



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO
EM MULHERES DE 35 À 45 ANOS DE IDADE. ATENDIDAS NO
HOSPITAL LUCRÉCIA PAIM NO II SEMESTRE DE 2024.**

Autora: Melvire Nameti Jerónimo José Epandi

Orientadora: Júlia Fernandes Serafim, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO
EM MULHERES DE 35 À 45 ANOS DE IDADE. ATENDIDAS NO
HOSPITAL LUCRÉCIA PAIM NO II SEMESTRE DE 2024.

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura. Sob orientação da professora Júlia Fernandes Serafim, Lic

Autora: Melvire Nameti Jerónimo José Epandi

Orientadora: Júlia Fernandes Serafim, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO
EM MULHERES DE 35 À 45 ANOS DE IDADE. ATENDIDAS NO
HOSPITAL LUCRÉCIA PAIM NO II SEMESTRE DE 2024.**

O júri:

Presidente: _____

1º vogal: _____

2º vogal: _____

Secretário (a): _____

Classificação: _____

Data da defesa: _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Ao meu querido esposo, José Epandi e aos meus pais, pelo amor demonstrado, carinho e paciência, sei que sem o vosso insentivo, nada seria possível na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo folego, protecção, capacitação e por ter me guiado todos esses anos de formação, dando-me conhecimento, força, sabedoria, persistência e paciência diariamente em minha vida. Sei que sem ele, nada seria possível na realização deste trabalho.

Aos meus filhos, bênção divina: Leonor Epandi, Américo Epandi, Ruslan Epandi, por serem minha motivação.

Ao Best For Me (Jeie), aos meus amados pais, Américo Tomás José e Eulália Nachicole Jerónimo, aos meus irmãos, Tara, Edna, Milto, Edson e Can be, pelo carinho, amor, forças, atenção e coragem que me tem dado para a conquista deste grande tesouro.

A minha Tia Luzia Chitula (tia Lú), por tudo que ela tem feito a mim, especialmente a minha família, sobre tudo o cuidado, gratidão, a melhor auxiliar da família.

A minha orientadora, Júlia Fernandes Serafim, Lic., que ao longo deste trabalho foi muitas vezes importunada, a forma honesta, inteligente, meiga, paciente e sábia. Orientou-nos transmitindo seus conhecimentos e experiências, mostrando o caminho na elaboração científica deste trabalho. Sempre com espírito amigo e sincero com sorriso íntegro.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA) que nos disponibilizou a possibilidade da formação no grau de licenciatura num conjunto da Direcção e Docentes.

Ao Hospital Lucrecia Paim, por ter me recebido com muito amor e carinho, durante o momento de levantamento de dados.

O meu reconhecimento e profundo agradecimento a todos os meus colegas do ISA e amigos que sempre me apoiaram.

EPÍGRAFE

A gravidez é considerada de "alto risco" quando a gestante ou o bebê apresentam alguma doença que aumentam as chances de evolução desfavorável da gravidez.

Soares, et al. (2021).

RESUMO

O presente trabalho aborda sobre a assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. atendidas no hospital lucrécia paim no segundo semestre de 2024. Traçamos como objectivo geral analisar a assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no hospital Lucrécia Paim no segundo semestre de 2024. Pesquisa usado é a descritiva, aplicamos abordagem quanti-qualitativa. Elaborou-se como pergunta de partida: Qual é assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no hospital Lucrécia Paim no segundo semestre de 2024?. Para responder a nossa problemática partimos nas seguintes hipóteses: H₁: A assistência da enfermagem nas mulheres de 35 à 45 anos de idade pode ser nas principais formas de prevenção, diagnóstico e tratamento da gestação de alto risco.. H₂: A enfermagem atua de forma sistematizada, com o objectivo de desenvolver uma boa comunicação, ofertando as informações necessárias de maneira clara e compreensível; no acompanhamento no tratamento e no aconselhamento. Resultados e discussão, o sexo feminino foi dominante com 70%. Diante do estudo realizado foi perceptível que os técnicos desta área, andam aplicar os cuidados personalizados nas visitas obstetras 24%, aconselhamento nas mulheres grávidas de descansar 22%, comer alimentos saudáveis 20%, conselhos de não consumir bebidas alcoólicas 18% e não fumar 16% e a actuação dos técnicos são mais no aconselhamento 50%, comunicação 30% e acompanhamento 20%.

Palavras - Chave: Assistência de Enfermagem, Gravidez de Alto Risco, Mulheres e Hospital.

ABSTRACT

The present work approaches on the nursing attendance in the pregnancy of high risk in women of 35 to 45 years of age. assisted at the Hospital Lucrécia Paim in the second semester of 2024. Traçamos as general objetivo to analyze the nursing attendance in the pregnancy of high risk in women of 35 to 45 years of age. Assisted at the hospital Lucrécia Paim in the second semester of 2024. Research used is the descriptive, we applied quanti-qualitative approach. It was elaborated as departure question: Which is nursing attendance in the pregnancy of high risk in women of 35 to 45 years of age. Done assist at the Hospital Lucrécia Paim in the second semester of 2024?. Para to answer our problem we left in the following hypotheses: H1: The attendance of the nursing in the women of 35 to 45 years of age it can be in the main prevention forms, diagnosis and treatment of the gestation of high risk. H2: The nursing acts in a systematized way, with the objetivo of developing a good communication, presenting the necessary information in a clear and comprehensible way; in the attendance in the treatment and in the advise. Results and discussion, the feminine sex was dominant with 70%. before the accomplished study it was perceptible that the technicians of this area, walk to apply the cares personalized in the visits obstetricians 24%, advise pregnant women to rest 22%, to eat healthy foods 20%, pieces of advice of not consuming drunk alcoholic 18% and not to smoke 16% and the technicians' performance is more in the advise 50%, communication 30% and attendance 20%.

Key - words: Attendance of Nursing, Pregnancy of High Risk, Women and Hospital.

LISTA DE SÍGLAS

AVC - Acidente vascular cerebral

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

DHEG - Doença hipertensiva específica da gestação

DM - Diabetes mellitus

DMG - Diabetes mellitus Gestacional

DPP - Descolamento prematuro de placenta

GE - Gravidez ectópica

HELLP - Hemólise elevação das enzimas hepáticas de plaquetas

IG - Idade gestacional

MH - Mola hidatiforme

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAR - Pré-natal de alto risco

RCF - Restrição no crescimento fetal

SAE - Sistematização da assistência de enfermagem

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1: População e amostra.....	33
Tabela Nº 3. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a faixa etária....	36
Tabela Nº4. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o sexo.....	37
Tabela Nº5 . Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo nível de escolaridade.....	38
Tabela Nº6. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a forma é feito a prevenção da gravidez em mulheres de 35 à 45 anos.....	39
Tabela Nº7. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os factores de risco associados a gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos.....	40
Tabela Nº8. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a forma que a enfermagem actua nas mulheres grávidas de 35 à 45 anos de idade.....	41
Tabela Nº9. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os cuidados personalizados nas mulheres grávidas de 35 à 45 anos de idade.....	42
Tabela Nº10. Distribuição de frequência das Gestantes segundo a idade.....	43
Tabela Nº 11 . Distribuição de frequência das Gestantes segundo o Nível de escolaridade.....	44
Tabela Nº12. Distribuição de frequência das gestantes segundo os tipos de assistência que tem recebido nos profissionais.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1: População e amostra.....	33
Gráfico Nº 3. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a faixa etária...	36
Gráfico Nº4. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o sexo.....	37
Gráfico Nº5. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo nível de escolaridade.....	38
Gráfico Nº6. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a forma é feito a prevenção da gravidez em mulheres de 35 à 45 anos.....	39
Gráfico Nº7. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os factores de risco associados a gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos.....	40
Gráfico Nº8. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a forma que a enfermagem actua nas mulheres gravidas de 35 à 45 anos de idade.....	41
Gráfico Nº9. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os cuidados personalizados nas mulheres gravidas de 35 à 45 anos de idade.....	42
Gráfico Nº10. Distribuição de frequência das Gestantes segundo a idade.....	43
Gráfico Nº11. Distribuição de frequência das Gestantes segundo o Nível de escolaridade.....	44
Gráfico Nº12. Distribuição de frequência das gestantes segundo os tipos de assistência que tem recebido nos profissionais.....	45

ÍNDICE

INTRODUÇÃO Erro! Indicador não definido.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 5

1.1. Definições dos termos e conceitos.....5

1.1.1. Assistência de enfermagem.....5

1.1.2. Gravidez de alto risco.....6

1.1.3. Mulheres.....7

1.1.4. Definição de Hospital.....7

1.2. Breve história sobre a assistência de enfermagem.....8

1.3. Diagnóstico da gestação.....10

1.4. Alterações fisiológicas da gravidez.....10

1.5. Complicações da gravidez.....14

1.6. Gravidez de alto risco.....18

1.7. Actuação da enfermagem na gravidez.....18

1.8. Sistematização da assistência de enfermagem na gestação de alto risco.....19

1.9. Factores que predisõem uma gestação de alto risco.....21

1.10. Factores determinantes da gravidez de alto risco.....23

1.11. Factores de risco gestacionais presentes antes da gestação.....24

1.12. Factores de risco referentes a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação.....25

1.13. Factores médicos de risco.....27

1.14. Atendimento de referência nos cuidados na gravidez.....28

1.15. Assistência interprofissional.....29

CAPÍTULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA.....30

2.1. Tipos de pesquisa 30

2.2. Modelos de abordagem.....30

2.3. Níveis de estruturação de métodos.....31

2.4. Técnica de recolha de dados.....32

2.5. Instrumentos e procedimentos.....32

2.6. População e amostra.....32

2.7. Caracterização do Hospital Lucrecia Paim.....	33
2.8. Dificuldades encontradas.....	35
CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	36
CONCLUSÕES.....	46
SUGESTÕES	47
REFERÊNCIAS BIBLOGRAFICAS	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A pesquisa aborda sobre “assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no Hospital Lucrécia Paim no II Semestre de 2024”.

A gestação é um fenómeno fisiológico, e sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. É um momento de grandes transformações para a mulher, o seu parceiro e para toda a família. No qual, são vivências intensas e de muitos sentimentos, especialmente em mães de primeira viagem, sendo um ato de sonho e preocupações. Durante esse período, o corpo vai se modificar lentamente, preparando-se para o parto e para a maternidade.

Entretanto, a gestação pode ser um fenómeno transitório, biopsicossocial, e que por si só, ocasiona transformações na vida da mulher corpo, psique, dinâmica de vida, pois atravessa valores culturais, sociais, económicos e emocionais, e essa fase representa uma vivência única para cada gestante.

A gestação de alto risco é considerada por um processo de inúmeras alterações clínicas, obstétricas ou sociais que implica na qualidade de vida e saúde do feto e/ou do recém-nascido e a mulher. A classificação de risco na gravidez, é baseada em factores como atributos individuais e características sociodemográficas de risco, trajectória reprodutiva, patologias obstétricas presente a gestação, e as alterações clínicas que podem alterar no processo da gravidez.

Dessa maneira, o primeiro grupo de mulheres inclusas no grupo de risco abrange a faixa etária (menor que 17 e maior que 35 anos), além dos grupos de mulheres: com carência de situação social e civil, a baixa escolaridade, a altura inferior a 1,45 m, peso (inferior a 45 kg e superior a 75 kg) e a dependência de drogas e usuárias de álcool. O segundo grupo engloba óbito perinatal, recém-nascido com baixo crescimento, malformação neonatal, abortos constantes, infertilidade, intervalo pequeno entre os partos, multiparidade, patologia hipertensiva e histórico de cirurgia uterina anterior.

Com isso, dando continuidade o terceiro grupo está relacionado ao crescimento uterino, quantidade de fetos e volume de líquidos amnióticos, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, trabalho de parto prematuro e gravidez extensa, rotura das membranas

antes do início do trabalho de parto, hemorragias de gestação e óbito fetal. Já o quarto corresponde a patologias endócrinas, cardiológicas, renais, infecciosas, auto imune, ginecológicas e epilepsia.

Assim, é necessário incluir o acompanhamento do pré-natal, o qual objectiva assegurar o desenvolvimento da gestação até o momento do parto, favorecendo um menor impacto negativo possível para a saúde materna e fetal, abordando sobretudo, os aspectos psicossociais e actividades preventivas.

Diante do exposto, é importante ressaltar a o auxílio na assistência durante o pré-natal, sendo um momento oportuno para discutir as queixas trazidas pelas gestantes, suas dúvidas, seus anseios em relação ao período gravídico, organismo fetal e do recém-nascido, momento para esclarecer dúvidas, revisar e reforçar orientações, informar resultados de exames e o próprio prognóstico da gestação. Torna-se um momento que deve despertar, na gestante, o cuidado com sua saúde da criança e o seu autocuidado.

Situação problemática

Diante dessa situação, o impacto que ela mostra na nossa sociedade, nos coloca a profundas inquietações que nos remetem a seguinte pergunta de partida:

- **Qual é assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no Hospital Lucrecia Paim no II Semestre de 2024?**

Hipóteses

Segundo Zassala (2015, p.55), a hipóteses são suposições ou respostas provisórias para o problema de pesquisa. São provisórias porque poderão ser confirmadas ou refutadas com o desenvolvimento da investigação.

H₁: A assistência da enfermagem nas mulheres de 35 à 45 anos de idade pode ser nas principais formas de prevenção, diagnóstico e tratamento da gestação de alto risco.

H₂: A enfermagem atua de forma sistematizada, com o objectivo de desenvolver uma boa comunicação, ofertando as informações necessárias de maneira clara e compreensível; no acompanhamento no tratamento e no aconselhamento.

Objectivos do estudo

Geral

- Analisar a assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no hospital Lucrecia Paim no segundo semestre de 2024.

Específicos

- Determinar o perfil sociodemográfico dos profissionais da saúde que actuam neste hospital;
- Identificar assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade;
- Descrever assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade;
- Propor cuidados de enfermagem personalizados para mulheres de 35 à 45 anos em gravidez de alto risco.

Delimitação e limitação de estudo

a) Delimitação: o estudo delimitou-se no Hospital Lucrecia Paim em Luanda e realizou-se no espaço temporal do II Semestre de 2024.

b) Limitação: a nossa pesquisa limitou-se com os técnicos de saúde que actuam na área de enfermagem e mulheres com a gravidez de alto risco de 35 à 45 anos de idade.

Justificativa

A assistência de enfermagem em casos de gravidez de alto risco é um componente essencial na promoção da saúde materna e fetal. Mulheres na faixa etária de 35 a 45 anos de idade enfrentam vários desafios específicos que aumentam a complexidade do cuidado durante a gravidez. Como anteriormente mencionado, esta faixa etária está associada a um maior risco de complicações como hipertensão gestacional, diabetes, pré-eclâmpsia, parto prematuro e anomalias congênitas.

O Hospital Lucrecia Paim, referência em cuidados materno-infantil, em Luanda e no país em geral, tem sido um pilar no atendimento de gestantes de alto risco, proporcionando uma assistência integrada e multidisciplinar. No entanto, apesar dos

avanços na medicina e na prática de enfermagem, ainda há uma lacuna significativa na compreensão das necessidades específicas das mulheres gestantes entre 35 e 45 anos e das melhores práticas para atendê-las de forma eficaz.

Estudos prévios indicam que a assistência de enfermagem desempenha um papel crucial na detecção precoce de complicações, bem como na educação das gestantes, bem como na coordenação do cuidado com outros profissionais de saúde. Assim, entende-se, haver uma necessidade premente de pesquisas que explorem mais profundamente as particularidades do cuidado de enfermagem neste grupo etário específico, considerando os contextos culturais, sociais e econômicos que podem influenciar os desfechos gestacionais.

Entende-se que a realização deste estudo é necessária, pois que, pode gerar conhecimentos que possam orientar a prática clínica de enfermagem, promover a implementação de protocolos baseados em evidências e contribuir para o alavancar de reflexões sobre a formação contínua dos profissionais de saúde. Através da identificação de desafios e de soluções eficazes, espera-se melhorar os desfechos de saúde para as gestantes de alto risco atendidas no Hospital Lucrécia Paim e, conseqüentemente, fortalecer a saúde pública no contexto materno-infantil, podendo impactar positivamente a prática clínica na promoção de cuidados mais seguros e eficazes para as gestantes de alto risco.

Estrutura do trabalho

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma:

- ✓ No capítulo I: A Fundamentação teórica, onde abordaremos as definições de termos e conceitos de autores que sustentam a temática em estudo;
- ✓ No capítulo II: Metodologia de pesquisa, aplicaremos os métodos para elaboração da pesquisa;
- ✓ No capítulo III: Discussão e resultados;
- ✓ Conclusões;
- ✓ Sugestões;
- ✓ Referências Bibliográficas.

CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo se aborda sobre os vários pressupostos teóricos que fundamentam a assistência de enfermagem na gravidez de alto risco, de modos a perceber sobre os marcos existentes para a garantia de serviços eficazes neste contexto.

1.1. Definições dos termos e conceitos

1.1.1. Assistência de enfermagem

Falar e assistência, implica a abordagem sobre cuidados prestados de uma pessoa para a outra, um acto de ajuda que se presta a alguém.

Se refere ao conjunto de acções realizadas pelos profissionais de enfermagem para promover, manter ou restaurar a saúde dos pacientes. Esses cuidados incluem acções que visam prevenir doenças, tratar enfermidades e ajudar os pacientes a lidar com as condições de saúde que enfrentam (Alves, et. al., 2019, p.24).

A assistência na enfermagem engloba todos os cuidados fornecidos por profissionais de enfermagem, como enfermeiros e técnicos de enfermagem, a pacientes em diferentes contextos de saúde. Essa prática é guiada por princípios éticos e científicos, com o objectivo de promover, manter ou restabelecer a saúde dos indivíduos e seu bem-estar (Tele, 2019).

Em (Chrizostimo, et al., 2009, p. 22) a assistência de enfermagem é definida na perspectiva de cuidado. Segundo os autores, “cuidar é uma das ferramentas do processo de trabalho que o enfermeiro dispõe para aplicação do conhecimento técnico-científico, imprescindível à assistência ao usuário e otimização das suas acções”

Apegando-se na visão de (Chutz e Chrizostimo, et al., 2009) continuam e definem cuidados de enfermagem como um processo fundamentado na motivação, razões e objetivos, guiados por antecipações, na forma de planejamento e projeções do enfermeiro, contribuindo efetivamente para que o exercício profissional do enfermeiro seja visto pela sociedade como arte do cuidar, deslocando-a para ciência que aponta para uma metodologia própria por meio do saber técnico-científico.

De forma muito sintética, (Brasil, 2003, p. 18) define que; “a assistência de enfermagem como uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes.”

1.1.2. Gravidez de alto risco

Mediante o conceito de gravidez como um fenômeno biológico e natural que ocorre de modo normal, trás-se o entendimento de que a gravidez de alto risco ocorre na medida em que as condições básicas de saúde da gestante são precárias, necessitando assim de atendimento especializado no decorrer da gravidez.

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 chance de serem atingidas que as da média da população considerada” (Ferreira, 2021).

A gestação é um fenômeno fisiológico, no qual deve ser vista por todos como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional (Souza, et al. 2020).

Ainda em (Rodrigues, Dantas, Pereira, Silveira, & Rodrigues, 2017, p. 24), aborda-se o seguinte: “a gravidez de alto risco é definida por uma série ampla de condições clínicas, obstétricas ou sociais que podem trazer complicações ao período gestacional, ameaçando o bem-estar do binômio materno-fetal e comprometendo o desfecho da gravidez”.

Também abordando sobre a gravidez de alto risco, em citação (Caldeyro-Barcia, 1973), (Brasil, 2010, p. 11) argumentam que, “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”.

A gravidez é considerada de “alto risco” quando a gestante ou o bebê apresentam alguma doença que aumentam as chances de evolução desfavorável da gravidez (Soares, et al. 2021).

A gravidez de alto risco é aquela na qual se identificam doenças maternas prévias ou mesmo adquiridas durante a gestação podem colocar em risco a vida materna e/ou fetal (hipertensão, diabetes, anemias graves, problemas cardíacos, entre outras), (Brasil, 2010).

Nisto, pode-se compreender que a definição de gravidez de alto risco se baseia na ocorrência de complicações na saúde da mulher, gerando riscos da saúde tanto da mãe, tanto do feto ou bebê.

1.1.3. Mulheres

De acordo com a Equipe editorial de Conceito, (2020) o termo mulher advém do latim *mulier*, uma mulher é uma pessoa do sexo feminino. Trata-se de um termo que se utiliza em contraste a homem, conceito que nomeia o ser humano do sexo masculino.

O uso mais específico da palavra mulher está vinculado à pessoa do sexo feminino que já tem chegado à sua puberdade ou à idade adulta. (Equipe editorial de Conceito, 2020).

De acordo com Oliveira e Noronha (2016), “entende-se por mulher todo ser humano do sexo feminino, em oposição ao sexo masculino classificado como homem”.

No nosso ponto de vista, dentro da categoria “mulher” pode-se incluir a de menina, adolescente e adulta. Do ponto de vista biológico, a mulher é um ser humano produto da fertilização do óvulo por parte da célula espermatozóide que possui os cromossomos XX.

1.1.4. Definição de Hospital

Tem-se demonstrado que do ponto de vista etimológico, a palavra hospital deriva do vocabulário latino, podendo também encontrar significância no vocábulo grego. Como elucida (Brasil, 1944, p. 7) que;

A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes”, (Brasil, 1944, p. 7).

A cima verifica-se que a origem da palavra hospital já demonstrava de facto o local de cuidado a pessoas necessitadas e enfermas.

Na abordagem sobre a assistência de enfermagem, em (Brasil, 2003, p. 19) define-se hospital como sendo o “estabelecimento de saúde destinado a prestar

assistência sanitária em regime de internação a uma determinada clientela, ou de não-internação, no caso de ambulatório ou outros serviços”.

O hospital, é uma instituição social especializada no cuidado da saúde dos cidadãos de um determinado contexto geográfico.

1.2. Breve história sobre a assistência de enfermagem

Como se verificou através da definição de cuidados de enfermagem, este, é tido como conjunto de acções planificadas pelos profissionais de enfermagem para atendimento as necessidades de tratamento e prevenção de doenças em pacientes.

Sabe-se que o modo de assistência aos pacientes não é o mesmo desde os primórdios da existência da humanidade, assim, neste texto passa-se a incorrer sobre os registros históricos que demonstra o surgimento e evolução dos cuidados ou assistência de enfermagem. Como argumenta (Garcia, 2020, p. 11);

O saber e o fazer da Enfermagem apresentam uma evolução contínua, que precisamos acompanhar, se temos a intenção de criar as condições para utilizar processos, métodos ou instrumentos que organizem nossa prática, de modo a produzir resultados positivos para a saúde das pessoas de quem cuidamos.

Os cuidados pela assistência de enfermagem indicam a necessidade de garantia de condições para a sobrevivência da humanidade, em meio a situações que podem acometer a saúde e a vida, neste sentido, pode-se entender que tal necessidade existe desde os primórdios da existência, evidenciando assim o facto de que a assistência de enfermagem ainda que de forma empírica, existiu sempre no contexto da humanidade.

Em fundamento ao anterior, pode-se mencionar que citando (Geovani e Colaboradores 2002; Fortes 1997), (Oliveira, Paula, & Freitas, 2007, p. 128) argumenta que a “retomada do passado vem demonstrando que as práticas da saúde são tão antigas quanto a humanidade, pois são inerentes a própria condição de sobrevivência. Por muitos séculos a enfermagem foi exercida, de maneira empírica, pelas mães, por sacerdotes, feiticeiros e religiosos”.

Também em seu artigo (Alves, Figueiró, Machado, Loureiro, & Silva, 2020), descrevem que mesmo na era a.C., os cuidados de saúde já existiam, e nisto, apresenta a divisão de fases evolutivas dos mesmos em quatro periodos, a saber: práticas de saúde magicosacerdotais, práticas de saúde no alvorecer da ciência,

práticas de saúde monástico-medievais, práticas de saúde pós monásticos e práticas de saúde no mundo moderno.

As práticas da saúde no alvorecer da ciência passam a ter destaque com a descrença de que as doenças eram fruto de maus espíritos, como fundamentado pelas práticas de saúde mágico sacerdotais, onde pode-se evidenciar o trabalho de Hipócrates.

Por Hipócrates não acreditar que as patologias eram provocadas por maus espíritos, começou a fazer observações dos pacientes, fazendo diagnósticos, prognósticos e aplicando sua terapêutica que era fundamentada no princípio de não se contrariar a natureza e sim auxiliá-la no tratamento, sendo este baseado em banhos, dietas, massagens, ginásticas, vômitos, sangrias, calmantes e purgativos. (Alves, Figueiró, Machado, Loureiro, & Silva, 2020, p. 6).

Até a modernidade, o mérito da enfermagem moderna é atribuído a Florence Nightingale (1820-1910), segundo (Dias & Dias, 2019, p. 49), “para Nightingale, a enfermagem era uma arte (ciência) que requeria treinamento organizado, prático e científico; a enfermeira deveria ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e à higiene e não a servir aos profissionais dessas áreas”.

Também assegura (Garcia, 2020, p. 12) o mérito da enfermagem moderna a Florence avançando ser no princípio do séc. XIX, com a publicação do seu livro *Notas de Enfermagem* em que sua principal abordagem se direcionava em tornar a enfermagem como uma profissão respeitável. Conforme a autora; “as origens da Enfermagem Moderna, se situam na metade do século XIX, quando Florence Nightingale nos trouxe o exemplo de uma prática sistemática e empírica”.

Avança (Garcia, 2020, p. 12) que Florence defendia a necessidade de formação das enfermeiras e expõe o seguinte;

A lição prática mais importante que pode ser dada às enfermeiras é ensiná-las o que observar, como observar, que sintomas indicam melhora e quais indicam o contrário, que sintomas são importantes e quais não têm nenhuma importância, que sintomas evidenciam negligência, e qual o tipo de negligência.

Também em (Oliveira, Paula, & Freitas, 2007, p. 128), sustenta-se que apesar de os cuidados aos doentes terem existido antes de Florence, “a sua forte personalidade, visão e habilidade prática para a organização conseguiram dar para a enfermagem os

princípios técnicos e educacionais e elevada ética que impulsionaram a profissão e criaram oportunidades impensáveis anteriormente”.

A evolução dos cuidados de saúde está intrinsecamente ligada com a prática do ensino e treinamento a novas habilidades de aperfeiçoamento a profissão de enfermagem, nisto, os saltos positivos da enfermagem devem-se aos contínuos esforços empregados na necessidade de aperfeiçoamento da actuação dos profissionais nesta área.

1.3. Diagnóstico da gestação

Grande parte das mulheres consegue identificar de forma habitual uma possível gestação por meio de sinais do seu próprio organismo, como em casos de amenorreia ou atraso menstrual. As suspeitas aumentam quando a mulher apresenta histórico de vida sexual activa, ou ainda, pelo não uso e/ou uso inadequado de métodos contraceptivos. Os sinais e sintomas podem ser classificados como sinais e sintomas de presunção, sinais de probabilidade e sinais de certeza. Estes, agregados à exames laboratoriais contribuem para o diagnóstico precoce de gestação. É essencial que isso ocorra para garantia da saúde materno-fetal (Freitas, et al, 2017).

Ainda para o mesmo autor citado acima, os sinais de presunção podem manifestar-se pela amenorreia, alterações cutâneas, na vulva e vagina e alterações mamárias. Já os sintomas de presunção correspondem a náuseas e vômitos, aumento e sensibilidade nas mamas, sialorreia, fadiga, mudanças no apetite, percepção de movimentos fetais pela própria paciente, entre outros. Os sinais de probabilidade são referidos pela consistência cervical amolecida e aumento do volume abdominal. Por fim, constata-se os sinais de certeza por meio da ultra-sonografia, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e percepção dos movimentos fetais.

1.4. Alterações fisiológicas da gravidez

Gravidez é dita como uma fase que exige preparação, principalmente no que diz respeito a uma primigesta. Um período em que ocorrem diversas transformações na vida conjunta e pessoal de alguém. Além das alterações físicas, a mulher precisa enfrentar também as modificações psicológicas, sendo ambas desafiadoras para futuras adaptações do estilo de vida geral. Segundo a literatura afirma, as transformações anatómicas, fisiológicas e bioquímicas na gravidez decorrem principalmente de factores hormonais e mecânicos (Dias et al., 2019).

Muitas modificações podem ser consideradas como patológicas para uma mulher não gestante. Porém, a diferenciação dessas alterações se justifica por meio da resposta do organismo feminino ao acomodar o feto durante o período gestacional.

Apesar de respostas fisiológicas da gestação, não se deve descartar a possibilidade de sintomas molestos. Para melhor descrever as mudanças experienciadas pelas gestantes, Montenegro, afirmam ser conveniente distingui-las em modificações sistêmicas e dos órgãos genitais.

As modificações gravídicas sistêmicas reflectem basicamente as adaptações circulatórias, metabólicas e endócrinas. Enquanto as transformações locais do organismo materno se referem ao sistema genital feminino, ou seja, proximidades do órgão de concepção. Por sua vez, postura e deambulação se desarranjam. De forma involuntária, a mulher adopta uma nova postura devido a expansão do útero gestante e do aumento abdominal. Consequentemente, o tórax e abdómen começam a pesar, o centro de gravidade se desvia para frente e o corpo é jogado para trás, tentando compensar todo o deslocamento. Queixas frequentes de dores na coluna são expressas devido a situação assumida para manter o equilíbrio, sendo comum a ocorrência de lordose. Deambulação se dificulta, apresentando marcha anserina com passos curtos e oscilantes, comparados aos de gansos.

Uma série de mudanças endócrinas no organismo materno gera a produção constante de altos níveis de hormônios indispensáveis, como o estrógeno e a progesterona. A prolactina, por sua vez, é um hormônio fundamental para induzir e manter a lactação, promovendo a secreção de leite pelas glândulas mamárias. A ocitocina, decretada pela hipófise posterior, tem como funções estimular contracções uterinas e promover também a ejeção ou descida do leite (Morim, et al. 2015).

Em função da constante produção hormonal Morim et al (2015), afirma que o estrógeno em ligação com a progesterona contribui para modificações gravídicas, bem como pele e anexos. Observa-se vasodilatação periférica e aumento da vascularização da pele, ocasionando eritema palmar, telangiectasias, palificação conhecida como sinal de Halban, e hiperactividade das glândulas sudoríparas e sebáceas.

Os altos níveis de progesterona estimulam a produção e secreção do hormônio melatrófico, que age sobre as moléculas da pele induzindo produção excessiva de melanina, a qual provoca hiperpigmentada e o surgimento de manchas denominadas cloasma ou melasma gravídico, encontradas frequentemente na face. A hiperpigmentada se estende também pela linha alba ou linha nigra, aréola secundária mamária denominada sinal de unter e regiões de dobras.

Ainda para o mesmo autor citado acima, o sistema circulatório sofre alterações ligadas ao volume e à constituição do sangue, tendo este, um aumento considerável durante a gravidez, atingindo valores 30 a 50% maiores que os níveis pré-gestacionais. Este aumento ocorre entre a 10^a e 20^a semana de gestação e se dá principalmente pela elevação do plasma e da pré-carga, descrita como o volume de sangue que chega do retorno venoso ao coração. Diante disso, aumentam-se as necessidades de suprimento sanguíneo nos órgãos genitais, principalmente no útero, o qual futuramente sofrerá perdas no processo de parturição.

Soncini (2019), explicam que o trabalho cardíaco aumenta cerca de 30 a 50% começando no primeiro trimestre de gestação. Contrariando o aumento acentuado do volume sanguíneo e o débito cardíaco, há redução da pressão arterial em virtude do decréscimo da resistência vascular periférica. Ainda por volta do terceiro trimestre, a pressão se eleva e se normaliza no termo, caso não haja problemas hipertensivos. Quando a gestante adotar posição supina, poderá apresentar a síndrome de hipotensão supina, causada pela redução do débito cardíaco e diminuição do retorno venoso originado da compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico, caracterizando hipotensão, síncope e bradicardia.

Alterações sanguíneas ocorrem devido a hemodiluição, ou seja, a contagem de hemácias, hematócrito e concentração de hemoglobina decrescem. No terceiro trimestre, a concentração de hemoglobina reduz o valor médio não gravídico de 13,3 g/dl para 11 g/dl, isto é classificado como anemia fisiológica da gravidez, confundida em grande parte dos casos com anemia ferro priva, destarte, justifica-se a suplementação com sulfato ferroso (Ricci, 2015).

No sistema urinário os rins aumentam de peso e tamanho. No início do terceiro mês os cálices renais, a pelve e o ureter se dilatam e a perístase diminui. A progesterona oportunista o relaxamento da musculatura lisa do trato urinário,

acarretando hipotonia uretral. Anatomicamente, o útero expande e a bexiga torna-se espremida, causando polaciúria pela diminuição de sua capacidade residual. Observa-se também, aumento da capacidade ureteral pela diminuição dos tónus e peristaltismo. Predisposições para infecções urinárias podem ser mais frequentes nesse período em consequência do maior armazenamento e estagnação de urina.

Para Melo, (2016), é comum no sistema digestivo o aparecimento de náuseas e vômitos pelo aumento dos níveis de gonadotrofina coriônica humana. Além da sede e apetite aguçado por determinados alimentos, observa-se produção excessiva de salivagem, tecnicamente conhecido como ptialismo. A anatomia do estômago é alterada. Ocorre também redução do tónus do esfíncter e sôdiano e diminuição das ondas peristálticas do esôfago, gerando pirose e piora do refluxo gastro esofágico. Habitualmente as gestantes podem apresentar constipação intestinal por consequência da atonia sobre as musculaturas do intestino grosso e delgado, principalmente no terceiro trimestre. Há grande propensão de formar cálculos devido a hipotonia e viscosidade da vesícula.

Quanto ao sistema respiratório, o diafragma eleva-se em decorrência do útero grávidico, afectando também a caixa torácica. No primeiro trimestre, o volume-corrente e volume-minuto aumentam em cerca de 30 a 40%. A capacidade residual funcional diminui 20% devido à elevação do diafragma. Cerca de 60 a 70% das gestantes sem com morbidades respiratórias preexistentes apresentam dispneia. A resolatividade dos problemas respiratórios induzidos pela prenhez começa 24 a 48 horas após o parto e se completa por fim, com 7 semanas do puerpério (Souza, et al, 2020).

As adaptações metabólicas determinam o aumento das necessidades nutricionais da grávida, dentre elas a carência de energia, proteínas e outros. O ganho de peso é distribuído proporcionalmente em todo organismo, a fim de assegurar as demandas grávidicas. Em torno do terceiro trimestre o feto exige maior carga energética, resultando em hiperglicemia. Vale ressaltar que o consumo excessivo de carboidratos desequilibra o metabolismo e pode gerar na mulher um quadro de diabetes gestacional (Souza, et al, 2020).

O útero, que se refere aos órgãos genitais é acometido intensamente, visto que além das alterações em seu peso, tamanho, volume, vascularização, consistência e

coloração, o mesmo retém o feto durante todo crescimento e desenvolvimento servindo posteriormente de força motora para a expulsão durante o trabalho de parto. Durante a gestação o impressionante órgão pode pesar até 1.200g e apresentar capacidade total de 5 litros. No colo uterino comumente ocorre edema local que confere consistência amolecida conhecida como sinal de Goodell.

Ocorrem também o aumento na produção de muco denominado tampão mucoso ou ainda rolha de Schroeder, a qual tem função protectora sobre o feto.

Como resultado da embebição gravídica, a vulva e a vagina apresentam sinal de Jacquemier- Kluge, onde as suas colorações passam a ser violáceas. A hipertrofia acomete as células musculares da vagina, causando aumento de sua largura e comprimento. Pela influência hormonal o epitélio vaginal se espessa durante a gravidez e há aumento da descamação, resultando secreção vaginal com pH mais ácido que tem benefício de protecção contra infecção ascendente.

O aumento e as modificações mamárias são evidentes desde o início da gestação devido à hiperplasia das glândulas e proliferação dos ductos mamários. Já nas primeiras semanas, as grávidas exprimem queixas frequentes referentes a dores e ao ingurgitamento mamário. A vascularização forma uma rede venosa visível abaixo da pele, chamada rede de Haller. A papila se apresenta mais saliente e com maior capacidade erétil. Forma-se uma aréola secundária mais escurecida denominado sinal de Hunter. Os tubérculos de Montgomery elevam-se pela hipertrofia das glândulas sebáceas do mamilo. Por meio da expressão mamilar é notada a secreção de um líquido espesso e amarelado, usualmente chamado de colostro (Oliveira et al, 2017).

De acordo Oliveira et al (2017), afirmam que após os primeiros meses a alteração do colagénio e a hiperdistensão da pele podem ocasionar o aparecimento de estrias nas mamas, causando muitas vezes constrangimento na aparência materna.

1.5. Complicações da gravidez

Consequente às tantas transformação do organismo materno, surgem agravos de saúde que exigem atenção redobrada e totalmente individual. Mulheres que vivenciam distúrbios preexistentes precisam de assistência antes mesmo da

expectativa de gestar. Para que a assistência seja eficaz, é extremamente importante levar em consideração os determinantes sociais de saúde e histórico de doenças pregressas.

Para Varas, et al. (2017), as complicações que surgem no percurso gestacional são preditores que elevam a morbimortalidade materno fetal. Observa-se que adolescentes, mulheres acima de 35 anos, portadoras de patologias como cardiopatias, diabetes e hipertensão, podem apresentar maiores riscos e/ou agravos que trazem resultados indesejáveis e tornam-se permanentes em alguns casos.

As patologias que afectam a mulher durante a gestação se diversificam, apresentando-se com maior frequência no primeiro e segundo trimestre, sendo caracterizadas por hemorragias, hiperêmese gravídica, abortamento, gravidez ectópica, entre outras. Durante o terceiro trimestre se expressam o descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Outras causas que comprometem também a saúde da mulher são doenças infecciosas associadas à gravidez (Nascimento, et al., 2018).

Para Ferreira, et al. (2021), a incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) vem crescendo entre mulheres com idade fértil e é vista como a principal complicação clínica no período gravídico-puerperal. A definição de hipertensão arterial em obstetrícia é dada quando o nível da pressão sistólica for maior ou igual a 140 mmHg e da pressão diastólica for acima de 90 mmHg, realizada em duas medidas diferentes com um intervalo mínimo de, pelo menos, 6 horas.

Quando não acompanhada ou tratada corretamente, a HAS pode provocar complicações graves como o acidente vascular cerebral (AVC) e descolamento prematuro de placenta (DPP). Pode facilitar também o desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), sobreposta a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão crônica e síndrome de HELLP (SH). O feto pode ser acometido por restrição no crescimento fetal (RCF) em 10% dos casos e prematuridade em 30% dos casos, além do maior risco de óbito perinatal.

Para Rogers, et al, (2021), os casos de hipertensão crônica são observados antes da gravidez e/ou antes de completar a vigésima semana, podendo ser diagnosticado também pela primeira vez durante o percurso gestacional e/ou quando

não se resolver até 12 semanas após o parto. As grávidas com HAS, se possível, devem iniciar o pré-natal precocemente, com consultas mensais até 28 semanas, quinzenais até 34 semanas e após essa idade gestacional (IG) devem ter acesso às consultas semanais.

A trajetória terapêutica da HAS irá depender da distinção do quadro clínico e o seu foco é atribuído a medidas anti-hipertensivas e terapia medicamentosa.

A pré-eclâmpsia é um desarranjo que pode ocorrer após a vigésima semana, durante o parto e até 48 horas após o parto. Esta circunstância progride rapidamente, correspondendo ao aumento dos níveis opressórios e presença de proteinúria. A proteinúria é evidenciada pela perda de proteínas na urina, indicando um possível dano renal. Este quadro é marcado por sinais indicativos de edemas na face, mãos e membros inferiores, náuseas e vômitos, cefaleia, alterações visuais, entre outros. Para avaliar as características é fundamental realizar a colecta de urina em 24 horas. Quando houver veracidade de proteinúria na colecta e os valores forem maior ou igual a 0,3g associados ao aumento opressório, constata-se então o diagnóstico de pré-eclâmpsia (Ferreira, et al., 2021).

O mesmo autor citado acima, afirma ainda que, a eclampsia é considerada um agravamento dos quadros hipertensivos e se difere pela presença de crises convulsivas não associadas a outras causas, em gestantes com pré-eclâmpsia. Apontam que há uma grande incidência de morte materna em mulheres que vivenciam esse cenário.

A Síndrome de HELLP é definida como a forma mais grave da hipertensão arterial na gestação que foi acometida pela pré-eclâmpsia grave e/ou eclampsia. É chamada de síndrome por envolver um conjunto de sinais e sintomas, e HELLP por originar as abreviações H de hemólise; EL elevação das enzimas hepáticas e LP de baixa contagem de plaquetas (Nascimento, et al., 2018).

A sintomatologia pode ser confundida com a da pré-eclâmpsia grave. O diagnóstico é feito especificamente por meio de exames laboratoriais e é válido ressaltar que precisa ser identificado precocemente para evitar maiores complicações como hemorragias, rupturas, DPP, problemas cardíacos e respiratórios, insuficiência renal aguda, entre outras causas severas (Nascimento, et al., 2018).

O Ministério da Saúde, Brasil (2012), afirma que cerca de 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias, sendo estas consideradas também um agravante ginecológico.

Podemos dividi-las em dois grupos que são classificados como síndromes hemorrágicas da primeira metade da gravidez e síndromes hemorrágicas da segunda metade da gravidez. As causas da 1ª metade são caracterizadas pelo abortamento, gravidez ectópica (GE) e mola hidatiforme (MH). A 2ª metade da prenhez é retratada pela placenta prévia, DPP e rotura uterina. Todavia, podem ocorrer sangramentos vaginais menos frequentes como cervicites, câncer de colo uterino, traumas vaginais e/ou vulvares, sangramento do colo durante o trabalho de parto, dentre outros.

O abortamento, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definido como o término da gravidez antes da 20ª semana ou peso fetal inferior a 500 g. As classificações se diversificam, porém, o processo pelo qual o produto da concepção é eliminado comumente chamamos de aborto. Conceitua-se abortamento precoce quando a sua ocorrência se dá em até 13 semanas e tardio, quando se sucede entre a 13ª e 22ª semana (Pedrini, 2017).

Para Sampaio et al. (2018), GE corresponde a implantação do ovo em locais extrauterinos como tubas uterinas, ovários, cavidade abdominal e colo uterino, por exemplo. Os sintomas estão presentes em 50% dos casos e são baseados em uma tríade de dor abdominal, amenorreia e sangramento vaginal considerado anormal. A doença trofoblástica gestacional é manifestada de forma distinta e um de seus tipos expressa-se pela mola hidatiforme, que pode ser dividida em MH completa onde não há desenvolvimento do embrião, membranas e cordão umbilical, e, parcial onde o embrião ou feto possui inúmeras malformações.

Como dito anteriormente, a 2ª metade da gestação é marcada pela placenta prévia, que se implanta de forma total ou parcial na parte inferior do útero. Sua classificação é feita de três maneiras e corresponde com a posição do colo do útero, podendo ser baixa, marginal ou completa/centro total. A DPP consiste na separação total ou parcial da placenta da parede uterina antes do parto. Ocorre em 1 a 2 % das gestações, a sintomatologia é dor abdominal associada ou não a sangramentos vaginais. Outra complicação grave é a rotura uterina, que por sua vez pode ser completa ou incompleta, com fatores de risco referentes à cicatriz uterina,

antecedentes de cirurgia cesárea, curetagem com sinais de perfuração, traumas e/ou anomalias uterinas, entre outros (Brasil, 2010).

1.6. Gravidez de alto risco

Apesar de fisiológica, a gravidez é uma situação limítrofe que pode gerar perigos tanto para a mãe como para o feto. Estudos actuais demonstram que 20% das mulheres apresentam evolução e desfecho gestacional desvantajoso, caracterizando a gravidez de alto risco. Um quadro derivado de problemas clínicos, obstétricos ou sociais que podem ameaçar o bem-estar geral de quem a vivencia (Lima et al., 2017).

Essa condição de agravo exige cuidados especializados e totalmente voltados às suas peculiaridades. Também respalda e direcciona actuação eficiente da equipe de assistência, a qual poderá minimizar riscos, perigo e/ou piores condições à saúde, desenvolvendo ações de promoção que tragam melhoria da qualidade de vida. Em todas as consultas de pré-natal, a gestante deverá ser avaliada quanto a situações de risco. A depender do problema apresentado e qual intervenção será realizada, esse público precisará de procedimentos mais complexos que serão solucionados nos níveis secundário e terciário, não descartando a possibilidade de alguns casos também serem resolvidos em nível primário (Brasil, 2012).

Conforme afirma a Lei Federal nº 11.634 de 27 de Dezembro de 2007, toda gestante tem direito em conhecer e ser vinculada previamente à maternidade na qual será atendida em casos de agravos e/ou intercorrências. É de suma importância e obrigatoriedade que a mulher seja informada minuciosamente quanto ao andamento da gravidez e quanto o seu encaminhamento ao serviço de referência, sem rompimento de vínculo com a Equipe de Saúde da Família que continuará prestando assistência de forma integral (Teles et al, 2019).

1.7. Actuação da enfermagem na gravidez

O Ministério da Saúde na atenção pré-natal de alto risco (PNAR) estabelece a inclusão do profissional enfermeiro na equipe multidisciplinar para atendimento ao público gravídico. O enfermeiro em conjunto com os demais profissionais da saúde, devem priorizar a eficácia da assistência, responsabilizando-se pelo conhecimento da produção científica acerca do cuidado de enfermagem prestado às mulheres

O enfermeiro obstetra pode lícitamente actuar na assistência às gestantes, às parturientes e às puérperas, sendo actividade desse profissional realizar consulta de enfermagem; realizar a prescrição de enfermagem; prescrever medicamentos, desde que estes estejam estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde em obstetrícia; prestar assistência a pacientes obstétricas graves que apresentem ameaças de vida; realizar educação em saúde, entre outras competências (Cofen, 2021).

Vale ressaltar também que o enfermeiro obstetra está respaldado legalmente para acompanhar a evolução e o trabalho de parto, fornecendo assistência necessária à parturiente na execução do parto normal. Quando houver identificação de distocias obstétricas o profissional deve intervir, de forma a garantir segurança para mãe e filho, conforme a sua capacitação técnico-científica, até a chegada do médico. Além disso, o enfermeiro obstetra está apto quando necessário a realizar anestesia local, episiotomia e episiorrafia (Cofen, 2021).

Além das actividades referidas na Resolução, cabe aos enfermeiros versados em obstetrícia exercerem conjuntamente actividades de enfermagem em todas as áreas da assistência, asseguradas pela Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406. Neste sentido, Dias et al. (2019), afirmam que esses profissionais precisam assumir postura idónea ao desenvolver acções, resguardando a gestante de negligências, imperícias e imprudências, assegurando então o nascimento de um bebé saudável.

1.8. Sistematização da assistência de enfermagem na gestação de alto risco.

A SAE é definida como uma metodologia científica que permite o gerenciamento do cuidado e fornece subsídios para organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível assim, a operacionalização do PE (Cao, 2018).

A implementação da SAE é uma determinação legal para a categoria profissional de enfermagem, estabelecida pela Resolução Cofen nº 358/2009, a qual determina que o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem como hospitais, homem carre, atenção básica, ambulatórios e outros (Cofen, 2021).

Por sua vez, o PE é definido como uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro que o orienta quanto ao raciocínio clínico, a tomada de decisão diagnóstica, e o norteia quanto à documentação formal da prática profissional. Ele se estrutura em cinco etapas compostas pela colecta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação de enfermagem.

Logo, não se pode pensar em uma sistematização eficiente sem que todas as fases sejam realizadas, uma vez que elas são interdependentes. A identificação das etapas e o desenvolvimento coerente do sequenciamento são úteis para incitar o pensamento crítico e a tomada de decisão, vistos como instrumentos dinâmicos que subsidiam a prática do enfermeiro na utilização do PE. Com base nisso, é necessário que o profissional aperfeiçoe seus conhecimentos teóricos acerca da enfermagem clínica e trabalhe suas habilidades de comunicação com o público, facilitando por meio dessa metodologia a relação enfermeiro cliente (Junior, et al, 2017).

Estudos evidenciam que a consulta de enfermagem equivale ao PE no contexto da atenção primária e desempenha tarefa fundamental em relação à orientação no pré-natal de alto risco (Dias, et al., 2019).

Na primeira consulta pré-natal é indispensável que o enfermeiro consiga estabelecer vínculo profissional com a gestante. É cabível também avaliar os níveis de complexidade do cuidado, tencionando reduzir consequências e/ou interferir na gestação que possui maior chance de desfechos nocivos. Sendo assim, o profissional deverá levantar a história clínica, verificando antecedentes obstétricos e ginecológicos, antecedentes familiares, informações sobre sexualidade, levantar histórico da gestação actual, realizar o exame físico geral e específico, solicitar exames laboratoriais que visam rastreamento e relutividade precoce de problemas gestacionais (Alves, et al., 2010).

Nas demais consultas é relevante que o profissional verifique o calendário de vacinas, devendo ainda realizar controle materno calculando IG, índice de massa corporal, pressão arterial, realizar palpação obstétrica e medição da altura do fundo uterino, além de investigar também sinais de edema e avaliar os resultados de exames.

Em relação ao produto de concepção, deve-se auscultar os batimentos cardíacos e avaliar movimentos fetais. Quando encontradas alterações que comprometam a saúde materno-fetal, o enfermeiro com base no pensamento crítico poderá realizar educação em saúde ou encaminhamento para o serviço de referência (Alves, et al., 2019).

Para Dourado & Pelloso, (2020), os profissionais de saúde devem desempenhar assistência de qualidade e satisfatória, aprimorando suas competências no acompanhamento do pré-natal de alto risco a partir de um processo de trabalho sistematizado, que atenda as reais necessidades básicas de modo individualizado e humanizado. Tratando-se da gestação de alto risco, logo, como em todos os outros ambientes de prática profissional, o enfermeiro deve realizar e avaliar o PE almejando resultados positivos. O técnico de enfermagem e o auxiliar em conformidade com as leis, participam da execução de acordo com o que lhes couber, sob supervisão e orientação do enfermeiro.

Lima, et al. (2019) afirmam que o intuito da SAE à gestação de alto risco é acolher e ajudar a mulher, implementando uma assistência efetiva que permita monitorar a internação, o controle e/ou redução dos agravos à saúde materno-fetal. Pesquisas atuais demonstram que existe carência por mais estudos que envolvam o PE e a obstetrícia, agregando desta forma as outras etapas do PE, com vistas a contribuir com a SAE às gestantes, em especial as de alto risco. Observa-se que mesmo sendo uma temática importante, existe escassez de estudos sobre.

A sistematização de cuidados guiarão a equipe de enfermagem, podendo assim o enfermeiro identificar os diagnósticos de enfermagem, planejar e implementar as intervenções de enfermagem voltadas para o atendimento das necessidades e respostas dos pacientes com distúrbios hidro electrolíticos (Batista, et. al., 2021).

1.9. Factores que predisõem uma gestação de alto risco

As síndromes hipertensivas em gestante são muito comuns e causam grande preocupação pois afectam todos níveis sócios económicos. Em algumas situações limítrofes há riscos tanto para a mãe quanto para o feto. Existe um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável. Considera-se gravidez de risco a

manifestação de intercorrência materna ou fetal durante a vida intra-uterina do concerto que afecte a evolução e a resolução da gravidez (Pinheiro, et al., 2018).

A gestação de alto risco pode ser compreendida como 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.

Existem diversos factores de risco gestacional como: diabetes, obesidade, gravidez múltipla, primariedade, idade superior a 30 anos, doenças endócrinas, o estado nutricional materno, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crónica. É necessário discutir os factores de alto risco que predispõem a gestação segundo (Ruas, 2020).

Ainda acerca das doenças de alto risco, as doenças endócrinas destacam que as gestações livres de intercorrências ou com mínimas complicações são esperadas quando as recomendações de ganho apropriado de peso são seguidas, como relatam (Silva, et al, 2021, p. 9).

Apesar de existirem pesos bem estabelecidos, 52,3% das gestantes excedem o ganho recomendado, especialmente aquelas com sobrepeso e obesidade pré-gestacional, e isso resulta em danos para a mãe e para o feto em curto e longo prazo. Esse ganho aumenta as taxas de macrosomia e anormalidades metabólicas, predispõe à intolerância a carboidratos, ao parto cesáreo e à pré-eclâmpsia.

O estado nutricional e o adequado ganho de peso materno são factores importantes para o bom resultado da gravidez, bem como para a manutenção da saúde, a longo prazo, da mãe e da criança. A obesidade materna e o ganho de peso acima do recomendado aumentam os riscos para uma série de resultados adversos, tais como: diabetes gestacional, parto prolongado, pré-eclâmpsia, cesárea e depressão. (Page, et al, 2022, p. 12)

Com relação ao diabetes mellitus (DM), o mesmo autor ressalta que ao longo dos últimos anos, o diabetes vem se tornando um sério e crescente problema de saúde pública em todo mundo. Quando diagnosticado durante a gestação, o diabetes mellitus gestacional (DMG) pode ou não persistir após o parto. Contudo, o conceito actual é de que não apenas o DMG mas, também, os graus mais leves de intolerância à glicose devam ser detectados e tratados. Do ponto de vista obstétrico, o DM é

considerado um complicador gestacional, existindo uma clara relação entre o controle glicémico e a morbimortalidade materno-fetal.

Estudos recentes têm demonstrado que não apenas o DMG mas a hiperglicemia gestacional leve estão associados ao risco aumentado de hipertensão gestacional, doença cardiovascular, síndrome metabólica, cesárea e prematuridade. Outro aspecto que deve ser considerado é o desenvolvimento do diabetes mellitus (DM) tipo 2, para isso orienta-se e estimula-se a paciente a uma alimentação balanceada, a uma actividade física e estilo de vida que possa retardar um possível aparecimento da doença. Sempre visando manter o foco na saúde da gestante, pois se não tratada a tempo, o diabetes pode, também, influenciar na saúde do bebé.

Outro resultado adverso na gestação é a pré-eclâmpsia, que segundo Luciano, et al (2011) são desordens hipertensivas da gestação que respondem por parcela significativa das mortes maternas e fetais em todo o mundo. A PE é uma complicação clínica extremamente temida pelo alto potencial de letalidade e morbidade, complicando de 5% a 7% das gestações consideradas de risco habitual, e atingindo incidência de até 20% em gestações consideradas de alto risco. A depressão durante a gestação é outro factor adverso.

A prevalência de depressão na gestação foi estimada em 7,4% no primeiro trimestre e em 12% no segundo e terceiro trimestres. A prevalência de depressão no período pós-parto oscila em torno de 13%. E, em meio a tantos factores de alto risco para a gestação, não se pode deixar de falar a respeito da gravidez com idade avançada.

Com isso, Brasil (2010) discutem que a gravidez após a idade de 34 anos é denominada gravidez tardia, sendo considerada factor de risco para a morbidade materna e fetal.

Brasil (2010) considera factor de risco gestacional preexistente a idade materna maior que 35 anos, exigindo atenção especial durante a realização do pré-natal.

1.10. Factores determinantes da gravidez de alto risco

No conceito sobre a gravidez indicado por (Dourado & Pelloso, 2007), demonstra-se que a gravidez é um fenómeno natural que recebe várias influências. Em suas palavras menciona-se o seguinte;

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência. Para a investigação das relações humanas e conhecimento melhor dessa influência e complexidade das vivências do ciclo gravido-puerperal, é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto da gravidez, sua idade e vínculo com o parceiro. (Dourado & Pelloso, 2007, p. 70)

No entendimento de (Melo, et al., 2017), entre os factores que desencadeiam a gravidez de alto risco podem se considerar “a pré-eclâmpsia; o parto cesariano; a idade avançada da gestante; transplante hepático; tromboembolismo venoso; doença falciforme; doenças endócrinas, como é o caso da diabetes; e o estado nutricional materno”.

A semelhança do anterior, (Brasil, 2010) sustenta que os factores desencadeantes da gravidez de risco podem ser considerados em duas perspectivas, nomeadamente: fatores de risco gestacionais presentes antes da gestação e fatores de risco referentes a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação.

1.11. Factores de risco gestacionais presentes antes da gestação

Os factores gestacionais presentes antes da gestação/gravidez, consideram-se como uma pré-disposição na mulher que desencadeia a gravidez de alto risco. Em (Brasil, 2010) este grupo de factores classifica-se em: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior e condições clínicas preexistentes;

Idade maior que 35 anos; idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; altura menor que 1,45m; peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC30); anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; hábitos de vida fumo e álcool; exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

No contexto da história reprodutiva anterior envolve, abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; parto pré-termo anterior; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e grande

multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; diabetes gestacional; cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores). (Brasil, 2010, p. 13)

No contexto das condições clínicas preexistentes, incluem: “hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; neuropatias; neoplasias” (Brasil, 2020, p. 13).

Os factores de risco em gestações de alto risco referem-se a condições ou circunstâncias que aumentam a probabilidade de complicações durante a gravidez.

1.12. Factores de risco referentes a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação

Durante a gestação, podem ocorrer situações que coloquem em risco a gravidez, podendo ser considerada como gravidez de alto risco. Neste grupo de factores envolvem os seguintes aspectos: exposição indevida ou accidental a factores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas.

Em relação a exposição indevida ou accidental a factores teratogêneos, evidencia-se a necessidade do cuidado redobrado da mulher no período gestacional, considerando um período delicado de desenvolvimento fetal que acarreta um conjunto de lentas transformações na estrutura fisiológica da mulher.

Referindo-se a factores teratogêneos, (Garcia, et al., 2023, p. 27278) realçam que “um agente teratogênico é considerado qualquer agente químico, infeccioso, condição física ou estado de deficiência, estando presente durante a vida embrionária ou fetal, e podem resultar em uma modificação estrutural ou funcional”.

Avançam os mesmos autores (Garcia, et al., 2023) que os agentes teratogênicos podem ser divididos em 5 categorias, nomeadamente: drogas e substâncias químicas, agentes físicos, agentes ambientais, infecções maternas e condições maternas, sendo que a ação destes agentes sobre o embrião ou o feto em desenvolvimento depende de vários factores, dentre eles, a relação entre dose e efeito, estágio de desenvolvimento do concepto e a via de exposição.

Os factores envolventes na doença obstétrica na gravidez atual são: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;

trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; insuficiência istmo-cervical; aloimunização; óbito fetal. (Brasil, 2010).

No tocante a intercorrências clínicas, menciona-se em Brasil, (2010, p. 13) que se consideram aspectos como: “doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias)”.

Os factores de desencadeantes para a gravidez de alto risco estão presentes desde antes e após gestação, no entanto, os cuidados para lidar e prevenir que ocorra gravidez de alto risco devem ser desencadeados em ambas as fases, ou seja, mesmo quando ainda não há gravidez, as mulheres precisam se submeter a avaliações de modos a se assegurar que ao engravidar e durante a gravidez, poderão viver o fenómeno de forma normal, isenta de riscos.

Factores	Complicação
Idade Materna Avançada	Gravidezes em mulheres com idade superior a 35 anos têm maior propensão a complicações, como síndrome de Down e pré-eclâmpsia
Idade Materna Jovem	Gestantes adolescentes podem enfrentar Desafios devido à imaturidade física e emocional, aumentando o risco de parto Prematuro.
Condições Médicas Pré-existentes	Doenças crónicas como diabetes, hipertensão e distúrbios cardíacos podem agravar durante a gravidez, exigindo uma gestão cuidadosa.
Histórico de Gravidez Complicada	Mulheres que tiveram complicações em gestações anteriores, como parto prematuro ou pré-eclâmpsia, têm maior probabilidade de enfrentar desafios semelhantes
Múltiplas Gestações	Gravidezes de gémeos, trigémeos ou mais estão associadas a um maior risco de complicações devido às demandas adicionais no corpo da mãe

Estilo de Vida	Hábitos como fumar, consumir álcool ou Drogas ilícitas durante a gravidez aumentam o risco de complicações, incluindo defeitos congénitos e parto prematuro
Obesidade	O excesso de peso antes da gravidez pode contribuir para complicações, como diabetes gestacional e hipertensão
Infecções	Algumas infecções, como infecções trato urinário ou infecções sexualmente transmissíveis, podem aumentar o risco de complicações obstétricas.

Fonte: Brasil, (2020, p. 13)

1.13. Factores médicos de risco

No contexto da gestação de alto risco, os factores médicos desempenham um papel crucial na determinação do nível de complexidade e atenção necessários. Condições médicas preexistentes, como diabetes, hipertensão e distúrbios auto-imunes, podem aumentar substancialmente os riscos associados à gravidez. A gestante, nesses casos, demanda uma abordagem cuidadosa e personalizada para otimizar a saúde materna e fetal.

Além disso, certas complicações médicas, como a pré-eclâmpsia, a gestação múltipla e as anomalias congénitas, contribuem para a categorização de uma gravidez como de alto risco. O monitoramento rigoroso dessas condições é essencial para antecipar potenciais complicações e permitir intervenções oportunas. Especialistas em obstetrícia e ginecologia desempenham um papel fundamental na identificação e manejo desses factores médicos, colaborando estreitamente com outros profissionais de saúde.

A análise dos factores médicos não pode prescindir da consideração dos aspectos genéticos que podem influenciar a gravidez. Doenças hereditárias, anomalias cromossómicas e histórico familiar são elementos essenciais a serem avaliados durante o acompanhamento pré-natal. Uma compreensão aprofundada desses factores permite uma abordagem mais proactiva na gestão da gravidez de alto risco, contribuindo para a saúde tanto da mãe quanto do feto.

Vale ressaltar que a avaliação pré-concepcional desempenha um papel preventivo significativo na mitigação dos riscos médicos associados à gravidez. A

identificação precoce de condições médicas e a implementação de medidas correctivas antes da concepção são fundamentais para melhorar os resultados materno-infantis em gestações de alto risco. Essa abordagem proactiva reflecte a importância da medicina preventiva no cuidado obstétrico contemporâneo.

1.14. Atendimento de referência nos cuidados na gravidez

Como a atenção básica é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde de excelência no acolhimento e nas consultas primárias confere agilidade aos fluxos de atendimento. Ou seja, todo o ciclo do serviço de saúde torna-se mais fluido quando o profissional de enfermagem está qualificado para realizar pré-natal. (Barra, 2012)

Em linhas gerais, pode-se dizer que a enfermagem realiza uma espécie de gestão dos cuidados na gravidez em todas as suas fases. E cabe à equipe otimizar os atendimentos de referência e contra referência que compõem o sistema de saúde.

Se as condições de saúde da gestante forem de risco, a mulher é referenciada para unidades com maior complexidade. Após esse atendimento, ela é contra referenciada à unidade de atenção básica a fim de dar continuidade ao pré-natal. Os cuidados também orientam a mulher sobre a diferença entre sensações, dores e inseguranças comuns à gestação e, ainda, aquelas que podem oferecer maiores riscos. (Barra, 2012).

Para Hasson (1998), refere-se ao atendimento das mulheres que estão no período de cerca de nove meses de gestação, contado a partir da fecundação e implantação de um óvulo no útero até ao nascimento.

Segundo Steven, (2011), designa a condição de atendimento aos serviços públicos de uma mulher gestante que já concebeu e que na qual evolui o produto da concepção.

Segundo World Health Organization (2011), conceitua como sendo o atendimento dos serviços de saúde em mulher no estado de gestação.

Em suma, gestante assistida refere-se propriamente ao atendimento dos serviços de saúde em mulheres em estado de gestação.

1.15. Assistência interprofissional

Para Galvão (2006), serviço interprofissional é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interactivo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde. Pesquisas vêm revelando continuamente que profissionais de saúde e serviço social enfrentam uma série de problemas na coordenação e colaboração interprofissional que impactam na qualidade e segurança da atenção.

Espera-se que os profissionais de saúde e serviço social as habilidades necessárias para trabalhar efetivamente juntos para garantir uma atenção de alta qualidade e com segurança para os pacientes. Ao discutir uma série de problemas profissionais, educacionais e organizacionais relacionados à assistência interprofissional, o presente trabalho defende que esta forma de educação é uma estratégia importante para garantir uma atenção à saúde segura e eficaz. (Galvão, 2006).

Segundo OMS (2013), assistência interprofissional é a coordenação e colaboração entre funcionários de diferentes sectores dentro da saúde que impactam na qualidade e segurança da atenção. Em função da crescente complexidade dos problemas de saúde e do carácter fragmentado da atenção à saúde prestada, uma prática interprofissional colaborativa é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral.

Em função da crescente complexidade dos problemas de saúde e do carácter fragmentado da atenção à saúde prestada, uma prática interprofissional colaborativa é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral. Nessa prática, os profissionais buscam realizar um trabalho colaborativo com ações coletivas voltadas a tarefas comuns, o que pode resultar em uma atenção mais adequada para responder às necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade. (Galvão, 2006).

Pensa-se que, os serviços interprofissionais pode ser definida como “o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas”, que envolve “reflectir e operar” um trabalho “capaz de responder às necessidades da comunidade.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipos de pesquisa

De acordo com o Fachin, (2009), define-se pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objectivo proporcionar respostas aos problemas que são propostas.

Para este trabalho utilizamos a pesquisa descritiva porque tem como objectivo descrever as características de determinada população baseando-se em uso de padrões textuais e com finalidade de observar, registar e analisar os fenómenos.

Segundo Trivinos (1987, p. 100) citado por Zanella (2013, pp. 24-25), afirma que a pesquisa “descritiva” procura conhecer a realidade estudada, suas característica e seus problemas. Pretende descrever com a exactidão os factos e fenómenos de determinadas realidades.

2.2. Modelos de abordagem

Para melhor compreensão da pesquisa optou-se pelo modelo de abordagem misto (qualitativa – quantitativa), no sentido de compreender os fenómenos já existentes. Onde se explora um sistema delimitado contemporâneo da vida real. Decorre por meio da colecta dos dados detalhados em profundidade e quantidade; envolvendo múltiplas fontes de informação.

Na visão de Richardson (2019), abordagem qualitativa busca garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação e procura, identificar a natureza de um fenómeno social. Complementa destacar que quando os possíveis resultados são números, dizemos que esta variável é quantitativa e quando os possíveis resultados, são atributos ou qualidades de uma pessoa a variável é dita qualitativa.

Para Alvarenga (2014), abordagem quantitativa “é aquela em que os dados são quantificáveis, traduzindo em números opiniões e informações para classifica-as e analisa-las, requer o uso de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio padrão, coeficiente, análise padrão”.

2.3. Níveis de estruturação de métodos

São aplicados os seguintes métodos de investigação:

2.3.1. Método geral

Dialéctico – materialista: Este método reage todo o processo de investigação, assim como a interacção dos demais métodos particulares, designadamente os teóricos e empíricos.

a) Níveis teóricos

Análise e síntese: Para a valorização teórica e prática da informação a ser obtida tanto no estudo teórico como empírico que permitiu chegar as conclusões dos resultados a que foram alcançados.

Histórico – lógico: Este método aplicou-se na análise dos antecedentes do problema estudado.

b) Níveis empíricos/experimentais

Métodos empíricos: Este método estuda as características fundamentais e as relações essenciais dos objectos que são acessíveis a percepções sensoriais.

Análises de documentos: Por meio deste método averiguamos os manuais utilizado na investigação da pesquisa sobre a assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no hospital Lucrécia Paim no segundo semestre de 2024.

Entrevista: com a entrevista recolheremos informações que complementarão os dados recolhidos através da entrevista e a observação. Serão feitas de forma livre e num ambiente amigável.

Observação: É um método de colecta de dados e praticas, por meio deste método, efectuamos observações assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no hospital Lucrécia Paim no II Semestre de 2024.

Pesquisa bibliográfica: quando elaborado a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos e actualmente com material disponibilizado na Internet.

2.4. Técnica de recolha de dados

Nesta investigação, utilizou se as seguintes técnicas param a recolha de dados:

- Questionário
- Observação

2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

- **Guião de questionário**

O questionário foi usado para obtermos informações do Chefe de serviços gerais do Centro.

2.6. População e amostra

2.6.1. População

População é o conjunto ou a totalidade de pessoas, objectos e coisas cujas características comuns coincidem, ou o conjunto de todos os sujeitos ou elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação, (Gil, 2002).

O universo da nossa pesquisa é composta por 80 técnicos de saúde que actuam na área de enfermagem e 30 mulheres com gravidez de alto risco de 35 à 45 anos que são atendidas no hospital Lucrecia Paim no II Semestre de 2024. O que totaliza 110 elementos que participaram na pesquisa

2.6.2. Amostra

No trabalho, atendendo aos critérios de amostragens existentes, utilizou-se o tipo de amostragem aleatória simples. Como refere (Gil, 2002, p. 121), a amostragem aleatória simples, também conhecida casual, randômica, accidental, etc. consiste basicamente em atribuir a cada elemento do universo um número único para depois seleccionar esse número de forma casual.

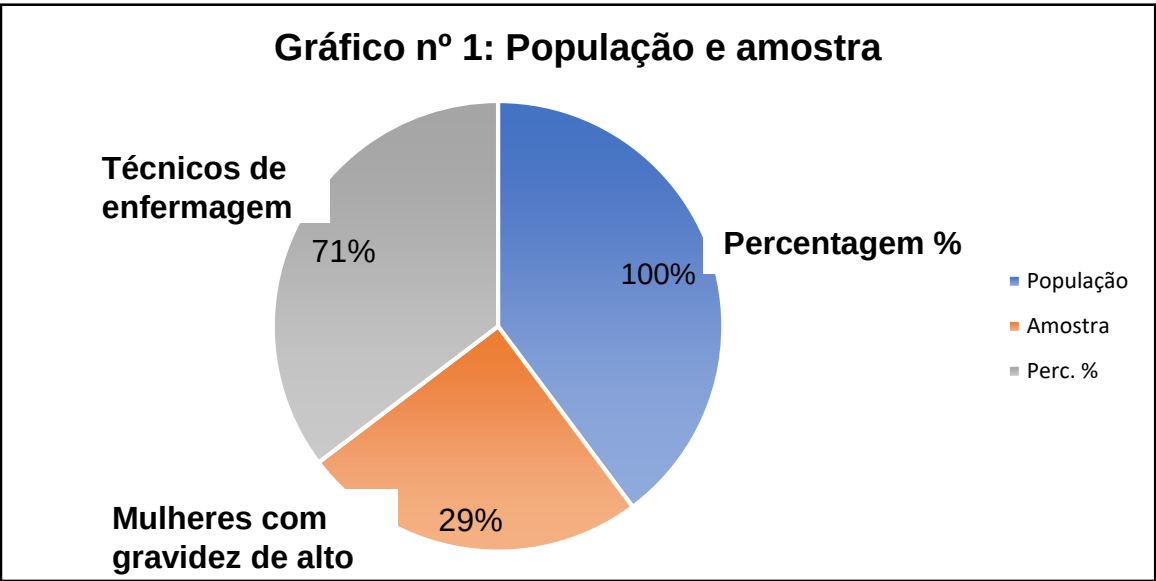
Quanto a nossa amostra probabilística foi estraida de 50 técnicos de saúde e 20 mulheres com gravidez de alto risco de 35 à 45 anos, que representa um total de 70 individuos que participaram na investigação.

Tabela nº 1: População e amostra

Designação	População	Amostra	Perc. %
Técnicos de enfermagem	80	50	71
Mulheres com gravidez de alto risco	30	20	29
Total	110	70	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico nº 1: População e amostra



Fonte: Elaboração própria, (2024)

2.7. Caracterização do Hospital Lucrecia Paim

Em Setembro de 1938 , a quando da viagem do Presidente Português António Óscar Fragoso Carmona, a São Tomé e Príncipe e a Angola, que trazendo na comitiva presidencial o ministro das Colónias, Francisco Vieira Machado, foi inaugurado na cidade de Luanda a Maternidade Maria do Carmo Vieira Machado. O projecto ficou mais conhecido como Maternidade Indígena e teve duas versões:

- A primeira versão data de Abril de 1937, que não chegou a ser executado.
- A segunda versão, que corresponde ao que foi construído, data de junho de 1937 e levou aproximadamente mais de um ano para ser concluído.

Inicialmente foi dedicado à assistência às Crianças Indígenas da Província de Luanda. As maquetas destes projectos estão actualmente no Arquivo Histórico Ultramarino, em Lisboa. Em 1972 recebeu o título de Maternidade Central. Após a independência, foi baptizada de “Maternidade Lucrecia Paim”, em homenagem à heroína angolana, guerrilheira da luta armada, que combateu na guerra para a independência de Angola. Localizada no coração da Cidade de Luanda, a Maternidade era referenciada como o maior centro de atendimento ao público materno-infantil, tanto para Luanda, quanto para as demais províncias.

Contava com uma equipa de 300 funcionários, prestando serviços de consultas, tratamento de patologias obstétrica e ginecológicas, puerpérios fisiológico e patológico, cirurgias obstétricas, sala de partos, bloco operatório.

Inicialmente os serviços estavam divididos em 3 edifícios, sede pioneira (casa branca), pavilhão (antiga fisiologia) e o edifício central, composto por 9 pisos com capacidade instalada de 50 camas.

2.7.1. Áreas do Hospital Lucrecia Paim

O Hospital que recebeu o título de Maternidade Central após a independência de Angola, funciona com as seguintes estruturas:

- 1 - CO1- Cirurgia Obstetrícia, 2 - CO2- Cirurgia Obstetrícia, 3 - Banco de Leite, 4 - Puerpério Patológico, 5 - Bloco Operatório 1, 6 - Bloco Operatório 2, 7 - Bloco Operatório 3, 8 - Banco de Urgência, 9 - Consultas Externas, 10 – Ginecologia, 11 – Neonatologia, 12 - Patologia Obstetrícia, 13 – Ronda, 14 - Sala de Partos, 15 – Toxemia e 16 - U.C.I.

2.7.2. Funcionamento do Hospital Lucrecia Paim

Actualmente, a maternidade Lucrecia Paim, conta com 980 profissionais exercendo funções de:

- 39 Médicos Especialistas;
- 46 Médicos Internos;
- 75 Enfermeiros Licenciados;
- 350 Enfermeiros Técnicos Médios;
- 17 Auxiliares de Enfermagem;
- 83 Técnicos Superiores Diagnóstico Terapêutico;
- 111 Técnicos Médios de Diagnóstico Terapêutico;
- 182 Apoios Hospitalares;
- 77 Pessoal do Regime Hospitalar.

2.8. Dificuldades encontradas

- Pouca experiência na elaboração do TFC;
- Dificuldades de meios financeiros;
- Dífícil aceitação da credencial para a pesquisa;
- Dificuldades na recepção do questionário da recolha de dados.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

Pretenderemos com o presente estudo, assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no Hospital Lucrécia Paim no II Semestre de 2024.

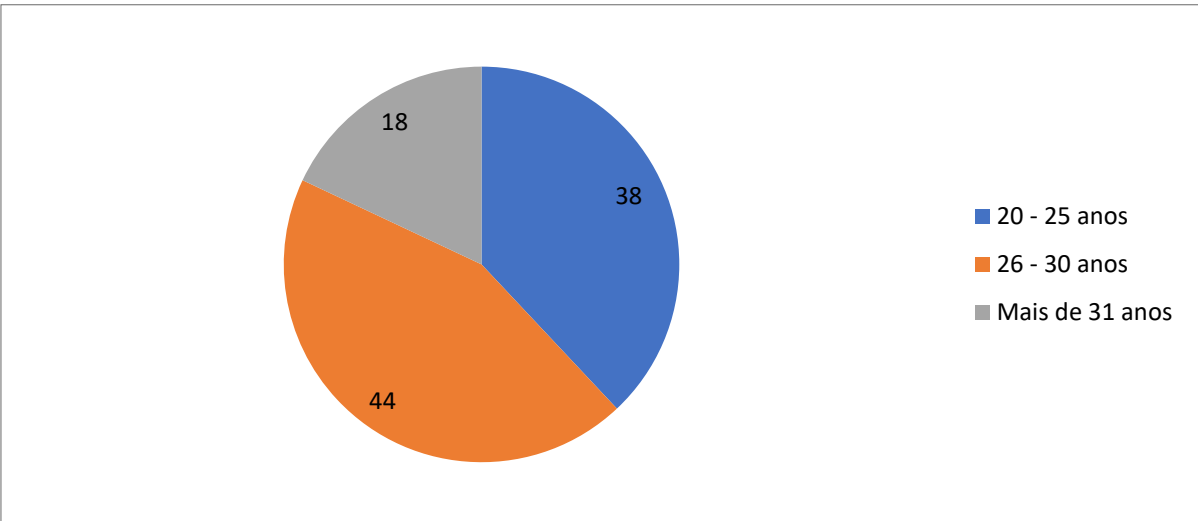
Parte I. Dados Sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem

Tabela Nº 3. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a faixa etária.

Faixa Etária	Frequência	%
20 - 25 anos	19	38
26 - 30 anos	22	44
Mais de 31 anos	9	18
Total	50	100

Fonte: Investigação própria, 2024.

Gráfico Nº 3. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a faixa etária



Fonte: Elaboração própria, (2024)

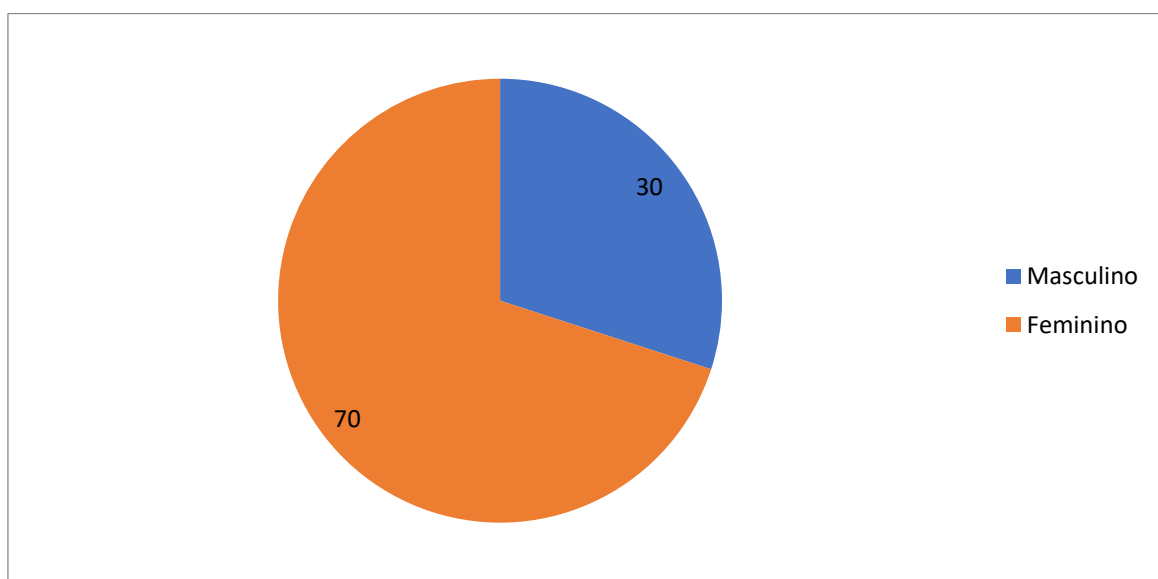
O quadro e o gráfico nº 3 revela que a faixa etária dos 26 - 30 anos de idade dos profissionais domina com uma percentagem de 38%.

Tabela Nº4. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o sexo.

Sexo	Frequência	%
Masculino	15	30
Feminino	35	70
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico Nº4. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o sexo



Fonte: Elaboração própria, (2024)

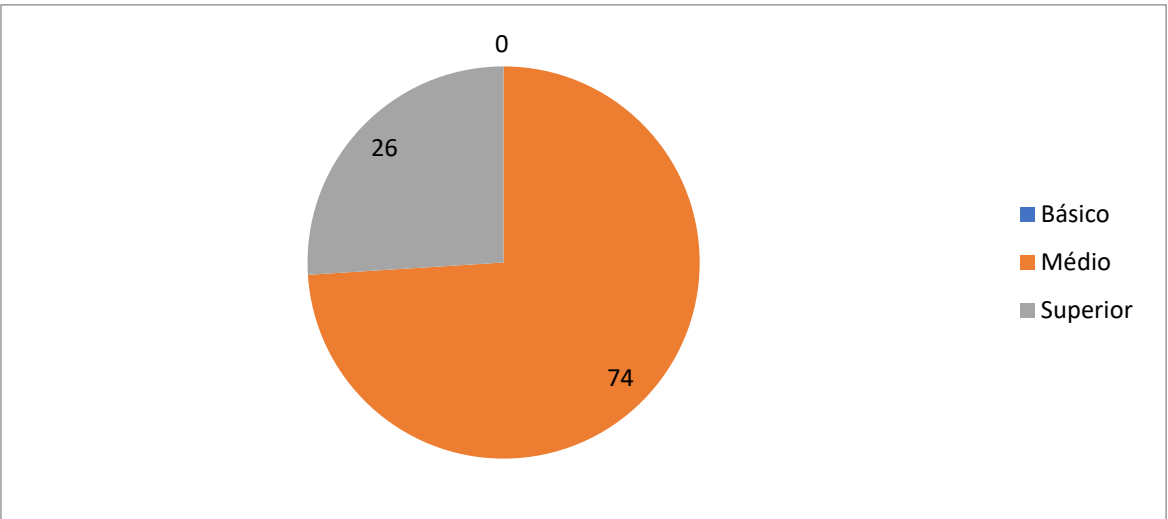
Em relação ao sexo, o mais predominante foi sexo feminino 70%. Com tudo, no Hospital Lucrécia Paim as mulheres têm dado mais assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade.

Tabela Nº5 . Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Frequência	%
Básico	0	0
Médio	37	74
Superior	13	26
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico Nº5 . Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo nível de escolaridade.



Fonte: Elaboração própria, (2024)

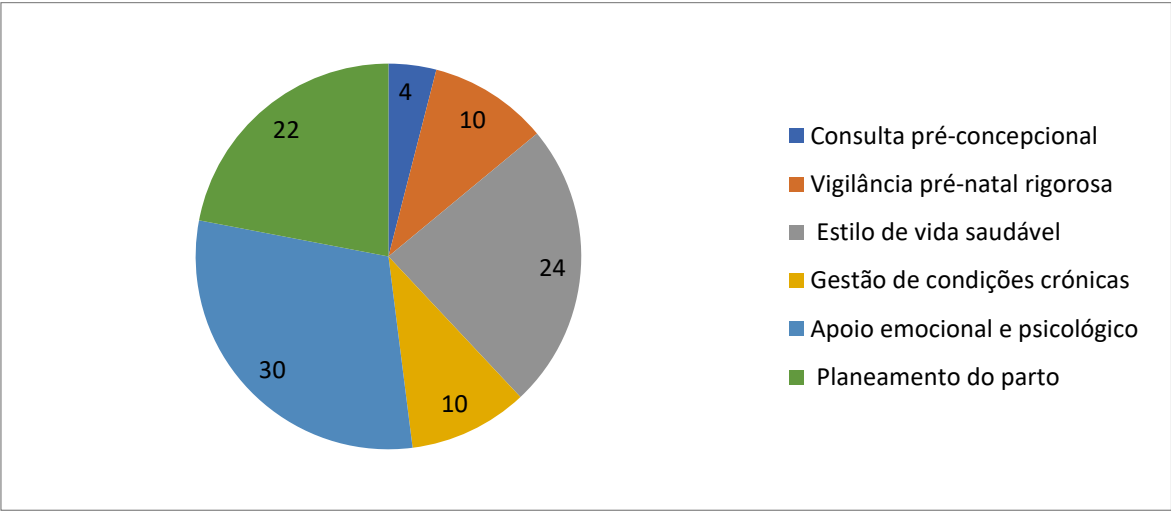
O resultado do quadro e o gráfico acima mostra que 74% dos efectivos na área estudo têm o nível médio de ensino. Desta maneira estimamos que o nível de escolaridade influencia muito na assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade.

Tabela Nº6 . Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a forma é feito a prevenção da gravidez em mulheres de 35 à 45 anos.

A forma é feio a prevenção	Frequência	%
Consulta pré-concepcional	2	4
Vigilância pré-natal rigorosa	5	10
Estilo de vida saudável	12	24
Gestão de condições crônicas	5	10
Apoio emocional e psicológico	15	30
Planeamento do parto	11	22
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico Nº6 . Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a forma é feito a prevenção da gravidez em mulheres de 35 à 45 anos.



Fonte: Elaboração própria, (2024)

Com relação à forma é feito a prevenção da gravidez em mulheres de 35 à 45 anos, 30% alegam Apoio emocional e psicológico. Para Solange (2021), o acompanhamento psicológico durante a gestação, no geral, já é importantíssimo para que a gestante consiga enfrentar todas as mudanças que acontecem durante a

gravidez. “Na gestação de alto risco, o emocional da gestante fica muito mais abalado e fragilizado”, destaca.

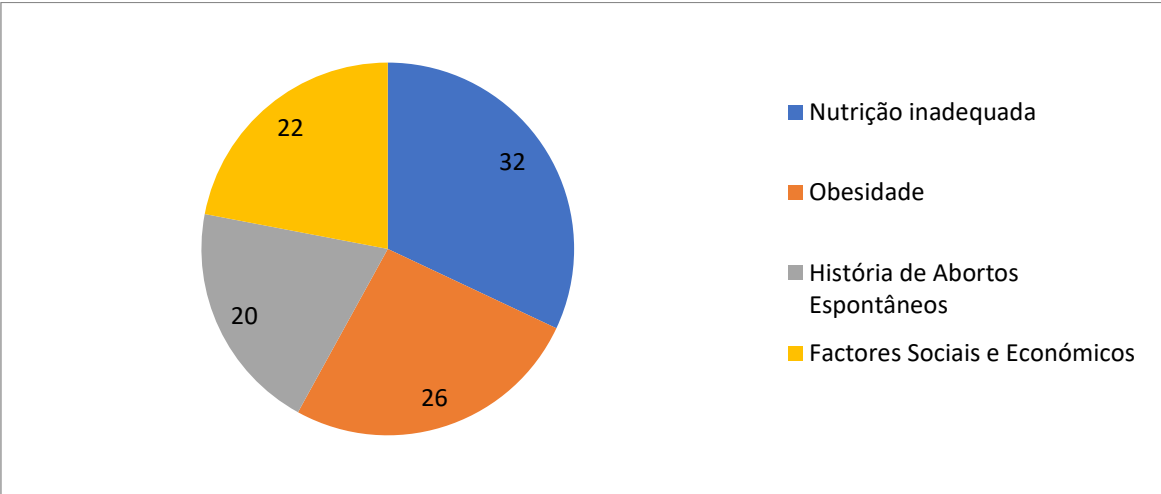
Com tudo, o apoio emocional é uma forma de suporte psicológico que visa oferecer conforto, compreensão e encorajamento a indivíduos que estão passando por momentos difíceis ou enfrentando situações desafiadoras em suas vidas.

Tabela Nº7. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os factores de risco associados a gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos.

Factores de risco	Frequência	%
Nutrição inadequada	16	32
Obesidade	13	26
História de Abortos Espontâneos	10	20
Factores Sociais e Económicos	11	22
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico Nº7. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os factores de risco associados a gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos.



Fonte: Elaboração própria, (2024)

O resultado do quadro acima mostra que 32% dos inqueridos afirmam que, a nutrição inadequada é um factor de risco associado a gravidez de alto risco.

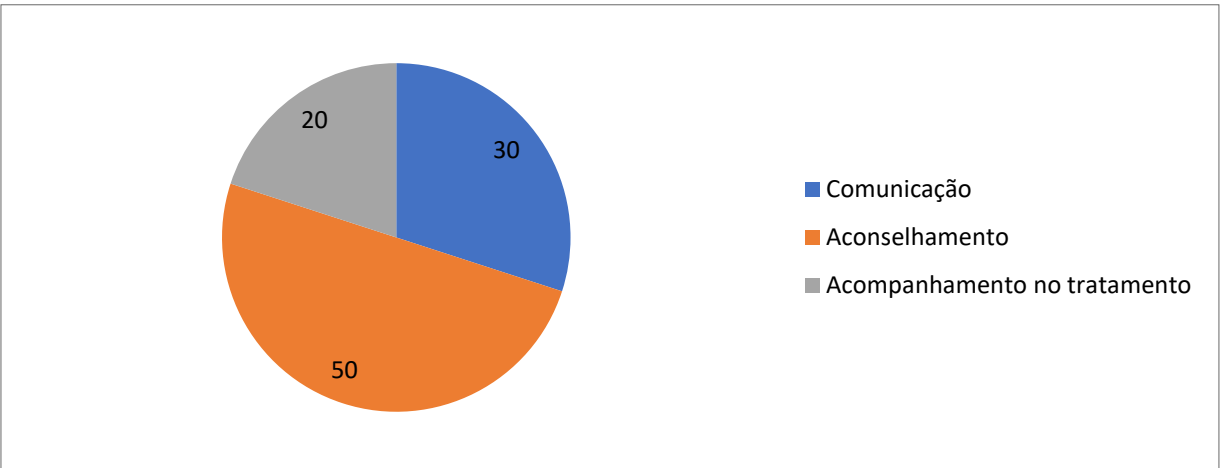
Para Griege, et. al. (2015), o consumo de uma mistura equilibrada e saborosa de alimentos, poderá não só mantê-la saudável durante a gravidez, e abrir o caminho para um trabalho de parto mais fácil, mas também poderá ajudar a estabelecer os alicerces essenciais para o crescimento saudável do seu filho. Com tudo, durante a gravidez é bom ter uma alimentação saudável durante a gravidez é essencial para o crescimento saudável do bebê e para o bem-estar da mãe.

Tabela Nº8. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a forma que a enfermagem actua nas mulheres gravidas de 35 à 45 anos de idade.

Forma de actuação	Frequência	%
Comunicação	15	30
Aconselhamento	25	50
Acompanhamento no tratamento	10	20
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria, (2024).

Gráfico Nº8. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a forma que a enfermagem actua nas mulheres gravidas de 35 à 45 anos de idade



Fonte: Elaboração própria, (2024)

Quanto à forma que a enfermagem actua nas mulheres gravidas de 35 a 45 anos de idade, o estudo demonstrou que 50%, afirmaram que o aconselhamento é uma das formas mais aplicada aos enfermeiros. Para Rogers e Wallen, (2010) o

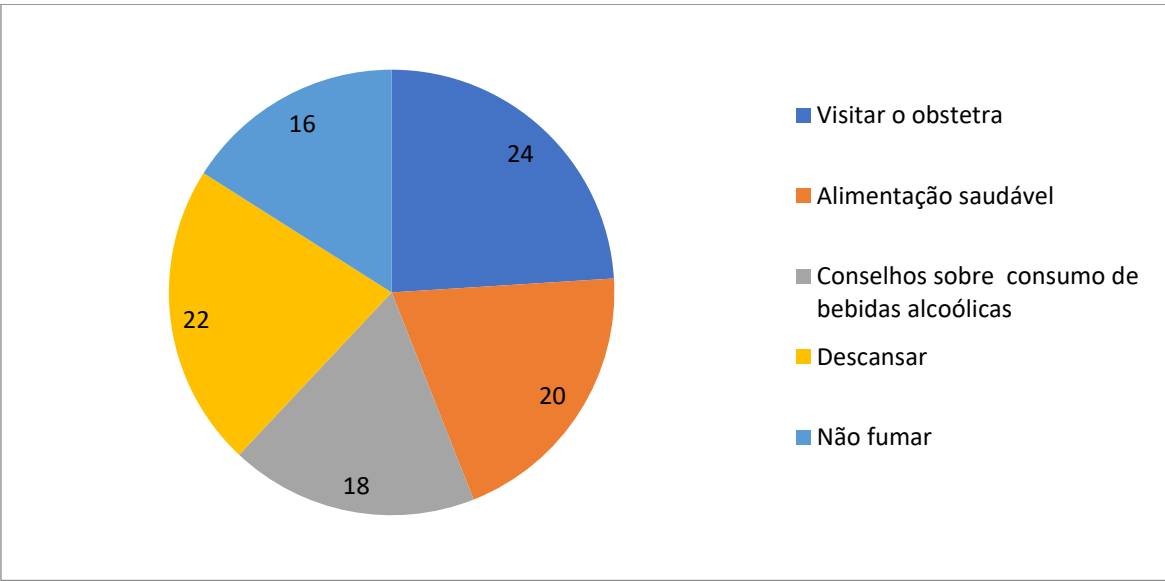
aconselhamento deve estar focado na pessoa e não apenas no problema inicial para que a mulher consiga crescer e compreender-se a si própria. Como tudo, o aconselhamento na gravidez faz com que, a mulher adaptar se, tirar o medo, duvidas inseguranças.

Tabela N°9. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os cuidados personalizados nas mulheres grávidas de 35 à 45 anos de idade.

A actuação na área	Frequência	%
Visitar o obstetra	12	24
Alimentação saudável	10	20
Conselhos sobre consumo de bebidas alcoólicas	9	18
Descansar	11	22
Não fumar	8	16
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico N°9. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os cuidados personalizados nas mulheres grávidas de 35 à 45 anos de idade.



Fonte: Elaboração própria, (2024)

O quadro revela que há maior frequência de Visita o obstetra 24%. De acordo com Khalil et al (2016), a visita obstétrica em uma mulher de alto risco é um procedimento fundamental no acompanhamento da gestação, sendo realizada por profissionais de saúde especializados, como obstetras e enfermeiras obstétricas. Essas visitas têm como objetivo monitorar a saúde da gestante e do feto, garantindo um acompanhamento adequado ao longo dos nove meses de gestação. Com tudo, as visitas obstétricas, faz com que médico obstetra acompanhar a gestante, lado a lado, desde o início da gravidez até ao fim

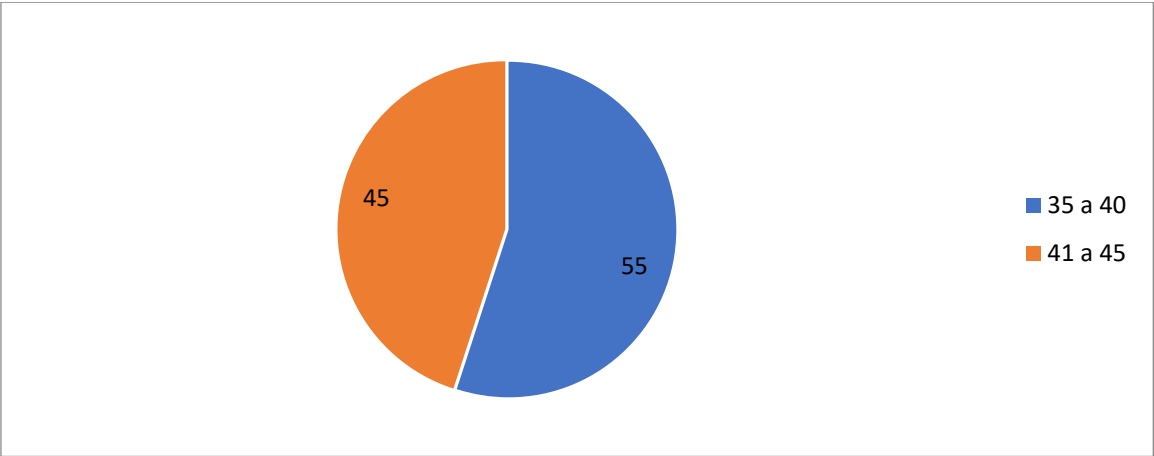
Parte II. Dados Sociodemográficos das Gestantes

Tabela Nº10. Distribuição de frequência das Gestantes segundo a idade.

Idade	Frequência	%
35 a 40	11	55
41 a 45	9	45
Total	20	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico Nº10. Distribuição de frequência das Gestantes segundo a idade.



Fonte: Elaboração própria, (2024)

O resultado do quadro acima mostra que a faixa etária de 35 a 40 teve a maior frequência de 55%. Para OMS (2010), consideram a idade materna acima de 35 anos como a de maior risco. A partir dessa idade, a cada ano aumenta, em maior velocidade, a chance de cromossomopatia do feto, sem deixar de alertar para os riscos elevados que a mãe terá de desenvolvimento de doenças prévias à gestação,

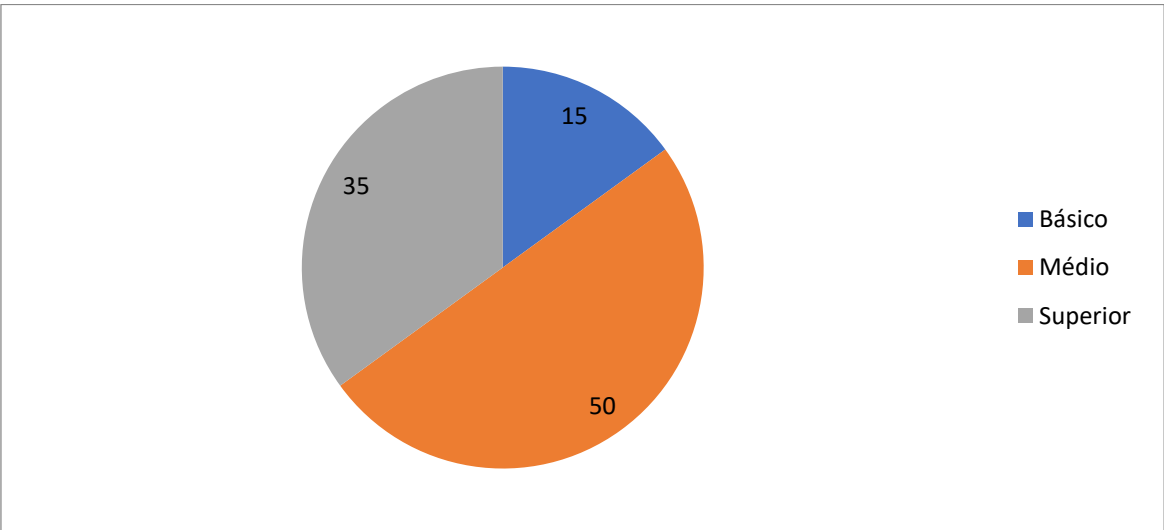
como hipertensão arterial, obesidade, diabetes tipo 2. Desta feita, o melhor é não esperar ter muita idade, aproveitando quando os óvulos ainda estão saudáveis.

Tabela Nº 11 . Distribuição de frequência das Gestantes segundo o Nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Frequência	%
Básico	3	15
Médio	10	50
Superior	7	35
Total	20	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico Nº11. Distribuição de frequência das Gestantes segundo o Nível de escolaridade.



Fonte: Elaboração própria, (2024)

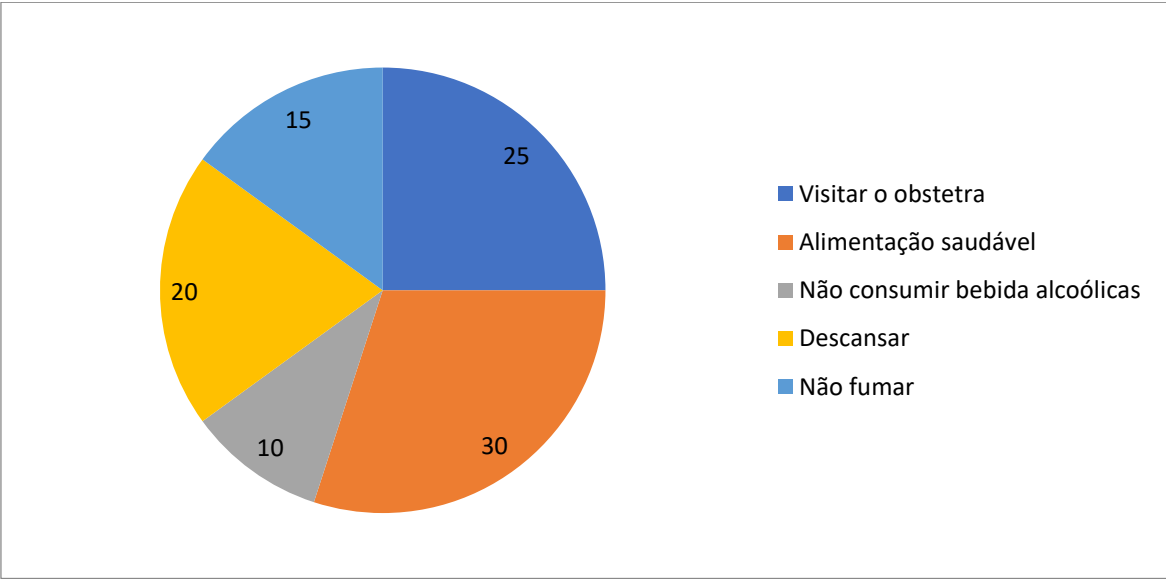
Em relação ao nível de escolaridade, as maiores apresentaram ensino médio 50%. Para Mind Lab; Educador Socioemocional (2019), O ensino médio consiste na última etapa na educação básica. Vale salientar que, maioria das mulheres gestantes atendidas no hospital Lucrécia Paim tem o ensino médio.

Tabela Nº12. Distribuição de frequência das gestantes segundo os tipos de assistência que tem recebido nos profissionais.

Tipos de assistência	Frequência	%
Visitar o obstetra	5	25
Alimentação saudável	6	30
Não consumir bebida alcoólicas	2	10
Descansar	4	20
Não fumar	3	15
Total	20	100

Fonte: Elaboração própria, (2024)

Gráfico Nº12. Distribuição de frequência das gestantes segundo os tipos de assistência que tem recebido nos profissionais.



Fonte: Elaboração própria, (2024)

O quadro revela que, alimentação saudável teve maior frequência 30%. Insel, et. al, (2014), a nutrição durante a gestação é um aspecto fundamental para a saúde da mãe e do bebê, especialmente em casos de gestações de alto risco. Nesses casos, é ainda mais importante garantir que a alimentação da gestante seja adequada e balanceada, a fim de prevenir complicações e promover um desenvolvimento saudável do feto. Desta feita, uma alimentação saudável durante a gestação de alto risco é essencial para garantir o bom desenvolvimento do feto e a saúde da mãe.

CONCLUSÕES

De acordo com análise e interpretação de dados colectados no Hospital Lucrécia Paim no II Semestre de 2024. Concluiu-se o seguinte:

Quanto ao perfil sociodemográfico dos profissionais da saúde que operam na área da consulta pré natal no Hospital Lucrécia Paim, o nosso estudo do II Semestre de 2024 mostrou que, a faixa etária de 26 a 30 são predominantes com 44% e seguida de 20 a 25 anos de idade que representa 38% . No seu conjunto a faixa etária de 20 a 30 anos são predominantes com 82%.

Em relação ao sexo, a maioria dos técnicos são do sexo feminino que corresponde a 70%.

De acordo com nível de estudo, 74% dos efectivos na área estudo têm o nível médio de ensino.

Segundo os factores de risco associados a gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos, os profissionais de enfermagem confirmaram que a nutrição inadequada, a obesidade e os factores sociais e económicos estão na base que correspondem a 80%.

Quanto a análise dos cuidados da enfermagem, a investigação mostrou que os técnicos desta área, andam aplicar os cuidados personalizados nas visitas obstetras 24%, aconselhamento nas mulheres grávidas de descansar 22%, comer alimentos saudáveis 20%, conselhos de não consumir bebidas alcoólicas 18% e não fumar 16%.

Sobre a actuação de enfermagem nas mulheres grávidas de alto risco de 35 à 45 anos o estudo relevou que a actuação dos técnicos são mais no aconselhamento 50%, comunicação 30% e acompanhamento 20%.

Objectivo geral deste estudo foi atingido de analisar a assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade atendidas no hospital Lucrécia Paim no segundo semestre de 2024 e as hipóteses sobre actuação da enfermagem e as diferentes tipos de assistências da enfermagem nas mulheres grávidas atendidas no hospital Lucrécia Paim no segundo semestre de 2024 foram confirmadas.

SUGESTÕES

Sugerimos que a direcção do Recursos Humanos do Hospital de equilibrar o género;

A direcção do Hospital deve permitir os técnicos de aumentar o nível académico para bem acompanhar as exigências científicas e tecnológicas;

Quanto ao tipos de cuidados da enfermagem nas mulheres grávidas, sugerimos também que os técnicos de acompanhar as pacientes na higiene corporal;

Sugerimos que os técnicos que actuam na área das consultas pré-natal de aconselhar as mulheres com gravidez de risco de saber a idade de risco.

Que os Enfermeiros sejam os maiores propagadores de boas prestações de serviços e, como também, humanizar mais os serviços públicos de saúde;

Que as gestantes saibam acatar os conselhos e orientações dos especialistas em saúde pública no sentido de colmatar e reduzir os problemas de eclâmpsia em gestantes do centro referido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. L. C. (2019). *Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde*. Rev. Gaúcha Enferm.
- Alves, A. S., Figueiró, R., Machado, F. V., Loureiro, L. H., & Silva, I. C. (2020). *A história do cuidado desde suas origens até os tempos de pandemia*. Acta Biomédica Brasileira, 11, pp. 5-8.
- Antunes, M. B., Rossi, R. M., & Pelloso, S. M. (2020). *Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 54, pp. 1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018042603526>
- Barra S, Cachulo M. C, Providência R, Leitão-Marques (2012). *Assistência Profissional e o Espírito de Equipa*. 6ª Edição, Porto Alegre.
- Batista, B. F., Rodrigues, D., Moreira, E., & Silva, F. (2021). Técnicas de recolha de dados em investigação: inquerir por questionário e ou entrevista? Em P. Sá, A. P. Costa, & A. Moreira, *Reflexões em torno de metodologias de investigação: recolha de dados* (pp. 13-36). Aveiro: UA Editora.
- Batista, L. S & Kumada, K. M. O. K. (2021). *Análise metodológica sobre as diferentes configurações da pesquisa bibliográfica*. Rev. Brasileira De Iniciação Científica.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde. SUS, a Rede Cegonha [Internet]*. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, (SUS)[Internet]*. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro.
- Brasil, M. D. (1944). *História e evolução dos hospitais (Reedição 1965 ed.)*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. D. (2003). *Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: fundamentos de enfermagem*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Brasil, M. D. (2010). *Gestação de alto risco: manual técnico*. (5ª ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Cao, C.; Cai, W.; Niu, X.; Fu, J.; Ni, J.; Lei, Q.; Niu, J.; Zhou, X.; Li, Y. (2018). *Préhipertensão durante a gravidez e risco de pequena para a idade gestacional: uma revisão sistemática e meta-análise. Prehypertension during pregnancy and risk of small for gestational age: a systematic review and meta-analysis*. In: J. Matern Fetal Neonatal Med.
- Cofen, Conselho Federal de Enfermagem. (2021). *Aspectos Relacionados às Interações Por Intercorrências Gestacionais*. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/tag/gravidez-de-alto-risco>.
- Chrizostimo, M. M., Rosas, A. M., Alves, L., Bartoly, M. G., Silva, C. M., & Alves, E. M. (2009). *O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schutz*. Ciencia y Enfermeria XV, 3, pp. 21-29.
- Dourado, L. & Pelloso, S. M. (2020). *Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Dourado, V. G., & Pelloso, S. M. (2007). *Gravidez de alto risco: o desejo e a programação, o de uma gestação*. Acta Paul Enfermagem, pp. 69-64.
- Dias, L. de P.; Dias, M. de P. (2019). *Florence Nightingale e a História da Enfermagem*. In: Histenferm Reveletrônica [Internet].
- Equipe editorial de Conceito. (2020). *O que é, conceito e definição*. . S.l.: Disponível em: <https://conceito.de/mulher>. Acesso em 07 Maio. 2023.
- Errico, L. S. P.; Bicalho, P. G.; Oliveira, T. C. F. L.; Martins, E. F. (2018). *O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas*.
- Fachin, (2009). *O fundamentos de Metodologia*. 5ª edição (Rev.), São Paulo: Saraiva.
- Ferreira, J. A. R.; Filho, J. T. de O.; Rodrigues, M. E. N. G.; Albuquerque, R. A. De S.; Siqueira, D. D'A.; Rocha, F. A. A. O. (2017). *Enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional*.

- Ferreira, J. S. (2021). *Assistência de enfermagem na prevenção das complicações decorrentes da síndrome hipertensiva específica da gestação*. Rev. Ciências Biológicas e de Saúde Unit .
- Garcia, B. T., Sancanari, I. D., Dognani, M. I., Merlotto, A. C., Cavicchioli, S. D., & Carvalho, R. A. (2023). *Agentes teratogênicos e suas implicações perinatais desfavoráveis em recém-nascidos de risco encaminhados ao Centro de Diagnóstico e intervenção precoce*. Brazilian Journal of Health Review, 6(6), pp. 27276-27290.
- Garcia, T. R. (2020). *Sistematização da prática e processos de enfermagem: elementos estruturantes do saber e fazer profissional*. Em C. Argenta, E. K. Adamy, & J. V. Bitencourt, *Processo de enfermagem: história e teoria* (pp. 11-25). Chapecó: Editora UFFS.
- Galvão A. C. A. A, Souza N. L, Azevedo G. D, Jerônimo S. M. B, Araújo A. C. P. F. (2006). *Assistência Profissional multidisciplinar*. 2ª Edição, Portugal: Odivelas
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4ª edição, São Paulo: Atlas.
- Hasson, N. T. (1998). *Atendimento das mulheres que estão no período de cerca de nove meses de gestação*. 1ª edição.
- Junior, A. R. F.; Filho, J. T. de O.; Alburquerque, R. A. de S.; Siqueira, D. D'ávila; Rocha, F. A. A.; Rodrigues, M. E. N. G. (2017). *O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional*. In: Rev. Baiana Saúde Pública em Julho.
- Lima, K. M. de S. G.; Santos, H. J. dos; Pereira, J.; Barbosa, L. P.; Cabral, M. C. A. de M.; Silva, P. R. da; Santos, S. M. de M. dos; Souza, S. J. G. de. (2019). *Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de alto risco*. Nursing care at high risk prenatal care. Vol 2.
- Luciano, M. P.; Silva, E. F. da; Cecchetto, F. H. (2011). *Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes*. In: Rev enferm UFPE on line.
- Melo, M. N., Amorim, T. V., Salimena, A. M. O., Melo, M. C. S. C. & Souza, I. E. O. (2016). *Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem*. Rev enferm UFPE

- Melo, L. B., Rocha, S. J., Moreira, R. L., Rodrigues, V. I., Silva, J. S., & Feitosa, A. d. (2017). *Factores que predispõe para a gestação de alto risco*. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 4(1), pp. 72-86.
- Ministério da Saúde. (2012). *Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de atenção básica, nº 32*. Editora do Ministério da Saúde.
- Morim, T. V.; Souza, Í. E. De O.; Moura, M. A. V.; Queiroz, A. B. A.; Salimena, A. M. O. (2015). *Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco*.
- Nascimento, T. F. H. do.; Araújo, F. N. F. de; Soares, N. S. C. S.; Silva, F. M.; Santos, M. F. D.; Chaves, B. J. P. (2018). *Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional*. Revista Prevenção de Infecção e Saúde, v. 4.
- Nascimento, T. F. H. (2018). *Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional*. Rev. Pre Infec e Saúde.
- Oliveira, G. S. (2017). *Enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico*. Rev. Cuid.
- Oliveira, M. L., Paula, T. R., & Freitas, J. B. (2007). *Evolução Histórica da assistência de enfermagem*. Consciência Saúde, 6(1), pp. 127-136.
- Oliveira, V. J. (2008). *Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão*. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem UFMG.
- Oliveira, A. V., & Noronha, J. V. (2016). *Afinal, o que é “mulher”? E quem foi que disse?* Rio de Janeiro: Direito & Praxis. Revista_v22_n2.pdf. Acesso 08 Abril. 2023.
- OMS (2013). *Educação para uma Maternidade Segura. Módulos de educação em obstetrícia: eclâmpsia*. Brasília: Brasil.
- Page, M. J. (2022). *A declaração Prisma 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas*. Rev Panam Salud Publica.

- Pedrini, L.; Prefumo, F.; Frusca, T.; Ghilardi, A. (2017). *Aconselhamento sobre o risco de parto prematuro: uma revisão sistemática. Counselling about the Risk of Preterm Delivery: A Systematic Review*. Biomed Res Int.
- Pinheiro, C. (2018). *Gravidez de alto risco: quando a gestação é classificada dessa forma*. In: Revista electrónica.
- Ricci, S. E. (2015). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Guanabara Koogan.
- Rodrigues, A. R., Dantas, S. L., Pereira, A. M., Silveira, M. A., & Rodrigues, D. P. (2017). *Gravidez de alto risco: análise dos determinantes sociais*. SANARE, Sobral, 16(1), pp. 23-28.
- Rogers, C.; Wallen, J. (2019). *Manual de counselling. GATF - Gabinete de Aconselhamento, terapia e formação*. Editora Encontro: Lisboa.
- Ruas, R.; Viveiros, L. L.; Paixão, G.; Souto, G.; Barbosa, A.; Gomes, (2020). *Características das mortes neonatais*. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires.
- Sampaio, A. F. S.; Rocha, M. J. F. Da; Leal, E. A. S. (2018). *Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre*. In: Rev. Bras. Saude Mater. Infant.
- Silva, M. P. B. (2021). *O pré-natal e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco*. Rev. Research, Society and Development.
- Soares, L. G. (2021). *Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco*. Rev Med Minas Gerais.
- Souza, B. F. (2020). *Enfermagem e gestantes de alto risco hospitalizadas: desafios para integralidade do cuidado*. Rev. Esc Enferm USP.
- Soncini, N. C. V., Oliveira, C. M., Viviani, J. C., Gorayeb, R. (2019). *Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco*. Psicologia, Saúde e Doenças.
- Steven, A. V. (2011). *A condição de atendimento aos serviços públicos de uma mulher gestantes*. 1ª edição.

- Teles, P. A., Costa, E. M., Panobianco, M. S., Gozzo, T. O., Pattera, T. S. V. & Nunes, L. C. (2019). *Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em gestantes de alto risco. Enferm. Foco.*
- Veras, T. C. da S.; Mathias, A. (2021). *Thais Aidar de Freitas. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. Rev Esc Enferm USP.*
- World Health Organization (2011). *Recommendations for prevention and treatment of pré-eclâmpsia and eclampsia.* Geneva.
- Zanella, A. (2013). *Fundamentos de metodologia científica.* 1ª Edição. São Paulo: Editora. Atlas.
- Zassala, C. (2015). *Iniciação a pesquisa científica.* 3ª edição), Lunda. Mayamba.

APÊNDICES



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

Somos estudantes finalistas do curso de enfermagem do instituto superior de Angola, estamos a desenvolver uma pesquisa intitulada **Assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos de idade. Atendidas no hospital Lucrécia Paim no II Semestre de 2024.** O objectivo da pesquisa é para alcançar o título de Licenciatura em enfermagem. A vossa participação é muito importante, pois, servira de objecto restrito deste estudo, por isso, estamos a pedir a vossa participação.

Gostaríamos de esclarecer que a participação dos técnicos e pacientes é totalmente voluntária e sem custo e sem ganho, os vossos dados serão mantidos confidenciais.

1. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

a) Idade: ____

b) Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

c) Nível académico: Básico (☐), Médio (☐), Superior (☐)

2. Como enfermeiro de que forma é feita a prevenção da gravidez em mulheres de 35 à 45 anos:

a) Consulta pré-concepcional ☐

b) Vigilância pré-natal rigorosa ☐

c) Estilo de vida saudável ☐

d) Gestão de condições crónicas ☐

e) Apoio emocional e psicológico ☐

f) Planeamento do parto ☐

3. Quais são os factores de risco associados a gravidez de alto risco em mulheres de 35 à 45 anos?

4. Como enfermeiro nesse hospital de que forma a enfermagem actua nas mulheres grávidas de 35 à 45 anos de idade:

a) Comunicação ☐

b) Aconselhamento ☐

c) Acompanhamento no tratamento ☐

5. Como técnico de saúde que actua na área da assistência das mulheres grávidas de 35 à 45 anos de idade, quais são os cuidados personalizados:

a) Visitar o obstetra ☐

b) Alimentação saudável ☐

c) Não consumir bebida alcoólicas ☐

d) Descansar ☐

e) Não fumar ☐

1. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DAS GESTANTES

a) Idade: _____

b) Nível académico: Básico (), Médio (), Superior ()

1. Como gestante atendida nesse hospital que tipo de assistência tem recebida nos profissionais?

a) Visitar o obstetra ☐

b) Alimentação saudável ☐

c) Não consumir bebida alcoólicas ☐

d) Descansar ☐

e) Não fumar ☐

f) Outros (argumenta) ☐

3. Como gestante, quais são os cuidados personalizados tem recebidas por parte dos profissionais:

- a) Visitar o obstetra ☐
- b) Alimentação saudável ☐
- c) Não consumir bebida alcoólicas ☐
- d) Descansar ☐
- e) Não fumar ☐

Muito obrigada!

ANEXOS

Hospital Lucrécia Paim

