. As consequências da hiperêmese gravídica para a saúde do neonato: revisão integrativa. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.27,n.1,pp.147-151 (Jun - Ago 2019). Disponível em:
HYPERLINK "https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200457.pdf"https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200457.pdf.

LINS, E. V. D. et al. Hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia. Research, Society and Development, v. 11, n. 8, e29111831197, 2022

NOMURA, R.M.Y. et al. **Concordância entre a percepção materna dos movimentos fetais e a visualização pela ultrassonografia**. Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil, 2012. Disponível em HYPERLINK
"https://www.scielo.br/j/rbgo/a/B8v8cH8hmx4XSGxmyY7k9Jn/?format=pdf&lang=pt"https://www.scielo.br/j/rbgo/a/B8v8cH8hmx4XSGxmyY7k9Jn/?format=pdf&lang=pt.

PEREIRA, A. C. T. ; SILVA, M. G. ; MISSIO, L. **Conhecimentos da gestantes sobre trabalho de parto e parto**. Revista Enfermagem. Dourados MS. Jul. 2022. 44-56; Disponível em: HYPERLINK
"http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/25622/20201"http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/25622/20201

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos prontuários eletrônicos de gestantes atendidas no município de Guarapuava-PR, no período de novembro de 2023 a fevereiro de 2024, foi possível identificar padrões nos atendimentos e quais os principais motivos que levaram à busca de assistência em momentos precoces, dados esses, que foram cruciais para entender a realidade local e produzir um produto para educação em saúde.

Espera-se que com a produção do artigo científico, divulgar os achados da pesquisa, compartilhando conhecimento com a comunidade acadêmica assim como, com os profissionais de saúde, contribuindo assim, com a educação em saúde para gestantes.

Com elaboração da cartilha educativa em formato digital, pretende-se proporcionar a conscientização e maior autonomia das gestantes, pois irá facilitar no reconhecimento dos sinais de trabalho de parto e os sinais de alerta para a procura por atendimento, evitando peregrinação nas unidades de saúde, em momento precoce, tornando a gestante mais empoderada, reduzindo também o número de consultas, fazendo com que melhore a qualidade do atendimento, diminuindo o tempo de espera para o atendimento.

O produto demonstra a importância de estratégias educativas focadas nas necessidades reais das gestantes, e reforça que a educação em saúde é de extrema importância para a promoção de um pré-natal mais eficiente e seguro.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. C. et al. Perfil das gestantes e conteúdo das orientações sobre os sinais de trabalho de parto recebidas no Pré-Natal. **Rev. Ciência Plural**. 2020. 48-60. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/icosta,+4+OK+finalcerto++PERFIL+DAS+GESTANTES+E+CONTE%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/icosta,+4+OK+finalcerto++PERFIL+DAS+GESTANTES+E+CONTE%20(1).pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]** – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]** – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

FÉLIX, H. C. R. et al. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 19 (2): 343-349 abr-jun., 2019 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200005>.

FERREIRA M. L. S. M, et al. Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2017 acesso em: 04/06/2024 ;19: a12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.41332>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed.-SãoPaulo: Atlas, 2002.

INAGAKI, A. D. M. et al. CESÁREA: PREVALÊNCIA, INDICAÇÕES E DESFECHO DO RECÉM-NASCIDO. **Revista de Enfermagem**. UFPE on line., Recife, 8(12):4278-84, dez., 2014.

LAVRAS, C. C. C. **Linha de cuidado da gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério**. Organizado por Carmen Cecília de Campos Lavras - São Paulo: SES/SP, 2018.

LEÃO, R. M. C. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18, n 8, pág 2395-2400, 2013.

LIMA, S. C. et al. As consequências da hiperêmese gravídica para a saúde do neonato: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Vol.27, n.1, pp.147-151 (Jun - Ago 2019). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200457.pdf.

LINS, E. V. D. et al. Hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia. **Research, Society and Development**, vol. 11, n. 8, e29111831197, 2022.

LOPES, D. G. Desafio do Enfermeiro frente à Diabetes Mellitus Gestacional na atenção primária do SUS. **Revista Ciencia & Inovação - FAM** - V.4, N.1 - JUL – 2019.

MARQUES, B. L. et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2021.

MATIAS, T. G. C. et al. Quando ir para a Maternidade? Educação em saúde sobre o trabalho de parto. **Rev, Enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 12):5478-84, dez., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23244p5478-5484-2017>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: Método de Pesquisa de para a incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Contexto Texto–Enferm.** Florianópolis, v.17, n. 4, dezembro de 2008.

NOGUEIRA, L. N. et al. **Educação em Saúde e na Saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas.** SANARE (Sobral, online), 2022. Jul-Dez; 21(2): 101-109.

NOMURA, R. M. Y. et al. **Concordância entre a percepção materna dos movimentos fetais e a visualização pela ultrassonografia.** Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/B8v8cH8hmx4XSGxmyY7k9Jn/?format=pdf&lang=pt>.

NUNES, G. V. et al. Motivo da procura do centro obstétrico do hospital são José por gestantes do município de criciúma. **Revista Saúde e Pesquisa**, vol. 11, n. 1, pág. 7-16, 2018.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158– 164, set. 2013.

PARANÁ. SESA- Secretaria de Estado da Saúde. Estratificação de risco: linha de cuidado materno-infantil. Aprovada na CIB/PR em 24.02.2021. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/10%20-%20Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20-%20Linha%20de%20cuidado%20materno%20Infantil.pdf

PEREIRA, A. C. T.; SILVA, M. G.; MISSIO, L. Conhecimentos das gestantes sobre trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem. Dourados MS**. Jul. 2022. 44-56; disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/25622/20201>

SILVA, M. G.; PEREIRA, V. A.; RODRIGUES, O. M. P. R. Investigações sobre a maternagem: comparando mães múltiparas e primíparas na interação mãe- bebê. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 224-238, dez. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jul. 2024.

SILVA, N. M. et al. Educação em Saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. Salvador, v. 21, n. 2, p. 203-210, maio/ago. 2022.

SIMAS, F. B; SOUZA, L. V.; COMIN, F. S. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 15(1), 19-34. São Paulo, SP, jan.-abr. 2013.

SOUTO, C. O. et al. Rotura prematura de membranas ovulares na gestação: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.10, p.65628-65642, oct., 2022.

STEIN BACKES, D. et al. Elaboração de cartilha educativa: orientações para a gestação, parto e puerpério. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 12, n. 29, p. 61–77, 2024. DOI: 10.33361/RPQ.2024. v.12.n.29.655. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/655>. Acesso em: 20 out. 2024.

TERTO, T. L. et al. Associação entre internação precoce de gestantes e uso de intervenções obstétricas e cesarianas: estudo transversal. **Rev. Bras. Enferm.** 2021; 74(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-03974>

TRIGUEIRO, T. H. et al. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210036, 2022.

APÊNDICES

A PROCURA DE GESTANTES POR ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA

Dra. Daiane Finger Ferreira¹
Dra. Kelly Cristina Nogueira Soares²
Mestranda Elisangela de Toledo Pacheco Ruaro³

1. Doutorado em Química - associação ampla pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) - Guarapuava, PR, Brasil. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Brasil. E-mail: posgraduacao@uniguairaca.edu.br
2. Doutorado em Química pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava, PR, Brasil. Vice-Reitora do Centro Universitário Guairacá, Brasil. E-mail: posgraduacao@uniguairaca.edu.br
3. Mestranda em Mestrado Profissional em Promoção da saúde pelo Centro Universitário Guairacá, Guarapuava, PR, Brasil. Professora do curso de Técnico de Enfermagem da Secretaria de Educação do Estado do Paraná (SEED). E-mail: posgraduacao@uniguairaca.edu.br

RESUMO

OBJETIVO: esse estudo teve como objetivo, compreender se as gestantes atendidas em um hospital no município de Guarapuava-PR, estão buscando atendimento em momento inadequado durante a gestação a termo. **MÉTODO:** foi realizado um estudo do tipo descritivo transversal, de abordagem quantitativa, com dados coletados e analisados de 143 prontuários eletrônicos, de gestantes atendidas nos meses de novembro de 2023, e fevereiro de 2024, o local de coleta foi uma maternidade de um hospital privado que presta atendimentos pelo SUS, e também muitos atendimentos particulares e convênios. Foram incluídas na pesquisa, informações de gestantes que estavam completas, independente da idade e do risco gestacional, de gestações a termo (a partir de 37 semanas), atendidas exclusivamente pelo SUS, no setor Maternidade. Foram excluídas da pesquisa, informações incompletas, gestantes pré-termo (abaixo de 37 semanas), atendidas por convênios ou particulares. **RESULTADOS:** Após análise dos dados, constatou-se que, a maioria das gestantes tinham entre 20 e 30 anos de idade, estavam nas 39ª semanas de gestação, em sua maioria já haviam tido gestação anterior (67,2%). As razões pela busca por atendimento que mais apareceram nesse estudo foram, redução movimento fetais 03, bolsa rota 03, cesárea eletiva 03, cesárea pela lei Mabel 06, contrações 31, consulta por diabetes mellitus gestacional (DMG) 10, dor baixo ventre 40, motivo esse que mais apareceu, hipertensão 05, iteratividade 07, perda de líquido 10, perda do tampão mucoso 02, polidrâmnio 02, sangramento 05. Das consultas realizadas, observou-se que 53,1% das gestantes foram liberadas para o domicílio, enquanto 46,9% foram internadas, e a principal intervenção realizada foi a cesárea com 53,9%. Concluiu-se que, muitas gestantes procuram atendimento em momento inadequado, e que a educação em saúde durante o pré-natal é de suma importância para que não haja a peregrinação das gestantes na busca por atendimentos, evitando internamentos precoces e intervenções desnecessárias.

Palavras-chave: Gestação; pré-natal, educação em saúde

ABSTRACT

OBJECTIVE: this study aimed to understand whether pregnant women treated at a hospital in the city of Guarapuava-PR are seeking care at an inappropriate time during full-term pregnancy. **METHOD:** a cross-sectional descriptive study was carried out, with a quantitative approach, with data collected and analyzed from 143 electronic medical records, of pregnant women treated in the months of November 2023 and February 2024, the collection site was a maternity ward of a hospital private sector that provides services through the SUS, and also many private services and agreements. The research included information from pregnant women who were complete, regardless of age and gestational risk, of full-term pregnancies (from 37 weeks), attended exclusively by the SUS, in the Maternity sector. Incomplete information, preterm pregnant women (below 37 weeks), cared for by health insurance or private individuals were excluded from the research. **RESULTS:** After analyzing the data, it was found that the majority of pregnant women were between 20 and 30 years old, were in the 39th week of pregnancy, and the majority had already had a previous pregnancy (67.2%). The reasons for seeking care that appeared most in this study were reduced fetal movement 03, ruptured pouch 03, elective cesarean section 03, cesarean section according to the Mabel law 06, contractions 31, consultation for gestational diabetes mellitus (GDM) 10, lower abdominal pain 40, reason that appeared the most, hypertension 05, iterative 07, loss of fluid 10, loss of mucous plug 02, polyhydramnios 02, bleeding 05. Of the consultations carried out, it was observed that 53.1% of pregnant women were released to their homes, while 46.9% were hospitalized, and the main intervention performed was cesarean section with 53.9%. It was concluded that many pregnant women seek care at an inappropriate time, and that health education during prenatal care is extremely important so that pregnant women do not go on a pilgrimage in search of care, avoiding early hospitalizations and unnecessary interventions.

Keywords: Pregnancy; prenatal care, health education.

1 INTRODUÇÃO

A experiência de tornar-se mãe é um momento único na vida de uma mulher, considerado um dos aspectos mais significativos da existência humana. A mulher precisa ser encorajada para estar preparada a enfrentar esse momento, e ser bem orientada no pré-natal, recebendo todas as informações necessárias para que ela se sinta mais segura nesse momento de grande importância em sua vida (PEREIRA; SILVA; MISSIO 2022).

A consulta pré-natal auxilia nas informações, educação e contribui para a promoção da saúde. A interação entre a gestante e profissional, permite troca de saberes, sendo possível melhorar a qualidade da assistência, estimulando a gestante para que seja a protagonista do processo de nascimento. A educação em saúde é uma ferramenta muito importante no ciclo gravídico-puerperal, visto que a gravidez é um período delicado de dúvidas e ansiedade para a mulher e seus familiares (PEREIRA; SILVA; MISSIO 2022).

Na assistência pré-natal, a educação em saúde pode ser realizada de muitas formas, em formato de palestras, ações educativas coletivas ou em consultas individuais, e entre os temas abordados, deve estar o reconhecimento dos sinais de alerta e de trabalho de parto, orientações essas, que tem como objetivo reduzir o tempo de internamento das parturientes, diminuindo riscos na identificação de

distocias, evitando intervenções desnecessárias (FELIX, et al. 2019).

Destaca-se que o acompanhamento pré-natal é o momento mais propício para que o profissional exerça seu papel de educador em saúde, oferecendo apoio, orientando a gestante em relação a todo o processo gestacional e seu desfecho, com objetivo de reduzir a ansiedade e aumentar a segurança da gestante (FELIX, et al. 2019).

Dentre os temas abordados com a gestante na educação em saúde, destacam-se orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e de alerta, que serão indicativos para a procura da maternidade de referência para posterior avaliação (MATIAS, et al. 2017).

A procura da gestante pela unidade hospitalar de maneira precoce ou desnecessária se dá pela falta de informações e conhecimento, e diante desse contexto, este trabalho teve como objetivo, realizar um levantamento nos dados de prontuários, a fim de entender se as gestantes atendidas no município de Guarapuava-PR, estão buscando atendimento em momento adequado.

2 MÉTODO

2.1 Pesquisa de campo

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro), através do Parecer de número 6.467.873, foi realizado um estudo do tipo descritivo transversal, de abordagem quantitativa, com dados coletados em prontuários eletrônicos. O local da coleta foi no setor Maternidade de um hospital privado que presta atendimentos pelo SUS, localizado no município de Guarapuava, no estado do Paraná. O referido hospital presta também muitos atendimentos particulares e convênios, e os atendimentos à gestantes são certamente superiores aos números descritos nesse trabalho.

As informações obtidas foram aquelas registradas pelas equipes em prontuários eletrônicos, de gestantes que consultaram nos meses de novembro de 2023 e fevereiro de 2024, de todos os riscos gestacionais (risco habitual, risco intermediário e alto risco).

Foram incluídas na pesquisa, informações de gestantes que estavam completas, independente da idade e do risco gestacional, de gestações a termo (a partir de 37 semanas), atendidas exclusivamente pelo SUS, no setor Maternidade. Foram excluídas da pesquisa, informações incompletas, gestantes pré-termo (abaixo de 37 semanas), atendidas por convênios ou particulares.

Foram utilizados na pesquisa 143 prontuários eletrônicos, onde foram examinados os dados de gestantes de todas as idades. Dos prontuários foram obtidas informações como: idade, idade gestacional (IG), número de gestações, consultas antes do parto (somente de gestantes a termo) ou seja acima de 37 semanas, quantas foram liberadas após a consulta, quando internou na 2ª consulta, tipo de parto e motivo da consulta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados de caracterização da amostra são sumarizados na tabela 1. Ao observar a tabela, é possível notar que a idade das gestantes que prevalece e cujos dados foram incluídos nesse trabalho foi entre 20 a 30 anos, e quanto a idade gestacional (IG) a prevalência de 39 semanas, pode-se também perceber que a maioria das mulheres já tiveram gestação anterior totalizando 67,2%, enquanto para 32,8% é a primeira gestação.

Tabela 1- Características Demográficas e Obstétricas das Gestantes

DADO AVALIADO	%
Total de gestantes	143
Idade 20-30 anos	54,5%
Idade gestacional (IG) 39 semanas	31,4%
Somente uma gestação	32,8%
Mais de uma gestação	67,2%

(Fonte: dados coletados pela autora 2023)

Segundo Silva, Pereira e Rodrigues (2021), as mulheres que são múltiparas tem mais experiências quando tiveram mais de uma gestação, ressaltando a singularidade em cada gestação. Segundo Simas, Souza e Comin (2013), em estudo realizado com gestantes primíparas e múltiparas, as primíparas demonstram maior ansiedade e insegurança, principalmente na hora do parto, visto que é a primeira experiência, porém a múltiparas nem sempre desejam a gestação naquele momento, e isso acaba gerando ansiedade.

Nesse estudo pode-se observar que a procura por consulta antes do parto foi elevada, e que a maioria das gestantes tinha mais de uma gestação, conforme demonstrado nas tabelas, o que ressalta a importância e a necessidade das

orientações a gestantes durante o pré-natal.

Na tabela 2 podemos notar que a maioria das gestantes passaram por mais de uma consulta na maternidade, devido alguma manifestação considerada por ela uma emergência.

Tabela 2- Frequência de Consultas na Maternidade antes do Parto

DADO AVALIADO	TOTAL (%)
Uma consulta antes do parto	38%
Mais de uma consulta antes do parto	62%

(Fonte: dados coletados pela autora 2023)

Considerando a média de Idade Gestacional, é necessário compreender a diferença de parto pré-termo, termo e pós termo: a data do parto é estimada com base na data do início da última menstruação. Gravidez pré-termo é aquela antes de 37 semanas, e pós termo após 42 semanas de gestação. Portanto podemos considerar termo quando o nascimento ocorrer entre 37 e 42 semanas (BRASIL, 2022).

A gestação é marcada por insegurança e incertezas, e a assistência pré-objetiva um desfecho positivo para mãe e bebê, atendendo demandas específicas através de condutas humanizadas, e ausência de intervenções desnecessárias, visto que a educação em saúde deve ser enfatizada ao final da gestação, principalmente a partir de 37 semanas, onde muitas dúvidas surgem, fazendo com que a procura pelo atendimento aumente, ressaltando a necessidade de orientações à gestante (TRIGUEIRO, et al, 2022).

Os atendimentos à gestante iniciam com a abertura do pré-natal, realizações de exames, consultas obstétricas as quais o Ministério da Saúde recomenda no mínimo 8 consultas durante a gestação, e/ou quando necessário. Porém muitas gestantes procuram atendimento em momento inadequado, e profissionais por vezes tem opiniões divergentes relacionadas ao momento correto de fazer a admissão para o internamento. Os autores reforçam que na ausência de intercorrências obstétricas a gestante só deve ser internada quando estiver na fase ativa do trabalho de parto, para que não ocorram intervenções desnecessárias (LAVRAS, 2018).

Em relação as gestantes que buscaram atendimento, pode-se notar que 53,1% foram liberadas para o domicílio, e 46,9% foram internadas, conforme demonstrado

na tabela 03.

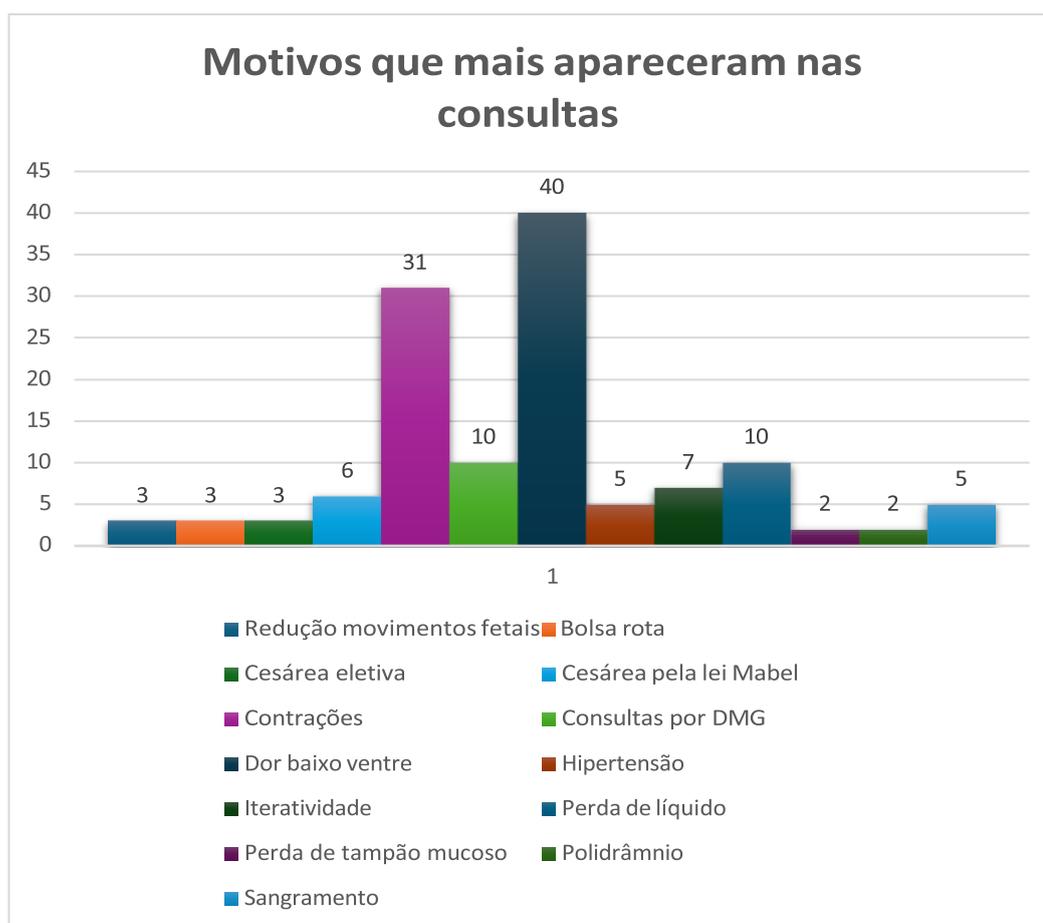
Tabela 03- Desfecho das gestantes após atendimentos na Maternidade

DADO AVALIADO	Resultados
Liberadas após consultas	53,1%
Internadas após consultas.	46,9%

Fonte: dados coletados pela autora (2023/2024).

Muitas vezes as consultas desnecessárias resultam em decisões equivocadas, levando principalmente a cesáreas e outras intervenções inadequadas. Os gastos com deslocamentos e sofrimento da casa até as maternidades precisam ser avaliados, tendo-se o cuidado com informações divergentes entre profissionais das maternidades e atenção básica em saúde, sendo que acaba havendo conflitos sobre a conduta, e a solução desses conflitos pode ser pelo trabalho entre gestores e profissionais de forma conjunta, ressaltando a orientação sobre o pré-natal, o trabalho de parto, e intensificar as orientações em situações de riscos (LAVRAS, 2018).

Entre 127 consultas realizadas nas maternidades os motivos que mais apareceram e a quantidades de ocorrência de cada um foram: redução movimento fetais 03, bolsa rota 03, cesárea eletiva 03, cesárea pela lei Mabel 06, contrações 31, consulta por diabetes mellitus gestacional (DMG) 10, dor baixo ventre 40, motivo esse que mais apareceu, hipertensão 05, iteratividade 07, perda de líquido 10, perda do tampão mucoso 02, polidrâmnio 02, sangramento 05, conforme demonstrado no gráfico de barra abaixo:



Fonte: dados coletados pela autora (2023/2024).

Outros motivos encontrados, porém em menor quantidade de procura foram: alteração dos batimentos cardíacos do feto (BCF) 01, alteração na ecografia 01, cefaleia 01, cesárea termo da lei 01, dor epigástrica 01, dor lombar 01, hiperêmese gravídica 01, leucorreia 01, mal estar 01, pós datismo 01, pré-eclâmpsia 01, restrição de crescimento intra uterino (RCIU) 01 conforme relatório médico no prontuário eletrônico, Rompimento da bolsa pelo médico 01, sem informações 01, sem queixas 01, acompanhamento 01 e visão turva 01.

Segundo Pereira; Silva e Missio (2022), em estudo realizado com gestante em um projeto denominado “para uma vinda bem-vinda”, constatou-se que elas demonstram não se sentirem preparadas para o trabalho de parto e apresentam insegurança principalmente relacionado a dor do parto, e a hora certa de procurar o hospital, visto que a dor do parto é tida como sofrimento, agonia, pavor e sofrimento, e por vezes, associada a experiências prévias negativas, a falta de orientações podem levar mais medo e fantasias acerca do trabalho de parto.

No estudo de Pereira; Silva e Missio (2022) constatou-se que somente uma

gestante recebeu informações sobre os sinais do trabalho de parto e parto, e que no geral, não se sentem preparadas, relatam medo de da dor, de não poderem escolher a via de parto, de serem forçadas ao parto normal, medo da episiotomia, notando-se uma fragilidade da atenção básica, e que a participação em grupos de gestantes, não atendem as expectativas.

Ferreira, et al (2017), identificam em seu estudo, que as mulheres percebem a dor nas mais variadas intensidades, como um “start” para buscar as maternidades, e que as gestantes acreditam que as perdas vaginais e a dor, sinalizam para o verdadeiro trabalho de parto, demonstrando uma insuficiência de informações, que colocam as gestantes em situação de dependência dos serviços de saúde, enfatizando que é primordial, a comunicação acessível entre profissionais de saúde e usuárias, evitando uma peregrinação desnecessária.

Em um estudo realizado por Nunes, et al (2018), foi observado que dentre 334 gestantes e 19 parturientes, 228 não procuraram a Unidade básica de saúde (UBS) antes de ir a maternidade. Quando perguntado com que frequência procuram a UBS diante de alterações, 138 gestantes responderam não procurar a UBS. Foi possível perceber que o motivo que mais levou a procurar por atendimento foi a dor, contrações, sangramento e perda de líquido, também foi observado pressão alta.

Pensando no tipo de parto a opção por cesárea foi de 53,9% e parto normal de 46,1%, dados demonstrados na tabela 04.

Tabela 04- Tipo de parto após internamento

DADO AVALIADO	Resultados
Parto cesárea	53,9%
Parto normal	46,1%

Fonte: dados coletados pela autora (2023/2024).

Leão, et al (2013), traz em seu estudo que o Brasil tem em seu cenário epidemiológico um crescimento de partos cesárea desnecessárias e indesejadas. Percebe-se, portanto, que desde 2013 a ocorrência é maior para o parto cesárea até os dias atuais, conforme demonstra também a pesquisa apresentada nesse trabalho.

Fisiologicamente, o término da gestação é caracterizado por dores decorrentes de contrações, sendo que o útero apresenta contrações a partir 28^a à 30^a semana, sendo percebidas pelas gestantes, porém ainda indolores, denominadas contrações de Braxton-Hicks. É considerado verdadeiro trabalho de parto, aquele que apresenta

contrações uterinas ritmadas, com intervalos regulares, ocorrendo duas em 10 minutos com duração de 20 as 60 segundos, que aumentam em intensidade e frequência, e não diminuem com repouso, apresentando também apagamento do colo e dilatação cervical. Diferente da dor relacionada ao falso trabalho de parto onde pode haver desconforto, porém sem progressão na intensidade, duração e dilatação do colo uterino (FERREIRA, et al 2017).

Quando pensamos em percepção dos movimentos fetais, segundo Nomura et al (2012), não existe uma definição em números de movimentos fetais que possa ser utilizado realizando contagem ou duração para fins de vigilância fetal, porém um recente estudo, demonstra que quando oferecido à gestantes, informações escritas sobre a importância da redução dos movimentos fetais e o controle desse parâmetro, há possibilidade de melhor conduta e menor ocorrência de óbito fetal.

Ainda segundo Nomura et al (2012), no Brasil o ministério da saúde orienta o método de contagem de movimentos fetais (MF) após a 34ª semana de gestação, onde seis movimentos fetais devem ser percebidos em uma hora de observação, repetindo essa contagem na hora seguinte, caso necessário, sendo uma orientação interessante para gestantes de baixo risco devido sua fácil aplicação.

Quanto a emergências obstétricas, podemos citar as síndromes hemorrágicas, e dentre as principais, sendo mundialmente conhecida como uma situação de ameaça à vida tanto para o feto quanto para a gestante, temos o descolamento prematuro de placenta (DPP), que é definido pelo descolamento parcial ou total da placenta, após a 20ª semana de gestação, sendo sua etiologia ainda pouco esclarecida, podendo ser associada com idade materna avançada, multiparidade, rotura prematura das membranas, distúrbios hipertensivos, hábito de fumar, usuárias de cocaína, trombofilias, e DPP prévio (BRASIL, 2022).

Ainda segundo Brasil (2022), os sinais e sintomas do descolamento prematuro de placenta (DPP), incluem, dor abdominal de início súbito, sangramento vaginal, hipersensibilidade à palpação uterina, alterações na vitalidade fetal e hipertonia uterina. É importante que fique claro, que não há relação entre o volume de sangue externado e o acometimento do feto, sendo que um em cada cinco casos pode não manifestar sangramento.

A hipertensão gestacional, está entre as patologias que mais se destacam quando o assunto é gravidez de alto risco, sendo a maior causa de morbidade e mortalidade materna, sendo que sua designação geral é tida como síndrome

hipertensiva gestacional (SHG), pois agrupo várias doenças ligadas à hipertensão, entre elas a pré-eclâmpsia, e eclâmpsia, além da síndrome de HELLP (LINS et al, 2022).

Ainda segundo Lins et al (2022), as doenças citadas, estão ligadas a elevação da pressão arterial (PA), a níveis acima de 140 mmHg para a sistólica, e 90 mmHg para diastólica, podem ser assintomáticas, e os principais fatores de risco para essas doenças são: obesidade, idade (principalmente extremos da idade reprodutiva), hipertensão, diabetes, histórico familiar, gestações múltiplas, entre outras.

Durante o pré-natal a gestante vai realizar vários exames laboratoriais de rotina, que irão indicar seu estado de saúde, e o possível surgimento de alguma doença, como o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), que é definida como uma intolerância à glicose, de qualquer grau, sendo descoberta na gestação, levando riscos gestacionais para a gestante e para o feto (LOPES, 2019).

Ainda segundo Lopes (2019), quando acontece a hiperglicemia materna, também ocorre no feto, podendo haver a hiperinsulinemia fetal, o que pode levar a um crescimento fetal exagerado, podendo ocorrer traumas no canal de parto e aumento de cesarianas, além disso, pode haver alterações como, distúrbios respiratórios, hipoglicemia entre outros, levando a maiores riscos de óbito fetal e neonatal.

A gestação é marcada por intensas mudanças, físicas, mentais e sociais, e durante esse período, a gestante sofre as repercussões que são causadas por essas mudanças. Náuseas e vômitos, são sintomas comuns durante o primeiro trimestre de gestação, e podem afetar 80% das gestantes, porém quando esse sintoma se apresenta de forma exacerbada é denominado, hiperêmese gravídica, que se caracteriza por presença de náuseas e vômitos intensos, podendo causar perda de peso, desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, sendo que cerca de 10% dos casos podem permanecer durante toda a gestação. O tratamento inclui internamento da gestante, para infusão intravenosa, administração de antieméticos e orientação dietética (LIMA et al, 2019).

Para melhor organizar o atendimento do pré-natal uma estratificação de risco foi elaborada pelo Ministério da saúde para nortear os profissionais, ela auxilia na classificação das gestantes em risco habitual, risco intermediário e alto risco, o que determina onde será realizada a assistência a essa gestante (BRASIL, 2022).

O papel do Enfermeiro (a) frente a gestação é realizar orientações, esclarecer dúvidas, aproximar a gestante ao sistema de saúde, fortalecendo esse momento

único, apresentar as vias de parto, favorecer o bem-estar da gestante e seu bebê, realizar ações educativas individuais e coletivas, permeando diferentes tipos de contato, e programar as atividades, podendo desenvolvê-las em forma de roda de conversa, discussões, entre outros, de maneira dinâmica, facilitando a troca de experiências e promovendo uma aprendizagem significativa (LAVRAS, 2018).

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra a relevância das orientações adequadas durante o pré-natal para promover uma gestação saudável e segura, visto que o número de cesáreas se sobrepõe ao número de partos normais, e que o número de gestantes liberadas após consultas, é maior, comparado ao número de gestantes internadas, mesmo sendo a maioria múltiparas. Através de um acompanhamento efetivo e informativo, é possível reduzir significativamente a incidência de internamentos precoces, diminuir a necessidade de cesáreas desnecessárias e prevenir a peregrinação das gestantes em busca de atendimento. As orientações claras e fundamentadas, que podem ser realizadas durante o pré-natal e em encontros de gestantes, proporcionam às elas um melhor entendimento sobre o processo gestacional, fortalecendo a confiança e a segurança das futuras mães. A capacitação contínua dos profissionais de saúde e a implementação de políticas públicas voltadas para a melhoria do pré-natal são essenciais para assegurar um cuidado de qualidade. Investir na orientação pré-natal não só melhora os desfechos maternos e neonatais, mas também contribui para a humanização do atendimento e a promoção de uma maternidade consciente e segura.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

FÉLIX, H. C. R. et al. **Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 19 (2): 343-349 abr-jun., 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200005>.

FERREIRA M. L. S. M, et al. Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2017 acesso em: 04/06/2024 ;19: a12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.41332>.

SIMAS, F.B; SOUZA, L. V.; COMIN, F. S. **Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas**. Revista Psicologia: Teoria e Prática, 15(1), 19-34. São Paulo, SP, jan.-abr. 2013.

LAVRAS, C. C. C. **Linha de cuidado da gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério**. Organizado por Carmen Cecília de Campos Lavras -

São Paulo: SES/SP, 2018.

LEÃO, R. M. C. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18, n 8, pág 2395-2400, 2013.

LIMA, S.C. et al. As consequências da hiperêmese gravídica para a saúde do neonato: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol.27, n.1, pp.147-151 (Jun - Ago 2019). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200457.pdf.

LINS, E. V. D. et al. Hipertensão gestacional e o risco de pré-eclâmpsia. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 8, e29111831197, 2022

LOPES, D. G. **Desafio do Enfermeiro frente à Diabetes Mellitus Gestacional na atenção primária do SUS**. *Revista Ciencia & Inovação - FAM - V.4, N.1 - JUL – 2019*.

MATIAS, T. G. C. et al. **Quando ir para a Maternidade? Educação em saúde sobre o trabalho de parto**. *Rev. Enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 12):5478- 84, dez., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23244p5478-5484-2017>.

NOMURA, R.M.Y. et al. **Concordância entre a percepção materna dos movimentos fetais e a visualização pela ultrassonografia**. Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/B8v8cH8hmx4XSGxmyY7k9Jn/?format=pdf&lang=pt>.

NUNES, G. V. *et al.* Motivo da procura do centro obstétrico do hospital são José por gestantes do município de criciúma. **Revista Saúde e Pesquisa**, vol. 11, n. 1, pág. 7-16, 2018.

PEREIRA, A. C. T.; SILVA, M. G.; MISSIO, L. **Conhecimentos das gestantes sobre trabalho de parto e parto**. *Revista Enfermagem. Dourados MS*. Jul. 2022. 44-56; disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/25622/20201>

PEREIRA, A. C. T.; SILVA, M. G.; MISSIO, L. Conhecimento das gestantes atendidas em um hospital de ensino sobre trabalho de parto e parto. **PECIBES**, Vol.8, n 01, pág 2- 9, 2022.

SILVA, M. G.; PEREIRA, V. A.; RODRIGUES, O. M. P. R. Investigações sobre a maternagem: comparando mães múltiplas e primíparas na interação mãe- bebê. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 224-238, dez. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jul. 2024.

TRIGUEIRO, T. H. et al. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210036, 2022.

ANEXOS



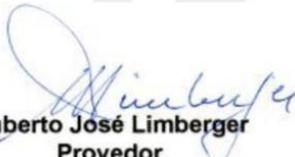
CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ ANUÊNCIA

Guarapuava, 29 de setembro de 2023

Título da Pesquisa	AÇÃO EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM GESTANTES EM UM HOSPITAL NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA-PR
Pesquisadores Responsáveis	ELISANGELA DE TOLEDO PACHECO RUARO E DAIANE FINGER FERREIRA
Instituição Proponente	UNIGUIAIRACÁ CENTRO UNIVERSITÁRIO

Declaramos que o projeto acima referido, encontra-se de acordo com as normas estabelecidas pela instituição, passando por avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, que recomendou a aprovação. Ressalta-se que os dados que identificam os pacientes (tais como nome, endereço, telefone) serão descartados pelos pesquisadores, uma vez que é proibido identificar qualquer paciente sem autorização do mesmo. A execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação. Os pesquisadores comprometem-se a respeitar as normas internas durante a execução da pesquisa.

Atenciosamente,


Huberto José Limberger
 Provedor