

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

GABRIELLY SANTANA DA SILVA

MARIANA BAHIA CALDEIRA

**ASSISTÊNCIA A GESTANTES HIPERTENSAS
TRANSFERIDAS PARA UM SERVIÇO REFERÊNCIA DE
ALTO RISCO**

RECIFE

2020

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**GABRIELLY SANTANA DA SILVA
MARIANA BAHIA CALDEIRA**

**ASSISTÊNCIA A GESTANTES HIPERTENSAS
TRANSFERIDAS PARA UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE
ALTO RISCO**

Área de Concentração: Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Hipertensão na Gravidez

Orientadora: Maria Celina Matias Rocha

Co-orientadora: Maria Inês Bezerra de Melo

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem. Orientadora: Maria Celina Matias Rocha e Coorientadora: Maria Inês Bezerra de Melo.

RECIFE
2020

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

ASSISTÊNCIA A GESTANTES HIPERTENSAS TRANSFERIDAS PARA UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE ALTO RISCO

Gabrielly Santana da Silva ¹

Mariana Bahia Caldeira ²

Maria Inês Bezerra de Melo³

Maria Celina Matias Rocha⁴

1. Graduanda da Faculdade Pernambucana de Saúde

E-mail: gabriellysantana.silva@hotmail.com

2. Graduanda da Faculdade Pernambucana de Saúde

E-mail: marianabahiac@gmail.com

3. Doutora em Saúde Materno Infantil e Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

E-mail: maria.ines@fps.edu.br

4. Mestre Saúde Materno Infantil e Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

E-mail: maria.celina@fps.edu.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A gravidez é um processo fisiológico que transcorre de forma natural e sem complicações em sua grande maioria. No entanto, aproximadamente 15% das mulheres apresentam alterações durante a gravidez e/ou desfechos desfavoráveis, para ela e para o seu concepto, como a hipertensão. As doenças hipertensivas representam complicação em mais de 10% das gestações e permanecem como causa mais comum de morbidade e mortalidade materna e perinatal em todo mundo. **OBJETIVO:** Avaliar a assistência a gestantes hipertensas transferidas para um serviço de referência de alto risco através da central de regulação de leitos da Secretaria Estadual de Saúde - Pernambuco. **MÉTODO:** Estudo observacional, transversal, realizado em gestantes com distúrbios hipertensivos procedentes de serviços de saúde admitidas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP durante o período de julho de 2018 a abril de 2020. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do IMIP com o CAAE nº: 06700819.8.0000.5201 e o parecer nº: 3.196.077. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 22 gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP. Foi verificada a distribuição de frequência dos níveis tensionais das gestantes com síndromes hipertensivas que encontraram os seguintes resultados: 31,8% de gestantes com hipertensão leve ($< 140/90$ mmHg), 31,8% com hipertensão moderada ($(140/90$ mmHg – $159/110$ mmHg) e 36,4% apresentaram hipertensão grave ($\geq 160/110$ mmHg). A idade das gestantes variou entre 18 e 45 anos de idade, sendo que 63,6% encontravam-se na faixa etária entre 18 e 25 anos de idade, configurando uma população mais jovem. 68,2% se autodeclararam pardas, 36,4% eram solteiras, 45,4% tinham o ensino fundamental e 63,6% eram procedentes do interior. No que se refere as características obstétricas observou-se que 31,8% delas encontravam-se entre 39 a 41 semanas de gestação, tempo considerado hábil para o parto pela maturidade fetal, 36,4 % estavam na segunda gestação, 36,4 % não tinha filhos ou tinha apenas um filho. 22,7% da amostra já tinham vivenciado a experiência de um aborto. Em relação as características da assistência prestada no serviço de origem foram observadas que 68,2% das gestantes encontravam-se com acesso venoso periférico e que 80,0% destes acessos estavam pérvios. Verificou-se ainda que a avaliação da proteinúria através da realização da amostra simples da urina (labistix) se deu em 77,3% da amostra, e que o controle de diurese através da instalação da sonda vesical de demora não foi verificado em 59,1% das gestantes. Quanto ao tempo de deslocamento entre o serviço de origem e o IMIP, foi observado que 68,2% das gestantes levaram até uma hora, 81,8% das gestantes não estavam dividindo o espaço da ambulância com outros pacientes, 86,4% foram colocadas em maca durante o transporte e 72,7% adotaram a posição deitada. No que concerne ao suporte profissional durante a transferência, foi encontrado que 40,9% foram acompanhadas apenas pelo técnico de enfermagem, 22,7% apenas por enfermeiro, 18,2% por técnico de enfermagem e enfermeiro, 13,6% acompanhada por equipe completa e 4,5% por profissional não pertencente a saúde. Foi verificado que 63,6% das gestantes fizeram uso do sulfato de magnésio, e que destas, 57,1% já tinha sido infundida a dose de ataque, 14,3% encontravam-se com a dose de ataque sendo infundida e 28,6% já estavam na dose de manutenção. Quanto à administração de hipotensores, observou-se que 59,1% das gestantes receberam terapia medicamentosa, considerada como droga de escolha em 69,2% a hidralazina. **CONCLUSÃO:** O estudo evidenciou que diante da gravidade que as intercorrências hipertensivas gestacionais representam, faz-se necessário reforçar o cumprimento de práticas assistenciais que assegurem melhor a assistência prestada e minimizem os riscos da morbimortalidade por esse agravo. Diante da limitação da amostra, novos estudos devem ser desenvolvidos a fim de possibilitar associações de

fatores que evidenciem a situação da qualidade da assistência prestada às gestantes hipertensas transferidas para o alto risco. A adoção de protocolos institucionais voltados à prática clínica frente a assistência a gestantes com distúrbios hipertensivos, pode ser útil para nortear o processo de tomada de decisão e garantir a prestação de uma assistência de qualidade e segura.

PALAVRAS-CHAVES: Gravidez de alto risco; Hipertensão induzida pela gravidez.

ABSTRACT

BACKGROUND: Pregnancy is a physiological process that occurs naturally and without complications in its vast majority. However, approximately 15% of women experience changes during pregnancy and / or unfavorable outcomes, for her and her concept, such as hypertension. Hypertensive diseases represent a complication in more than 10% of pregnancies and remain the most common cause of maternal and perinatal morbidity and mortality worldwide. **OBJECTIVE:** Evaluate the assistance to hypertensive pregnant women transferred to a high-risk referral service through the bed regulation center of the State Health Secretariat – Pernambuco. **METHOD:** Observational, cross-sectional study carried out in pregnant women with hypertensive disorders from health services admitted to the Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine - IMIP during the period from July 2018 to April 2020. The study was approved by the IMIP Ethics Committee with CAAE n°: 06700819.8.0000.5201 and opinion n°: 3,196,077. **RESULTS:** 22 pregnant women with hypertensive syndromes transferred to IMIP participated in the research. The frequency distribution of blood pressure levels of pregnant women with hypertensive syndromes was found and found the following results: 31.8% of pregnant women with mild hypertension (<140/90 mmHg), 31.8% with moderate hypertension ((140/90 mmHg - 159/110 mmHg) and 36.4% had severe hypertension (> 160/110 mmHg). The age of the pregnant women ranged between 18 and 45 years of age, with 63.6% being between 18 and 25 years old, configuring a younger population, 68.2% declared themselves brown, 36.4% were single, 45.4% had elementary school and 63.6% were from the countryside. obstetric studies it was observed that 31.8% of them were between 39 to 41 weeks of gestation, a time considered suitable for delivery due to fetal maturity, 36.4% were in the second pregnancy, 36.4% had no children or had only 22.7% of the sample had already experienced an abortion. Regarding the characteristics of the assistance provided in the service of origin, it was observed that 68.2% of the pregnant women had peripheral venous access and that 80.0% of these accesses were patent. It was also verified that the evaluation of proteinuria through the realization of the simple urine sample (labistix) occurred in 77.3% of the sample, and that the control of diuresis through the installation of the urinary bladder probe was not verified in 59, 1% of pregnant women. As for the travel time between the home service and the IMIP, it was observed that 68.2% of the pregnant women took up to one hour, 81.8% of the pregnant women were not sharing the ambulance space with other patients, 86.4% were placed on a stretcher during transport and 72.7% adopted the lying position. Regarding professional support during the transfer, it was found that 40.9% were accompanied only by the nursing technician, 22.7% only by nurses, 18.2% by nursing technicians and nurses, 13.6% accompanied by complete team and 4.5% by a non-health professional. It was found that 63.6% of the pregnant women used magnesium sulfate, and that 57.1% of these had already been infused with the loading dose, 14.3% had the loading dose being infused

and 28, 6% were already on the maintenance dose. As for the administration of hypotensive agents, it was observed that 59.1% of the pregnant women received drug therapy, considered as the drug of choice in 69.2% of hydralazine. **CONCLUSIONS:** The study showed that in view of the seriousness that gestational hypertensive complications represent, it is necessary to reinforce compliance with care practices that better ensure the care provided and minimize the risks of morbidity and mortality from this condition. In view of the limitation of the sample, new studies should be developed in order to enable associations of factors that highlight the situation of the quality of care provided to hypertensive pregnant women transferred to high risk. The adoption of institutional protocols aimed at clinical practice regarding assistance to pregnant women with hypertensive disorders, can be useful to guide the decision-making process and guarantee the provision of quality and safe care.

KEY WORDS: High-risk pregnancy; Pregnancy-induced hypertension.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 GERAL.....	11
2.2 ESPECÍFICOS	11
3. MÉTODO.....	12
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	12
3.2 LOCAL DO ESTUDO	12
3.3 PERÍODO DE ESTUDO	13
3.4 POPULAÇÃO	13
3.5 AMOSTRA.....	13
3.6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	14
3.6.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	14
3.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	14
3.8 ANÁLISE DE DADOS	14
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	15
4. RESULTADOS	15
5. DISCUSSÃO.....	20
6. CONCLUSÃO.....	24
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	25
8. APENDICE.....	27
8.1 QUESTIONÁRIO	27
8.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIDO E ESCLARECIDO – TCLE.....	29

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico que transcorre de forma natural e sem grandes impactos em sua grande maioria. No entanto, algumas mulheres apresentam maior probabilidade de desfechos desfavoráveis para ela e seu concepto em decorrência de problemas que surgem durante a gravidez. Aproximadamente 15% das gestantes são consideradas de alto risco, apresentando complicações que repercutem na evolução da gestação, como a hipertensão, e estas mulheres devem ter seu parto acompanhado em uma unidade de maior complexidade.¹

Conforme a Organização Mundial de Saúde - OMS, no mundo, em 2017, cerca de 810 mulheres morreram diariamente de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto. Isso significa, portanto, que 295.000 mulheres morreram em um ano.² De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS as principais complicações referentes às mortes maternas são hipertensão, hemorragias graves, infecções, complicações no parto e abortos inseguros.³

A hipertensão gestacional é uma condição específica do ciclo gravídico-puerperal e compõe um dos principais motivos de morbimortalidade materna e perinatal. No cenário mundial, os distúrbios hipertensivos da gravidez ocorrem em 10% de todas as gestações sendo considerados umas das principais causas de mortalidade materna e perinatal. No Brasil, as síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes nas gestações de alto risco com uma prevalência que variam entre 0,6 a 31,1%, ocupando o primeiro lugar entre as causas de mortalidade materna.^{4,5}

Um aspecto importante que merece ser dito é que a identificação de fatores de risco ao seu desenvolvimento pode auxiliar na prevenção e diagnóstico precoce do início

clínico da doença, e que a maioria das mortes decorrentes desses distúrbios são evitáveis, quando oferecemos o cuidado adequado, no tempo adequado.⁶

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), classifica as síndromes hipertensivas na gestação em:

1. Hipertensão gestacional: é a identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria (presença de pelo menos 300mg em urina de 24 horas) ou manifestação de outros sinais e sintomas relacionados à pré-eclâmpsia;
2. Pré-eclâmpsia: quando a hipertensão arterial é identificada após a 20ª semana da gravidez. Associada à proteinúria significativa. Contudo, deve-se estar atento ao fato de que a presença de proteinúria não é mais obrigatória para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Caso esta hipertensão após a 20ª semana venha acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo, mesmo sem a presença de proteinúria, o diagnóstico pode ser fechado;
3. Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica: esse diagnóstico se aplica a algumas situações:
 - a) Se após a 20ª semana de gestação ocorrer aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gravidez;
 - b) Caso gestantes diagnosticadas com hipertensão arterial crônica necessitem de associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais;
 - c) Em caso de disfunção de órgãos-alvo.⁷

A Organização Mundial de Saúde – OMS recomenda que sejam adotadas práticas com base na classificação das evidências científicas, bem como na magnitude do efeito, no equilíbrio das vantagens *versus* desvantagens, no recurso e na viabilidade. Dentre as práticas recomendadas, determina-se:

1. o uso de fármacos anti-hipertensivos para gestantes com hipertensão grave;
2. sulfato de magnésio em detrimento de outros anticonvulsivantes na prevenção da eclâmpsia em mulheres com PE grave e no tratamento de mulheres com eclâmpsia;
3. regime completo do sulfato de magnésio administrado por via endovenosa ou intramuscular para prevenção e tratamento da eclâmpsia. E, ainda, se a administração de um regime completo não for possível, essas mulheres deverão receber a dose de ataque e serem imediatamente transferidas para uma unidade de saúde de nível superior para tratamento adicional. Determina ainda a indução do trabalho de parto em mulheres com PE grave em idade gestacional quando o feto não é viável ou tem pouca probabilidade de se tornar viável em um ou duas semanas.⁸

Alinhado à OMS, o Ministério da Saúde afirma que a conduta a ser tomada dependerá do diagnóstico, da gravidade e da idade gestacional. Gestantes com PE, independentemente da gravidade do quadro clínico, devem ser hospitalizadas e acompanhadas em unidades de alto risco. Caso haja necessidade de transferência, esta deverá ocorrer após estabilização materna inicial.⁹

A Portaria n. 1.020, de 29/05/2013, que institui os princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, dispõe, dentre seus objetivos, sobre o encaminhamento responsável na gestação de alto risco. Reforça, assim, que o

transporte da gestante com distúrbios hipertensivos até o hospital de nível secundário ou terciário é de extrema importância para a sua sobrevivência, e que deve ser realizado com trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado.¹⁰

Preconiza ainda que para o transporte a gestante possua acesso calibroso em veia periférica – evitando a hiper-hidratação, sonda vesical com coletor de urina instalado, pressão arterial controlada com dose de hidralazina de 5-10mg endovenoso ou nifedipina a 10mg via oral, dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada, ou seja, 4g de sulfato de magnésio por via endovenosa, em 20 minutos e manutenção com esquema intramuscular a 10g de sulfato de magnésio, sendo 5g em cada nádega – tendo este esquema como preferível, pois produz cobertura terapêutica por quatro horas após as injeções e evita os riscos de infusão descontrolada de sulfato de magnésio durante o transporte. O médico deve, obrigatoriamente, acompanhar a mulher durante a transferência.¹¹

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a assistência a gestantes hipertensas transferidas para um serviço de referência de alto risco através da central de regulação de leitos da Secretaria Estadual de Saúde - Pernambuco.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar perfil sociodemográfico dessas gestantes (etnia, idade, escolaridade, estado civil e procedência);

- Analisar os antecedentes obstétricos (nº de gestações, paridade, idade gestacional, tipo de parto, trabalho de parto);
- Identificar aspectos da assistência em saúde prestada no serviço de origem e transferência (acesso venoso calibroso, uso de terapia medicamentosa, realização de labistix, sondagem vesical e avaliação do nível tensional);
- Verificar características do transporte em que a paciente foi transferida (com ou sem maca, posição da paciente, tempo de deslocamento, profissional que acompanhou e se foi o mesmo que prestou assistência no serviço de origem e número total de pacientes na ambulância).

* **Procedência:** Recife; Região Metropolitana (Abreu e Lima, Cabo, Camaragibe, Goiânia, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão, Moreno, Olinda, Paulista, São Lourenço) e interior do Estado.

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, com base em dados coletados pelas pesquisadoras em gestantes com distúrbios hipertensivos procedentes de serviços de saúde admitidas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP durante o período entre julho de 2018 a abril de 2020.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, localizado na Rua dos Coelho, 300 – Boa Vista, Recife – PE, CEP 50070-902, telefone: (81) 2122-4716. O referido hospital foi escolhido por possuir

Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica e Neonatal, sendo, portanto, referência assistencial no atendimento a gestantes de alto risco.

3.3 PERÍODO DE ESTUDO

Estudo desenvolvido no período entre julho de 2018 a abril de 2020.

3.4 POPULAÇÃO

A população do estudo foi constituída por gestante com distúrbios hipertensivos, admitidas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP durante o período da pesquisa.

3.5 AMOSTRA

A amostra foi constituída de todas as gestantes com distúrbios hipertensivos, procedentes de serviços de saúde, admitidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, durante o período da pesquisa.

Faz-se necessário pontuar que durante a preparação do nosso projeto de pesquisa, projetamos um número alto de gestantes com síndromes hipertensivas, haja vista que o IMIP é um dos maiores centros de referência Norte/Nordeste em urgência e emergência obstétrica, com uma UTI materna de ponta, e sempre recebeu um número expressivo de pacientes nessa situação. Infelizmente, durante o processo de coleta, por questões administrativas do hospital, fez-se necessário a redução de internamentos no serviço, dificultando desta forma a coleta de dados. Tais acontecimentos fizeram com que o IMIP deixasse de receber gestantes referenciadas pela Central de Regulação. Com isso, nosso n. diminuiu drasticamente, e só conseguimos coletar 26 gestantes. Destas, quatro delas se

encontravam na faixa etária abaixo de 18 anos de idade, e, por isso, não puderam fazer parte da população do estudo. A amostra final do estudo foi de 22 gestantes.

3.6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

3.6.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Gestantes maiores de 18 anos, com distúrbios hipertensivos;
2. Gestantes admitidas na emergência obstétrica do IMIP, procedentes de serviços de saúde de baixo risco por transferência através da central de regulação de leitos da Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco, por distúrbios hipertensivos.

3.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pelas pesquisadoras responsáveis, através de um questionário estruturado, constituído por questões sociodemográficas, antecedentes obstétricos, terapia medicamentosa e características do transporte.

3.8 ANÁLISE DE DADOS

Para análise estatística, os dados foram organizados em planilhas do Programa Microsoft Excel versão 2011, sendo estes analisados por meio de estatística descritiva simples, apresentando os valores absolutos e seus respectivos valores percentuais. A digitação de dados foi realizada após revisão dos questionários.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira com o CAAE nº: 06700819.8.0000.5201 e o parecer nº 3.196.077, atendendo às determinações da declaração de Helsinque e suas emendas posteriores para pesquisas em seres humanos cumprindo os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as entrevistadas foram esclarecidas sobre os riscos e benefícios da pesquisa e os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido – TCLE.

4. RESULTADOS

Na tabela 1 podemos verificar que participaram da pesquisa 22 gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Os níveis tensionais identificados das gestantes nessa pesquisa foram: Hipertensão leve (31,8%), Hipertensão moderada (31,8%) e Hipertensão grave (36,4%).

Tabela 1: Distribuição de frequência dos níveis tensionais das gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP, 2020.

Níveis tensionais	n (22)	%
Leve (< 140/90 mmHg)	07	31,8%
Moderado (140/90 mmHg – 159/110 mmHg)	07	31,8%
Grave (\geq 160/110 mmHg)	08	36,4%

Fonte: IMIP, 2020

Podemos verificar que na tabela 2, 63,6% encontravam-se na faixa etária entre 18 e 25 anos, 68,2% se autodeclararam pardas, 36,4% eram solteiras, 45,4% tinham o ensino fundamental e 63,6% eram procedentes do interior.

Tabela 2: Características sociodemográficas das gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP, 2020.

Características sócio demográficas	n (22)	%
Idade		
18 – 25	14	63,6
26 – 35	05	22,7
36 – 45	03	13,6
Etnia		
Branca	04	18,2
Parda	15	68,2
Negra	03	13,6
Estado civil		
Solteira	08	36,4
Casada	07	31,8
União Consensual	07	31,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Analfabeta	01	4,5
Ensino Fundamental	10	45,4
2º Grau incompleto	03	13,6
2º Grau completo	08	36,4
Município de procedência		
Recife	04	18,2%
RMR	04	18,2%
Interior	14	63,6%

Fonte: IMIP, 2020

A Tabela 3 permitiu avaliar as características obstétricas das gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP, e observou-se que 31,8% delas encontravam-se entre 39 a 41 semanas de gestação, 36,4 % estavam na segunda gestação, 36,4 % não tinham filhos ou tinham apenas um filho e 22,7% da amostra já tinham vivenciado a experiência de um aborto.

Tabela 3: Características obstétricas das gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP, 2020.

Antecedentes Obstétricos	n (22)	%
Idade Gestacional na admissão		
↓37 sem	06	27,3
37 –39 sem	03	13,6
39 – 41 sem	07	31,8
↑ 41	05	22,7
Gesta		
GI	06	27,3
GII	08	36,4
GIII	04	18,2
G \geq 4	04	18,2
Paridade		
0	08	36,4
1	08	36,4
2	02	9,1
\geq 3	04	18,2
Aborto		
1	04	18,2
2	01	4,5

Fonte: IMIP, 2020

Em relação às características da assistência prestada no serviço de origem às gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP, foram observadas que 68,2% das gestantes encontravam-se com acesso venoso periférico, e que 80,0% destes acessos estavam pérvios. Verificou-se ainda que a avaliação da proteinúria através da realização da amostra simples da urina (labistix) se deu em 77,3% da amostra e que o controle de diurese através da instalação da sonda vesical de demora não foi verificado em 59,1% das gestantes. (Tabela 4)

Tabela 4: Características da assistência prestada no serviço de origem as gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP, 2020

Assistência prestada no serviço de origem	n (22)	%
Características do acesso venoso		
Com acesso venoso periférico	15	68,2
Sem acesso venoso periférico	07	31,8
Acesso venoso periférico pérvio	12	80,0
Realização de labistix		
Sim	17	77,3
Não	05	22,7
Controle de diurese		
Com sonda vesical de demora – SVD	09	40,9
Sem sonda vesical de demora – SVD	13	59,1

Fonte: IMIP, 2020

Verificou-se que 68,2% das gestantes levaram até uma hora de deslocamento entre o serviço de origem e o IMIP, 81,8% das gestantes não estavam dividindo o espaço da ambulância com outros pacientes, 86,4% foram colocadas em maca durante o transporte e 72,7% adotaram a posição deitada.

No que se refere ao suporte profissional durante a transferência, foi observado que 40,9% foram acompanhadas apenas pelo técnico de enfermagem, 22,7% apenas por enfermeiro, 31,8% acompanhadas por equipe completa e 4,5% por profissional não pertencente a saúde. (Tabela 5)

Tabela 5: Características das condições de transporte do serviço de origem das gestantes com síndromes hipertensivas admitidas no IMIP, 2020

Características do transporte	n (22)	%
Tempo de deslocamento		
Até 1h	15	68,2
>1h até 2h e 59'	02	9,1
≥ 3h até 3h e 59'	03	13,6
≥ 4h	02	9,1
Nº de pacientes na ambulância		
01	18	81,8
02	03	13,6
03 ou mais	01	4,5
Uso de maca		
Sim	19	86,4
Não	03	13,6
Posição		
Deitada	16	72,7
Sentada	05	22,7
Revezamento	01	4,5
Profissional que acompanhou		
Apenas com Enfermeiro	05	22,7
Apenas com Técnico	09	40,9
Outro profissional	01	4,5
Equipe completa (Médico/Enfermeiro ou Médico/Técnico ou Enfermeiro/Técnico)	07	31,8

Fonte: IMIP, 2020

Na tabela 6, foi verificado que 63,6% das gestantes fizeram uso do sulfato de magnésio, e que destas 57,1% já tinha sido infundida a dose de ataque, 14,3% encontravam-se com a dose de ataque sendo infundida e 28,6% já estavam na dose de manutenção. Quanto à administração de hipotensores, observou-se que 80,0% das gestantes não receberam essa terapia medicamentosa e das que a fizeram, verifica-se que a droga de escolha em 69,2% foi a hidralazina.

Tabela 6: Distribuição de frequência da terapia medicamentosa utilizada durante o transporte pelo serviço de origem das gestantes com síndromes hipertensivas admitidas no IMIP, 2020

Terapia Medicamentosa	n (22)	%
Utilização do Sulfato de Magnésio		
Sim	14	63,6
Não	08	36,4
Sulfato de magnésio na admissão		
Dose de ataque administrado	08	57,1
Dose de ataque em infusão	02	14,3
Dose de manutenção em infusão	04	28,6
Utilização de Hipotensor		
Sim	13	59,1
Não	09	40,9
Hipotensor de escolha		
Hidralazina	09	69,2
Nifedipina	02	15,4
Metildopa	01	7,7
Sem informação	01	7,7

Fonte: IMIP, 2020

5. DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 22 gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Podemos entender por meio da análise destes resultados que, a instituição em estudo, trata-se de uma referência para atendimento de gestantes com crises hipertensivas.

Foi verificada a distribuição de frequência dos níveis tensionais das gestantes com síndromes hipertensivas, e foram encontrados os seguintes resultados: 31,8% de gestantes com hipertensão leve (< 140/90 mmHg) 31,8% com hipertensão moderada ((140/90 mmHg – 159/110 mmHg) e 36,4% apresentaram hipertensão grave (\geq 160/110 mmHg).

A idade das gestantes variou entre 18 e 45 anos de idade, sendo que 63,6% encontravam-se na faixa etária entre 18 e 25 anos de idade, configurando uma população mais jovem. 68,2% se autodeclararam pardas, a situação conjugal foi considerada insegura pois 36,4% eram solteiras, 45,4% tinham o ensino fundamental e 63,6% eram procedentes do interior.

Resultado divergente dos evidenciados neste estudo foi verificado em pesquisa realizada por Monteiro et al., que avaliou os distúrbios hipertensivos e apurou que a idade das gestantes variou entre 17 e 45 anos, com o pico no intervalo entre 30 e 35 anos de idade.¹¹ Estudo de Damasceno et al., que avaliou os níveis pressóricos e fatores associados em gestantes do estudo Mina-Brasil, encontrou entre as características socioeconômicas e reprodutivas das gestantes que a maioria tinha idade entre 19 e 24 anos e eram pardas, o que corrobora com os resultados encontrados nesse estudo.¹²

Estudo de Amorim et al, que verificou o perfil de gestantes com pré-eclâmpsia, encontrou resultado semelhante quanto a escolaridade das gestantes avaliadas, observando que 41,6% delas tinham o ensino fundamental.¹³

A Tabela 3 permitiu avaliar as características obstétricas das gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP e observou-se que 31,8% delas encontravam-se entre 39 a 41 semanas de gestação, tempo considerado hábil para o parto pela maturidade fetal, 36,4 % estavam na segunda gestação, 36,4 % não tinha filhos ou tinha apenas um filho e 22,7% da amostra já tinham vivenciado a experiência de um aborto.

Considerar as características maternas e os fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia é uma medida prática, barata e de fácil realização por todos os profissionais atuantes. A taxa de primiparidade identificada nesta pesquisa se

aproxima de resultados encontrados em estudo que investigou as características maternas e fatores de risco para pré-eclâmpsia em gestantes.¹⁴

Em relação as características da assistência prestada no serviço de origem às gestantes com síndromes hipertensivas transferidas para o IMIP foram observadas que 68,2% das gestantes encontravam-se com acesso venoso periférico e que 80,0% destes acessos estavam pérvios. Verificou-se ainda que a avaliação da proteinúria através da realização da amostra simples da urina (labistix) se deu em 77,3% da amostra e que o controle de diurese através da instalação da sonda vesical de demora não foi verificado em 59,1% das gestantes. (Tabela 4)

Uma abordagem básica do manejo de gestantes com distúrbios hipertensivos seria a antecipação diagnóstica através da realização de proteinúria de fita e/ou de 24 horas.⁹

O sulfato de magnésio atinge nível terapêutico na concentração entre 4 e 7 mEq/L, próxima dos níveis tóxicos, portanto, durante sua administração a paciente deve ser constantemente monitorizada em relação à sua frequência respiratória, débito urinário, saturação de oxigênio e reflexos patelares.¹⁵ A oligúria constitui um fator de risco para a intoxicação grave e é um achado comum em pacientes com pré-eclâmpsia grave.¹⁶

Verificou-se que 68,2% das gestantes levaram até uma hora de deslocamento entre o serviço de origem e o IMIP, 81,8% das gestantes não estavam dividindo o espaço da ambulância com outros pacientes, 86,4% foram colocadas em maca durante o transporte e 72,7% adotaram a posição deitada.

No que concerne o suporte profissional durante a transferência, foi observado que 40,9% foram acompanhadas apenas pelo técnico de enfermagem, 22,7% apenas por enfermeiro, 18,2% por técnico de enfermagem e enfermeiro, 13,6% acompanhada por equipe completa e 4,5% por profissional não pertencente à saúde. (Tabela 5)

A assistência dos profissionais enfermeiros é de suma importância no cuidado de gestantes com síndromes hipertensivas, e quando aliada a uma equipe de outros profissionais possibilita um trabalho dinâmico e resolutivo.

A resolução COFEN Nº 588/2018 traz que o transporte do paciente faz parte das competências da equipe de enfermagem, devendo os serviços de saúde assegurarem as condições necessárias para atuação do profissional responsável pela condução do meio (maca ou cadeira de rodas). Por envolver a garantia da segurança do paciente é mister compreender que o transporte do mesmo carece de assistência contínua, e que necessita da equipe de enfermagem durante todo o seu processo. Para isso, deve-se assegurar a atuação de profissionais em quantitativo suficiente de acordo com o grau de complexidade que o caso requeira, ressaltando que paciente de cuidados semi-intensivos passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requer assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.¹⁷

Na tabela 6, foi verificado que 63,6% das gestantes fizeram uso do sulfato de magnésio, e que destas 57,1% já tinha sido infundida a dose de ataque, 14,3% encontravam-se com a dose de ataque sendo infundida e 28,6% já estavam na dose de manutenção. Quanto a administração de hipotensores, observa-se que 59,1% das gestantes receberam terapia medicamentosa, considerada como droga de escolha em 69,2% a hidralazina.

É comum nas crises hipertensivas durante à gestação o uso do sulfato de magnésio para profilaxia da ocorrência de convulsões, devendo ser administrado seguindo os protocolos vigentes em um regime completo no pré-parto, intraparto e pós-parto.¹⁸

No Brasil, a hidralazina é indicada como droga de primeira escolha no tratamento de crises hipertensivas durante a gestação. No entanto, não apresenta eficácia superior frente a outras drogas.¹⁹ Em estudo que analisou a prevalência de síndromes hipertensivas

gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil, verificou que todas as participantes com síndromes hipertensivas gestacionais fizeram o uso de medicação específica para controle da pressão arterial, reduzindo, assim, complicações e riscos decorrentes dessa doença.²⁰

6. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que diante da gravidade que as intercorrências hipertensivas gestacionais representam, faz-se necessário reforçar o cumprimento de práticas assistenciais que assegurem melhor à assistência prestada e minimizem os riscos da morbimortalidade por esse agravo.

Diante da limitação da amostra novos estudos devem ser desenvolvidos a fim de possibilitar associações de fatores que evidenciem a situação da qualidade da assistência prestada às gestantes hipertensas transferidas para o alto risco.

A adoção de protocolos institucionais voltados à prática clínica frente à assistência a gestantes com distúrbios hipertensivos, pode ser útil para nortear o processo de tomada de decisão e garantir a prestação de uma assistência de qualidade e segura.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Pinheiro, HDM. Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, 2014.
2. Maternal mortality. September 2019. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Disponível no link: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
3. OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa – Mortalidade Materna. Agosto 2018. Disponível no link: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820.
4. Rayburn WF. At-risk pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015; 42 (2): xiii-xiv e Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: Manual técnico. In: Estratégias.* 5 ed. Brasília, DF; 2012. p. 302.
5. Sampaio AFS, Rocha MJF, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*, 18 (3): 567-575 jul-set., 2018).
6. Amaral WT, Peraçoli JC. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. *Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S161-S168*, 2011.
7. Peraçoli JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli RC, Costa SH, Oliveira LG, et al. Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 8/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Recomendações para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia. Disponível do link http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119627/WHO_RHR_14.17_por.pdf;jsessionid=96C141BFC9E07D9867578FC5983D8F2D?sequence=2.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico.* 5ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

10. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível do [link](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html) http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html.
11. Monteiro ALS, Soares MC, Maciel PC, Nascimento DJ. Avaliação epidemiológica de gestantes hipertensas crônicas da maternidade HC-UFPR. Rev. Med. UFPR 4(1): 17-22 Jan-mar/2017.
12. Damasceno AAA, Malta MB, Neves PAR, Lourenço BH, Bessa ARS, Rocha DS, Castro MC, Cardoso MA. Níveis pressóricos e fatores associados em gestantes do estudo Mina-Brasil. Rev. Cien Saude Colet, 2019.
13. Amorim FCM, Neves ACN, Moreira FS, Oliveira ADS, Nery IS. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(4):1574-83, abr., 2017.
14. Ferreira ETM, Moura NS, Gomes MLS, Silva EG, Guerreiro MGS, Oriá MOB. Características maternas e fatores de risco para pré-eclâmpsia em gestantes. Rev Rene. 2019;20:e40327.
15. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação Gestação de Alto Risco, 2011.
16. Vale EL, Menezes LCC, Bezerra INM, Frutuoso ES, Gama ZAS, Wanderley VB, Piuvezam G. Melhoria da qualidade do cuidado à hipertensão gestacional em terapia intensiva. Av Enferm. 2020;38(1):55-65).
17. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução Nº 588/2018.
18. Gomes KAS, Adorno SS, Ramalho MLP, Costa MCB, Saback MC. Manejo de sulfatação nas crises hipertensivas gestacionais. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health, Vol.Sup.19 | e222, 2019.
19. Tanure LM, Leite HV, Ferreira CRC, Cabral ACV, Brandão AHF. Manejo da crise hipertensiva em gestantes. FEMINA |Julho/Agosto 2014 | vol 42 | nº 4.
20. Kerber GF, Melere C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. Rev Cuid 2017; 8(3): 1899-906 Rev Cuid 2017; 8(2).

8. APENDICE

QUESTIONÁRIO

1. **IDADE:** _____

2. ESCOLARIDADE:

() ENSINO FUNDAMENTAL I

() 2º GRAU COMPLETO

() ENSINO FUNDAMENTAL II

() SUPERIOR INCOMPLETO

() 2º GRAU INCOMPLETO

() SUPERIOR COMPLETO

3. COR:

() BRANCA

() NEGRA

() PARDA

() OUTROS: _____

4. ESTADO CIVIL:

() SOLTEIRA

() UNIÃO ESTÁVEL

() CASADA

() OUTROS: _____

PROCEDÊNCIA: _____

ANTECEDENTES OBSTÉRICOS

• **GESTA**_____

TRABALHO DE PARTO:

• **PARIDADE** _____

() SIM () NÃO

• **ABORTO**_____

TIPO DE PARTO:

• **ID. GEST:** _____

() VAGINAL () CESÁRIA

CONDUTAS

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO: () SIM () NÃO

FUNCIONANTE () SIM () NÃO

LABSTIX: () SIM () NÃO

SONDAGEM VESICAL: () SIM () NÃO

VALOR DOS NÍVEIS TENSIONAIS NA ADMISSÃO _____

TERAPIA MEDICAMENTOSA

USO DE HIPOTENSOR () SIM () NÃO

QUAL E COMO: _____

SULFATO DE MAGNÉSIO

DOSE DE ATAQUE REALIZADA () SIM () NÃO

DOSE DE ATAQUE ADMINISTRANDO () SIM () NÃO

DOSE DE MANUTENÇÃO () SIM () NÃO

CARACTERÍSTICAS DO TRANSPORTE

POSIÇÃO DA PACIENTE:

() SENTADA

() DEITADA

OUTROS: _____

USO DE MACA: () SIM () NÃO

TEMPO DE DESLOCAMENTO:

() 1 HORA

() 2 HORAS

() 3 HORAS

() 4 HORAS OU MAIS.

NÚMERO TOTAL DE PACIENTES NA AMBULÂNCIA: _____

PROFISSIONAL QUE ACOMPANHOU DO SERV. DE ORIGEM:

() OBSTETRA

() ENFERMEIRO

() TÉC. DE ENFERMAGEM

() OUTROS: _____

O PROFISSIONAL QUE ACOMPANHOU É APENAS DO TRANSPORTE:

() SIM

() NÃO

8.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIDO E ESCLARECIDO – TCLE

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



IMPACTO DO RETARDO DA ASSISTÊNCIA EM GESTANTES HIPERTENSAS TRANSFERIDAS PARA MATERNIDADES DE ALTO RISCO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa porque está sendo atendida nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com os pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo da pesquisa é avaliar o impacto do retardo da assistência prestada a gestantes hipertensas transferidas para maternidades de alto risco referência do estado de Pernambuco.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

O estudo será observacional, realizado com base nos dados coletados pelos pesquisadores com pacientes maiores de 18 anos, atendidas na emergência do IMIP, procedentes de serviços de saúde de baixo risco por transferência durante o período da pesquisa.

Não será coletada nenhuma amostra biológica durante esta pesquisa.

Se você concordar, os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa consultarão seus dados clínicos e laboratoriais que se encontram no seu prontuário. Os dados coletados no prontuário serão mantidos em sigilo e confidencialidade.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos que envolvem a execução da pesquisa serão mínimos, e como intuito de evitar, os participantes terão sua identidade preservada.

A princípio, deve-se ressaltar o cumprimento do direito à privacidade mantendo-se a identidade anônima de todos os sujeitos estudados. Não serão realizadas técnicas invasivas na coleta dos dados, não havendo, portanto, possibilidade de nenhum dano a integridade física dos sujeitos. Não haverá remuneração a qualquer das participantes, assim como nenhum custo aos sujeitos da pesquisa.

Tanto os sujeitos quanto a comunidade geral e científica serão beneficiados com os resultados da pesquisa, que contribuirá com a divulgação de informações atuais e confiáveis, além de possibilitar estratégias para melhoria dos protocolos para atendimento aos pacientes em maternidades de alto risco

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para GABRIELLY SANTANA DA SILVA no telefone (81) 99725-5570 ou MARIANA BAHIA CALDEIRA no telefone (81) 994984842 das 08:00 as 17:00h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP,

Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ /_____/_____
Nome e Assinatura do participante Data

_____ /_____/_____
Nome e Assinatura do Responsável Legal Data

Impressão digital



Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____ /_____/_____
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data