



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

MELINA COSTA SERENO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL DO MARANHÃO

IMPERATRIZ
2022

MELINA COSTA SERENO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL DO MARANHÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Me. Antonia Iracilda e Silva Viana.

IMPERATRIZ
2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Sereno, Melina Costa.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL DO MARANHÃO / Melina Costa Sereno. - 2021.
43 f.

Orientador(a): Antonia Iracilda e Silva Viana.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, UFMA Campus Bom Jesus, Imperatriz-MA, 2021.

1. Assistência integral a saúde. 2. Cuidado pré-natal. 3. Gravidez de alto risco. I. Viana, Antonia Iracilda e Silva. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Melina Costa Sereno

Título do TCC: Características clínico-epidemiológica das gestantes de alto risco atendidas em um hospital de referência da região sul do Maranhão

Orientador: Me. Antonia Iracilda e Silva Viana.
Instituição: Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

A Banca Julgadora de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Banca Examinadora:

Tania Mara Vieira Santos

Instituição: Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

Katerine Bertoline Serefim de Carvalho

Instituição: Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

Imperatriz – MA, 08 de junho de 2021

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	6
APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	10
MÉTODOS	12
RESULTADOS1	13
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	16
AGRADECIMENTOS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
TABELAS	24
ANEXOS	28
APÊNDICES	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico	24
Tabela 2 – Características associadas entre histórico familiar e aborto.....	25
Tabela 3 – Características associadas entre antecedentes pessoais e aborto.....	26

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Características clínico-epidemiológica das gestantes de alto risco atendidas em um hospital de referência da região sul do Maranhão

Autores: Melina Costa Sereno e Antonia Iracilda e Silva Viana.

Status: Submetido

Revista: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

ISSN: 1806-9304

Fator de Impacto: Qualis B1 – Saúde Coletiva

Características clínico-epidemiológica das gestantes de alto risco atendidas em um hospital de referência da região sul do Maranhão

Clinical and epidemiological characteristics of high-risk pregnant women assisted in a reference hospital in the southern region of Maranhão

Título abreviado: Características clínico-epidemiológica de gestantes no sul do Maranhão

Clinical and epidemiological characteristics of pregnant women in southern of Maranhão

Melina Costa Sereno^[1], Antonia Iracilda e Silva Viana^[1]

[1] Faculdade de Medicina, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o perfil clínico e epidemiológico das gestantes de alto risco atendidas no Hospital Regional Materno Infantil entre 2017 e 2018, bem como analisar as causas que a levaram ao atendimento especializado.

Método: Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo, retrospectivo, com delineamento epidemiológico, realizado no período de julho de 2017 a 2018 no Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) – Imperatriz no estado do Maranhão, Brasil. A análise inferencial para estabelecer a relação entre as variáveis foi realizada através dos Testes qui-quadrado e exato de Fisher, quando necessário. Nível de confiança adotada foi de 95% e nível considerado estatisticamente significativo para valores quando o $p < 0,05$.

Resultados: Foi observada uma relação entre o histórico familiar de gemelaridade e a ocorrência de aborto ($p 0,027$), e pacientes com o histórico familiar de diabetes representaram 37,3% dos casos de aborto no estudo ($p 0,045$). Correlacionou-se também com o aborto a história pessoal pregressa de infecção urinária ($p 0,041$) e gestação de risco pregressa ($p 0,005$).

Conclusão: Concluiu-se que as mulheres do estudo seguiram a maioria dos padrões descritos na

literatura. No entanto, há uma necessidade de ampliar os estudos acerca do histórico familiar e pessoal pregresso e correlacionar com a incidência de abortos.

Descritores: Gravidez de alto risco. Assistência integral a saúde. Cuidado pré-natal.

Abstract

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of high-risk pregnant women assisted at the Hospital Regional Materno Infantil between 2017 and 2018, as well as to analyze the causes that led them to specialized care.

Method: This is a longitudinal, descriptive, retrospective study with epidemiological design, conducted in the period from July 2017 to July 2018 at the Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) - Imperatriz in the state of Maranhão, Brazil. Inferential analysis to establish the relationship between variables was performed using the chi-square and Fisher's exact tests, when necessary. Confidence level adopted was 95% and the level considered statistically significant for values when $p < 0,05$.

Results: A relationship was observed between the family history of twin pregnancy and the occurrence of abortion ($p 0.027$), and patients with a family history of diabetes accounted for 37.3% of the abortion cases in the study ($p 0.045$). Previous personal history of urinary tract infection ($p 0.041$) and previous high-risk pregnancy ($p 0.005$) were also correlated with abortion.

Conclusion: It was concluded that the women in the study followed most of the patterns described in the literature. However, there is a need to expand studies about prior family and personal history and correlate that with the incidence of abortions.

Keywords: High-risk pregnancy. Comprehensive health care. Prenatal care.

Introdução

A gestação é um evento fisiológico que evolui favoravelmente na maioria das vezes. No entanto, algumas mulheres apresentam situações especiais que geram riscos tanto para mãe quanto para o bebê. Fundamentado na teoria do enfoque de risco, que afirma que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, essa parcela da população necessita de uma atenção especial.¹ A gestação de alto risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”.² Costa *et al.*³, acrescentam o enfoque social, caracterizando como condição sociobiológica que prejudica a evolução da gravidez e pode levar à morte materna ou fetal.

As gestantes de alto risco muitas vezes não sabem de sua condição até um evento de urgência, sendo os mais comuns cefaleia e dor abdominal, tontura, alterações visuais, sangramento vaginal, vômito, edema e dispneia. Além disso, as dificuldades encontradas pelas mulheres na busca por cuidados durante a gestação mostram que a concretização da assistência integral está longe de ser efetivada, e as distintas necessidades apresentadas por essas mulheres, muitas vezes não são consideradas pelo profissional de saúde.⁴ Mais de meio milhão de mulheres morrem todos os dias, no mundo todo, por causas relacionadas ao ciclo gravídico puerperal.⁵

Com a formulação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em 2015, os países signatários das Nações Unidas acordaram nova agenda que reafirma o compromisso em reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres.⁶

Vale ressaltar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional, alguns dos quais podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez, como a idade acima de 35 anos ou abaixo de 15, uso de drogas, história de abortamento, parto pré-termo, doenças crônicas entre outras situações que necessitam de atenção

especial. A detecção de qualquer risco implica na necessidade de atenção especializada, com exame e/ou avaliação e seguimentos adicionais e, se necessário, referência da atenção básica para um serviço de nível mais complexo.^{3,7}

A hipertensão gestacional e o diabetes mellitus gestacional são condições específicas do ciclo gravídico-puerperal e compõem os principais motivos de morbimortalidade materna e perinatal. Os distúrbios hipertensivos da gravidez ocorrem em 10% de todas as gestações ao redor do mundo, enquanto a ocorrência de diabetes mellitus varia de 1 a 14% destas. Em estudos conduzidos no Brasil, as prevalências de hipertensão gestacional variam entre 0,6 e 31,1% e o diabetes mellitus gestacional entre 0,2 e 3,4%.⁸

Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos e comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador. São consideradas diversas causas como: hipertensão arterial, infecção puerperal e hemorragias que poderiam ser evitadas. Um pré-natal adequado, assim como o atendimento em tempo adequado, também se constitui em fator de redução da mortalidade materna.⁹

No Brasil, a Mortalidade Materna ainda é uma realidade que precisa ser enfrentada. No Estado do Maranhão ela assume proporções preocupantes. Em 2017, 54 mulheres vieram a óbito decorrentes de complicações durante a gestação e outras 213 decorrentes de infecções perinatais.¹⁰ A instituição da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde se constitui em uma política que tem como uma das diretrizes, garantir o acolhimento, melhoria do pré-natal e a vinculação da gestante a Unidade de Saúde de Referência e ao transporte seguro.¹¹ Dessa maneira, a presente pesquisa visa identificar o perfil clínico e epidemiológico das gestantes de alto risco atendidas no Hospital Regional Materno Infantil.

Métodos

Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo e analítico, retrospectivo, com delineamento epidemiológico realizada no período de julho de 2017 a julho de 2018, no Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) – Imperatriz no estado do Maranhão, Brasil.

Para a coleta de dados foram utilizadas as informações constadas no cadastro oriundo da pesquisa projeto de pesquisa Desenvolvimento e avaliação de um aplicativo de telefonia móvel Auxiliar para gestantes de alto risco, que culminou na criação do software Gestação Segura®. Todas as gestantes de alto risco foram cadastradas no software online, com seus dados clínicos e socioeconômicos. A partir dessa base de dados foram coletadas as informações pertinentes à essa pesquisa.

A amostra foi definida por conveniência, sendo incluídas todas as gestantes de alto risco do Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) durante o período determinado.

Foram incluídas todas as gestantes de alto risco cadastradas no software Gestação Segura® durante o período de julho de 2017 a julho de 2018. Como critérios de exclusão: gestantes que não residem no estado do Maranhão ou na região sul desse estado, por estarem fora da área de abrangência do Hospital Regional Materno Infantil (HRMI); A ausência de dados no prontuário para alimentar o software (prontuários em branco); Erro no sistema durante a coleta de dados, por falha operacional.

A coleta de dados contou com os itens disponíveis na plataforma do software. Tais itens foram separados em identificação, dados da gravidez atual, antecedentes familiares obstétricos, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos e intercorrências atuais. A plataforma foi alimentada com dados dos prontuários das pacientes. Com relação às possíveis limitações do estudo, ocorreu a má qualidade no registro nos prontuários das participantes, por vezes incompletos ou insuficientes, resultando em subestimação de informações importantes.

A amostra do período conta com um número de 289 indivíduos cadastrados no software. Destes, 16 apresentaram erro no acesso à plataforma e 40 não estavam preenchidos, levando a uma perda de 19,4% da amostra total, resultando em uma amostra final de 233 gestantes.

Não são observados riscos para os envolvidos na pesquisa. Os benefícios incluem a possível melhora no atendimento à população envolvida após o término da pesquisa.

Os dados da amostra foram tabulados em planilhas eletrônicas no Excel 2010 (Microsoft) e posteriormente transportados para o programa Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20 e analisados através de estatística descritiva (frequências relativas e absolutas).

A análise inferencial para estabelecer a relação entre as variáveis foi realizada através dos Testes qui-quadrado e exato de Fisher, quando necessário. Nível de confiança adotada foi de 95% e nível considerado estatisticamente significativo para valores quando o $p < 0,05$.

A pesquisa conta com o apoio legal, bem como autorização e apreciação de Comitê de Ética, conferidos ao projeto Desenvolvimento e avaliação de um aplicativo de telefonia móvel auxiliar para gestantes de alto risco, do qual se ramifica.

A análise epidemiológica com fins de análise da saúde pública e intervenção é denominada epidemiologia translacional, a qual é um processo que culmina com a transferência de conhecimentos obtidos a partir de estudos epidemiológicos ao planejamento de programas e políticas de controle de doenças, tanto em nível individual, quanto em nível populacional.¹²

Dessa maneira, ao fim da pesquisa, o trabalho pretende analisar o perfil clínico epidemiológico e elaborar sugestões de intervenção nos agravos mais incidentes relacionados às gestantes de alto risco. Além disso, identificar os municípios de origem que identifique as áreas de maior prevalência de casos de gestação de alto risco será possível estabelecer estratégias, em conjunto com as secretarias de saúde dos municípios em questão, de atendimento e acompanhamento especializados, a fim de diminuir a morbimortalidade relacionada a esta condição.

Resultados

Foram cadastradas 289 gestantes do software utilizado para coleta de dados. Destes, 16

apresentaram erro no acesso à plataforma e 40 não estavam preenchidos, levando a uma perda de 19,4% da amostra total, resultando em uma amostra final de 233 gestantes. Das participantes que foram incluídas na pesquisa, a faixa etária prevalente foi de 26 a 35 (46,4%), enquanto 80 (34,3%) apresentaram faixa etária entre 14 e 25 anos, 42 (18%) possuíam mais de 35 anos e 3 (1,3%) não tiveram suas idades informadas no prontuário. Em relação ao estado civil, 155 (66,5%) mulheres eram casadas ou possuíam união estável, enquanto 55 (23,6%) eram solteiras e 23 (9,9%) não informaram.

O hospital de referência abrange a cidade de Imperatriz - MA e mais 17 cidades próximas. Nesse contexto, 194 (83,3%) das gestantes eram residentes de Imperatriz. Em relação à escolaridade, a maior parcela das gestantes possuía o ensino médio completo (46,4%), seguido de fundamental completo (10,3%), fundamental incompleto (9,9%), médio incompleto (8,6%), superior completo (8,2%), superior incompleto (4,7%), analfabeta (1,3%) e 10,7% não informaram a escolaridade. A principal ocupação declarada pelas gestantes foi de dona de casa (39,1%), tais dados se encontram na Tabela 1.

O grupo sanguíneo faz parte da avaliação médica e se constitui de importante dado de saúde, no entanto, 178 prontuários não constavam tal informação (76,4%).

Em relação aos antecedentes familiares, 68 (29,2%) gestantes possuíam histórico familiar de gemelaridade, 77 (33%) de diabetes, 121 (51,9%) de hipertensão arterial e 38 (16,3%) de câncer.

Os antecedentes pessoais demonstraram 13,7% de mulheres previamente hipertensas, 2,6% de diabéticas, 2,6% de cardiopatas, 19,3% de mulheres que já haviam realizado cirurgia pélvica, 43,8% de infecção urinária anterior, 36,9% de gestação de risco anterior, 4,7% de mulheres que já receberam transfusão de sangue e 3,9% eram pneumopatas.

Os antecedentes obstétricos evidenciaram que a maioria das mulheres já havia engravidado anteriormente (74,7%), das quais 68 (28,7%) sofreram um ou mais abortos - 60 foram abortos espontâneos e 38 necessitaram de curetagem (16,3%). Partos vaginais anteriores foram destacados

por 71 (30,8%) mulheres.

Ainda em relação aos antecedentes obstétricos, apenas 1,3% tiveram gestação múltipla previamente, ao passo que 10,7% apresentaram hipertensão em gestações anteriores e 1,3%, diabetes durante a gestação. Pré-eclâmpsia e eclâmpsia corresponderam, respectivamente, a 2,6% e 1,7%. Em relação a infecção urinária, 8,2% das mulheres relataram ter apresentado em gestações anteriores. Ameaça de parto prematuro correspondeu a 4,3%. Hemorragia no primeiro, segundo e terceiro trimestre corresponderam, respectivamente, a 2,1%, 1,7% e 0,9%.

Intercorrências na gestação atual também foram relatadas. Nesse quesito, 2,1% das mulheres passavam por uma gestação múltipla. 12,4% das gestantes apresentavam hipertensão arterial. 1,3% haviam sofrido pré-eclâmpsia na gestação atual, 2,6% eram portadoras de cardiopatia e 1,7% eram diabéticas. Além disso, 14,6% das mulheres apresentaram infecção urinária na gestação atual.

Hemorragia no primeiro trimestre apresentou uma porcentagem de 10,3%. Outrossim, apesar de relatada, a variável obesidade constava como tópico de avaliação padrão nas fichas, sendo os dados coletados no quesito “outros”, perfazendo um total de 8,2%. Vale ressaltar que os dados de peso e altura, na maioria das avaliações, encontravam-se em branco. Dessa forma, não foi possível um cálculo preciso do IMC e a obesidade foi contabilizada apenas quando relatada nos prontuários da paciente. Sobre infecções gestacionais destacam-se 3 casos de Brucelose, 7 casos de toxoplasmose ativa e 4 casos de VDRL positivo.

Na tentativa de se associar fatores relacionados ao histórico familiar de gemelaridade, diabetes, hipertensão arterial e câncer com a ocorrência de aborto, a Tabela 2 mostra que houve significância estatística na correlação entre o histórico de gemelaridade e aborto ($p 0,027$), no qual pacientes que apresentavam história positiva representaram 40,3% dos casos. A mesma significância ($p 0,045$) foi encontrada em relação ao histórico familiar de diabetes, o qual representou 37,3% dos casos de aborto no estudo.

Na associação entre aborto e a história pessoal pregressa de hipertensão arterial, diabetes,

cardiopatias, cirurgia pélvica uterina, transfusão sanguínea, pneumopatia, internação, vícios, infecção urinária e gestação de alto risco mostrou que apenas as duas últimas foram estatisticamente relevantes (p 0,041 e 0,005, respectivamente), conforme demonstra Tabela 3.

Discussão e conclusão

A morte materna se constitui um relevante problema de saúde pública, sendo evitável em 98% dos casos.¹³ Conhecer o perfil clínico epidemiológico das gestantes de alto risco, grupo com maior chance de complicações, torna-se vital para as mesmas.

A gestação tardia, após os 35 anos, costuma estar associada a medos e aflições por parte das gestantes. Isso ocorre tanto pela maior incidência de patologias que podem ser associadas, como pelo medo e pressão que as próprias mulheres se impõem.¹⁴ No presente estudo 18% das participantes apresentavam idade superior a 35 anos, valor semelhante à literatura nacional.³

Com relação ao estado marital das pacientes, a maioria se encontrava convivendo com seus companheiros (união estável ou casamento), perfazendo um total de 66,5%. Estudos brasileiros demonstram percentuais próximos e afirmam a importância da presença do companheiro durante o período parturitivo, sendo a experiência considerada positiva pela maioria mulheres.¹⁵

Estudo descritivo e transversal realizado em São Paulo apresentou 64,1% das participantes sendo multigestas e 60,3% delas residindo no mesmo local do hospital de referência.¹⁶ No presente estudo, 70,4% das gestantes eram multigestas, além de 83,3% residirem no mesmo município que o hospital de referência.

O preenchimento incompleto de prontuários médicos é um problema que atinge diversas instituições no Brasil, em estudo sobre inconformidades em prontuários na região central do Brasil 90,9% das fichas foram preenchidas de forma incompleta ou incorreta, o que retrata a realidade da ausência de informações descritas no estudo atual.¹⁷ No presente estudo o principal dado negligenciado foi a tipagem sanguínea, não relatada em 76,4% dos prontuários.

Quando analisados os antecedentes familiares das gestantes pesquisadas, um estudo nacional encontrou maioria (54,1%) com histórico de gemelaridade, divergindo deste estudo, que encontrou minoria (29,2%). Entretanto, ao encontrar 34,4% com histórico de diabetes e 63,9% com hipertensão arterial, se aproxima desta pesquisa, cujos achados foram de 33% de diabetes, 51,9% de hipertensão arterial e 16,3%, de câncer.³

Em relação aos antecedentes obstétricos progressos, foi observado que a 74,7%, das gestantes eram multigestas e 28,7% já haviam sofrido um ou mais abortos. Estudo similar, realizado no noroeste paranaense, corrobora com os resultados, tendo apresentado 69,1% de multigestas e 26,8% de um ou mais abortos.¹⁴

A hipertensão arterial prévia pode evoluir para complicações cardíacas e renais, além de pré-eclâmpsia e eclampsia, havendo risco aumentado de aborto. A hipertensão crônica é um importante fator de risco para morbimortalidade materna, tendo sido encontrado em estudo epidemiológico no estado do Acre uma prevalência de 8% dessa comorbidade. Tal valor se aproxima do obtido no presente estudo de 13,7%.⁸

A diabetes gestacional é a complicação metabólica mais comum durante a gestação, com uma incidência global de 7%. A mulher com diabetes gestacional apresenta níveis maiores de pressão arterial, maior índice de pré-eclâmpsia e eclampsia, maior necessidade de indução de parto, bem como tempo prolongado e maiores taxas de parto cesárea. Em estudo norte-americano, que analisou a incidência de diabetes gestacional em dois estados dos Estados Unidos, foi observada uma taxa de 6,3% na Califórnia e 4,3% no Iowa.¹⁸ No presente estudo, foi observada uma taxa de 1,7% de pacientes portadoras de diabetes gestacional e 2,6% de pacientes diabéticas previamente à gestação.

As cardiopatias também são fatores de risco para gestação. A mulher portadora de tais afecções se mostra mais ansiosa com o transcorrer da gravidez, uma vez que apresenta maiores índices de morbimortalidade que as demais gestantes, necessitando assim, de um maior acompanhamento da equipe multiprofissional.¹⁹ No estudo atual, foi observada uma proporção de 2,6% de gestantes portadoras de cardiopatia. Enquanto que estudo realizado em Maceió encontrou uma proporção de

1,3%²⁰ e um estudo nacional uma proporção de 1,6%³, valores próximos ao estudo em curso.

A infecção urinária é definida como a presença de agentes infecciosos nos tecidos urinários, podendo ser classificada em baixa ou alta. Quanto à sintomatologia pode se apresentar de forma sintomática ou assintomática, sendo necessário tratar ambas as situações durante a gestação.²¹ Tal infecção é mais recorrente em mulheres devido o menor comprimento uretral, bem como a proximidade da uretra com o ânus. As gestantes apresentam maior suscetibilidade à infecção urinária devido às transformações gravídicas fisiológicas próprias do período gestacional, tais como alterações hormonais que favorecem a proliferação bacteriana, a redução da atividade antibacteriana da urina e a adesão de cepas ao trato urinário.²² A infecção urinária foi a afecção mais frequente neste estudo, ocorrendo em 14,6% das gestantes de alto risco estudadas, valor próximo ao encontrado por em pesquisa realizada no Mato Grosso, na qual se obteve uma frequência de 16% de infecção no trato urinário das gestantes.²³ Além de apresentarem infecção na gravidez atual, 43,8% das mulheres relataram já ter tido anteriormente à gestação e 8,2% das mulheres relataram ter apresentado em gestações anteriores. Correlação relevante observada no presente estudo foi a maior incidência de aborto em mulheres com história de infecção urinária prévia à gestação (p 0,041), no entanto, não foram encontradas correlações de tais dados na literatura.

A urocultura é o exame indicado para avaliar a presença de infecção urinária. Maiores taxas de positividade dessa afecção ao exame laboratorial podem ocorrer por erro na coleta do material. A coleta ideal deve ser realizada com a primeira urina da manhã ou qualquer urina após retenção vesical por duas horas. Além disso, deve haver rigorosa assepsia das genitais com água e sabão neutro, secagem com gaze estéril e desprezo do primeiro jato da urina, coletando o jato intermediário.²⁴ A ausência de orientações adequadas quanto a realização do exame pode levar a maiores taxas de falso positivo.

No entanto, as infecções no trato urinário possuem múltiplos fatores de risco. Dentre eles práticas sexuais desprotegidas, infecção genital, má higienização das regiões perianal e vaginal ou mesmo excesso de higiene dessas áreas.²⁵ As elevadas taxas de infecção urinária no presente estudo

encontram-se ainda sem uma causa definida, supondo-se que pode haver erro na coleta com elevação dos valores falso positivos ou que haja a presença de fatores de risco reais, que elevaram os índices dessa patologia.

Dados sobre gestantes de alto risco pneumopatas são escassos na literatura, no entanto, em estudo realizado no Mato Grosso, observou valor de 5,5% de gestantes pneumopatas. Tal valor encontra-se relativamente próximo ao descrito neste estudo, com um valor de 3,9%.

As infecções gestacionais foram relatadas em pequeno número. A toxoplasmose é uma doença incidente no Brasil e seu acometimento durante a gestação pode levar a sérias consequências ao neonato, sendo uma causa evitável se corretamente tratada. No presente estudo, identificou-se 3% das gestantes em fase ativa da doença (IGM positivo), um valor maior que de outro estudo realizado no interior de Minas Gerais, no qual se identificou em apenas 0,3%.²⁶ As principais formas de contaminação pelo *Toxoplasma gondii* durante a gestação são a ingestão de água contaminada, alimentos malcozidos ou contato oral direto das mãos após manipulação do solo contaminado por fezes de gato. Baixa escolaridade e baixa renda são fatores de risco importantes para ocorrência da toxoplasmose.²⁷

O município de Imperatriz ocupa o segundo lugar, no estado do Maranhão, em casos de sífilis gestacional, no entanto, a detecção costuma ocorrer somente no momento do parto.²⁸ O presente estudo identificou 1,7% de gestantes portadoras de sífilis, valor similar a um estudo de coorte nacional de base hospitalar, o qual detectou uma incidência de 1,02% de sífilis detectada durante o pré-natal.²⁹

A brucelose é uma doença infecciosa pouco citada nos estudos de pré-natal, poucos artigos citam a afecção e, quando o fazem, não há dados estatísticos relevantes. No presente estudo, identificou-se 1,3% de gestantes portadoras da doença. Revisão sistemática de literatura, enfatiza a falta de estudos sobre essa doença durante o período pré-natal e suas implicações para a saúde do feto e da gestante. No entanto, é fato que há um maior risco de aborto para as mulheres que sofrem essa contaminação durante o primeiro trimestre e risco de parto prematuro no restante da gestação.³⁰

A partir desses dados foi possível identificar as principais características das gestantes de alto

risco da região estudada, bem como correlacionar seus dados entre si.

A gestante representativa desse estudo foi uma mulher jovem, casada ou em união estável, com ensino médio completo ou incompleto e não exercendo atividade remunerada.

Quanto aos antecedentes familiares a diabetes e a gemelaridade foram os principais dados relatados. História pregressa de infecção urinária e gestação anterior de risco tiveram destaque por seus elevados valores. Foi observada uma relação entre o histórico familiar de gemelaridade e a ocorrência de aborto que convém ser estudado posteriormente. Pacientes com o histórico familiar de diabetes apresentaram maiores taxas de aborto. Outras situações que foram possíveis correlacionar com o aborto foram a história pessoal pregressa de infecção urinária e gestação de risco pregressa. No entanto, se faz necessário maior número de estudos para se obter uma conclusão adequada.

A falha no preenchimento dos prontuários impossibilitou o estudo de alguns dados, como a tipagem sanguínea das pacientes. Sugere-se a utilização de prontuários eletrônicos, a exemplo o software *Gestação Segura*®, para otimizar o preenchimento dos mesmos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, minha fortaleza e meu refúgio, que me guia no caminho da medicina e em toda minha vida.

À minha mãe querida, por sempre me apoiar, ser meu suporte e meu maior exemplo, por todos os sacrifícios que sempre fez por nós, meu amor é infinito

Ao meu marido Ozório Júnior, por tornar o meu sonho dele também, por lutar comigo as batalhas que eu travei e sempre estar ao meu lado.

Ao meu irmão amado, meu melhor amigo, que foi um dos meus maiores motivadores.

À toda minha família que, mesmo de longe, se faz presente a todo momento em meu coração e pensamentos.

À Dra Iracilda, minha orientadora, por me inspirar enquanto profissional, humana e responsável, e pela disponibilidade em desenvolver comigo esta pesquisa, impondo esforços infintos para o êxito do trabalho

À toda equipe de desenvolvimento do aplicativo *Gestação Segura*, pela oportunidade de fazer parte deste projeto e disponibilidade de todos em colaborar nos momentos que precisei.

Aos meus amigos, pelo incentivo sem fim e pelas palavras certas nos momentos certos.

Aos colegas e mestres, por deixarem a caminhada mais leve e proveitosa.

Referências

1. Robles AF. Da gravidez de "risco" às "maternidades de risco". Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. *Physis: Revista de Saude Coletiva*. 2015; 25(1):139-69.
2. Caldeyro-Barcia R, Pose SV, Poseiro JJ, Mendez-Bauer C. Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano; 1973.
3. Costa L, Cales CC, Rodrigues P, França, VF, Durcelina SB. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enfermagem [Internet]*. 2016;21(2).
4. Andrade SM, Vieira ME. Treatment itineraries of women with severe maternal morbidity; *Cad. Saúde Pública*. 2018;34 (7):e00091917.
5. Collender G, Gabrysch S, Campbell OM. Reducing maternal mortality: better monitoring, indicators and benchmarks needed to improve emergency obstetric care. Research summary for policymakers. *Trop Med Int Health*. 2012;17(6):694-6.
6. Graham W, Woodd S, Byass P, Filippi V, Gon G, Virgo S, *et al*. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016;388(10056):2164-75.
7. Rayburn, WF. At-risk pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015;42(2):xiii-xiv.
8. Sampaio AFS, Rocha MJF, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2018;18(3):567-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806->

93042018000300007.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. [acesso em 3 mar 2021]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [acesso em 29 ago 2014]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
12. Szklo M. Translational epidemiology: some considerations. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(1):161-72.
13. Alkeman L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moler A, Gemmill A, *et al*. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
14. Melo WA, Alves JI, Ferreira AAS, Maran E. *Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense*. *Espaço Saúde*. 2016;17(1):82-91.
15. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin PS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. *Influência da participação do companheiro no pré-natal: Satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto*. *Texto Contexto Enferm*, 2018;27(2):e3800016.
16. Loureiro CM, Cataño CR, Torricelli L, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. *Sociodemographic and obstetric aspects of severe maternal morbidity*. *Cienc. Enferm*. 2017;23(2):21-32.
17. Silva LCS, Prado MA, Barbosa MA, Ribeiro DPO, Lima FHA, Andrade LZ, *et al*. *Inconformidades acerca dos registros em prontuários: percepção dos trabalhadores de saúde da região central do Brasil*. In: *Anais Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud*. 2017;2.

18. Ryckman KK, Spracklen CN, Smith CJ, Robinson JG, Saftlas AF. Maternal lipid levels during pregnancy and gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2015; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13261>.
19. Amorim TV, Souza IEO, Salimena AMO, Queiroz ABA, Moura MAV, Melo MCSC. Risco reprodutivo em gestantes portadoras de cardiopatia: O mundo vivido direcionando o cuidado em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003860016>.
20. Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014;9(30):13-22. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687).
21. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(1):CD000490.
22. Lamounier Júnior E, Saidah TK, Evangelista PG, Amaral WN. Infecção do trato urinário em gestantes uma revisão de literatura. *Revista Científica CEREM – GO.* 2020 out;1(2).
23. Siqueira MLB, Silva RA, Mendes SO, Aquino LMM, Alves SM, Medeiros MO. Avaliação de infecção urinária em gestantes atendidas pela unidade municipal de saúde de Rondonópolis, MT. *Revista Biodiversidade.* 2018[acesso em 25 maio 2022];17(3):145-53. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/biodiversidade/issue/view/477>.
24. Oliveira LS, Santos WL. Esclarecendo dúvidas relacionadas a coleta, conservação em transporte de urina destinada para exame laboratorial. *Revista JRG [Internet].* 2019 [acesso em 6 jun 2022];2(5):148-55. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/131>.
25. Silva PPA, Araújo YB, Leal GKG, Silva Júnior J. Fatores de risco para infecções no trato urinário: revisão integrativa. *REAS [Internet].* 31jan.2021 [acesso em 6 jun 2022];13(1):e5812. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5812>
26. Nascimento TL, Pacheco CM, Sousa FF. Prevalência de *Toxoplasma gondii* em gestantes

atendidas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde* 2017 [acesso em 25 maio 2022];10(2):96-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2017.2.23297>.

27. Pugliesi CHH, Fabene MR, Marques FRDM, Mareze M, Salci MA, Charlo PB. Estudo epidemiológico de gestantes atendidas pelo sistema único de saúde com ênfase na toxoplasmose. *SaudColetiv* 2020 [acesso em 25 mai 2022];10(58):3803-16. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/990>.
28. Guimarães TA, Alencar LCR, Fonseca LMB, Gonçalves MMC, Silva MP. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2018;25(2):24-30. doi:10.17696/2318-3691.25.2.2018.1023.
29. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):766-74. doi:10.1590/S0034-8910.2014048005114.
30. Alsaif M, Dabelah K, Featherstone R, Robinson JL. Consequences of brucellosis infection during pregnancy: A systematic review of the literature. *Int J Infect Dis*. 2018;73:18–26. doi:10.1016/j.ijid.2018.05.023. Epub 2018 Jun 6. PMID: 29885371.

TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico.

	n	%
Faixa etária		
14 – 25	80	34,3
26 – 35	108	46,4
36 – 44	42	18,0
Não informado	3	1,3
Escolaridade		
Analfabeto	3	1,3

Fundamental incompleto	23	9,9
Fundamental completo	24	10,3
Médio incompleto	20	8,6
Médio completo	108	46,4
Superior incompleto	11	4,7
Superior completo	19	8,2
Não informado	25	10,7
Estado civil		
Solteira	55	23,6
Casada	75	32,2
União estável	80	34,3
Não informado	23	9,9
Cidade		
Imperatriz	194	83,3
Outros	39	16,7
Ocupação		
Do Lar	91	39,1
Estudante	18	7,7
Vendedora	17	7,7
Lavradora	15	6,4
Técnica de Enfermagem	5	2,1
Outros	64	27,4
Não informado	18	7,3

Tabela 2. Características associadas entre histórico familiar e aborto.

	Sofreu aborto*				Total		p-valor
	Sim		Não		N	%	
	N	%	n	%			

Gemelares						0,027^a
Sim	27	40,3	37	33,0	64	35,8
Não	40	59,7	75	67,0	115	64,2
Diabetes						0,045^b
Sim	25	37,3	49	43,8	74	41,3
Não	42	62,7	62	55,4	104	58,1
Não informado	0	0,0	1	0,9	1	0,6
Hipertensão arterial						0,678 ^a
Sim	41	61,2	72	64,3	113	63,1
Não	26	38,8	40	35,7	66	36,9
Câncer						0,892 ^b
Sim	13	19,4	24	21,4	37	20,7
Não	53	79,1	87	77,7	140	78,2
Não informado	1	1,5	1	0,9	2	1,1

*Missing (n=54)

^aTeste qui-quadrado

^bTeste exato de Fisher

Tabela 3. Características associadas entre antecedentes pessoais e aborto.

	Sofreu aborto*				Total		p-valor
	Sim		Não		n	%	
	N	%	n	%			
Hipertensão Arterial							0,437 ^a
Sim	9	13,4	20	17,9	29	16,2	
Não	58	86,6	92	82,1	150	83,8	
Diabetes							0,833 ^b
Sim	2	3,0	4	3,6	6	3,4	
Não	65	97,0	108	96,4	173	96,6	
Cardiopatía							0,118 ^b

Sim	0	0,0	4	3,6	4	2,2	
Não	67	100,0	108	96,4	175	97,8	
Cirurgia Pélv. Uterina							0,919^a
Sim	16	23,9	26	23,2	42	23,5	
Não	51	76,1	86	76,8	137	76,5	
Infecção Urinária							0,041^a
Sim	39	58,2	58	51,8	97	54,2	
Não	28	41,8	54	48,2	82	45,8	
Gestação de risco							0,005^a
Sim	39	58,2	41	36,6	80	44,7	
Não	28	41,8	71	63,4	99	55,3	
Transfusão							0,226^a
Sim	6	9,0	5	4,5	11	6,1	
Não	61	91,0	107	95,5	168	93,9	
Pneumopatias							0,621^b
Sim	2	3,0	5	4,5	7	3,9	
Não	65	97,0	107	95,5	172	96,1	
Internação							0,655^b
Sim	4	6,0	5	4,5	9	5,0	
Não	63	94,0	107	95,5	170	95,0	
Vícios/Tipos							0,414^b
Sim	1	1,5	4	3,6	5	2,8	
Não	66	98,5	108	96,4	174	97,2	

*Missing (n=54)

^aTeste qui-quadrado

^bTeste exato de Fisher

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM APLICATIVO MÓVEL AUXILIAR PARA GESTANTES DE ALTO RISCO

Pesquisador: antonia iracilda e silva viana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65340216.5.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.076.126

Apresentação do Projeto:

Os avanços tecnológicos são cada vez mais freqüentes com aplicabilidade em áreas diversas. O uso de celulares inteligentes, os Smartphones tem sido cada vez mais utilizado pela população em geral, por ser de baixo custo e acompanhar o usuário em toda a sua rotina diária. Tibes (2014) em estudo de revisão sobre aplicativos móveis considera que o celular é um computador de bolso com milhões de aplicativos e que seu uso rompe as limitações de mobilidade pessoal e por isso a sua utilização na área da assistência em saúde é fundamental. O acesso as ações e serviços de saúde que integram o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda continuam sendo um desafio para a maioria dos brasileiros. O Sistema de Saúde tem avançado gradativamente na organização da assistência, porém há muito que ser feito especialmente em relação a determinada parcela da população que requer atenção especializada, como no caso a mulher gestante. A política de saúde também tem demonstrado avanços em relação ao uso e implementação de tecnologias. O Ministério da Saúde tem adotado as Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS) para melhorar o acesso, a conectividade entre serviços e sistemas de saúde. Mais recentemente foi instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) que tem como uma das diretrizes fortalecer a estratégia do e-saúde que visa a ampliação do acesso a atenção a saúde pela população. (BRASIL, 2015). Embora com os crescentes

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.076.126

avanços tecnológicos na área da saúde, especialmente em formação, capacitação, teleconsultoria, como Telessaúde, e-SUS, torna-se necessário que essa tecnologia seja utilizada a favor da assistência na saúde e que o usuário seja a finalidade. Essa tecnologia pode ser utilizada em benefício da população carente que se encontra em

localidades de difícil acesso e que necessita de acompanhamento frequente, como por exemplo, a mulher gestante de Alto Risco. O uso do Aplicativo não se constitui na principal via de acesso ao Sistema de Saúde e nem substitui em hipótese alguma o contato entre médico e paciente, porém pode auxiliar e facilitar o acesso a orientações, bem como a ações e serviços de saúde. No Brasil, a Mortalidade Materna ainda é uma realidade que precisa ser enfrentada. No Estado do Maranhão ela assume proporções preocupantes. De acordo com dados do Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde 94 mulheres vieram a óbito em 2014 (MARANHÃO, 2014). A instituição da Rede

Cegonha pelo Ministério da Saúde se constitui em uma política que tem como uma das diretrizes, garantir o acolhimento, melhoria do pré-natal e a

vinculação da gestante a Unidade de Saúde de Referência e ao transporte seguro (BRASIL, 2011). De acordo com estudos e pesquisas do

Ministério da Saúde a mortalidade materna por causas como: Hipertensão arterial, infecção puerperal e hemorragias poderiam ser evitadas. Um pré-

natal adequado assim como o atendimento em tempo adequado também se constitui em fator de redução da mortalidade materna (BRASIL, 2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

desenvolver um aplicativo para celular Mobile Health que possa ser utilizado por mulheres gestantes de alto risco em situação de dúvidas e orientações acerca do processo gestacional ou mesmo de intercorrência clínica na gravidez.

Objetivo Secundário:

Verificar como o aplicativo auxilia no acesso rápido a informações de saúde e autocuidado. Conhecer o perfil e as situações clínicas das usuárias.

Avaliar a usabilidade do aplicativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados.

Benefícios:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho			
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética	CEP: 65.080-040		
UF: MA	Município: SAO LUIS		
Telefone: (98)3272-8708	Fax: (98)3272-8708	E-mail: cepufma@ufma.br	

Continuação do Parecer: 2.076.126

avanços tecnológicos na área da saúde, especialmente em formação, capacitação, teleconsultoria, como Telessaúde, e-SUS, torna-se necessário que essa tecnologia seja utilizada a favor da assistência na saúde e que o usuário seja a finalidade. Essa tecnologia pode ser utilizada em benefício da população carente que se encontra em

localidades de difícil acesso e que necessita de acompanhamento frequente, como por exemplo, a mulher gestante de Alto Risco. O uso do Aplicativo não se constitui na principal via de acesso ao Sistema de Saúde e nem substitui em hipótese alguma o contato entre médico e paciente, porém pode auxiliar e facilitar o acesso a orientações, bem como a ações e serviços de saúde. No Brasil, a Mortalidade Materna ainda é uma realidade que precisa ser enfrentada. No Estado do Maranhão ela assume proporções preocupantes. De acordo com dados do Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde 94 mulheres vieram a óbito em 2014 (MARANHÃO, 2014). A instituição da Rede

Cegonha pelo Ministério da Saúde se constitui em uma política que tem como uma das diretrizes, garantir o acolhimento, melhoria do pré-natal e a

vinculação da gestante a Unidade de Saúde de Referência e ao transporte seguro (BRASIL, 2011). De acordo com estudos e pesquisas do

Ministério da Saúde a mortalidade materna por causas como: Hipertensão arterial, infecção puerperal e hemorragias poderiam ser evitadas. Um pré-

natal adequado assim como o atendimento em tempo adequado também se constitui em fator de redução da mortalidade materna (BRASIL, 2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

desenvolver um aplicativo para celular Mobile Health que possa ser utilizado por mulheres gestantes de alto risco em situação de dúvidas e orientações acerca do processo gestacional ou mesmo de intercorrência clínica na gravidez.

Objetivo Secundário:

Verificar como o aplicativo auxilia no acesso rápido a informações de saúde e autocuidado. Conhecer o perfil e as situações clínicas das usuárias.

Avaliar a usabilidade do aplicativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados.

Benefícios:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.076.126

Sua utilização servirá como instrumento de auxílio no acompanhamento e monitoramento das gestantes cadastradas na unidade de referência Hospital Regional Materno Infantil. Pretende-se com o desenvolvimento desse aplicativo que este seja um instrumento que aproxime e torne acessível a gestante de Alto Risco aos serviços e ações de saúde com o profissional especializado e em tempo adequado com as condições necessárias de transporte acolhimento atendimento hospitalar e exames de apoio diagnóstico e complementares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_776180.pdf	05/05/2017 15:08:22		Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer.pdf	05/05/2017 15:07:44	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/05/2017 15:06:59	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	05/05/2017 15:06:35	antonia iracilda e silva viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/04/2017 15:57:15	antonia iracilda e silva viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	12/04/2017 15:56:49	antonia iracilda e silva viana	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.076.126

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/04/2017 15:56:49	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	19/08/2016 17:45:56	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoFuncional.pdf	18/08/2016 23:12:12	antonia iracilda e silva viana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 22 de Maio de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Instruções Aos Autores

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / Brazilian Journal of Mother and Child Health (BJMCH) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido. Para os manuscritos submetidos apenas em português ou espanhol, a versão em inglês será solicitada tão logo sejam aceitos para publicação. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas. É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons o que possibilita cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o Sistema Ithenticate para identificação de plágio.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que

potencialmente possam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação do manuscrito e política de publicação de artigo

Além da observação das condições éticas na realização da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração sua originalidade, oportunidade de publicação conforme o cenário científico da área, bem como a prioridade no cronograma editorial da Revista. Portanto, o racional deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura e adequada definição do problema estudado, com base em uma questão de pesquisa solidamente fundamentada a partir dos dados da literatura pertinente. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e do Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com exigências de alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão remetidos aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e as modificações realizadas; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

Seções da Revista

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo recomendável incluir as referências bibliográficas das citações.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); Discussão: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT. Trabalhos qualitativos também são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única. Dimensão: 5.000 palavras; 30 referências.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

Relato de Caso/Série de Casos - casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 15 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre temas do escopo da Revista (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on-line (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, podendo ter no máximo 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos Editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.
3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).
4. Cover Letter. No texto de encaminhamento do manuscrito para a Revista (cover letter) deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, o autor responsável pela troca de correspondência, as fontes e tipo de auxílio e o nome da agência financiadora.

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português ou espanhol e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor).

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês.

Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem

ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Relatos de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição, Discussão. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados, Conclusões. Para o Informes Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio, e entidade financiadora.

Citações e Referências as citações no texto devem ser numeradas em sobrescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

Quando autor for o mesmo da casa editora: não mencionar a casa editora

WHO (World Health Organization). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva; 2011.

-Livro (Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano)

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2 ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

-Capítulo de Livro (Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro. Edição. Local: casa

editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo)

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

- E-book

Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano)

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.

-Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)

(Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano)

Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985.

Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

-Trabalho apresentado em evento (anais publicados)

(Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final)

Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília, DF: Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

-Trabalho apresentado em evento (não publicados)

(Autor. Título [Evento; Data; Local do evento]

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

-Dissertações e Teses

(Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.)

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

-Documentos de Natureza Governamental

Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data). Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade), Data (dia, mês abreviado e ano); Seção, volume, número, paginação.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Cultura. Portaria n.º 23, de 26 de outubro de 1982. Modifica o Plano Nacional de Microfilmagem de Periódicos Brasileiros criado pela Portaria DAC n.º 31, de 11 de dezembro de 1978. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, 1 dez 1982; Seção 1, v.120, n.227, p. 22438.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 10 mai 2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). [acesso em 20 set 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

-Artigo Publicado em Periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

El Hachem H, Crepaux V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet PE. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. *Int J Women Health*. 2017; 9: 331-45.

-Artigo Publicado em Número Suplementar

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final)

Lothian JA. The coalition for improving maternity services evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *J Perinat Educ*. 2007; 16 (Suppl.): S1-S4.

-Citação de Editorial, Cartas

(Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Cabral-Filho JE. Pobreza e desenvolvimento humano: resposta das revistas científicas ao desafio do

Council of Science Editors [editorial]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2007; 7 (4): 345-6.

Fernandes EC, Ferreira ALCG, Marinho TMS. Das ações às palavras [Carta]. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2009; 9 (1): 95-6.

-Artigo Publicado em periódico eletrônico

(Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível)

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico on line].

2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razzuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqui patients with atopic dermatitis. Dermatol Online J [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 12 (7). Available from: <http://dermatology.cdlib.org/127/original/acetylator/najim.html>

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 96 (8): 696-7. Available from: <http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?>

essionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_n8_a12.pdf

-Artigo aceito para publicação em periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo).

Quinino LRM, Samico IC, Barbosa CS. Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Coletiva (Rio J.). 2010. (No prelo).

-Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom

(Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.)

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2 ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

-Material de acesso exclusivo em meio eletrônico

Homepage

Autoria . Título. [suporte]. Local; Ano [acesso dia mês ano]. Disponibilidade de acesso
Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004.
[acesso 3 mar 2004]. Disponível em:
<http://157.86.113.12/ensino/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html>

APENDICE

Questionário

1. Geral

Nome

CPF

Número do Prontuário

Grupo Sanguíneo RH

Data de Nascimento

Cidade

UF

Telefone

Escolaridade

Estado Civil

Data Provável do Parto

Data da Última menstruação

Profissão

2. Gravidez Atual

INFORMAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ:

Peso anterior (Kg)

Estatura (cm)

Data de Realização

Exame Clínico Normal

Exame mama normal

Hospitalização na gravidez

Exame odontológico normal

Colposcopia normal

Papanicolaou normal

Exame clínico cervix normal

Sensibilizada

Vacina antitetânica 1a dose em:

Vacina antitetânica 2a dose em:

Vacina antitetânica 3a dose em:

Tabagista / Quantidade

Etilista / Frequência:

Dúvida / Qual:

3. Obstetria

ANTECEDENTES FAMILIARES

Gemelares

Diabetes

Hipertensão Arterial

Câncer

ANTECEDENTES PESSOAIS

Hipertensão Arterial

Diabetes

Gemelaridade

Cardiopatias

Cirurgia Pélv. Uterina

Infecção Urinária

Gestação de risco

Transfusão

Câncer

Pneumopatias

Internação

Vícios/Tipos

ANTECEDENTES OBSTÉTRICO

Quantidades

Gestação

Parto

Aborto

Ectópicas

Gemelares

Abortos Espontâneos

Abortos Provocados

Abortos por curetagem

Partos Vaginais

Nascidos Mortos

Nascidos Vivos

Filhos vivos atuais

Óbitos 1a semana

Óbitos após 1a semana

Causa do óbito

Peso do RN menor que 2500g

Peso do RN entre 2500g - 4000

Peso do RN maior que 4000

Amamentação / Duração

INTERCORRÊNCIAS PASSADAS

Quantidades

Gravidez múltipla

Hipertensão prévia
Pré-eclâmpsia
Eclâmpsia
Cardiopatía
Diabetes
Infecção Urinária
Outras infecções
Parasitoses
Ameaça de parto prematuro
Hemorragia no 1o trim.
Hemorragia no 2o trim.
Hemorragia no 3o trim.
Anemia
Ruptura prematura da memb.
Infecção puerperal
Outros
INTERCORRÊNCIAS ATUAIS
Quantidades
Gravidez múltipla
Hipertensão prévia
Pré-eclâmpsia
Eclâmpsia
Cardiopatía
Diabetes
Infecção Urinária
Outras infecções
Parasitoses
Ameaça de parto prematuro
Hemorragia no 1o trim.
Hemorragia no 2o trim.
Hemorragia no 3o trim.
Anemia
Ruptura prematura da memb.
Infecção puerperal
Outros

4. Exames e consultas

2. EXAMES:
Hb + Ht
Glicemia de jejum
VDRL
HbsAg
HIV
Toxoplasmose
Rubéola
Urina
Urocultura
Fezes
Papanicolau
CONSULTAS
1ª CONSULTA
Data
IG Semanas/Dias
Peso
IMC
P.A
Edema
A.U.cm
BCF
Mov. fetais
IG DUM
IG USG
Peso atual
Placenta
Líquido
* Observações