



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM GERAL
TRABALHO DE FIM DE CURSO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTE COM PLACENTA
PRÉVIA ATENDIDOS NA SALA DE PARTO NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE CACUACO NO II SEMESTRE DE 2024**

Autor: Nzuzi Juliana

Orientador: Rodrigues José, Lic

ICOLO E BONGO, 2025

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM GERAL
TRABALHO DE FIM DE CURSO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTE COM PLACENTA
PRÉVIA ATENDIDOS NA SALA DE PARTO NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE CACUACO NO II SEMESTRE DE 2024**

Trabalho do fim de curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para a elaboração do trabalho de fim de Curso, sob orientação do professor Lic, Rodrigues José

Autor: Nzuzi Juliana

Orientador: Rodrigues José, Lic

ICOLO E BENGU, 2025

FOLHA DE APROVAÇÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTE COM PLACENTA PRÉVIA ATENDIDOS NA SALA DE PARTO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO NO II SEMESTRE DE 2024

Autora: Nzuzi Juliana

O JÚRI

1- Presidente _____

2- 1º Vogal _____

3- 2º Vogal _____

4- Secretário _____

CLASSIFICAÇÃO: _____

DATA DA DEFESA ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Luísa Mulato; Vicente Manuel Mbandantú, pois eles foram pessoas que sempre minha inspirarão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o dador da vida que permitiu que este desejo fosse real na minha vida; Aos meus pais que me deram a vida cheia de oportunidades; Aos meus familiares, em especial Maria dos Santos, Marcelina Pedro, Nsilulu Ambrosio que sempre serviram como minha força motriz para não desistir dessa longa jornada;

Aos meus familiares, Vicente Manuel Mbandantú, Mafuta Miliana Pedro Eduardo, por ser par da génese.

Do modo muito especial ao meu orientador Rodrigues José, pela ajuda essencial para realização deste trabalho, com suas sugestões sempre estimulantes.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA) pelo compromisso, rigor, responsabilidade e pela oportunidade de realizar essa licenciatura.

Aos meus inesquecíveis professores do curso de saúde e esquecendo do corpo de docentes que com amor, e paciência deram-nos apoio incondicional no decorrer desses 4 anos de formação;

À direcção do Hospital Municipal de Cacuaco; à todos técnicos de enfermagem que forneceram as informações precisas contribuindo desta forma para a realização deste trabalho o meu muito obrigado

Por fim, à Às colegas do Curso de graduação em enfermagem pelos bons momentos compartilhados.

No fundo do coração, do meu muito obrigada!

EPÍGRAFE

“A vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida” Viníce de Moraes.

RESUMO

A presente monografia abordou assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendida na sala de parto no hospital municipal de Cacuaço no II semestre de 2024; Trata-se de um estudo observacional, descritiva e transversal, com uma abordagem mista; A pergunta norteadora foi “qual é assistência de enfermagem prestada a gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacuaço?”; O objectivo geral consistiu em analisar a assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendida na sala de parto no hospital municipal de Cacuaço; Os objectivos específicos: identificar os factores e as dificuldades que estão na base de atendimento das gestantes com a placenta prévia, perceber a conduta de enfermagem prestada a gestantes com a placenta prévia; com amostra de 40 técnicos, sendo 47% tem o tempo de serviço entre 01-5 anos, 52,5% com a categoria de técnicos de enfermagem, 50% afirmaram que existem três classificações; um dos factores de riscos da placenta prévia é a multipareidade com 42,5%, no que refere o principal sinal é sangramento vaginal indolor 70%, a conduta de enfermagem foi repouso no leito 70%, a carência de condições e recursos materiais é o factor que dificulta 55%; conclui-se que, deve-se providenciar palestras sobre a importância do cumprimento da consulta pré-natal e todos exames descritos no Caderno de Saúde Materno-Infantil às gestantes; que haja palestras e disponibilidade de exames para o pré-natal. A participação da figura do enfermeiro no manejo das intercorrências obstétricas, o repouso no leito é conduta de enfermagem mais aplicada e a carência de materiais dificulta o desempenho do profissional, por essa razão a direcção do hospital municipal de Cacuaço propõe a disponibilidade das condições de trabalho e os materiais.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Gestante; Placenta prévia.

ABSTRACT

To present monograph it approached nursing attendance in pregnant woman with previous placenta assisted at the delivery room in the municipal hospital of Cacuaco in the II semester of 2024; It is treated of a study observational, descriptive and traverse, with a mixed approach; "Which was the question northean attendance of rendered nursing is the pregnant woman with previous placenta assisted at the delivery room in the municipal hospital of Cacuaco? "; THE general objective consisted of analyzing the nursing attendance in pregnant woman with previous placenta assisted at the delivery room in the municipal hospital of Cacuaco; The specific objectives: to identify the factors and the difficulties that are in the base of the pregnant women's service with the previous placenta, to notice the nursing conduct rendered to pregnant with the previous placenta; with 40 technicians' sample, being 47% has the time of service among 01-5 years, 52,5% with the nursing technicians' category, 50% affirmed that three classifications exist; one of the factors of risks of the previous placenta is the multipareidade with 42,5%, in what he/she refers the main sign is painless vaginal blandness 70%, the nursing conduct was rest in the bed 70%, the lack of conditions and material resources is the factor that hinders 55%; was ended that, it should be provided lectures arises to importance's of the execution of the prenatal consultation and all exams described in the Notebook of Maternal-infantile Health to the pregnant women; that there are lectures and readiness of exams for the prenatal. The participation of the nurse's illustration in the handling of the obstetric intercurrents, the rest in the bed is conduct of more applied nursing and the lack of materials hinders the professional's acting, for that reason the director of the municipal hospital of Cacuaco proposes the readiness of the work conditions and the matters.

Keywords: Nursing attendance; Pregnant; Placenta praevia.

SIGLAS E ABREVIATURAS

PP: Placenta Prévia

USGTV: Ultrassonografia Transvaginal

ÍNDICES DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição dos profissionais de enfermagem quanto ao tempo de serviço	29
TABELA 2- Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a categoria profissional	30
TABELA 3- Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a classificação da placenta	32
TABELA 4- Distribuição dos profissionais de enfermagem questionados sobre os factores de riscos da placenta prévia	34
TABELA 5- Distribuição dos profissionais quando questionadas sobre o principal sinal da placenta previa	36
TABELA 6- Distribuição dos profissionais segundo a conduta de enfermagem em gestantes com placenta prévia	37
TABELA 7- Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os factores que dificultam na aplicação da assistência da enfermagem	38

ÍNDICE

FOLHA DE APROVAÇÃO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	i
AGRADECIMENTOS	ii
EPÍGRAFE.....	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
SIGLAS E ABREVIATURAS	vi
ÍNDICES DE TABELAS.....	vii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
1.1. Definição de termos e conceitos.....	4
1.2. Epidemiologia da placenta prévia.....	5
1.3. Inserção baixa da placenta (placenta prévia)	6
1.4. Classificação da placenta prévia	7
1.5. Factores predisponentes	9
1.6. Quadro clínico	10
1.7. Complicações.....	12
1.8. Diagnóstico	13
1.9. Abordagem terapêutica	15
1.10. Cuidados de enfermagem	16
1.10.1. No pós-parto, as intervenções consistem nas acções abaixo.	19
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA.....	23
2.1. Tipos de pesquisa	25
2.2. Modelo de abordagem.....	25
2.3. Nível de estruturação de método.....	26
2.4. Técnica de recolha de dados.....	27
2.5. Instrumentos e procedimentos	27
2.6. População e amostra.....	28
2.6.1. População.....	28
2.6.2. Amostra	28
CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
CONCLUSÕES	39
SUGESTÕES.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

INTRODUÇÃO

A presente pré-projecto, irá abordar sobre aspectos ligados a assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacucio no II semestre de 2024. Visto que, é uma preocupação do Ministério da Saúde e, a sociedade em geral. Cujas finalidades e a conclusão na realização do trabalho de fim do curso.

Embora a gravidez seja um processo fisiológico em que ocorram diversas modificações no organismo materno, pode haver riscos e complicações nesse período que comprometam tanto a vida da gestante quanto do concepto, exigindo maior atenção. Esses agravos podem ser prevenidos e mais bem conduzidos, quando realizado diagnóstico precoce, melhorando assim a efetividade do tratamento e qualidade de vida materna e fetal.

Segundo, Cabral (2021) A placenta prévia (PP) é uma das principais causas de hemorragia genital na segunda metade da gravidez, acarretando um risco substancial para a saúde materna e fetal, e a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas, ou seja, aquelas que acometem com maior frequência a segunda metade gestacional.

Uma das principais complicações envolvidas na gravidez é a Placenta Prévia (PP) que atinge de 1 a cada 200 gestações que chegam ao 3º trimestre. Esta é a condição em que a placenta se implanta, de forma total ou parcial, no segmento inferior do útero, e permanece neste local após 28 semanas (Pereira, et al. 2024).

Sua importância está no diagnóstico e conduta adequados para se prevenir um mau resultado materno e fetal, especialmente a prematuridade e suas consequências (Puglia A. P., 2020).

A assistência de enfermagem prestada a gestante com placenta prévia atendidas na sala de parto é imprescindível, pois com conhecimentos técnicos e científicas que o profissional enfermeiro possui, ele contribuirá significativamente juntamente com a equipe multiprofissional na redução dos agravos e da mortalidade materna.

Diante desta realidade levantou-se a seguinte pergunta de partida: ***Qual é assistência de enfermagem prestada a gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacuaco?***

- **Hipóteses**

H 1: O repouso no leito é o principal cuidado da assistência de enfermagem prestada a gestante com placenta prévia na sala de parto;

H 2: Esse tipo de cuidado garante a qualidade da assistência de enfermagem prestada a gestantes prevenir os agravos além da mortalidade neonatal e materna.

- **Objectivos**

Para Gil (2002) objectivos são metas traçadas na qual se pretende atingir um determinado fim. A definição dos objectivos determina o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa e devem corresponder às questões propostas.

Para dar sequência do estudo, traçou-se os seguintes objectivos:

- **Objectivo geral**

Analisar a assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacuaco no II semestre de 2024

- **Objectivos específicos**

- a) Caracterizar amostra quanto ao perfil profissional;
- b) Identificar os factores e as dificuldades que estão na base de atendimento das gestantes com a placenta prévia;
- c) Perceber a conduta de enfermagem prestada a gestantes com a placenta prévia.

- **Delimitação e limitação**

Como trata-se de um tema vasto e abordagem complexa, optou-se a delimitar em três aspectos:

- a) **Contextual:** quanto ao contextual abordara Assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia.
- b) **Espacial:** já no espacial será na sala de parto no Hospital Municipal de Cacuaco

c) **Temporal:** quanto ao tempo será no II Semestre de 2024.

- **Justificativa**

Sendo assim, sugeriu-se abordar nas seguintes vertentes:

Na vertente académica: este tema aprofundará os nossos conhecimentos na área de saber e servirá de suporte aos interessados a esta temática;

Na vertente social: se o tema for divulgado muitos poderão ler e passar a informação a sociedade em geral, em particular aos portadores e às famílias afectadas;

Na vertente pessoal: a assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia, aumentará a valência e pretendo divulgar esse assunto, por meio de formações aos técnicos e palestras as gestantes que frequentam as consultas pré-natal e sala de parto.

- **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho está organizada da seguinte forma:

- **Introdução:** Esta parte levanta a pergunta da partida; hipóteses e esclarece os objectivos da pesquisa.
- **Apresenta três capítulos:**
 - ✓ No primeiro capítulo fala da fundamentação teórica.
 - ✓ No segundo capítulo Fala da metodologia de pesquisa.
 - ✓ No terceiro capítulo trata dos resultados e discussão.
- E por fim faz-se a menção das conclusões, sugestões e referências bibliográficas.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definição de termos e conceitos

❖ Assistência de enfermagem

“Assistência de enfermagem é mais que um acto: é uma atitude. Por tanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afectivo com o outro”. (Potter P. A., 2017, p. 3017).

Silva e da Silva (2016, p. 44) reforça, “É uma actividade planejada que visa atender às necessidades humanas básicas do individuo, deve ser instituída ao paciente/ cliente de forma holística, por meio da prescrição de enfermagem”

O Assistência ou cuidado de enfermagem é uma actividade privativa do enfermeiro e tem como principal objectivo assistir ao ser humano com totalidade, promovendo sua recuperação e reabilitação, Consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objectiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicos e procedimentos, e outra subjectiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outros (Valpato & Passos, 2014, p. 61).

❖ Gestante

Designa a condição de uma mulher que já concebeu e que na qual evolui o produto da concepção, Esse período, é caracterizada por envolver alterações fisiológicas, físicas e emocionais, vivenciadas de maneiras diferentes por cada mulher. Diante disso, é necessário acompanhamento contínuo por parte da família e de profissionais da saúde responsáveis e capacitados, que garantirão a assistência adequada no pré-natal, no parto e no puerpério (Minsa, 2003, p.12).

É um aumento de importante reestruturação na vida da mulher e nos papeis que ela exerce. Representa um período de intensas modificações e desenvolvimento do feto no interior do útero da mulher e é um período que se estende até a expulsão do bebe no momento do parto (Cabral, 2021).

Para Puglia A. P (2020) realça, é um individuo que, tem em si o embrião, que esta em gestação ou uma mulher em período de gravidez. De facto, é o período que corresponde à formação, ao crescimento e ao desenvolvimento de um novo ser no

interior do útero. Em média, tem duração de 40 semanas ou 280 dias ou 10 meses lunares. As semanas são contadas a partir da data da última menstruação (DUM).

❖ **Placenta prévia**

Pereira (2012), define como a situação em que a placenta está inserida, total ou parcialmente, no segmento inferior do útero podendo ou não recobrir o orifício cervical interno.

Chama-se placenta prévia é aquela cuja implantação anómala chega a atingir a região do orifício interno do colo uterino. A definição correta inclui o fato de estar a placenta entre o orifício interno (OI) do colo e a apresentação fetal (polo cefálico ou nádegas) (Cabral, 2021).

A inserção baixa da placenta (IBP) ou popularmente conhecida como placenta prévia (PP), é considerada uma intercorrência que provoca hemorragia durante o período gestacional. No caso, a placenta deixa de se implantar na porção superior do útero (como ocorre normalmente) e adere no segmento inferior do útero (Puglia, 2020).

1.2. Epidemiologia da placenta prévia

Abordando a incidência de placenta prévia (PP) varia de acordo com a população estudada, com os critérios e recursos diagnósticos, com a definição utilizada e os critérios de classificação.

De forma geral, sua frequência em relação ao número total de partos varia de 0,3 a 1,7%. Em Angola, os índices são maiores do que os citados, provavelmente em razão do maior número de partos operatórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

De facto, a frequência varia de 0,5% a 1,27%, considerando-se apenas a placenta previa com sintomatologia clinicas, maiores índices podem estar relacionados a maiores taxas de partos cesáreos. A incidência chega a 4/1.000 gestações acima de 20 semanas, e a complicação mais importante é sangramento vaginal (Puglia, 2020, p. 131).

A placenta prévia ocorre em 1 a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre, porém é um achado ultrassonográfico frequente em exames realizados entre 16 e 20 semanas de gestação. Contudo, até 90% desses achados

normalizarão até o termo, devido à teoria da “migração” placentária (Ministério da Saúde Brasil, 2019).

No entanto, isso ocorre devido à combinação entre o crescimento placentário em direcção ao fundo uterino, que é mais bem vascularizado, com a degeneração das vilosidades periféricas que receberão menor suprimento sanguíneo, conferindo uma implantação placentária adequada.

A termo, a placenta prévia afecta 0,3 a 0,5% das gestações, havendo evidência recente de que a incidência tem aumentado ao longo das últimas décadas (Pereira, 2012).

A mortalidade e morbilidade maternas associadas a esta condição são consideráveis, causando um impacto substancial no consumo de recursos de saúde.

Nos EUA, estima-se que a morte materna ocorra em 0,03% dos casos de placenta prévia, sendo este valor previsivelmente maior nos países em desenvolvimento (Ministério da Saúde Brasil, 2010).

A presença desta entidade aumenta o risco de hemorragia anteparto a hemorragia pós-parto e hemorragia intraparto, transfusão sanguínea, histerectomia peri-parto, septicemia, vasa prévia, tromboflebite e apresentação anómala a termo.

Para além disso, existe também um risco acrescido de placenta acreta, particularmente se existirem antecedentes de cesariana.

A placenta acreta aumenta substancialmente o risco de hemorragia intraparto e de histerectomia peri-parto, estando associada a uma taxa de mortalidade materna que se aproxima dos 0,3% (Barros, 2023).

Na verdade, vários estudos relatam um aumento da mortalidade perinatal, nas situações de placenta prévia, com valores muito elevado.

1.3. Inserção baixa da placenta (placenta prévia)

A inserção baixa da placenta (IBP), popularmente conhecida como placenta prévia (PP), é considerada uma intercorrência que provoca hemorragia durante o período gestacional. No caso, a placenta deixa de se implantar na porção superior do útero (como ocorre normalmente) e adere no segmento inferior do útero.

Segundo a classificação de Gasparetto & Fernandes (2018), a inserção baixa da placenta apresenta três tipos, conforme descrito a seguir:

- ✓ Placenta prévia total: a placenta cobre totalmente o óstio (orifício) cervical interno do útero.
- ✓ Placenta prévia parcial: a placenta cobre parcialmente o óstio cervical interno do útero.
- ✓ Placenta marginal: a placenta se implanta sobre o óstio cervical interno do útero, podendo ser palpada durante a realização do toque vaginal.

Na verdade, a placenta não fica em uma localização única durante toda a gravidez. À medida que o útero e a placenta aumentam, a posição desta pode mudar. Assim, é possível que uma gestante que tenha apresentado placenta prévia no início da gravidez chegue ao 3º trimestre com a placenta localizada mais acima, ou seja, na localização adequada. Mais uma vez, o acompanhamento propiciado pelo pré-natal é fundamental para detectar a posição exacta da placenta.

1.4. Classificação da placenta prévia

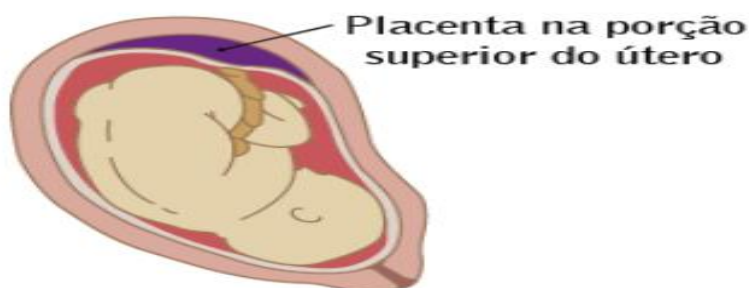
Ela pode ser classificada de três maneiras, de acordo com sua posição em relação ao colo do útero:

Baixa ou Parcial: está localizada próxima ao colo do útero, sem atingi-lo

Marginal: atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo

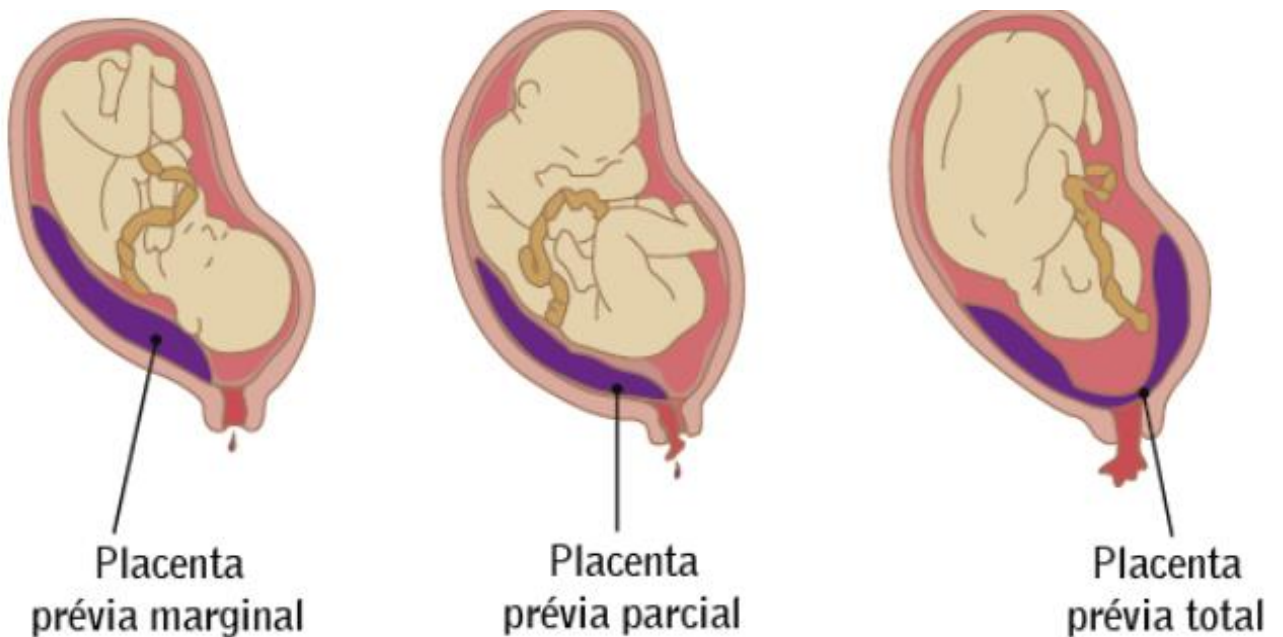
Completa ou Centro-total: recobre totalmente o orifício interno do colo do útero (Puglia, 2020, p. 31).

Placenta normal (implantação na porção superior do útero)



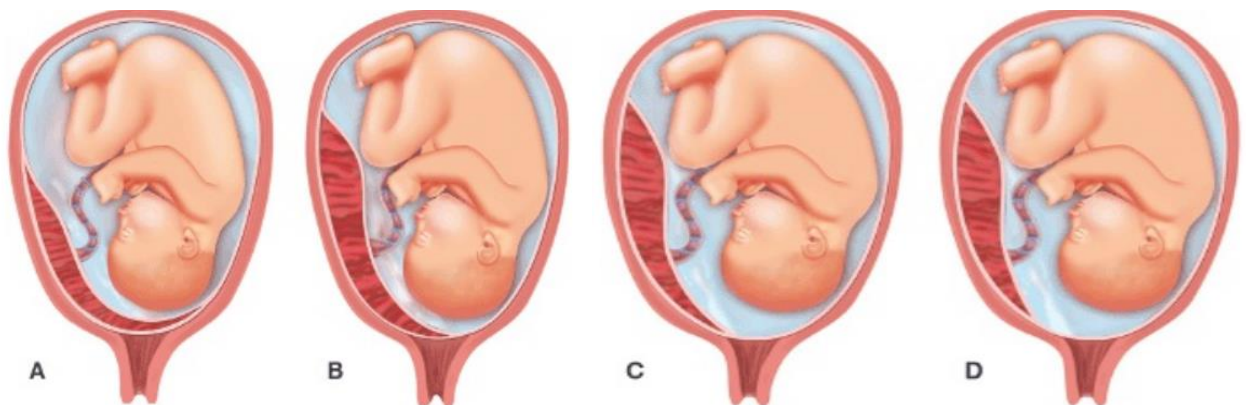
Fonte: Puglia (2020, p. 224)

Placenta prévia



Fonte: Puglia (2020, p. 225)

Atualmente adota-se a classificação do Montenegro (2013), com modificações, que classifica a placenta prévia em *menor (baixa)* e *maior (marginal, parcial, total)*.



Tipos de placenta prévia. **A.** Central. **B.** Parcial. **C.** Marginal. **D.** Baixa

Montenegro (2013, p. 466).

Existem alguns tipos em que a placenta prévia pode ser classificada, os quais são: placenta prévia, na qual o orifício interno está coberto parcial ou totalmente pela placenta e placenta com implantação baixa no segmento uterino inferior, de forma que a borda da placenta não alcança o orifício interno.

1.5. Factores predisponentes

Os factores predisponentes que estão associadas incluem a idade materna avançada, a multiparidade (1 para 20 nascimentos) e as mulheres com cicatrizes uterinas prévias, como as cesarianas ou mesmo traumatismos endometriais, causados por curetagens ou infecções, que diminuem a vascularização do endométrio, *“fazendo com que a placenta, ao se implantar, procure áreas de maior vascularização que, muitas vezes, se tornam grandes ou com cotilédones anômalos, como a placentação sucenturiada”* (Rudge, 2021).

A cesárea anterior constitui o fator de risco mais importante para a placenta prévia e o risco aumenta progressivamente com o número de procedimentos. Constituem outros fatores de risco: qualquer cicatriz uterina, idade materna avançada, multiparidade, tabagismo e gravidez gemelar (Pereira et al, 2024).

A despeito da etiologia desconhecida, Pereira (2012., p.87) diz, “são considerados factores predisponentes: multiparidade, idade materna avançada, cicatrizes uterinas, endometrites, curetagens uterinas previas, adenomiose, doença inflamatória pélvica, história anterior de placenta previa, cesarianas anteriores, placentas grandes e tabagismo”.

Embora a sua etiologia e fisiopatologia estejam longe de ser esclarecidos, existem outros fatores com forte associação estatística com a PP, entre os quais a “multiparidade, a gravidez gemelar, os antecedentes de abortamentos espontâneos recorrentes e de abortamentos induzidos, a cirurgia uterina, o tabagismo, o consumo de cocaína e a PP em gravidez anterior” (Pereira M. I., 2012, p. 4).

Na verdade, embora as causas não sejam precisamente conhecidas, os estudos mostram que multiparidade e idade materna avançada contribuem para a ocorrência de inserção baixa da placenta.

Além desses factores, Madi & Rombaldi (2018., p. 165) cita também, “o uso do fumo, presença de cicatrizes de cesáreas anteriores, fibromas e curetagens uterinas prévias, bem como patologias endometriais inflamatórias, vasculares e atróficas”.

De facto, em gestações que cursam com placentas previa, observa-se, o sangramento do útero, diminuição da vascularização. Em contrapartida, o

sangramento inferior apresentara aumento do número de vasos, visando à melhor nutrição do ovo.

Apesar, dos factores deste problema permanecerem desconhecidas, há aspectos que favorecem esta situação, nomeadamente: gemiparidade; ter mais de 35 anos de idade; ter feito tratamentos de fertilidade; ter histórico de aborto; ter um útero com um formato anormal ou com miomas; fumar; consumir cocaína.

Madi & Rombaldi(2018) concordam com o pensamento; o principal factor de risco para placenta prévia é a cicatriz uterina anterior, e entre elas a principal é a cesariana anterior. Entre outras causas estão as intervenções uterinas prévias como a miomectomia e curetagem. multiparidade, idade materna avançada, tabagismo e gemelaridade também são factores associados.

Indo para mesmo pensamento, a chance de ter uma placenta prévia numa gravidez futura aumenta significativamente para aquelas mulheres que possuem uma cicatriz uterina. Com uma cesariana anterior, o risco de placenta prévia pode ser de 4,5 vezes maior; com duas cesáreas pode ser 7,4 vezes; com três 6,5 vezes e com quatro ou mais chega a 45 vezes maior (Pereira, 2012).

Não obstante, se o risco de hemorragia com placenta prévia por si só é importante, a combinação com uma ou mais cesarianas prévias pode tornar este risco consideravelmente maior, com resultados às vezes catastróficos.

A morbidade materna da placenta prévia é decorrente, principalmente, da hemorragia que ela provoca. A morbidade aumentada também está relacionada às complicações operatórias do parto, complicações anestésicas, necessidade de transfusão e infecções (Lopes, 2016).

Por esse razão, entre outros, deve-se cada vez mais reunir esforços para diminuir os índices de cesáreas como medida de redução da morbimortalidade materna.

1.6. Quadro clínico

Classicamente, o quadro clinico mais frequente e característico da placenta prévia é o sangramento vaginal. *“O sangue costuma ser de cor vermelho vivo,*

geralmente não acompanhado de dor ou alterações na consistência do útero” (Grami & Salim, 2019, p. 894).

Assim, a intensidade é variável, e o seu aparecimento será mais precoce quanto mais baixo estiver a placenta. A recorrência do sangramento é mais frequente à medida que se aproxima do final da gravidez e após um sangramento insignificante pode advir inesperadamente outro muito forte, pondo em perigo a saúde materna e a fetal.

Já, no exame especular deve ser feito de maneira muito cuidadosa, sempre à procura da origem do sangramento (Dantas, et al., 2023). É importante salientar novamente que diante da suspeita de PP, não realizar o toque vaginal sem antes saber a localização exacta da placenta, caso contrário, corre-se o risco de provocar sangramento com essa conduta.

Muitas vezes, a placenta prévia não provoca quaisquer sintomas e é uma situação apenas diagnosticada aquando da realização das ecografias gestacionais de rotina.

Porém, em alguns casos, a placenta prévia pode manifestar sintomas, sobretudo se esta condição permanecer ou surgir na segunda metade da gestação. Nesta situação, o sinal de alerta mais evidente é mesmo o da hemorragia vaginal, que pode ser indolor ou acompanhada de cólicas (Ministério da Saúde Brasil, 2019).

Mas dizer, que o sinal clássico mais comum desta intercorrência é a presença de quadro hemorrágico na segunda metade da gestação, podendo ocorrer sem dor.

Cabral (2021) acrescenta, normalmente o sangue apresenta-se vermelho vivo, numa quantidade variável, e a hemorragia cessa por si só, podendo voltar a ocorrer dias ou semanas mais tarde.

Por outro lado, o Ministério da Saúde Brasil (2010), realça aspectos como: Sangramento indolor; Autolimitado; Final do segundo e início do terceiro trimestre; Presença de sangramento sentinela.

O sangramento na placenta prévia caracteriza-se por ser indolor, no segundo ou terceiro trimestre. Geralmente ocorre em pequena quantidade e é autolimitado, não levando a uma espoliação materna significativa.

Nas placentas prévias marginais, muitas vezes o sangramento não se apresenta até o momento do parto. Algumas gestantes, principalmente, as com placenta prévia centro-totais, podem apresentar um sangramento entre a 26ª e 28ª semana de gestação, chamada de sangramento sentinela (Patriota, Guerra, & Souza, 2014).

Neste caso, o sangramento é intermitente e abundante, de coloração vermelho vivo, com necessidade de internações e transfusões frequentes. “Na presença de acretismo, é comum não haver sangramento até o parto. Pode haver contracções uterinas, mas não há aumento do tónus entre as contracções” (Santos, 2013).

1.7. Complicações

A hemorragia consiste na principal complicação da placenta previa. O sangramento pode ocorrer antes do parto, durante o procedimento ou mesmo depois dele. A perda de sangue pode ser volumosa e colocar a gestante e o feto em risco. As grávidas com placenta prévia apresentam maior propensão a ter uma placenta que se implanta de forma muito profunda no útero, não se descolando facilmente no parto. Esse tipo é denominado acreta.

O “alto risco de sangramento pode levar a mulher a ser submetida a histerectomia” (Ministério da Saúde Brasil, 2010, p. 17).

Já o Sadovsky (2016) diz, dentre as complicações associadas a placenta prévia está a hemorragia pós-parto pois essas mulheres apresentam mais risco de sangramentos durante o parto, o que pode levar a complicações como choque hemorrágico e necessidade de transfusão sanguínea.

Lopes (2016) menciona, a gestação que cursa com placenta de inserção normal, observada, no segmento inferior do útero, diminuição da vascularidade. em contrapartida, por ocasião de placenta baixas, o segmento inferior apresentará aumento do numero de vasos sanguíneos, visando à melhor nutrição do ovo.

Uma das mais temidas complicações da placenta previa é o acretismo placentário, caracterizado pela invasão excessiva do trofoblasto no miométrio, resultando em hemorragia significativa no momento da dequitação (Santos Y. , 2020).

Assim, o antecedente de duas ou mais cesárias e a placenta prévia oclusiva total aumentam a possibilidade de acretismo.

Já, Puglia (2020) realça, as complicações maternas e fetais;

Maternas, hemorragia grave originando anemia, deslocamento prematuro de placenta normalmente inserida ou em associação com a placentação baixa, morte materna, placentantite e acretismo;

Para fetal, está a prematuridade, hemorragia fetal.

Claro que, a gestante com sangramento por placenta prévia no segundo trimestre tem apresentado maior índices de complicações perinatais e a mortalidade materna por placenta prévia é inferior a 1%, em contrapartida da mortalidade perinatal, em torno de 20% nomeadamente.

Além do problema da placenta prévia poder dificultar ou impedir a realização de um parto vaginal, com o avançar da gravidez, as hemorragias podem tornar-se mais intensas ou frequentes, sobretudo durante e após o parto. Em alguns casos, se a perda de sangue for significativa, a vida da mãe e do bebé podem ficar em risco (Lopes, 2016).

Por outro lado a hemorragia abundante também pode estar no facto de, muitas vezes, a placenta prévia ser também uma placenta acreta, ou seja, uma placenta que se implanta muito profundamente no útero. Isto significa que no momento do parto ela não se descola tão facilmente e a hemorragia decorrente disso pode mesmo exigir uma histerectomia (cirurgia para remoção do útero) de urgência.

Para Silva, et, al (2018), A placenta prévia pode ainda ter como consequências: Posição anormal do feto; Restrição do crescimento intrauterino; Ruptura prematura das membranas (rompimento da bolsa de água).

1.8. Diagnóstico

O diagnóstico de PP é clínico, sendo confirmado pela ultrassonografia.

Sim, o diagnóstico é feito a partir de avaliação do quadro hemorrágico e da realização de exame de imagem (ultrassonografia), para visualização das características da placenta e de sua implantação (Cabral, 2021).

Porém, a ultrassonografia confirma o diagnóstico e a localização placentária. A via transvaginal (USGTV) é a mais recomendada e possui menos falsos positivos que a via abdominal.

A ultrassonografia transabdominal rotineira de 2º trimestre, entre 20 e 23 semanas, tem por objectivo avaliar a morfologia fetal e também a localização placentária. Se houver suspeita de placenta prévia, deve-se realizar da USGTV (Montenegro & Filho, 2021).

Assim, O fenómeno da migração placentária pode ocorrer até a 36ª semana e transforma placentas diagnosticadas como “prévias” nos primeiros dois trimestres da gestação em placentas normalmente inseridas no terceiro semestre. Por isso, é fundamental a confirmação diagnóstica no 3º trimestre da placenta prévia diagnosticada anteriormente.

No entanto, o momento da avaliação, deve-se realizar o diagnóstico diferencial, a fim de descartar hipóteses de descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina e possíveis patologias vulvovaginal e cervical.

Assim sendo, o melhor, mais seguro e mais simples método para realização do diagnóstico de placenta prévia é a ultrassonografia abdominal. Ela irá nos mostrar exactamente a localização placentária e a sua posição em relação ao orifício interno do colo do útero (Madi & Rombaldi, 2018).

De facto, a experiência clínica tem demonstrado superioridade e segurança na realização da ultrassonografia transvaginal nos casos de placenta prévia, sendo considerada, actualmente, o padrão-ouro para esse diagnóstico. Identifica-se tecido placentário recobrando, ou muito próximo, o orifício interno do colo uterino.

Quando a exame de ecodoppler obstétrico, deve ser realizado para diagnosticar acretismo placentário, ou mesmo placenta increta ou percreta, com invasão de órgãos locais como bexiga e recto, sempre que uma placenta prévia for diagnosticada e também nos casos de implantação anterior baixa sobre a área de cicatriz de cesáreas anteriores (Puglia, 2020).

A ressonância nuclear magnética também pode ser um método de diagnóstico, principalmente em placentas posteriores, porém os resultados não são superiores aos da ultrassonografia transvaginal. “Ela apresenta a vantagem de não

ser examinador dependente, porém a pouca acessibilidade ao exame limita a sua indicação” (Pereira, 2012).

Quanto aos exames laboratoriais, Freitas (2019, p. 276) realça; “Os exames laboratoriais que devem ser solicitados na vigência do sangramento sendo:

- ✓ Hematócrito e hemoglobina;
- ✓ Tipagem sanguínea ABO Rh;
- ✓ Coagulograma: pode ser realizado teste do coágulo, com colecta de 10ml de sangue em tubo seco – deve se formar um coágulo firme após 7–10 minutos;
- ✓ A coagulopatia é condição rara na placenta prévia”.

Na mesma linha de pensamento, Barros (2023) diz, a avaliação laboratorial inicial inclui concentração de hemoglobina e hematócrito, determinação do tipo sanguíneo e exames de avaliação da função renal. Se o sangramento for abundante ou houver outras complicações, também, deve ser avaliado o sistema de coagulação (fibrinogênio, plaquetas, tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial activada).

1.9. Abordagem terapêutica

Logo após o diagnóstico de placenta prévia, deve-se o planeamento do seguimento e tratamento.

Barros (2023) diz; as gestantes, mesmo que assintomáticas, devem ser orientadas a procurar o hospital diante de qualquer sinal de sangramento, evitar actividade física exagerada, assim como relações sexuais, principalmente após a 28ª semana.

Porem, o problema da placenta prévia pode ser tratado ou controlado, de modo a tentar evitar hemorragias ou outras complicações quer para a gestante, quer para o bebé. Esse tratamento vai variar em função de certos aspetos, como: Frequência e volume das hemorragias; Idade da gestante e Tipo de placenta prévia. (Pereira, 2012).

Ora, a conduta terapêutica depende principalmente da idade gestacional, em razão dos riscos com a prematuridade fetal.

Para o, Santos (2013, p. 49), depende de duas situações:

1. Gestação com idade igual ou inferior a 36 semanas e quadro hemorrágico leve

- ✓ Hospitalizar a gestante, para controle do estado geral (materno e fetal).
- ✓ Colocar a gestante em repouso absoluto, para evitar esforços físicos.
- ✓ Administrar corticóides, principalmente para prevenção de doença respiratória neonatal.

Obs. Na observação, não é indicada a realização de toque vagina.

2. Gestação com idade igual ou superior a 36 semanas

- ✓ Grávida com placenta prévia lateral ou marginal: indicação de parto vaginal, realização de amniotomia para visualização do líquido amniótico e monitorização fetal.
- ✓ Grávida com placenta central: indicação de parto cesárea”.

Já, Freitas (2019) diz, Hemoderivados devem ser disponibilizados de acordo com a necessidade; a imunoglobulina anti-D deve ser administrada em gestante Rh negativa. Entre 25 e 34 semanas, na vigência de hemorragia, administram-se corticosteroides de forma individualizada para o amadurecimento pulmonar fetal.

1.10. Cuidados de enfermagem

É dependente do tipo de localização da placenta prévia, volume da hemorragia materna, idade gestacional e vitalidade fetal. Toda gestante com sangramento e suspeita diagnóstica de placenta prévia deverá ser hospitalizada para investigação.

A conduta em gestações pré-termo é geralmente expectante, excepto se o volume de sangramento for de tal intensidade que provoque risco materno-fetal. A conduta expectante implica vigilância hematimétrica materna, de vitalidade e maturidade fetal (indução de maturidade pulmonar com uso de corticóide entre 24 e 34 semanas de gestação) e tocolise profilática ou terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Se a placenta prévia for detectada no primeiro trimestre de gestação, pode ser realizado acompanhamento com maior frequência para ver como evolui o feto e

se não há complicações. Dessa forma é agendada a cesariana entre a 37ª e a 39ª semana de gestação (Montenegro & Filho, 2021).

Sendo assim, as orientações devem ser feitas constantemente para que a mãe esteja ciente do seu caso, e que pode haver complicações com ela e o feto na hora do parto. Deve-se esclarecer quanto a dúvidas e mitos que podem surgir, e frisar a importância da adesão e adequação ao tratamento e acompanhamento prescrito.

Já, em gestações de termo, a melhor conduta vai depender das variáveis acima, sendo obrigatória a cesárea nos casos de placentas centrais ou parciais. A via vaginal é recomendada geralmente em placentas prévias marginais, com a indicação de amniotomia e uso de ocitócicos, na tentativa de evitar o descolamento da placenta com monitorização da frequência cardíaca fetal (Madi & Rombaldi, 2018).

Por outro lado, os cuidados de enfermagem na gravidez têm como finalidade acolher e acompanhar a mulher desde o início da gravidez até ao seu término, assegurando o nascimento de um bebê saudável e a garantia do bem-estar materno. Assim sendo, os profissionais de enfermagem pode actuar de forma significativa, através de uma assistência adequada ao ciclo reprodutivo (Silva, et al., 2014).

Diante duma gestação de alto risco, a preocupação do sucesso da gestação acumula-se frente às possíveis complicações que a gestante possa apresentar.

Para minimizar os riscos da prematuridade da ruptura das membranas, *“Usa-se a conduta expectante é actualmente recomendada, como Hospitalização, monitorização do líquido amniótico, sinais vitais, cujo os resultados diminuem a incidência de morbidades e mortalidade perinatais”* (Patriota, et al. 2014, p. 297). Essa abordagem permite a utilização de antibiótico para prolongar o período de latência e o uso de corticóide para amadurecimento pulmonar fetal.

Lopes (2006, p. 17), *“diante das altas taxas de morbidade e mortalidade perinatal em gestantes com da placenta previa na Maternidade Carmela, foi prudente a reavaliação da conduta terapêutica, como o uso de antibiótico (...) com desfecho favorável, pelo que evitaram as complicações relacionadas as infecções e auxiliou nos cuidados de enfermagem”*

Entretanto, seja o uso ou não de antibióticos, os riscos maternos e fetais devem merecer sempre consideração quando a conduta expectante for adotada.

Ademais, o Ministério da Saúde Brasil (2010) menciona os seguintes cuidados: A conduta em relação à placenta prévia dependerá da idade gestacional em que a mesma ocorrer.

Entre 22 e 24 semanas: estão em avaliação dos sinais de infecção e de começo do trabalho de parto como

A febre; presença de contrações uterinas; avaliação do estado fetal; biometria fetal a cada 15 dias; percepção de movimentos fetais pela mãe; ausculta de batimentos cardíofetais duas vezes por semana; orientar o repouso estrito no leito; administração de antibioticoterapia; sem o uso de corticoterapia.

Entre 24 e 33 semanas: está a orientação do repouso no leito com permissão para uso do banheiro; observar presença de contrações uterinas; avaliar o volume de líquido amniótico por ecografia de 2 em 2 dias; hidratação oral (3 a 4l/dia); administrar os antibióticos.

Além de 34 semanas: Orientar a interrupção imediata da gestação mediante a indução do trabalho de parto; fazer escolha do método de indução dependerá do estado de amadurecimento cervical. Se houver condições cervicais favoráveis, administrar ocitocina. No caso de colo ser desfavorável utilizar método de amadurecimento cervical.

Também, é importantíssimo a monitorização rigorosamente sinais vitais e perdas vaginais; Atentar quanto à assistência relacionada aos cuidados com repouso absoluto no leito; Monitorar sinais de choque hipovolêmico (palidez, extremidades frias e cianóticas, taquicardia, entre outros); Puncionar e manter cateter venoso periférico calibroso, para hidratação e administração de medicamentos por via endovenosa; Atentar quanto aos sinais de trabalho de parto; Atentar quanto às queixas maternas relacionadas à diminuição dos movimentos fetais (Rudge, 2021).

Ademais, monitorar vitalidade fetal; Atentar quanto à necessidade de tipagem sanguínea, infusão de hemocomponentes/ hemoderivados e coleta de exames laboratoriais (Madi & Rombaldi, 2018).

Dessa forma é agendada a cesariana entre a 37ª e a 39ª semana de gestação. Orientações devem ser feitas constantemente para que a mãe esteja ciente do seu caso, e que pode haver complicações com ela e o feto na hora do parto. Deve-se esclarecer quanto a dúvidas e mitos que podem surgir, e frisar a importância da adesão e adequação ao tratamento e acompanhamento prescrito (Junior & Vieira, 2018).

Para tal, a hospitalização é muito importante no acompanhamento das pacientes, garante a vigência de hemorragia, e atendimento imediato para quaisquer eventualidades. O recém-nascido também merece cuidados especiais, frequentemente pré-termo, débil, anemiado, e algumas vezes chocado, deve-se avaliar suas condições e se necessário realizar hemotransfusão.

Para Ministério da Saúde Brasil (2019), as gestantes, mesmo que assintomáticas, devem ser orientadas a procurar o hospital diante de qualquer sinal de sangramento, evitar atividade física exagerada, assim como relações sexuais, principalmente após a 28ª semana.

Orientam-se duas condutas para o tratamento de placenta prévia, a contemporização e intervenção. No tratamento expectante (antes da 37ª semana), onde há a perda inicial de sangue habitualmente em pequena quantidade, pode-se esperar o amadurecimento do bebê, e recomenda-se a hospitalização. Preconiza-se a circlagem do colo para que se permita a continuação da gestação, indica-se também o uso de corticoides para o amadurecimento do pulmão fetal, este indicado antes da 35ª semana de gestação (Ministério da Saúde Brasil, 2010).

Finalmente, o tratamento ativo (com 37 semanas ou mais), depois de documentada a maturidade fetal é indicado a interrupção imediata da gravidez, é permitido o exame vaginal nessa fase na sala de cirurgia, devendo-se estar preparado para hemotransfusão e cesárea.

1.10.1. No pós-parto, as intervenções consistem nas ações abaixo.

Monitorar o sangramento vaginal, em razão de possível atonia uterina (responsável por ocorrência de grandes hemorragias).

Atentar quanto aos cuidados com tampão vaginal.

Administrar ocitocina para promover a contracção uterina e a diminuição do sangramento.

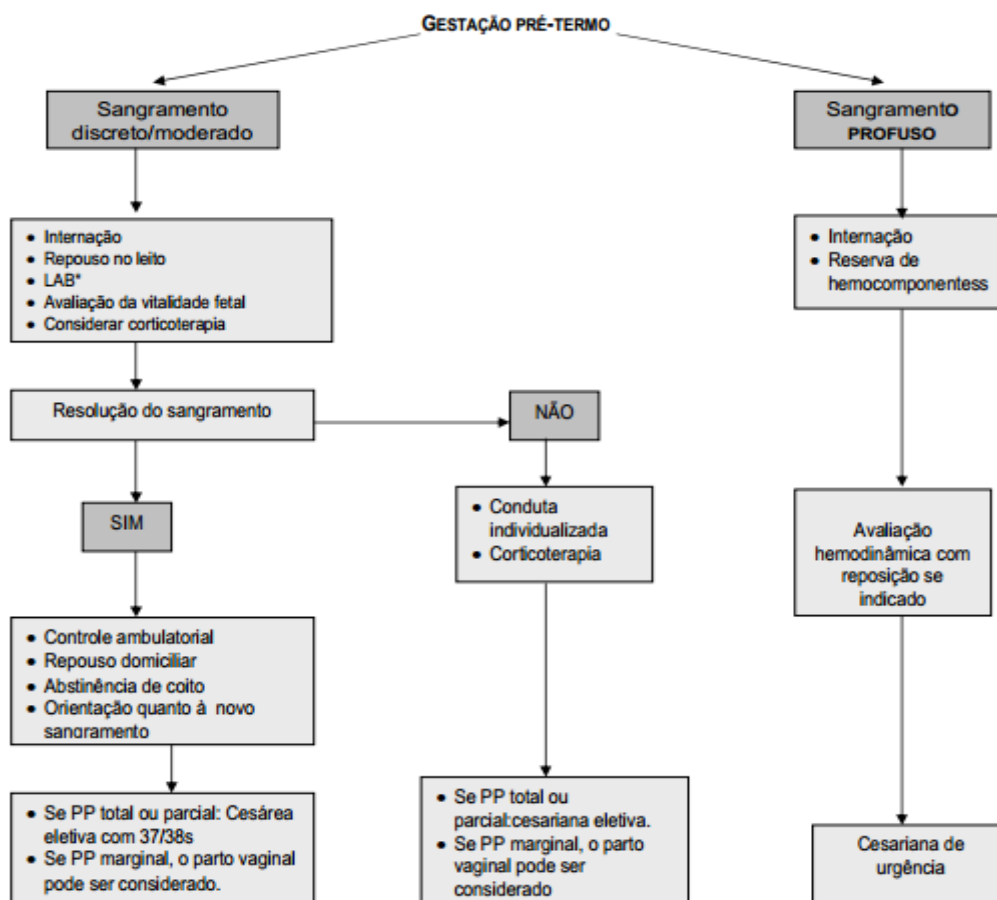
Atentar quanto aos cuidados relacionados a assepsia e antissepsia em decorrência do quadro hemorrágico, devido ao risco de infecção em ferida operatória nos casos de parto vaginal com episiotomia (Pulgia, 2020).

CONDUTA

A gravidez constitui um período, que na maioria das vezes transcorre sem desvios da saúde da mulher e do bebê, porém, envolve em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas e emocionais as quais implicam em um potencial de risco, que são inerentes a gestação. “Dentre as complicações, destaca-se a placenta prévia que é considerada uma complicação obstétrica que pode ocorrer por factores como remodelação vascular materna e invasão trofoblástica” (Barros F. , 2023, p. 18).

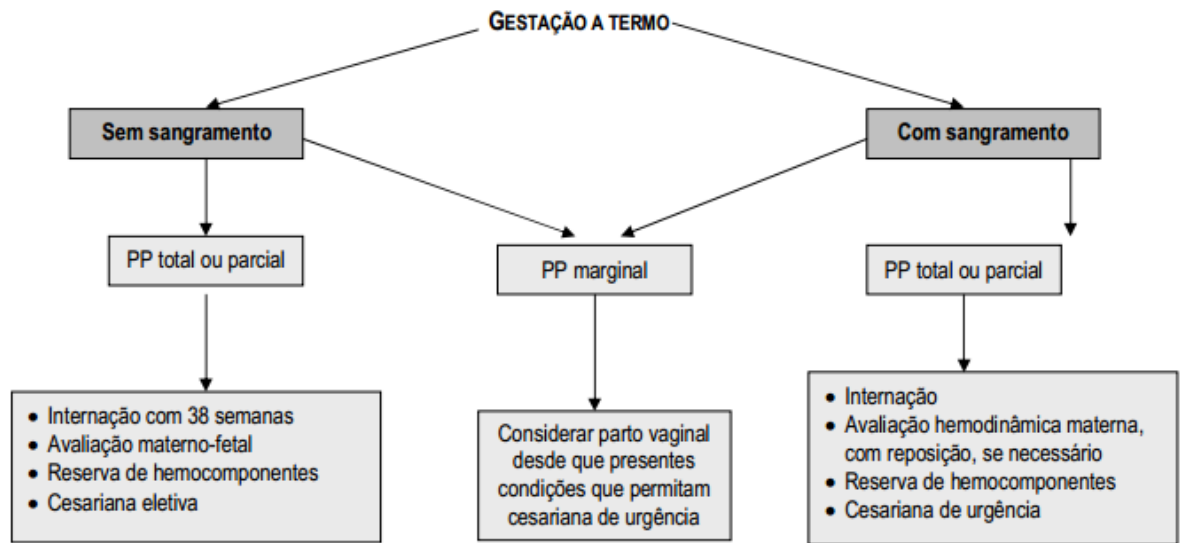
Por essa razão, a conduta a cuidados de enfermagem, depende da presença e intensidade do sangramento vaginal e da idade gestacional.

Conduta na gestação pré-termo



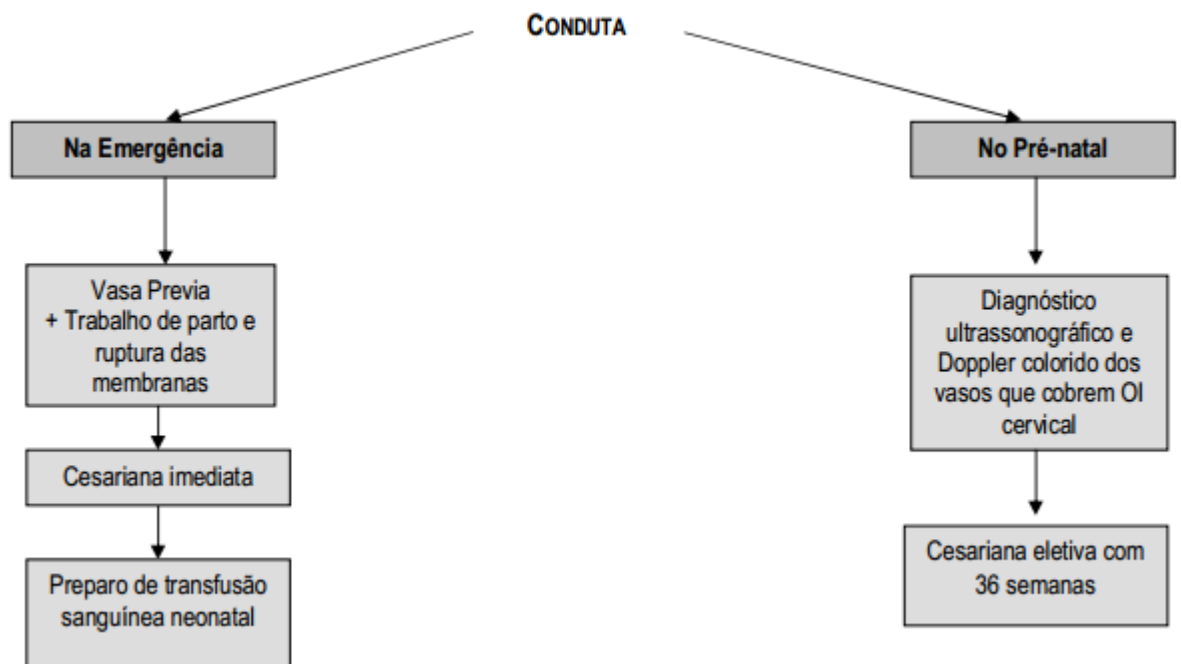
Fonte: Cunningham, et al (2016, p. 46)

Conduta na gestação a termo



Fonte: Cunningham, et al (2016, p. 47)

Conduta na vasa prévia



Fonte: Cunningham, et al (2016, p. 49)

A vasa prévia é anormalidade rara do desenvolvimento coriônico, em que os vasos sanguíneos da superfície fetal da placenta, atravessam o segmento inferior do útero sobre a membrana amniótica que recobre o OI cervical.

Tem “risco de 60 a 70% de morte fetal quando há ruptura das membranas” (Bezerra, 2019, p. 31), e, está associado à placenta baixa, placenta com lobos acessórios e gravidez múltipla e conduta depende da presença e intensidade do sangramento vaginal e da idade gestacional.

Por este pendor o técnico não deve:

- ✓ Toques vaginais devem ser evitados;
- ✓ O uso de tocolítico é contraindicado, pois além de dificultar a avaliação dos sinais maternos de hipovolemia, pode agravar a hemorragia;
- ✓ Nos casos de PP marginal, cuja distância entre a borda placentária e o OI for de 2-3 cm, o parto vaginal pode ser considerado;
- ✓ Suspeitar de acretismo placentário nos casos de placenta prévia com história de cesariana ou outras cirurgias uterinas, particularmente quando a placenta é anterior ou recobre a cicatriz da cesariana;
- ✓ Em gestantes Rh negativo não sensibilizadas – Imunoglobulina anti-Rh.

Indo no pensamento, os cuidados de enfermagem a paciente com placenta prévia, resume-se em determinar a extensão da perda sanguínea, observar a história do início do sangramento, sua duração e sintomas associados. Ainda, destaca-se a assistência em algumas complicações relatadas que incluem hemorragia grave, coagulação intravascular e infecções resistentes (Ma, Martins, & Pina, 2016).

Em contrapartida, outro estudo afirmou que se a placenta prévia for detectada no primeiro trimestre de gestação, pode ser realizado um acompanhamento com maior frequência para ver como evolui o feto e prevenir as complicações citadas (Montenegro & Filho, 2021).

Sim, a enfermagem deve buscar um maior preparo para o atendimento com qualidade já que existem inúmeros recursos disponíveis. Ainda acerca disto, outro estudo afirmou que o gerenciar das ações de enfermagem ainda permanecem embasados nas teorias clássicas, as ações do assistir/ intervir são fortemente marcadas pelo modelo biologista com a valorização dos procedimentos técnicos a serem executados (Junior & Santos, 2014).

A partir da realização deste estudo, percebe-se a importância da assistência de enfermagem no cuidado direccionado durante a prática assistencial, objectivando a melhoria da qualidade de vida das gestantes.

Além disso, sendo a gravidez com placenta prévia um período considerado de risco para alterações fisiológicas e psicológicas, tornam-se essenciais os cuidados de enfermagem qualificados que tenha como base o diagnóstico precoce, prevenção de complicações, conforto físico e emocional (Junior & Santos, 2014).

Ainda, para uma assistência de enfermagem de qualidade é necessário conhecimento teórico-prático e sensibilidade para compreender e atender às necessidades da paciente e seus familiares.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipos de pesquisa

O trabalho apresenta uma pesquisa observacional, descritiva e transversal.

É um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos factores e elementos que influenciam determinados fenómenos (Zambello, et al. 2018).

Segundo Severino (2013), os estudos descritivos procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva permitiu na colecta de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estarão implícitos no fenómeno em estudo

2.2. Modelo de abordagem

Quanto à abordagem, trata-se de uma abordagem mista, ou seja qual-quantitativa de modo analítico.

Pois, tendo em conta ao seu objectivo de mostrar dados e fenómenos sem intervenção do pesquisador, com base na realidade analisada.

Analítico, visto que se faz uma analogia tendo em conta os dados estatísticos.

Com abordagem mista, facultou o conhecimento da realidade analisada, o diálogo com publico-alvo, aprofundando a informação e familiarizando com o problema, por meio de uma descrição, observação e interpretação dos dados colectados durante a pesquisa no local de estudo.

Severino (2013) diz, a abordagem quali-quantitativa, propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenómeno em estudo e das suas relações, mediante a máxima valorização do contacto directo com a situação estudada, buscando-se o que era comum, mas permanecendo, entretanto, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

2.3. Nível de estruturação de método

a) Nível teórico

Na visão de, Vaz-Freixo (2012), a análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades. Permite a divisão mental de todo nas suas múltiplas relações e componentes e a síntese estabelece mentalmente a união entre as partes previamente analisadas e possibilita a descoberta das relações essenciais e as características gerais entre elas. Este método auxiliou na orientação da assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendida na sala de parto no hospital municipal de Cacuaco.

b) Nível empírico/ experimental

Inquérito por questionário: Segundo Severino (2013, p. 96), *“o questionário também é um instrumento de colecta de dados constituído por uma lista de questões relacionadas com o problema de pesquisa, o mesmo deve ser aplicado a um número determinado de informantes”*.

Quanto a esse nível, nos permitiu ter contacto directo com o sujeito a pesquisa e a recolha de informações por meio do questionário, possibilitando correlacionar os dados e posteriormente a análise estático dos resultados obtidos.

c) Nível estatístico

Hully (2015, p. 23), *“Este método se fundamenta na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação em ciências sociais.”*

Este método possibilitou adquirir informações sumarizadas dos dados contidos no total de elementos da(s) amostra(s) estudada(s).

Os dados em análise são os registos de observações de características em indivíduos (ou elementos) sobre os quais recai a análise e ao descrever a natureza qualitativa, se expressou em medidas ou avaliadas numa escala nominal (os dados são classificados por categorias não ordenadas) ou numa escala ordinal (os dados são classificados por categorias ordenadas), que foi expressa de natureza quantitativa, numa escala numérica absoluta (que pode ser de natureza discreta ou

contínua), ou então numa escala numérica intervalar (escala cuja origem é arbitrária).

2.4. Técnica de recolha de dados

As técnicas utilizadas para a pesquisa serão:

- Observação directa (espontânea);
- Pesquisa bibliográfica;
- Inquérito por questionário.

Questionário – confirma que é uma técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou avaliação do sujeito seleccionado numa amostra sob um assunto dado.

As três técnicas facilitaram a observação e contacto com a informações dadas, saber a opinião das técnicas que prestam a assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacuaco.

2.5. Instrumentos e procedimentos

A observação feita de forma directa e espontânea a todos os fenómenos e eco.

a) Instrumento

Neste estudo usou-se um questionário contendo perguntas abertas e fechadas.

b) Processamento.

Sendo assim, os dados foram digitados com ajuda do programa informático Microsoft Word 2010, os resultados obtidos a partir da pesquisa e codificados em tabelas e submetidas a análise estatística utilizando a folha de cálculo do Excel 2010, e o texto está sendo apresentado em programa Microsoft Power Point 2010

2.6. População e amostra

2.6.1. População

A palavra “população”, na sua concepção mais comum, representa o conjunto de habitantes de uma dada região em determinado período. Em estatística, população (ou universo) é o conjunto de todos os elementos (pessoas ou objectos) cujas propriedades o pesquisador está interessado em estudar (Marques, 2013).

Dessa feita, a população foi composta de 100 técnicos de enfermagem, que prestam a assistência de enfermagem em gestante, na secção da saúde reprodutiva no hospital municipal de Cacuaco no II semestre de 2024.

2.6.2. Amostra

Freixo (2012, p.183) uma amostra é constituída por um conjunto de sujeito retirados de uma população, a mostragem num conjunto de operações que permite escolher um conjunto de sujeito ou qualquer outros elementos representativo da população do estudo.

Assim a amostra foi com de 40 técnicos de enfermagem que prestam a assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacuaco, com as idades compreendidas de 18 à 60 anos. Seleccionadas de forma aleatória simples, recorrendo ao método probabilístico.

Recorrendo nessa amostragem probabilística ou aleatória simples e trouxe duas vantagens:

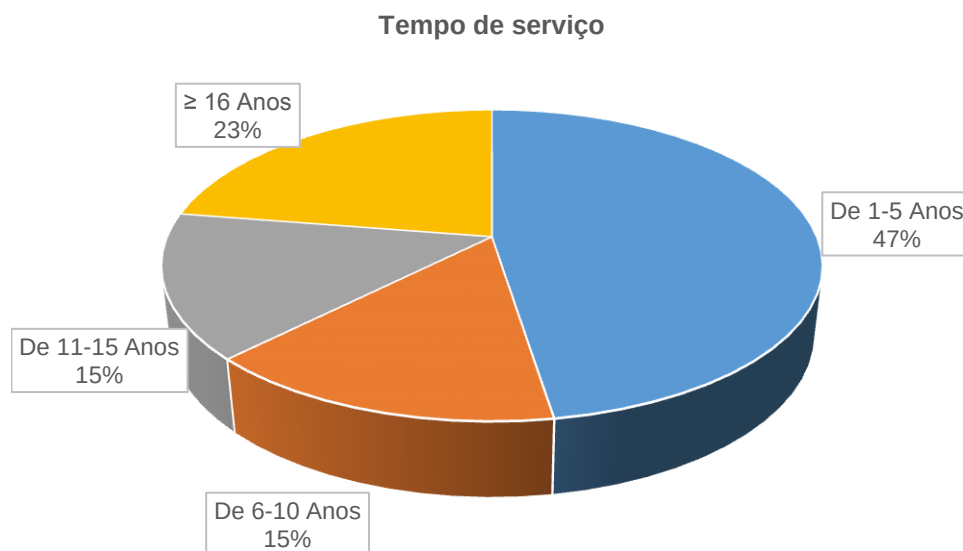
- Em primeiro lugar, permitiu demonstrar a representatividade da amostra.
- Em segundo lugar, permitiu uma definição explícita do quanto de variância é introduzido porque se utiliza uma amostra, em vez de toda uma população e tornou possível uma identificação mais clara de possíveis tendências.
- **População e amostra**

	População	Amostra	%
Gestantes	100	40	40

CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1- Distribuição dos profissionais de enfermagem quanto ao tempo de serviço

Tempo de serviço	Frequência	%
De 1-5 Anos	19	47
De 6-10 Anos	6	15
De 11-15 Anos	6	15
≥ 16 Anos	9	23
Total	40	100



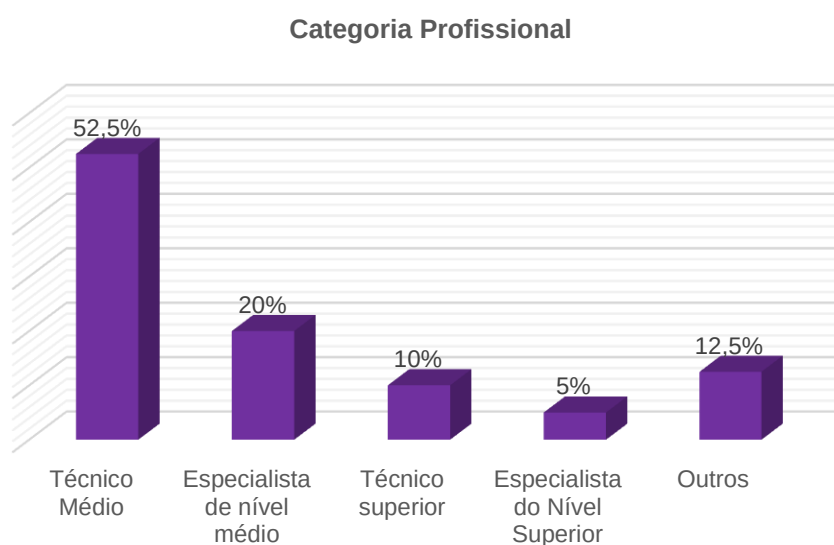
Repara-se na tabela e o gráfico nº 01, os profissionais da enfermagem inquiridos, quanto ao tempo de serviço 47,5 estão entre 1-5 anos; seguido de 22,5% com ≥ 16 anos; finalmente dos que tem 6-10 Anos e 11-15 Anos com 15% respectivamente.

Em referência dos resultados, observa-se uma média de tempo de serviço dos profissionais de enfermagem, de facto, se justifica através dos dois concursos realizados recentemente em saúde.

De facto, existe uma estreita relação entre os cuidados prestados a paciente e o tempo de serviço, visto que, quanto mais o tempo de serviço, mais será o agregado de experiência que o indivíduo terá.

Tabela 2- Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a categoria profissional

Categoria Profissional	Frequência	%
Técnico Médio	21	52,5
Especialista de nível médio	8	20
Técnico superior	4	10
Especialista do Nível Superior	2	5
Outros	5	12,5
Total	40	100



Na tabela e o gráfico nº 02, os profissionais da enfermagem inquiridos quanto a categoria profissional, 52,5% são técnicos médios; 20% são especialistas de nível médio; 12,5% são outras categorias; 10% são técnicos superiores e 5% são especialistas do nível superior.

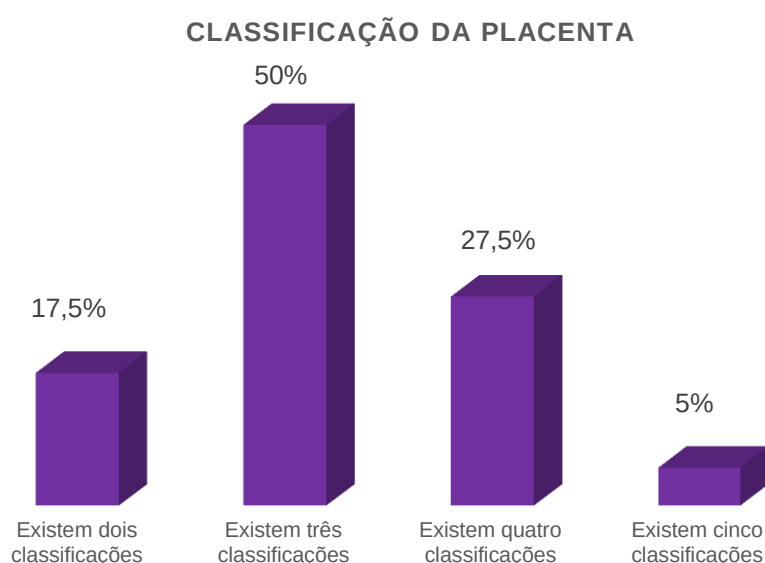
Como pode-se observar, esta unidade é constituída pelos técnicos médios, visto que a esta classe de profissionais está expandida muito no país, razões pelos quais este achado é justificável.

Para “Esta realidade nos hospitais do nosso país onde a maioria dos profissionais de enfermagem é composta por técnicos médios” (Santos, 2013, p. 12).

Porém, os técnicos de enfermagem serem numerosa dentre a equipa de enfermagem que actuam nesta instituição hospitalar. Esses profissionais são os responsáveis pelos cuidados directos aos pacientes durante todo o dia e quanto maior for o nível académico, maior será o conhecimento. Logo, a assistência deixa de ser empírica e passa ser sistémica e humanizada

Tabela 3- Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo a classificação da placenta

Classificação da placenta	Frequência	%
Existem dois classificações	7	17,5
Existem três classificações	20	50
Existem quatro classificações	11	27,5
Existem cinco classificações	2	5
Total	40	100



Na tabela e o gráfico nº 03, os profissionais da enfermagem inquiridos quanto a classificação da placenta, 50% referiram que existem três; 27,5% referem que existem quatro; 17,5% disseram que são duas e finalmente 5% referiram que existem cinco classificações.

De acordo com Montenegro & Filho (2021), referem que existem três tipos de placenta prévia, sendo elas: total, parcial e marginal. Cada tipo apresenta desafios específicos no manejo e aumenta o risco de complicações durante a gestação e o parto. A Placenta prévia-total significa que o orifício interno cervical está completamente cerrado pela placenta, a Placenta prévia-parcial indica que somente

parte da placenta recobre o orifício interno cervical, e já a Placenta prévia-marginal significa que alguma porção da placenta está implantada no segmento inferior e se estende ao orifício interno cervical, mas não o ultrapassa.

De facto, a compreensão desses subtipos é fundamental para a elaboração de estratégias de cuidado de enfermagem individualizadas, visto que cada uma pode exigir diferentes níveis de monitoramento e intervenção.

Tabela 4- Distribuição dos profissionais de enfermagem questionados sobre os factores de riscos da placenta prévia

Factores de riscos da placenta prévia	Frequência	%
Tabagismo e drogas ilícitas	13	32,5
Diabet mellite	4	10
Amniocentese	2	5
Trauma abdominal	3	7,5
Infeção intra-amniótica	1	2,5
Multipareidade	17	42,5
Total	40	100

Na tabela e o gráfico nº 05, os profissionais da enfermagem inquiridos quanto aos factores de riscos da placenta prévia apontam; 42,5% a multiparidade; 32,5% o tabagismo e drogas ilícitas; 10% diabete mellite; 7,5% a trauma abdominal; 5% a amniocentese e por último 2,5% a infecção intra-amniótica.

Os factores de riscos, diferem-se dos autores consultados, encontra partida dos achados encontrados nesse estudo.

O principal factor de risco para placenta prévia é a cicatriz uterina anterior, e entre elas a principal é a cesariana anterior (Ministério da Saúde Brasil, 2019).

Assim, a presença de placenta prévia pode piorar o prognóstico materno estando associada a um aumento da morbimortalidade perinatal devido à maior risco de hemorragia no anteparto, intraparto e pós-parto, tornando-as mais sujeitas a receber hemotransfusão ou serem mais submetidas a procedimentos cirúrgicos (como cesárea, histerectomia, embolização vascular), além de risco aumentado de placenta acreta, seps e tromboflebite. (Dantas, et al., 2023).

Para Cabral (2021) realça que, todos esses factores contribuem para o aumento da morbimortalidade materna, complicações com o feto e prejuízo no puerpério. Dessa forma, o planeamento interventivo frente a essa condição, assim como na prevenção de agravos, são estratégias chaves para garantir uma gestação e parto confortáveis, saudáveis e eficazes para essas mulheres.

Ademais, embora os autores consultados referem factores como cicatriz uterina, anteparto, intraparto e pós-parto, a realidade desse estudo diferem significativamente, devido ao contexto, ambiente, cultura e local, isso é a razão principal do realce a multipareidade.

Tabela 5- Distribuição dos profissionais quando questionadas sobre o principal sinal da placenta prévia

O principal sinal da placenta previa	Frequência	%
Sangramento vaginal indolor,	28	70
A consistência do útero normal e indolor	6	15
É assintomática em algumas circunstâncias	6	15
Total	40	100

Na tabela e o gráfico nº 05, os profissionais da enfermagem inquiridos quanto a relação da qualidade da assistência prestada e a prevenção de agravos e mortalidade materna; 70% afirmaram sim e não, nem com isso, ambos com 15% respectivamente.

Na verdade, a hemorragia é um sinal pontual e o mais importante. A hemorragia indolor, de sangue vermelho, brilhante, desvinculada de quaisquer esforços ou traumatismos, ocorre em mais de 90% dos casos, em geral despontando no último trimestre. Habitualmente, as perdas se sucedem, hemorragias cada vez mais importantes, pausas que se amiúdam, espoliação maciça pela intensidade ou que, somadas as crises a gestante. (Montenegro & Filho, 2021).

A placenta acarreta aumenta substancialmente o risco de hemorragia intraparto e de histerectomia peri-parto, estando associada a uma taxa de mortalidade materna que se aproxima dos 0,3% 29 (Ministério da Saúde Brasil, 2019).

Vários estudos relatam um aumento da mortalidade perinatal nas situações de placenta prévia com valores que rondam os 23% 25, que parece resultar do risco acrescido de outras condições associadas a esta patologia como o parto pré-termo iatrogénico e as malformações congénitas (Pereira et al, 2024).

De facto, o estudo dessa variável é importantíssimo, por que o conhecimento do quadro clinico auxilia em propor uma assistência diferenciado.

Tabela 6- Distribuição dos profissionais segundo a conduta de enfermagem em gestantes com placenta prévia

Conduta de enfermagem	Frequência	%
Repouso no leito	28	70
Abstenencia das relações sexuais	6	15
Administração dos medicamentos	6	15
Total	40	100

Na tabela e o gráfico nº 06, os profissionais da enfermagem inquiridos quanto a conduta de enfermagem, 70% referem o repouso no leito e finalmente, abstenencia das relações sexuais e administração dos medicamentos ambos com 15%.

Os resultados apurados, nessa pesquisa estão de acordo as declarações do Montenegro & Filho (2021), onde eles dizem; em pacientes sem sinais de sangramento ou contracções uterinas é recomendável manter repouso relativo assim como abstinência sexual, principalmente após a 28ª semana.

Já, os argumentos da Pereira (2012, p. 12), são abosolutamente contraditorias ao referir-se:

Embora não exista evidência que comprove a eficácia do repouso e da abstinência sexual na história natural da doença, estas medidas são recomendadas com base no bom senso para os casos sintomáticos a partir do primeiro episódio de hemorragia anteparto, e para as doentes assintomáticas a partir da confirmação ecográfica do diagnóstico no 3º trimestre.

De facto, o conhecimento da conduta, bem como as directrizes atuais e das melhores práticas pode reduzir a taxa de complicações e melhorar os desfechos perinatais. A função dos profissionais de saúde é essencial pois lhes permite que fiquem melhor preparados para enfrentar os desafios associados que à placenta prévia apresente.

Tabela 7- Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os factores que dificultam na aplicação da assistência da enfermagem

Factores que dificultam	Frequência	%
Comunicação deficiente entre tecnico e paciente	10	25
Carencia de condições e recursos materiais	22	55
Falta de formação continua	8	20
Total	40	100

Na tabela e o gráfico nº 07, os profissionais da enfermagem inquiridos quanto aos factores que dificultam na aplicação da assistência da enfermagem; 55% apontam carencia de condições e recursos materiais; 25% comunicação deficiente entre tecnico e paciente e 20% falta de formação continua.

Existe uma similaridade de estudo realizado no na maternidade de Santa Monica em 2011 e12, que descreveu os desafios que os profissionais de enfermagem enfrentam na prestação de assistência de enfermagem apurou que 8% dos entrevistados referiram a falta de materiais gastaveis para a execução da assistência e 22% as estruturas fisicas prejudica a assistência (Junior & Santos, 2014).

Sim, a falta de materiais coloca o profissional de saúde entre decidir por uma situação ideal e uma solução que está de ser optimo, isto cria um conflito para ele proprio ao qual não deve estar sujeito (Stevens, 2020).

Assim sendo, o trabalho da enfermagem em um hospital é de extrema importancia, pois proporciona o cuidado, que é um factor essencial para o bem estar do paciente, no que diz respeito ao seu tratamento fisico e mental. Não obstante, apesar de sua extrema importancia, a equipa passa por condições de trabalho que lhes são ofertadas muitas vezes de forma precaria prejudicando assim o seu trabalho e desmotivando os profissionais da area.

CONCLUSÕES

A presente monografia, teve como tema “assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacuaço no II semestre de 2024”.

Diante da problemática levantada neste estudo, foi possível confirmar as hipóteses, que o repouso no leito é o principal cuidado da assistência de enfermagem prestada a gestante com placenta prévia na sala de parto e esse tipo de cuidado prevenir os agravos além da mortalidade neonatal e materna.

Tendo em conta, a questão de partida e os objectivos do estudo, participaram da pesquisa 40 técnicos de enfermagem, com um tempo de serviço entre 1-5 Anos; constituído pelo Técnico Médio.

Percebem que existe três tipos três classificações da placenta prévia, cujo factor de risco refere a multiparidade, contrario a descrição do Ministério da Saúde Brasil (2019) que a cesariana anterior é o factor principal da placenta prévia e o sangramento vaginal indolor foi o principal sinal referenciada pelos técnicos.

Não obstante, o repouso no leito foi conduta de enfermagem citada pelos técnicos, ademais, uma boa conduta mitiga os efeitos danosos e predispõe a qualidade da vida da gestante.

Já, o factor que dificulta a aplicação de cuidados de enfermagem foi a carência de condições e recursos materiais.

A falta de condições e materiais, resultam numa realidade triste para as parturientas, que não tem condições dignas para receber e cuidar delas.

Doravante, o cuidado a esse problema deve estar primordialmente inserida no pré-natal, devendo ser mantida durante o parto e estendida ao puérpero, de maneira a evitar a mortalidade materna promovendo promoção e manutenção a saúde da paciente evitando afectar a estrutura familiar na qual ela está inserida.

De facto, o conhecimento da conduta, bem como as directrizes atuais e das melhores práticas pode reduzir a taxa de complicações e melhorar os desfechos perinatais. Assim a figura do enfermeiro é essencial pois lhes permite que fiquem melhor preparados para enfrentar os desafios associados que à placenta prévia.

SUGESTÕES

Tendo em conta a pesquisa sobre assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacuaco no II semestre de 2024. Apresentou-se as seguintes:

- a) A direcção do hospital municipal de Cacuaco que disponibilize as condições de trabalho e os matérias;
- b) Para área de serviço da saúde reprodutiva que programa as palestras as gestantes e as puérperas;
- c) Comunidade académica, para que estudos dessa natureza sejam feitos futuramente. Para revelar o problema e ajudar o governo a traçar políticas da na assistência da gestante adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, F. (06 de Fevereiro de 2023). Assistência médica na gestante com placenta prévia e acretismo. *INTS- Lourdes Nogueira*, pp. 1-9.
- Bezerra, J. C. (2019). *Fatores associados ao parto prematuro em uma maternidade pública*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde. Rio Grande do Norte: UFRN .
- Cabral, A. C. (2021). *Guia de Bolso de Obstetrícia*. São Paulo: Atheneu.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., et al. (2016). *Obstetrícia de Williams* (24º ed.). São Paulo: AMGH e Artmed.
- Dantas, H. M., Assis, A. E., Alison, Nascimento, A. G., Silva, M. F., Silveira, M. L., et al. (3 de Fevereiro de 2023). Placenta prévia: Um estudo baseado nas teorias de enfermagem. *DOI*, pp. 270-279.
- Freitas, F., Costa, S. H., Ramos, J. G., & Magalhães, J. A. (2011). *Rotinas em obstetrícia*. Porto Alegre: Artmed.
- Gasparetto, C. A., & Fernandes, I. A. (13 de Novembro de 2018). Assistência de enfermagem à gestante com placenta prévia. *Revista gestão e Saúde*, pp. 27-33.
- Gil, A. (2002). *Metodologia da Ciência* (3º ed.). Rio de Janeiro: Kennedy.
- Grami, G., & Salim, R. (20 de Setembro de 2019). Epidemiologia, etiologia, diagnóstico e gestão de acretismo placentário. *Rev de Obstetrícia e ginecologia internacional*, pp. 873-929.
- Grondin, L., Lussier, R. J., Phaneuf, M., & Riopelle, L. (1992?). *Planificação dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Instituto Piaget.
- Hulley, S. B. (2015). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica* (4 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Junior, A. J., & Vieira, A. A. (2018). *Manual ACM de terapêutica: ginecologia e obstetrícia* (4 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Junior, J. M., & Santos, A. A. (2014). Os desafios encontrados pelo profissionais de enfermagem durante a assistencia prestada numa maternidade publica. *Buenos Aires*, 194-97.
- Lopes, C. (2016). *Resultados maternos e perinatais na ruptura prematura de membranas precoce, maternidade de Carmela Dutra 2000 à 2005*. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC.
- Ma, H. H., Martins, L. I., & Pina, S. (2016). Mulheres com câncer de mama: Cuidados de enfermagem. *Revista Investigação*, 113-117.

- Madi, J. M., & Rombaldi, R. L. (2018). *Condutas clínicas em obstétrica*. Caxais do Sul: Educs.
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica* (8 ed.). São Paulo: Atlas.
- Marques, A. P. (2013). *Reflexão sobre o trânsito, a sinistralidade e a Influência do álcool na condução em Luanda - causas, problemas e soluções (possíveis e necessárias)*. Luanda: s/ l.
- Ministério da Saúde. (1985). *Terminologia básica em saúde*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2014). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025: : Mais e Melhor Saúde* (Vol. II). Luanda: Governo de República de Angola; MINSA.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (20 de Outubro de 2021). Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. *Univite*, pp. 32-6.
- Ministério da Saúde Brasil. (2010). *Gestação de alto risco: Manual Técnico* (4º ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Montenegro, C. A. (2013). *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Montenegro, C. A., & Filho, J. d. (2021). *Rezende obstetrícia* (13º ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neves, R. d. (2020). *Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: Guia para o cuidado organizado*. Quirinópolis: IGM.
- Patriota, A. F., Guerra, G. V., & Souza, A. S. (02 de Julho de 2014). Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais. *Rev Bras Ginecológica Obstetrícia*, pp. 296-302.
- Pereira, L. B., Guimarães, Í. I., Silva, J. L., & Amâncio, N. d. (2024). Placenta prévia e seus riscos: uma revisão de literatura. *Revista DELOS*, 01-17.
- Pereira, L. B., Guimarães, Í. I., Silva, J. L., & Amâncio, N. d. (12 de Setembro de 2024). Placenta prévia e seus riscos: uma revisão de literatura. *Revista Delos*, pp. 62-130.
- Pereira, M. I. (2012). *Placenta Prévia: Classificação e Orientação Terapêutica*. Universidade do Porto. Porto: Faculdade de Medicina.
- Pereira, S. C. (2019). *Impactos da gravidez na adolescência abordagem integral*. Brasília: UNICEUB.
- Potter, P., & Perry, A. G. (2019). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos, Processos e Práticas* (8º ed., Vol. II). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Puglia, A. P. (2020). *Enfermagem em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Senac.

- Rudge, M. V. (2021). *Manual de orientação: gestação de alto risco*. Rio de Janeiro: Febrasgo.
- Sadovsky, A. D. (2016). *Tendência de prematuridade e baixo peso em quatro estudos de Pelotas e sua relação com fatores socioeconômicos e demográfico*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas.
- Santos, A. d. (2013). *Caracterização da mortalidade fetal em Pernambuco, de 2000 a 2011: causas e fatores associados*. Recife: Fundação Oswaldo Cruz.
- Severino, A. J. (2013). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo : Cortez.
- Silva, L. A., Silva, R. G., Rojas, P. F., Laus, F. F., & Sakae, T. M. (14 de Dezembro de 2018). Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS*, pp. 354-360.
- Vaz-Freixo, M. J. (2012). *Métodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (4º ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Zambello, A. V., Soares, A. G., Tauil, C. E., Donzelli, C. A., Fontana, F., & Chotolli, W. P. (2018). *Metodologia da Pesquisa e do Trabalho Científico*. Penápolis: FUNEPE.
- Zugaib, M. (2016). *Zugaib Obstetrícia* (3 ed.). Barueri São Paulo: Manole.
- .

APÊNDICES

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

O presente questionário é um instrumento para a recolha de dados, em fase final de licenciatura em enfermagem, o mesmo é montado seguindo a linha do tema **“Assistência de enfermagem em gestante com placenta prévia atendidos na sala de parto no hospital municipal de Cacucaco no II semestre de 2024”**. Informamos desde já que seus dados serão protegidos, nada será divulgado, as informações recolhidas, só terão utilidade para o presente estudo.

Agradecemos que marque apenas com um (x) nos espaços brancos ou responde as questões seguintes.

Para este fim, não existem respostas certas e nem erradas, mas um conjunto de respostas que tornarão possível a materialização do trabalho.

1. **Tempo de serviço** _____ Anos
2. **Categoria Profissional:**
 - a) Auxiliar Enfermagem _____;
 - b) Técnico Médio _____;
 - c) Especialista de nível médio _____;
 - d) Técnico _____;
 - e) Especialista do Nível Superior _____;
 - f) Outros _____;
3. **A placenta prévia é classificação em:**
 - a) _____ Uma
 - b) _____ Duas
 - c) _____ Três
 - d) _____ Quatro
 - e) _____ Cinco
 - f) _____ Seis

4. Na tabela abaixo assinale sim ou não sobre os factores que estão na base de atendimento das gestantes com a placenta prévia

FATORES DE RISCO	Não	Sim
Tabagismo e drogas ilícitas		
Diabet mellite		
Amniocentese		
Trauma abdominal		
Infeção intra-amniótica		
Multipareidade		

5. O quadro clínico da placenta prévia

- a) _____ Sangramento vaginal indolor
- b) _____ A consistência do útero normal e indolor
- c) _____ É assintomática em algumas circunstâncias

6. A conduta de enfermagem em gestantes com placenta prévia é:

- a) _____ Reposo no leito
- b) _____ Abstenencia das relações sexuais
- c) _____ Administração dos medicamentos

7. Quais são os factores que dificultam na aplicação da assistência de enfermagem?

R: _____

Muito obrigada pela disponibilidade!

ANEXOS