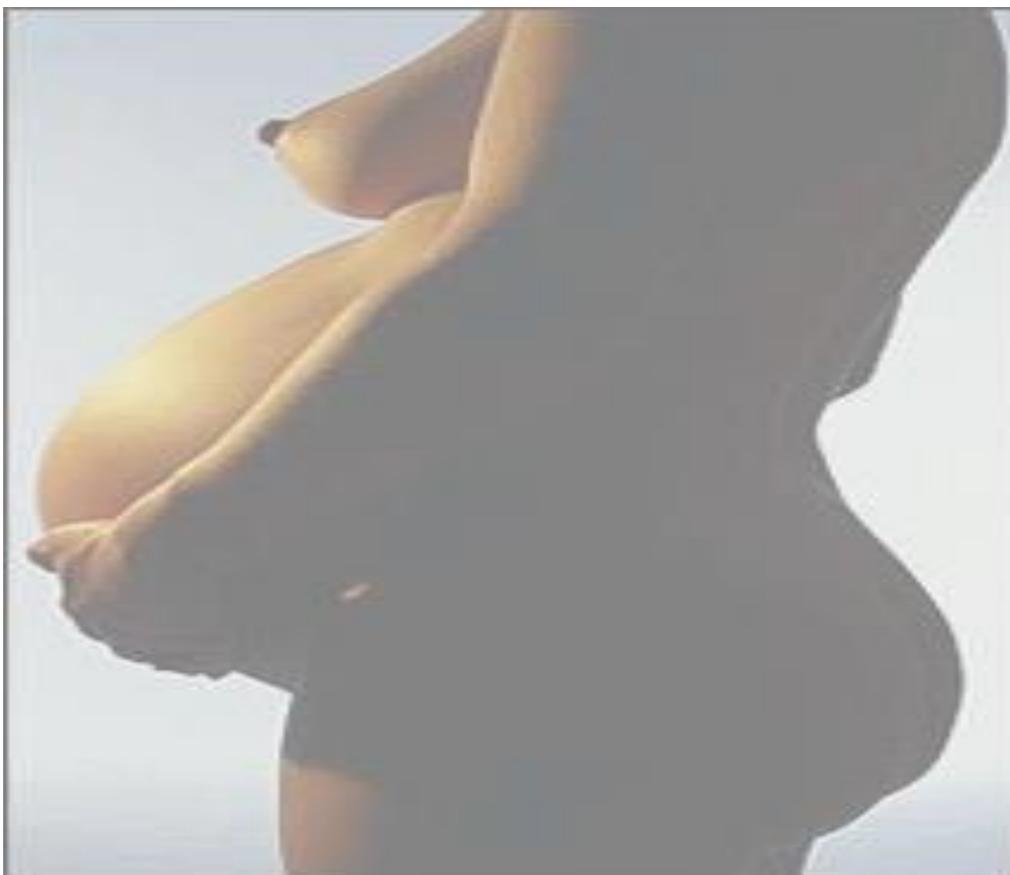


LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



**GERMANA MARQUES DE MEDEIROS LINS  
HAMIN RACHID TRABULSI  
JOÃO WELLINGTON VIANA GONÇALVES**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO  
E REPRODUTIVO DE UM GRUPO DE GESTANTES  
CADASTRADAS NO CENTRO DE SAÚDE  
DR. COELHO DIAS NO MUNICÍPIO DE BACABAL - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís  
2008

**GERMANA MARQUES DE MEDEIROS LINS  
HAMIN RACHID TRABULSI  
JOÃO WELLINGTON VIANA GONÇALVES**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO  
E REPRODUTIVO DE UM GRUPO DE GESTANTES  
CADASTRADAS NO CENTRO DE SAÚDE  
DR. COELHO DIAS NO MUNICÍPIO DE BACABAL - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em:     /     /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm** (Orientadora)  
Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo - USP

---

**Profa. Dourivan Camara Silva de Jesus**  
Mestre em Pedagogia Profissional  
Universidade de Havana

Aos nossos familiares, amigos e a todos os professores.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ser a força suprema que nos alimenta;

A João Gonçalves e Raimunda Viana Gonçalves, *in memoriam*, pais de João Wellington, pelo carinho e dedicação;

A José Geraldo, *in memoriam*, pai da Germana e toda a sua família, pelo amor e companheirismo;

Aos familiares de Hamin, pela força constante;

Aos nossos amigos e todas as pessoas que acreditaram verdadeiramente em nossa pessoa;

A Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, pela segura orientação;

Aos professores, diretores, coordenadores e a todos os companheiros de turma do LABORO-Excelência em Pós-Graduação, pela possibilidade de fazer novas amizades e aquisição de novos conhecimentos.

*Para mudar o mundo é preciso, antes, mudar a forma de nascer.*  
*Michel Odent*

## RESUMO

O pré-natal consiste em um acompanhamento dos profissionais médicos e enfermeiros, prestado à gestante para verificar e diagnosticar doenças e alterações que possam comprometer a saúde materna e fetal. Este trabalho é um estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, que se propõe a caracterizar o Perfil Sócio-demográfico e reprodutivo das Gestantes cadastradas no centro de Saúde Dr. Coêlho Dias, no município de Bacabal – MA. Para tal realizou-se uma pesquisa em prontuários de todas as gestantes que utilizaram aquele serviço no período de janeiro a agosto de 2007, onde foram identificados trinta prontuários, feito levantamento dos indicadores socioeconômicos, demográficos e reprodutivos dessas gestantes, morbidade na gravidez e dados referentes ao pré-natal. Os resultados achados mostram fatores agravantes, dentre eles baixos nível de escolaridade, tabagismo, imunização incompleta, alto índice de adolescentes grávidas; características sociais e demográficas da população estudada mantêm-se similares as observadas por outros autores, ou seja, predomínio de gestantes jovens e de baixa escolaridade. Quadro este que caracteriza uma população com baixa condição social enfrentando sérios problemas de saúde pública.

Palavras-chave: Pré-natal. Perfil Sócio-Demográfico. Perfil Reprodutivo. Gravidez.

## ABSTRACT

The pre-natal consists of a monitoring of professional doctors and nurses provided to pregnant women to verify and diagnose diseases and changes that might undermine maternal health and fetal. This is a descriptive study, with retrospective quantitative approach, it is proposed to characterize the profile Socio-demographic and reproductive Pregnant women registered at the centre of Health Dr. Coelho Dias, in the municipality of Bacabal - MA. For that took place in a search records of all pregnant women who used that service in the period from January to August 2007, which were identified thirty records, made survey of socioeconomic indicators, demographic and reproductive these pregnant, during pregnancy and morbidity data for the pre-Christmas. The results findings show aggravating factors, including low level of education, smoking, immunization incomplete, high rate of pregnant teenagers, social and demographic characteristics of the study population manten is similar to that observed by other authors, or predominance of young women and with low education. Table this that features a population with low social condition facing serious public health problems.

Key- words: Pre-natal. Profile Demographic. Profile Reproductive Pregnancy.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição percentual quanto à faixa etária das gestantes atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.....	27
Gráfico 2 -	Distribuição percentual quanto ao nível de instrução das usuárias do pré-natal atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias-Bacabal/MA, 2007.....	28
Gráfico 3 -	Distribuição percentual quanto à ocupação das usuárias do pré-natal atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.....	29
Gráfico 4 -	Distribuição percentual quanto à situação conjugal das gestantes atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.....	29
Gráfico 5 -	Distribuição percentual quanto à zona de residência das usuárias do pré-natal do Centro de Saúde do Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.....	30
Gráfico 6 -	Distribuição percentual quanto ao trimestre gestacional das usuárias do pré-natal do Centro de Saúde Dr. Coelho Dias que iniciaram a primeira consulta – Bacabal/MA, 2007.....	31
Gráfico 7 -	Distribuição percentual quanto ao número de gestações das usuárias do pré-natal atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.....	31
Gráfico 8 -	Distribuição percentual quanto ao número de consultas realizadas pelas gestantes no decorrer do pré-natal, atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias - Bacabal – MA, 2007.....	32
Gráfico 9 -	Distribuição percentual quanto ao aumento de peso das usuárias da assistência pré-natal, atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.....	33
Gráfico 10 -	Distribuição percentual quanto à prevalência do tabagismo das gestantes atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias-Bacabal – MA, 2007.....	34
Gráfico 11 -	Distribuição percentual quanto à situação vacinal das usuárias do pré-natal atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias - Bacabal – MA, 2007.....	35
Gráfico 12 -	Distribuição percentual quanto à morbidade das gestantes que realizaram assistência pré-natal no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias - Bacabal – MA, 2007.....	36

## LISTA DE SIGLAS

AU -	Altura Uterina
BCF -	Batimentos Cardíofetais
DHEG -	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DPP -	Data Provável do Parto
DUM -	Data da Última Menstruação
HB -	Hemoglobina
HIPERDIA -	Programa de Hipertensão e Diabetes
ITU -	Infecção do Trato Urinário
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM -	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PSF -	Programa Saúde da Família

## SUMÁRIO

	LISTA DE GRÁFICOS .....	p. 8
	LISTA DE SIGLAS .....	10
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	13
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	13
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
<b>3.1</b>	<b>Assistência pré-natal</b> .....	14
<b>3.2</b>	<b>Assistência de enfermagem no pré-natal</b> .....	21
<b>3.3</b>	<b>Diretrizes para avaliação nutricional</b> .....	22
<b>3.4</b>	<b>Desconfortos comuns no pré-natal</b> .....	22
<b>3.5</b>	<b>Humanização e assistência ao pré-natal</b> .....	24
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	25
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	37
	REFERÊNCIAS .....	39
	APÊNDICES .....	42

## 1 INTRODUÇÃO

Fazendo-se uma retrospectiva histórica no que se refere à saúde materno-infantil, ainda na primeira metade do Século XX, constatou-se a consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, avanços estes que culminaram com uma redução significativa tanto da mortalidade materna quanto perinatal, em particular nos países desenvolvidos. Entretanto, nos países subdesenvolvidos, persiste a preocupação com a frequência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal.

Na história da saúde pública, a atenção materna infantil tem sido reconhecida como prioritária. No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1983 ampliou o elenco das ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência do resultado perinatal.

A assistência pré-natal é de fundamental importância para o controle das gestantes, tendo em vista que na gravidez ocorrem mudanças físicas e emocionais vivenciadas de formas distintas por cada mulher. Vários sentimentos podem advir dessas mudanças, como o medo, a ansiedade, dentre outros (BRASIL, 1991). Por estes motivos, somados a outras situações-problema as gestantes precisam de uma adequada assistência no pré-natal, voltada à eliminação ou minimização de riscos durante a gravidez.

A assistência pré-natal compreende ações que são prestadas à gestante pelo médico e/ou enfermeiro, objetivando o mínimo de desconforto físico e psíquico durante a gravidez, e que o feto se desenvolva em condições favoráveis, bem como prevenir, identificar e tratar as patologias e as complicações que possam ocorrer durante a gestação e o parto.

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para mãe quanto para o feto. No Brasil, no ano de 1998, a razão declarada de mortalidade perinatal ainda persiste como a principal responsável pelas taxas de mortalidade infantil observada no país (BRASIL, 2000).

Nota-se que a maioria das gestações ocorre por fatores culturais, que muitas vezes levam as adolescentes a querer casar e ter filhos, e até a própria pressão da sociedade para não se sentir inferiorizada diante das mulheres, encarando a maternidade como destino fisiológico inevitável.

O estudo justifica-se partindo da necessidade de conhecer o perfil das usuárias de um serviço de assistência pré-natal destacando as variáveis sociais e demográficas destas usuárias como: nível de instrução, situação conjugal, idade materna, intervalo interpartal, tabagismo, bem como dados do pré-natal que incluem a idade gestacional em que iniciaram a assistência e o total de consultas realizadas no decorrer do pré-natal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o perfil sócio demográfico e reprodutivo de um grupo de gestantes cadastradas no Centro de Saúde “Dr. Coêlho Dias”, Bacabal – MA, no período de janeiro a agosto de 2007.

### **2.2 Específicos**

- Identificar as variáveis sócio-demográficas e reprodutivas do grupo de gestantes em estudo;
- Estudar a morbidade associada ao período gestacional do grupo em estudo;
- Destacar o número de consultas pré-natal realizada pelo grupo em estudo.

## 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 3.1 Assistência pré-natal

De acordo com Rezende (1995) a assistência pré-natal teve sua origem na França, a partir dos trabalhos de Pinard; Budim e tem hoje metas muito mais amplas e pretensiosas. Nem sempre existiu o pré-natal como conhecemos hoje. Ele foi instituído no início do Século XX por uma preocupação da sociedade com a saúde da mulher gestante e seu conceito, tendo como propósito diminuir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil.

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo (BRASIL, 2000). No entendimento de Rezende (1995), pré-natal ou assistência pré-natal se constitui no:

Conjunto de ações de atenção à saúde que se fazem no período em que a mulher encontra-se grávida, visando uma melhor condição de saúde tanto para ela como para o seu conceito, evitando a morte e o comprometimento físico de ambos.

Tal intenção ainda está presente nos dias de hoje, principalmente num país como o Brasil, onde se encontra ainda altas taxas de mortalidade, apesar das melhorias verificadas no sistema de saúde. Sem dúvida nenhuma a atenção dispensada pelo profissional de saúde durante o pré-natal protege a mulher e a criança, diminuindo as complicações que possam surgir no decorrer da gravidez.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2000) constata-se que a mortalidade materna ainda tem índices elevados, os dados oficiais para as capitais brasileiras são alarmantes. No ano de 2001, a razão de mortalidade materna das capitais foi 74, 5 óbitos por 100 mil nascidos vivos. As principais causas foram: hipertensão arterial, hemorragia, infecção pós-, que geralmente estão relacionadas à falta de acesso aos serviços de saúde de boa qualidade.

A mortalidade infantil por causas originária do período pré-natal no Brasil é elevada. Sabe-se que esses óbitos são preveníveis em sua maioria, mas para tal é necessária participação ativa do sistema de saúde. Vários países em

desenvolvimento já conseguiram obter resultados satisfatórios. Isso foi possível pela ação organizadas, amplas e integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (COSTA, 2003).

Constata-se então, que o pré-natal tem grande importância no acompanhamento das condições de sobrevivência do produto da concepção, sendo realizado de forma insuficiente e inadequada na maioria dos serviços públicos nacionais. Diminuem assim, as oportunidades de diagnóstico precoce de infecções agudas, passíveis de tratamento na gestante, para impedir o acometimento fetal e a mortalidade materna (LIMA et al., 1995).

Os esclarecimentos de Brienza (2001) afirmam que em geral a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante. É importante ressaltar que “Enfermeiro tem sido apontado pela Organização Mundial da Saúde, como o profissional melhor preparado para este tipo de atenção”.

De acordo com Brasil, (2000), para uma adequada assistência pré-natal, deve haver as seguintes condições:

- Captação precoce da gestante;
- Controle periódico, contínuo e extensivo à gestante;
- Área física adequada;
- Equipamentos e instrumental mínimos;
- Instrumentos de registro e estatística, que incluem o cartão da gestante e a ficha obstétrica;
- Medicamentos básicos;
- Apoio laboratorial;
- Sistema eficiente de referência e contra referência;
- Avaliação da assistência pré-natal.

Por sua vez, Nogueira (1994) concorda que “para que haja uma assistência integralizada, a gestante deve contar, além das consultas médicas, com as consultas de enfermagem, odontológicas, nutricionais, psicológicas e de serviço social”. Com essa convicção OBA; Tavares (1998) recomenda que a assistência pré-natal tenha início o mais brevemente possível a fim de obterem-se melhores resultados. Acrescenta ainda que, “de acordo com as normas do Ministério da Saúde, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde, toda gestante deve comparecer a, pelo menos, seis consultas pré-natais no decorrer da gestação”.

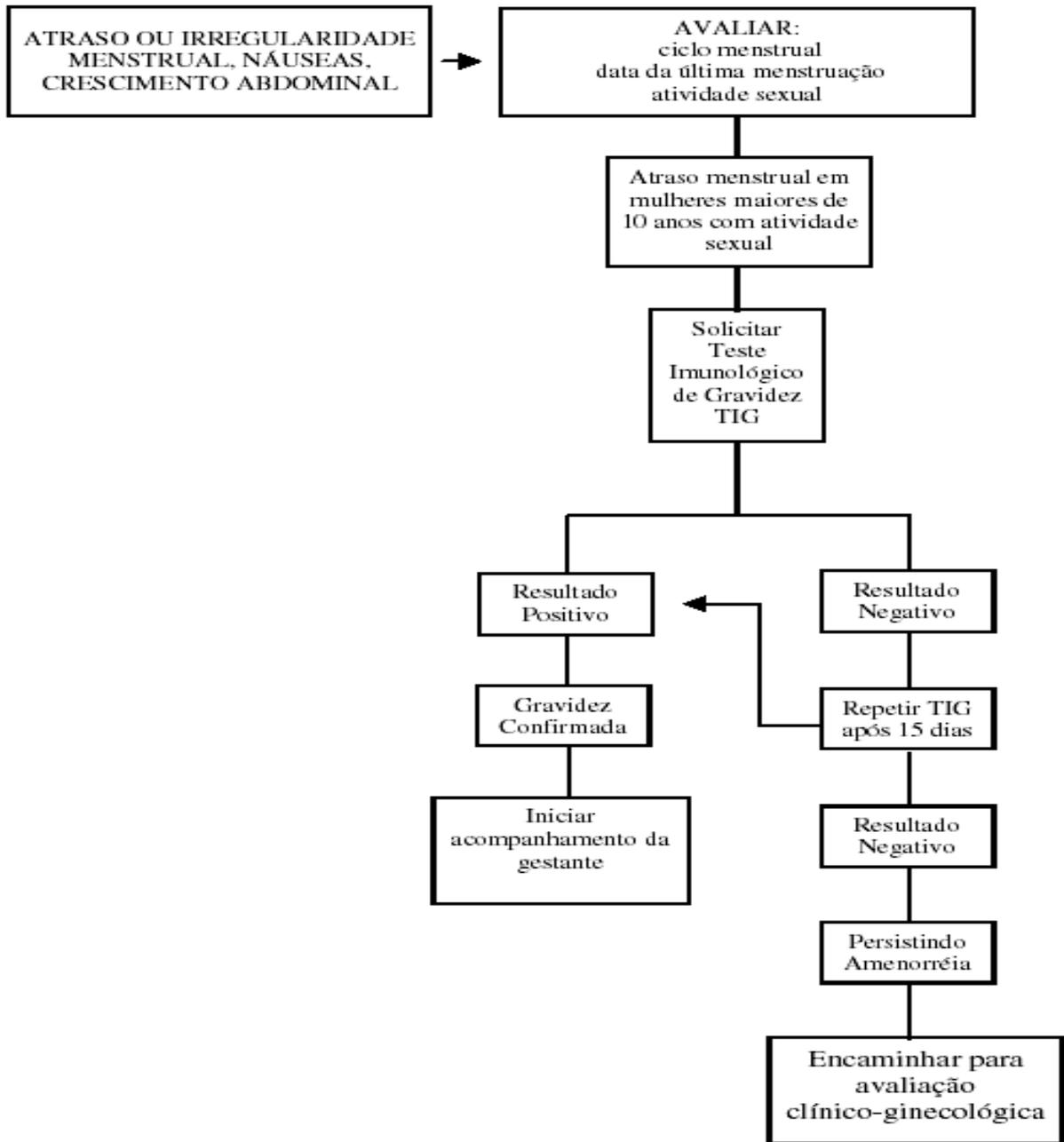
Em condições ideais, a avaliação pré-natal começa quando a mulher procura um serviço de saúde para confirmar sua suspeita de que está grávida e iniciar a assistência pré-natal. Durante o primeiro encontro pré-natal, o profissional obtém os

dados subjetivos e objetivos relativos à gravidez e ao estado geral da mulher. A história detalhada é obtida nessa primeira consulta e, em cada visita subsequente, a enfermeira deve colher uma história mais resumida relativa ao intervalo decorrido entre as consultas (BRANDEN, 2000). Barros; Belfort (1987) ressaltam que:

Na primeira consulta, o profissional deve realizar o exame tocoginecológico, deve também pesquisar antecedentes ou sinais indicadores de afecções que possam interferir de maneira negativa durante a evolução da gestação, como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, cirurgias, transfusões de sangue, anemia, alergias, viroses e doenças renais crônicas.

No que se refere ao diagnóstico da gravidez diz-se que pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade básica de saúde, baseando-se na história, no exame físico e nos exames laboratoriais.

- **Fluxograma para diagnóstico da gravidez**



Fonte: Ministério da Saúde, 2005

A primeira consulta deve começar com a identificação da gestante que incluirá dado como: nome, idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual. Também se devem coletar dados sócio-econômicos, grau de instrução, profissão/ocupação, situação conjugal, condições de moradia (tipo, número de cômodos) e condições saneamento (água, esgoto, coleta de lixo), renda familiar, pessoas da família com renda e distância da residência até a unidade de saúde.

De acordo com Brasil (2000) é de grande importância proceder à avaliação dos antecedentes obstétricos e ginecológicos. Dentre os antecedentes obstétricos devem-se incluir:

- Número de gestações, parto e abortamentos;
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações;
- Número de recém-nascidos: pré-termo e pós-termo;
- Mortes neonatais;
- Natimortos;
- Intercorrência ou complicações em gestações anteriores;
- Complicações no puerpério;
- História de aleitamentos anteriores.

Quanto aos antecedentes ginecológicos, o referido autor diz que devem conter informações sobre:

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- Uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Mamas (alterações e tratamento);
- Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou preventivo, data e resultado).

Para Martins (1998); Brasil (2000) o profissional deverá anotar a data do primeiro dia da última menstruação (DUM), para calcular a data provável do parto (DPP) e estabelecer a idade gestacional, investigar sobre medicamentos usados na gestação e sobre hábitos da gestante, como fumo, álcool e drogas; os sinais e sintomas referidos pela gestante deverão ser anotados e a gestante deverá ser pesada, verificado sua altura e pressão arterial.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), para uma adequada assistência pré-natal, “devem-se anotar todos os resultados de exame no cartão da gestante, o desenvolvimento da criança e observar a situação vacinal da gestante”.

#### ▪ Esquema básico de vacinação

<b>SITUAÇÃO VACINAL DA GESTANTE</b>	<b>CONDUTA</b>
Não vacinada ou não sabe informar o	Iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional, com

passado vacinal.	3 doses de (dT – contra a difteria e o tétano), com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
Com vacinação incompleta (tendo recebido 1 ou 2 doses prévias de dT – contra a difteria e o tétano).	Completar o total de 3 doses, obedecendo ao intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
Vacinada com esquema completo. Última dose há mais de 5 anos.	Aplicar 1 dose de reforço, tão logo seja possível.
Vacinada com esquema completo. Última dose há menos de 5 anos.	Gestante imunizada, nenhuma dose a aplicar.

A realização deste esquema básico de vacinação tem por objetivo prevenir tétano neonatal e proteger a mulher contra tétano acidental.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se avaliar o risco obstétrico e perinatal. Para auxiliar nesse objetivo, deve-se observar a discriminação dos fatores de risco no cartão de pré-natal, identificados pela cor amarela. A presença dessas anotações deverá ser interpretada pelo o profissional de saúde como sinal de alerta (BRASIL, 2005).

O profissional deverá também proceder ao exame físico geral “ implica na inspeção da pele e das mucosas, palpação da tireóide e gânglios e inspeção dos membros inferiores, para verificar presença de edemas e varizes” (BRASIL, 2000).

Conforme Silva (1998), o profissional deverá ainda solicitar alguns exames laboratoriais, a saber:

Hemograma; Grupo sangüíneo e fator Rh; (quando não realizado anteriormente); Sorologia para sífilis (VDRL) repetir próximo à 30ª. semana; Glicemia em jejum; repetir próximo à 30ª. semana; EAS (Sumário de Urina); repetir próximo à 30ª. semana; Exame parasitológico de fezes; Colpocitologia oncótica; (quando indicado); Teste anti-HIV; (com o consentimento da mulher); Sorologia para toxoplasmose; (se disponível); Sorologia para rubéola; (se disponível).

Segundo Brasil (2000) Nas consultas subseqüentes, o profissional deverá fazer:

Revisão da ficha perinatal e anamnese atual; cálculo e anotação da idade gestacional, controle do calendário de vacinação, exame obstétrico sucinto, que deverá incluir determinação do peso, medida da pressão arterial, inspeção da pele e das mucosas, palpação obstétrica e medida da altura uterina, ausculta dos BCF, pesquisa de edemas.

Para Brasil (2005), também fazem parte das consultas subseqüentes:

Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros se necessário, tratamentos de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário, prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5 mg/dia) e a realização de práticas educativas. O acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados e agendamento das consultas subseqüentes. As consultas deverão ser mensais até a 32ª. semana de gestação, quinzenais da 32ª. a 36ª. semana e semanais a partir da 36ª. semana.

Uma assistência pré-natal adequada é fator essencial para a proteção do binômio mãe e filho; só ela conduzirá ao objetivo que todos almejam: o nascimento de um feto vivo, sadio, sem problemas físicos ou mentais obstando seu desenvolvimento imediato ou futuro.

Os serviços de saúde que prestam atendimento às gestantes devem garantir uma assistência de boa qualidade, onde elas se sintam seguras e esclareçam suas dúvidas. Estudos mostram que muitas complicações e mortes ocorridas neste período poderiam ser evitadas se todas as gestantes tivessem garantia de pré-natal, parto hospitalar e atendimento durante o puerpério.

Muitas vezes os profissionais de saúde durante o atendimento utilizam uma linguagem de difícil compreensão colocando uma grande distância entre eles e as gestantes. Estas talvez, não tenham o costume de falar o que sentem, por isso saem da consulta cheias de dúvidas, de medo e apreensão.

O Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde vem, desde 1984, procurando organizar os serviços e treinando profissionais para que atendam a mulher de forma integral, respeitando sua história de vida, seus, sentimentos e sua sexualidade.

No decorrer das consultas, o profissional de saúde deverá abranger os objetivos gerais do pré-natal que incluem: orientações dos hábitos de vida, assistência psicológica, preparação para a maternidade, tratar os pequenos

distúrbios habituais na gestação, fazer profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gravidez ou nela intercorrentes.

Para França (2002) na assistência pré-natal devem ser executadas duas tarefas de fundamental importância na prática médica:

Em primeiro lugar, dado a motivação natural em que se encontram as mães e pelo fato de ser possível um acompanhamento de no mínimo de seis meses, podemos nesse período cumprir o papel de agente educador, orientando a futura mamãe para o cuidado com a sua saúde e de seus filhos. O segundo papel é o de agente executor que ao adotarmos condutas preventivas e terapêuticas, estamos garantindo uma evolução normal daquela gravidez, e, conseqüentemente, teremos como resultado final recém-nascido hígido e, portanto, crianças mais saudáveis no futuro.

Conforme Garcia (1992), o profissional de saúde deve aproveitar a oportunidade de educar as grávidas e puérperas nos ambulatórios, hospitais, maternidades e nos domicílios, para que certas técnicas recomendáveis possam ser aprendidas. Assim na volta ao ambiente doméstico, elas poderão, pelo menos amenizar os riscos a que estão expostos os recém nascidos pelas condições que o cercam. Dessa forma, percebe-se que é de grande importância à orientação da gestante quanto aos problemas identificados, informações sobre a gestação, parto, puerpério, cuidado com o recém nascido e cuidados gerais com a saúde.

### **3.2 Assistência de enfermagem no pré-natal**

É o cuidado dado pela enfermagem à mulher grávida durante a gestação, trabalho de parto, parto e o puerpério (período após o parto). A assistência de enfermagem no pré-natal é excepcional pelo fato de que durante os 9 meses de gestação, a sua atenção estar focalizada, quase igualmente, em duas pessoas, a gestante e o feto. No esforço de tornar a gestação, o trabalho de parto seguro e satisfatório para a paciente e a família, há grande ênfase ao papel educativo do enfermeiro e os outros profissionais de saúde (CARVALHO, 1990).

O autor acima citado esclarece que a assistência de enfermagem no pré-natal tem como objetivos:

Ajudar a gestante a encarar a gestação, no trabalho de parto e o parto como processo fisiológico; Proporcionar condições para que a gestação

seja uma experiência positiva e gradativamente; Orientar, adequadamente, a gestante durante a gestação, no trabalho de parto e o parto; Auxiliar na detecção precoce de qualquer anormalidade que possa ocorrer no período gestacional.

### **3.3 Diretrizes para avaliação nutricional**

O primeiro passo para avaliação nutricional da gestante é a aferição do peso e da altura maternos e o cálculo da idade gestacional. Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante com base em seu peso e sua estatura permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação, sendo recomendado um ganho de peso total no 1º. trimestre de 1,6 kg e um ganho de peso semanal médio no 2º. e 3º. trimestre de 0,4kg (BRASIL, 2006).

Os estudos sobre o ganho de peso da gestante indicam que o aumento total de peso próximo aos 12 kg é o menos associado com complicações hipertensivas, pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade relacionada com o nascimento (BENZECRY et al., 1989).

### **3.4 Desconfortos comuns no pré-natal**

Durante os 9 meses de gestação, as mulheres passam por vários tipos de desconfortos. Muitos deles são resultados de modificações físicas que ocorrem durante a gestação. Os profissionais de saúde referem-se, muitas vezes a esses desconfortos como pouco importantes, só que para as gestantes eles são muito importantes. Esses desconfortos podem geralmente, ser solucionados ou evitados através de medidas e orientações relativas ao autocuidado (NOGUEIRA, 1994). Carvalho (1990) cita alguns desconfortos, tais como:

**NÁUSEAS E TONTURAS** (com ou sem vômitos) - um dos primeiros desconfortos sentidos pela gestante é considerado comum no início da gestação e, geralmente, não dura mais do que 16 semanas. As gestantes podem evitar ou diminuir as náuseas não deixando o estômago ficar vazio ou cheio demais. A ingestão de bolacha, chá ou sucos de frutas, meia ou uma hora antes de levantar, afasta as náuseas. A gestante deve ser

orientada a comer com freqüência mais em pequenas quantidades; evitar gorduras e frituras ou bebidas que formem gases.

PIROSE – é o refluxo do conteúdo gástrico no esôfago (azia). Vem freqüentemente acompanhada de arroto e de um gosto azedo na boca.

Nesse caso, Carvalho (1990) esclarece que a gestante deve ser orientada a permanecer sentada por aproximadamente, 30 minutos depois de ingerir uma refeição média ou grande, aliviando desse modo à irritação do esôfago. Ela também deve evitar alimentos gordurosos e que formem gases. O antiácido só com prescrição médica, porque o bicarbonato de sódio causa retenção hídrica. Outros desconfortos ainda são apontados pelo referido autor, a saber:

CONSTIPAÇÃO – outro problema comum na gestação devido a diminuição do peristaltismo intestinal e da absorção de água das fezes. Para diminuir este desconforto, a gestante deve ingerir muito líquido aumentar as fibras em sua alimentação e estabelecer um horário regular para suas evacuações.

FREQÜÊNCIA URINÁRIA – ocorre com a pressão do útero em crescimento sobre a bexiga, causando o aumento da freqüência e da urgência urinária. Este problema ocorre no início e no final da gestação quando o feto desce pressionando a bexiga. A sensibilidade sobre a área dos rins ou sensação de ardência ao urinar deve ser comunicado ao profissional de saúde. A gestante deve ser incentivada a aumentar sua ingestão de líquido, para evitar a infecção urinária.

DOR NAS COSTAS – é uma queixa comum, o crescimento do útero altera o centro de gravidade da mulher. Para compensar esta alteração, a gestante, muitas vezes, caminha com a cabeça e os ombros para trás. A gestante deve ser orientada a utilizar bem o mecanismo corporal e conservar uma boa postura. Ela deve evitar dobrar a cintura ao abaixar-se, flexionando sempre os joelhos. O repouso adequado também auxilia na administração do desconforto.

DISPNÉIA – é um dos desconfortos que ocorre no final da gestação. Ocorre sempre quando o útero eleva-se no abdômen e pressiona o diafragma. A gestante deve ser orientada a dormir de costa com os braços estendidos acima da cabeça. Essa posição expande a cavidade torácica ao máximo, permitindo que os pulmões atinjam sua expansão.

EDEMA NOS MEMBROS INFERIORES – é uma queixa comum no final da gestação. Muitas gestantes têm algum edema nos pés e tornozelos no final do dia. O edema deve diminuir depois de uma noite de descanso, a gestante deve elevar as pernas quando estiver sentada. Se o edema persistir ou agravar-se, pode ser um sinal de hipertensão, devendo a mesma procurar seu médico (CARVALHO, 1990).

### **3.5 Humanização e assistência ao parto**

A idéia de se humanizar o parto vem do fato de que muitos serviços médicos ignoram as recomendações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e outros órgãos que regulamentam o atendimento ao parto. O sistema humanizado visa deixar o parto menos dependente dos atos médicos. Tende a ser o mais natural possível, mas sempre rodeado de medidas de segurança

por parte dos profissionais de saúde envolvido (HORTA, 1994). Segundo a OMS (2000), para a humanização do parto no pré-natal é preciso:

- Planejar onde e como o nascimento será assistido;
- Fazer a avaliação do risco durante a gestação;
- Observar o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher;
- Respeitar a escolha da gestante sobre o local e nascimento;
- Prestar informações sempre que necessário, eliminando dúvidas;
- Respeitar a privacidade da mulher no ato da sua admissão;
- Fazer o controle da dor por meio não farmacológico, mais sim com massagens, técnicas de relaxamento, etc;
- Respeitar o direito à opinião sobre a episiotomia.

Sendo o parto um momento extremamente importante e crítico, o parto humanizado resgata a naturalidade desse momento para a mulher, para a sua família e para a equipe de profissionais de saúde envolvida. Refere-se a algo que ocorre na natureza, que segue seu próprio fluxo e que acontece sem a intervenção do homem, até porque esta intervenção é desnecessária. Assim, a idéia do parto humanizado é fazer com que o parto, geralmente, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada mulher, com os profissionais de saúde interferindo o mínimo possível durante o processo em que a mãe traz uma criança ao mundo.

## **4 METODOLOGIA**

- **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa.

## ▪ **Local do estudo**

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias, localizado na Rua Dias Carneiro, S/N, no município de Bacabal – MA. O município de Bacabal possui atualmente uma área de 1.683 km<sup>2</sup>, uma população de 95.335 habitantes, com a taxa de alfabetização de 73,4%, distando da capital São Luís 245 km.

A criação do gado de corte e leiteiro é a mais importante atividade econômica da região e vem ocupando área de plantação de arroz. Na zona rural o plantio do arroz é tradicional, seguido do feijão e do milho. A extração do babaçu também é tradicional e expressiva.

No setor saúde o município conta com o Hospital Veloso Costa, Pronto Socorro Municipal, Hospital Laura Vasconcelos, Hospital Bom Pastor, Clínicas particulares, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Centro Especializado Odontológico (CEO). Na sede encontram-se também 15 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Nos centros de saúde funciona o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), bem como os programas: Saúde da Mulher, Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão e Atendimento Odontológico.

A zona rural o município conta com 7(sete) equipes do PSF que fazem atendimento descentralizado. Em relação ao atendimento à gestante, a primeira consulta é feita nos Centros de Saúde, onde o médico ou enfermeiro faz o atendimento e solicita a realização dos exames de rotina e acompanhamento pré-natal.

## ▪ **População**

A população foi constituída por gestantes que foram atendidas no pré-natal do Centro de Saúde Dr. Coelho dias, no município de Bacabal - MA, totalizando uma amostra de 30 gestantes atendidas no período de janeiro a agosto de 2007.

- **Coleta e análise dos dados**

A coleta dos dados foi realizada através de busca ativa nos prontuários das gestantes, utilizando dados contidos no cartão da gestante e na ficha geral, preconizados pelo Ministério da Saúde contendo questões relacionadas ao pré-natal e as variáveis sociais e demográficas das gestantes. Os dados coletados foram codificados em planilhas elaborados pelos pesquisadores, sendo submetido à análise e apresentados sob forma de gráficos, posteriormente obtendo os resultados e discussão da pesquisa.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Observa-se no Gráfico 1, que 49,27% das gestantes, encontravam-se na faixa etária de 13 a 19 anos, sendo consideradas adolescentes.

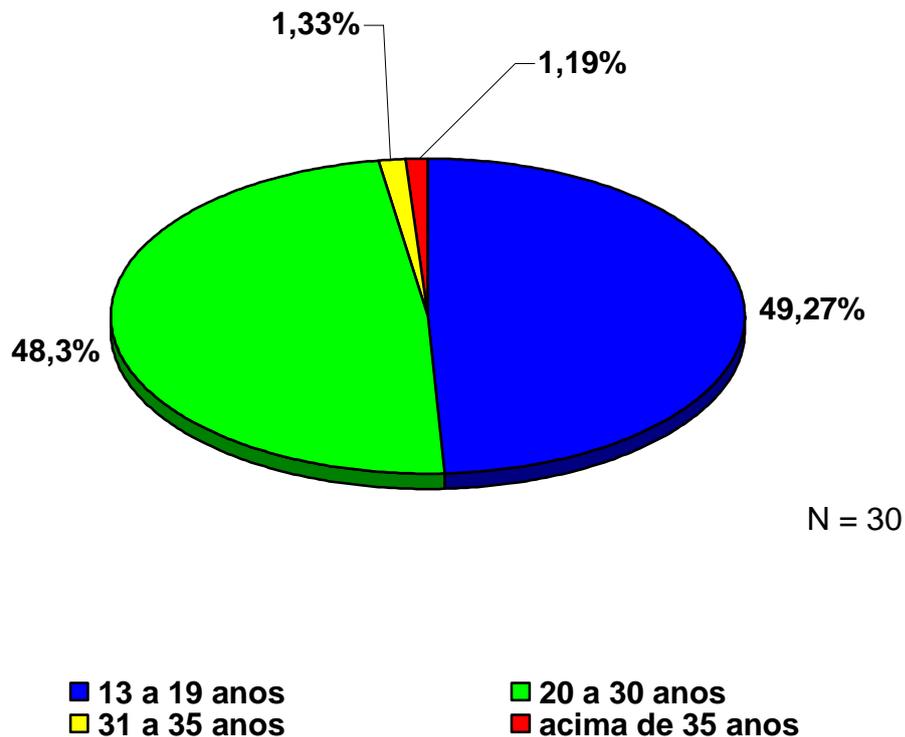


Gráfico 1 – Distribuição percentual quanto à faixa etária das gestantes atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.

Vários autores consideram a gravidez na adolescência como um fator de risco para a saúde e um sério problema de saúde pública, devido ao intenso crescimento e desenvolvimento na adolescência, que acarreta transformações físicas, psicológicas e emocionais além do que, a gravidez também acarreta estas mudanças (MOTTA; SILVA, 1995). Fescina; Schawarcz (1998) afirmam que a maioria dos autores estabelece que a idade ideal para a reprodução esteja entre 18 e 25 anos. Se a gestação ocorre antes dos 20 anos, a incidência de recém-nascidos com peso abaixo de 2500 g é o dobro que o das gestantes de 25 a 30 anos.

De acordo com o Gráfico 2, observa - se que 5,5% das usuárias do pré-natal não são alfabetizadas, achados estes preocupantes, pois, atualmente se reconhece que a saúde é uma resultante da interação de inúmeros fatores, entre estes os investimentos governamentais na esfera social e educação.

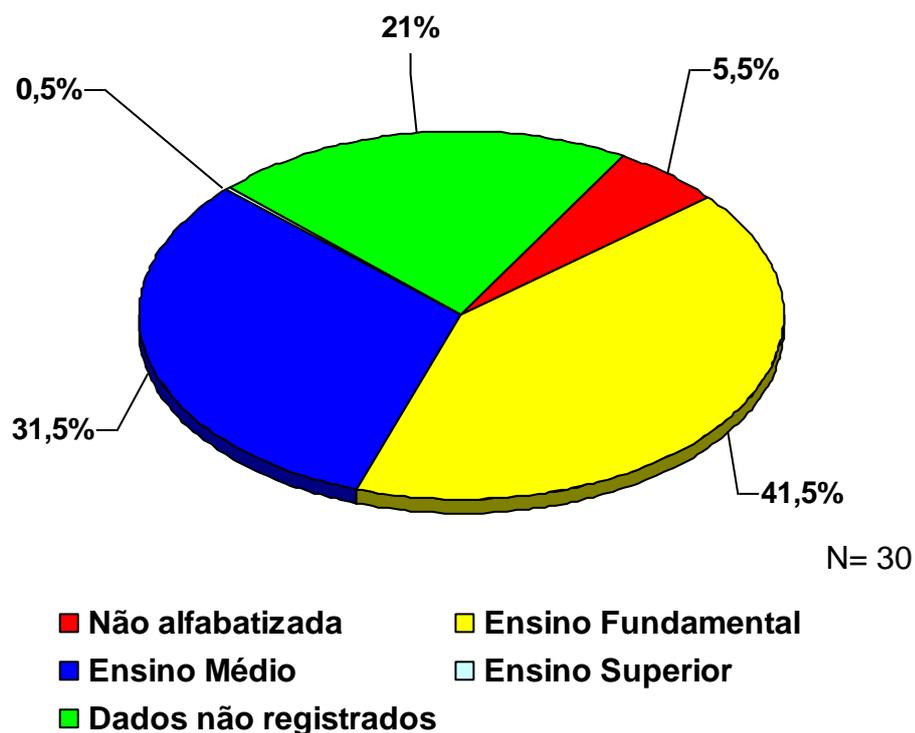


Gráfico 2 – Distribuição percentual quanto ao nível de instrução das usuárias do pré-natal atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias-Bacabal/MA, 2007.

De Lorenzi; Araújo (2003) ressaltam que a questão da saúde não está apenas relacionada com a disponibilidade de serviços de saúde, mas está também intrinsecamente ligado à capacidade de autocuidado da população, o que por sua vez é influenciada diretamente pelo seu nível de instrução.

De acordo com o Gráfico 3, observa-se que 62% das gestantes são estudantes e 5% são lavradoras, isto vem ressaltar que apesar da predominância da gestação em estudantes, o pequeno percentual de agricultoras reflete a ocupação das mulheres da zona rural.



Gráfico 3 - Distribuição percentual quanto a ocupação das usuárias do pré-natal atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.

Desde sua fundação em 17.04.1920, a cidade de Bacabal tem a lavoura como o sustentáculo básico da sua atividade econômica. Com exceção do algodão e da cana de açúcar que fecharam seu ciclo, ainda resiste até hoje a cultura do arroz, feijão, milho e mandioca, acrescida da amêndoa do babaçu. A população da zona rural dedica-se exclusivamente ao ramo da agricultura e pecuária extensiva (BONFIN, 2004).

Analisando-se o Gráfico 4, observa-se que 56,72% das gestantes eram solteiras. Segundo os dados, as solteiras estavam na faixa etária de 13 a 19 anos.

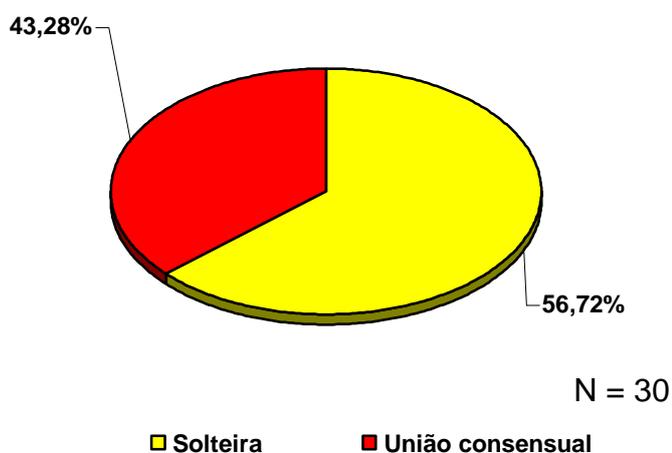


Gráfico 4 – Distribuição percentual quanto à situação conjugal das gestantes atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.

O problema da gestação em adolescentes, especialmente quando solteiras, segundo Garcia (1992), torna-se complexo, não podendo a gestação ser definida como resultante deste ou daquele fator isolado, ou como tendo esta ou aquela consequência específica. O que se deve ter em mente é a realidade concreta dessas gestantes.

No que se refere à zona de residência, o Gráfico 5, mostra que 72,8% das usuárias residem na zona urbana, isto se deve à maior parte da população do município estudado residir na zona urbana.

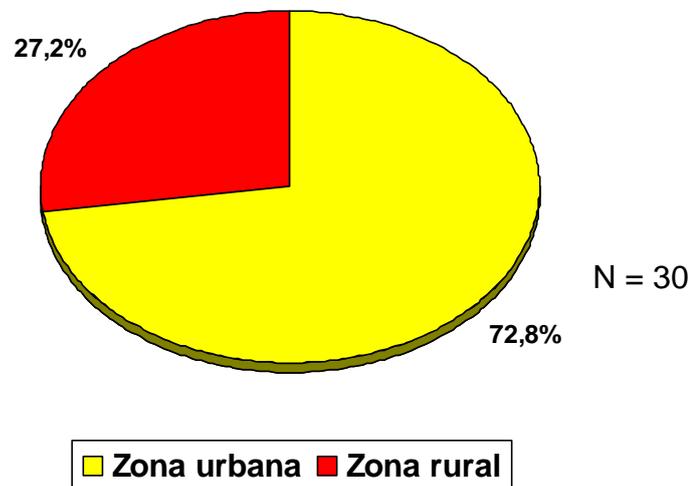


Gráfico 5 – Distribuição percentual quanto à zona de residência das usuárias do pré-natal do Centro de Saúde do Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.

De acordo com o Censo Demográfico, em 2000 a população de Bacabal era de 95.335 habitantes, sendo que 71.408 encontravam-se na zona urbana e 23.927 na zona rural. (BONFIN, 2004).

Pelos dados apresentados no Gráfico 6, observa-se que 56,41% das usuárias iniciaram a assistência pré-natal no segundo trimestre de gravidez.

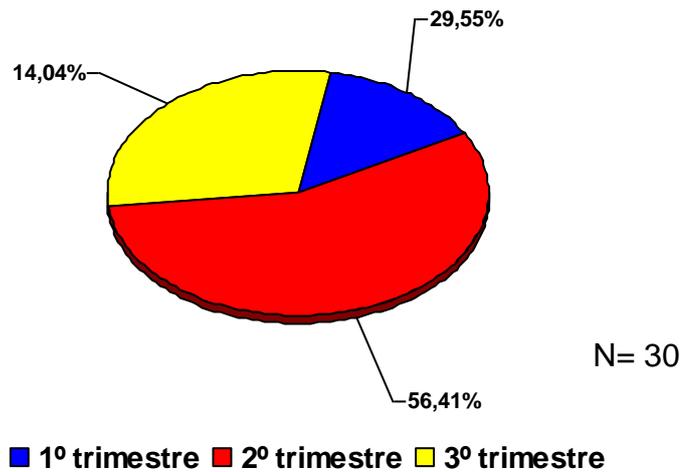


Gráfico 6 – Distribuição percentual quanto ao trimestre gestacional das usuárias do pré-natal do Centro de Saúde Dr. Coelho Dias que iniciaram a primeira consulta – Bacabal/MA, 2007.

Sabe-se que a assistência pré-natal deve começar no primeiro trimestre de gravidez, quando se processa a embriogênese, pois neste período podem-se adotar medidas capazes de evolução normal do ciclo gravídico puerperal e preparar condições ideais para o parto. (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

No Gráfico 7, observa-se que 43,58% da população era composta de primigesta. Estes dados justificam a necessidade de uma maior atuação da equipe de saúde na assistência às mesmas, conforme o Gráfico 1, 49,27% das gestantes é adolescente.

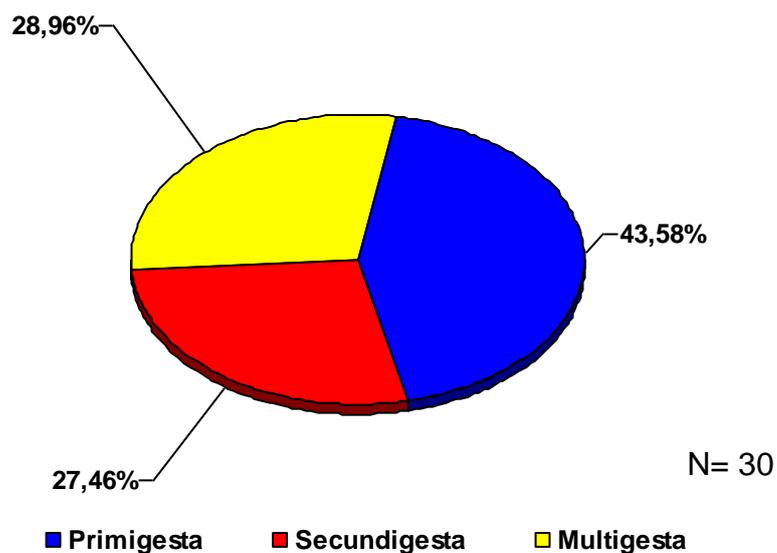


Gráfico 7 – Distribuição percentual quanto ao número de gestações das usuárias do pré-natal atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.

Segundo Zugaib (1991) o número de gestações e a adolescência associada à gravidez criam novos desafios existenciais. Os novos papéis de mulher adulta e mãe são assumidos em tempo exíguo, exigindo um desenvolvimento psico-emocional acentuado e muitas vezes, insatisfatório, gerando situação de difícil enfrentamento.

No que se refere ao número de consultas realizadas, o gráfico 8 mostra que, 52% das gestantes realizaram de 4 a 6 consultas pré-natais e apenas 29% das gestantes, realizaram 7 ou mais consultas e apenas 19% fizeram 3 consultas.

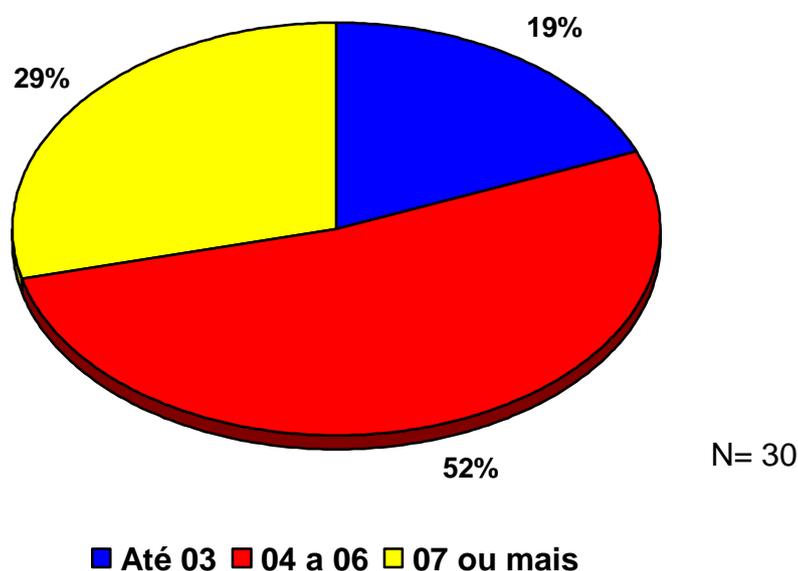


Gráfico 8 – Distribuição percentual quanto ao número de consultas realizadas pelas gestantes no decorrer do pré-natal, atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias - Bacabal – MA, 2007.

De acordo com as normas do Ministério da Saúde (2000), segundo recomendação da OMS, o intervalo entre as consultas deve ser de 4 semanas. Após a 36ª. semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias e constata-se que o ideal seria mais de 7 consultas no decorrer da gestação.

O menor número de consultas no pré-natal pode estar associado a um início mais tardio ou à dificuldade de acesso geográfico ao serviço de saúde. Observa-se que a maioria das grávidas estudadas não iniciou o acompanhamento pré-natal até a 13ª. semana de gravidez, conforme recomendado pelo Programa Nacional de

Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (2000). A captação precoce das grávidas no pré-natal tem sido destacada como fator de extrema importância no resultado perinatal, visto que possibilita a identificação precoce das gestações de risco, assim como as intervenções necessárias.

De acordo com o Gráfico 9, o aumento de peso durante a gestação, 45,23% das gestantes ganharam entre 7 kg a 11 kg durante a gestação, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

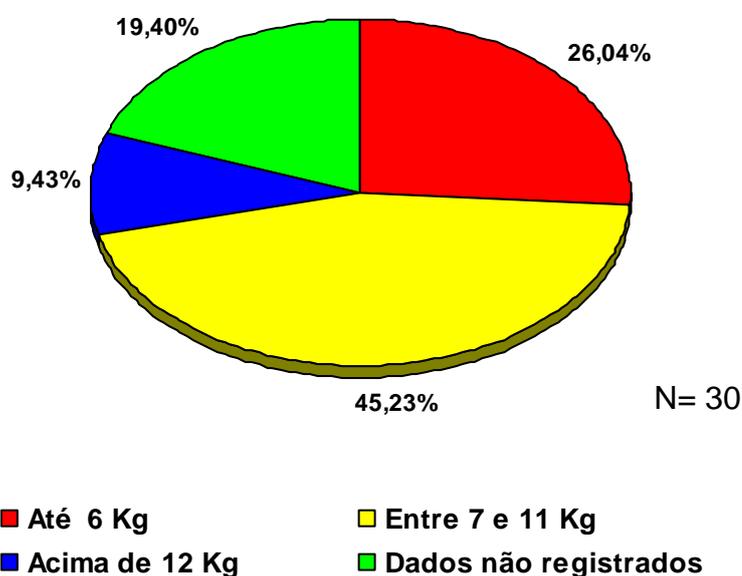
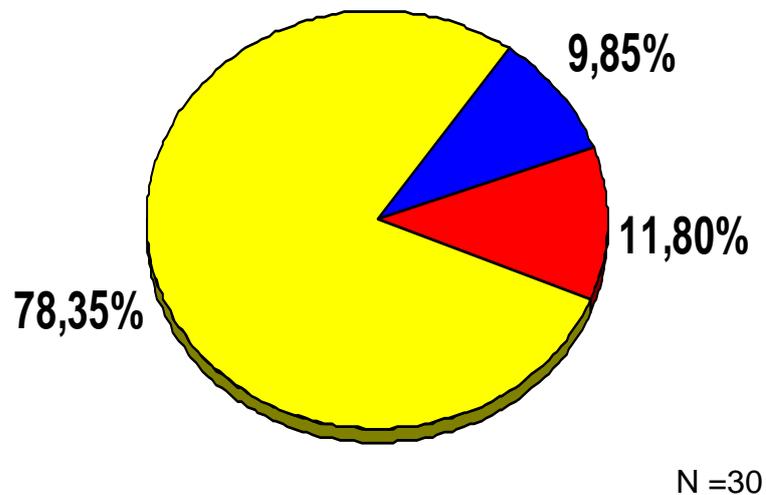


Gráfico 9 – Distribuição percentual quanto ao aumento de peso das usuárias da assistência pré-natal, atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias – Bacabal/MA, 2007.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), resultados perinatais ruins têm sido associados com o peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso insuficiente ou excessivo durante a gravidez.

Quanto aos dados expressos no Gráfico 10, observa-se que dentre as gestantes encontraram-se 11,80% que faziam uso do fumo durante a gestação.



**■ Fumante ■ Não fumante ■ Dados não registrados**

Gráfico 10 – Distribuição percentual quanto à prevalência do tabagismo das gestantes atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias-Bacabal – MA, 2007.

Se a mulher fuma durante a gestação, ela vai prejudicar indiscutivelmente, o desenvolvimento do feto em sua formação, pois ele poderá nascer antes do tempo e com baixo-peso, como afirmam Lima et al. (1995), que os fetos das mães fumantes geralmente são de baixo-peso, pesam até 309 g a menos, quando comparadas àquelas não fumantes.

No que diz respeito ao esquema de vacinação antitetânica, os dados do Gráfico 11 revelam que 43,28% das usuárias já haviam sido imunizadas em gestações anteriores.

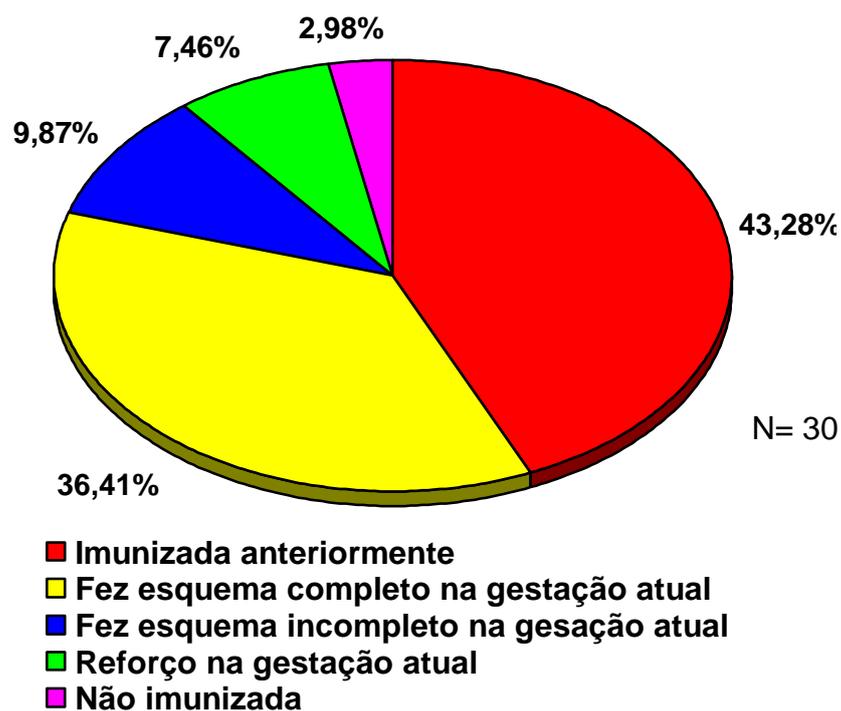


Gráfico 11 – Distribuição percentual quanto à situação vacinal das usuárias do pré-natal atendidas no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias - Bacabal – MA, 2007.

Observou-se também que ao final da gestação, 12,85% das gestantes encontravam-se não imunizadas, tendo feito esquema incompleto ou mesmo não realizando nenhuma dose de vacinação. Isto é preocupante, pois segundo a UNICEF, o tétano neonatal continua sendo uma importante causa de mortalidade perinatal e podem ser evitadas através da imunização da gestante. No mundo inteiro cerca de 500 mil crianças, morrem de tétano neonatal, por ano. No Brasil a doença atinge cerca de 300 recém-nascidos, anualmente. Deste total 70% morrem. (BRASIL, 2000).

Pelos dados apresentados no Gráfico 12, observa-se que 28,95% das usuárias desenvolveram anemia, merecendo ainda destaque 1,46% das gestantes que desenvolveram DHEG e 11,69% que apresentaram ITU.

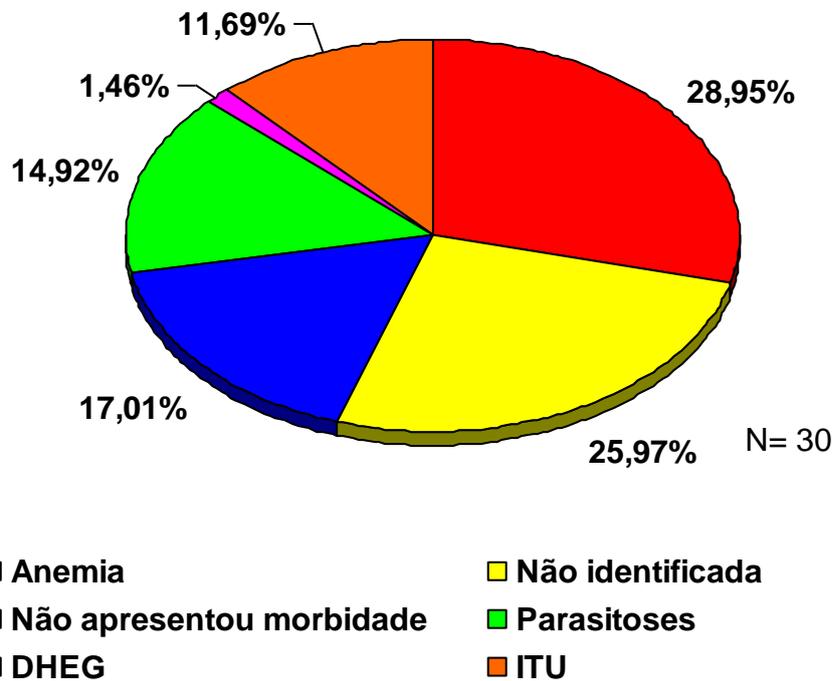


Gráfico 12 – Distribuição percentual quanto à morbidade das gestantes que realizaram assistência pré-natal no Centro de Saúde Dr. Coelho Dias - Bacabal – MA, 2007.

A prevalência de anemia é um fator preocupante, pois é considerada a taxa preconizada pela Organização Mundial de Saúde, ou seja,  $Hb \leq 11 \text{ g \%}$ . Mesmo nas usuárias que iniciaram a assistência pré-natal e no início da gestação e foi prescrito ferro elementar observou-se uma alta predominância de anemia (OMS, 2000).

Destacando também que a prevalência de Doença Hipertensiva Específica da Gestação, embora seja uma das mais comuns complicações da gravidez é também uma das mais sérias, ocorrendo em aproximadamente 1,46% das gestações, é um fator preocupante, pois a DHEG está associada com um alto índice de mortalidade materna. A maior prevalência de infecção urinária dentre as gestantes atendidas no serviço de saúde é outro dado preocupante, devido à importância dessa situação para o nascimento pré-termo e baixo peso (COSTA, 2003).

## 6 CONCLUSÃO

A pesquisa alcançou os objetivos propostos à medida que através do método escolhido, permitiu estudar o perfil das usuárias da assistência pré-natal através de pesquisa em prontuários, ficha geral e cartão das gestantes. Do perfil das usuárias do serviço de assistência pré-natal em estudo destaca-se:

- a) Quanto à faixa etária das gestantes, a maioria é adolescente;
- b) Na escolaridade um percentual reduzido de gestantes não é alfabetizado e a maioria tem ensino fundamental;
- c) A maioria das gestantes é estudante e um pequeno percentual tem como ocupação a lavoura;
- d) A situação conjugal mostra que a maioria das gestantes é solteira;
- e) Quanto à zona de residência da população estudada, a grande maioria reside na zona urbana;
- f) A assistência pré-natal foi iniciada no 2º trimestre pela maioria das gestantes;
- g) Quanto ao número de gestação, maioria da população era primigesta;
- h) A maioria das gestantes realizou de 04 a 06 consultas durante o pré-natal;
- i) O ganho de peso da maioria da população estudada foi de 7 a 11 kg;
- j) Quanto ao uso de fumo, um pequeno percentual fez uso durante a gravidez;
- k) A maioria das gestantes já havia sido imunizada em gestações anteriores;
- l) Quanto à morbidade, a anemia foi desenvolvida pela maioria das gestantes estudadas, com percentual preocupante de Infecção do Trato Urinário (ITU).

Vale ressaltar que o perfil das usuárias do serviço em estudo não difere muito do perfil de outros locais que têm as mesmas características como: baixo nível sócio-econômico e educacional e que enfrentam sérios problemas de saúde pública. Problemas estes que fogem ao controle da sociedade e que dizem respeito as autoridades governamentais. A situação da saúde no Brasil é considerada precária e a mulher é uma das mais prejudicadas por causa dessa precariedade no qual o sistema de saúde pública ainda se encontra.

A saúde, apesar de ser um dos direitos fundamentais do ser humano, está sendo negada a estas mulheres, não só devido à fragilidade da assistência materno-infantil, mas também a todos os fatores determinantes

das condições e qualidade de vida. Daí a importância das nossas ações, enquanto profissionais de saúde pública, estar direcionadas para as reais necessidades desta clientela, mediante o desenvolvimento de práticas educativas, focalizando as ações de prevenção e controle, as quais, conseqüentemente, poderão contribuir para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil e para reduzir o índice de morbidade e mortalidade materna.

## REFERÊNCIAS

BARROS, M.Q.; BELFORT, P. Medicina preventiva: assistência pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 212 - 216.

BENZECRY, Esther Haim; ACCIOLY, Elizabeth. **Nutrição materno-infantil**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989. 80p.

BRADEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso Editores, 2000. 524 p.

BRAGA, Elizabeth Oliveira. **Gravidez e puerpério**. Disponível em: <<http://www.portal.saudepsf.com.br/prod07.htm>>. Acesso em: 3 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Política de Saúde: **Assistência Pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000. 66 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde: **Pré-natal e puerpério**: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2006. 163 p.

\_\_\_\_\_. Secretária de Política de Saúde: **Acompanhamento à saúde da mulher**: parte I: gestação, parto e puerpério. Brasília, 1995. 99 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000. 166 p.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1990, 45 p.

CORRÊA, Mário Dias. **Noções práticas de obstetrícia**. 8. ed. Belo Horizonte: Minas Gráfica, 1977.

COSTA, Humberto. **Medidas para redução da mortalidade materna no país**. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 27 dez. 2003.

FRANÇA, Luiz Cláudio. **Pré-natal**. Disponível em: <http://www.ufes.com.br>. Acesso em: 18 abr. 2005.

GARCIA, T. R. Maternidade na Adolescência: escolha ou fatalidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n.45, p.44-53, jan. 1992.

GALETA, Marco Aurélio. **A Importância do pré-natal**. Disponível em: <<http://www.clube-do-bebe.com.br>>. Acesso em: 2 dez. 2005.

GUALDA, Duce Mara R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfica da vivência do parto. São Paulo: Gráfica Editora, 1993. 120 p.

HORTA, Wanda de Aguiar. Humanização. **Enf. Novas Dimensões**, São Paulo, v. 4, n. 3, jul./ago.1994.

LIMA, C.N.G. PELÁ, N.T.R. Estudo com gestantes atendidas em um Centro Municipal de Saúde da periferia de Botucatu – São Paulo: relação entre o baixo peso materno e baixo peso ao nascer do concepto. **Revista Latino-Americana da Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.1, p.79 – 94, jan. 1995.

MARTINS, Marília da Glória. **Manual de rotinas em obstetrícia**. 2. ed. São Luís: SIOGE, 1998. 418 p.

MALDONADO, Maria Teresa Pereira. **Psicologia da gravidez**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

MOTTA, M.L., SILVA, J.L.P. Gravidez na adolescência: influencia da idade materna e da idade ginecológica sobre os resultados obstétricos. **RBM: Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 6, n.4, p. 237-242, ago. 1995.

NOGUEIRA, M.I. **Assistência pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994. 190 p.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico**: o instinto reencontrado. São Paulo: Tao, 1982. 162 p.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1995. 1361 p.

ZIEGEL, E. E., CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985. 696 p.

ZUGAIB, Marcelo; SANCIVISKI, Mauro. **O pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1991. 121p.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
**QUESTIONÁRIO**

**1 Variáveis sociais e demográficas**

**1.1 Idade materna**

- a) 13 a 19 anos    b) 20 a 30 anos    c) 31 a 35 anos    d) acima de 35 anos

**1.2 Nível de instrução**

- a) Não alfabetizada    b) Ensino fundamental    c) Ensino médio  
d) Ensino superior    e) Dados não registrados

**1.3 Ocupação**

- a) Lavradora    b) Do lar    c) Estudante    d) Professora    e) Dados não registrados

**1.4 Situação conjugal**

- a) Solteira    b) União consensual

**1.5 Zona de residência**

- a) Zona urbana    b) Zona rural

**2 Dados do pré-natal**

**2.1 Idade gestacional em que iniciou a assistência pré-natal**

- a) Primeiro trimestre    b) Segundo trimestre    c) Terceiro trimestre

**2.2 Número de gestações**

- a) Primigesta    b) Secundigesta    c) Multigesta

**2.3 Número de consultas realizado**

- a) Até três    b) De quatro a seis    c) Sete ou mais

**2.4 Ganho de peso**

- a) Até 6 Kg    b) Entre 7 e 11Kg    c) Acima de 12 Kg    d) Dados não registrados

**2.5 Prevalência de tabagismo**

- a) Fumante;    b) Não fumante;    c) Dados não registrados

**2.6 Situação vacinal**

- a) Imunizada anteriormente    b) Fez esquema completo na gestação atual  
c) Fez esquema incompleto na gestação atual    d) Reforço na gestação atual  
e) Não imunizada

## **2.7 Morbidade**

- a) Anemia b) DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação)
- c) ITU (Infecção no Trato Urinário) d) Parasitoses e) Não identificada
- f) Não apresentou morbidade.