

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

ANA CAROLINA MARTINS DA CRUZ
ANA CAROLINE NOGUEIRA OTAVIANO
DENISE PEREIRA BOÁS
POLLYANA MARAMALDO NUNES

**PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO DE GESTANTES ATENDIDAS DURANTE PRÉ-
NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO -
MA**

São Luís
2011

**ANA CAROLINA MARTINS DA CRUZ
ANA CAROLINE NOGUEIRA OTAVIANO
DENISE PEREIRA BOÁS
POLLYANA MARAMALDO NUNES**

**PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO DE GESTANTES ATENDIDAS DURANTE PRÉ-
NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO -
MA**

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

Orientadora: Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís
2011

ANA CAROLINA MARTINS DA CRUZ
ANA CAROLINE NOGUEIRA OTAVIANO
DENISE PEREIRA BOÁS
POLLYANA MARAMALDO NUNES

PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO DE GESTANTES ATENDIDAS DURANTE PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO - MA

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

Orientadora: Rosemary Ribeiro Lindholm

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Rosemary Ribeiro Lindholm (orientadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo - USP

Prof^ª. Mônica Elinor Alves Gama (examinadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

Perfil gineco - obstétrico de gestantes atendidas durante pré – natal em uma Unidade Básica de Saúde no município de Pinheiro – MA.

Profile gynecological - obstetric pregnant women during pre - natal in a Basic Health Unit in the municipality of Pinheiro - MA.

Ana Carolina Martins da Cruz*
Ana Caroline Nogueira Otaviano*
Denise Pereira Boás*
Pollyana Maramaldo Nunes*

RESUMO

A gravidez é um processo individual, vivido por cada gestante de forma peculiar, provocando nelas transformações físicas e emocionais. Objetivou-se neste trabalho estudar o perfil gineco-obstétrico de gestantes atendidas no pré-natal de uma unidade básica de saúde no município de Pinheiro – MA. Trata-se de uma pesquisa de descritivo, transversal com abordagem quantitativo, realizada na Unidade Básica de Saúde João Castelo no município de Pinheiro – MA. A amostra foi constituída de 60 gestantes que estavam com consultas marcadas durante o período da pesquisa. A coleta de dados foi através de um questionário aplicado individualmente pelas próprias pesquisadoras, antes da realização da consulta de pré-natal. Os resultados foram: 51,7% estavam com idade entre 21 a 30 anos; 53,3% eram casadas; 41,7% possuíam somente o ensino médio incompleto; 90% vivem com 1 a 3 salários mínimos e 61,7% eram Do Lar; 53,3% eram primigesta; 38,3% são primiparas 38,3% possuem 1 filho e 53% não tiveram aborto. Verificou-se que 51,7% tiveram a primeira gestação com idade entre 15 a 20 anos; 63,3% faziam o uso dos métodos contraceptivos antes de engravidar e o mais o utilizado foi o condom (63,2%); 65% tiveram apoio familiar e este apoio veio dos pais (35,1%) e 50% iniciaram o pré-natal no 2º trimestre da gestação e 46,7% só realizaram 5 consultas. Conclui-se que que o conhecimento do perfil desta clientela, poderá ajudar profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, na elaboração de mais ações educativas de prevenção e orientação voltadas para a gestante.

Palavras-chave: Gestação. Perfil Gineco – obstétrico. Pré – natal.

ABSTRACT

Pregnancy is an individual process, as experienced by each woman in a peculiar way, causing them physical and emotional transformations. The objective of this study the profile of gynecological and obstetrical pregnant women attending antenatal care in a basic health unit in the municipality of Pinheiro - MA. This is a survey of descriptive cross-sectional quantitative approach, carried out in the Basic Health John Castle in the city of Pinheiro - MA. The sample consisted of 60 patients who were found with marked during the survey period. Data collection was through a questionnaire administered individually by its own researchers, prior to the outpatient prenatal care. The results were: 51.7% were aged 21 to 30

*Alunas do Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO.

years, 53.3% were married, 41.7% had incomplete secondary education only, 90% live with 1 to 3 minimum salary and 61.7% were of Home, 53.3% were primiparous; primiparas 38 are 38.3%, 3% have one child and 53% had abortions. It was found that 51.7% had their first pregnancy aged between 15 to 20 years, 63.3% were using contraceptive methods before getting pregnant and the most used was the condom (63.2%), 65% had family support and this support came from parents (35.1%) and 50% began prenatal care in the second trimester of pregnancy and only 46.7% took 5 appointments. It follows that the knowledge of the profile of this clientele, could help health professionals, especially nurses, in developing more educational and preventive guidance aimed at pregnant women.

Keywords: Gestation. Profile Gynecology - Obstetric. Pre - natal.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é vista como um processo fisiológico compreendido pela seqüência de adaptações ocorridas no corpo da mulher a partir da fertilização. Nesse período, a gestação se transforma tanto do ponto de vista biológico como social. A preparação do corpo da mulher para a gestação envolve ajustes dos mais variados sistemas (BAIAO; DESLANDES, 2006).

A gravidez tem a duração de 40 semanas em média, podendo oscilar normalmente entre as 38^a e 42^a semanas. Habitualmente divide-se em 3 trimestres: até a 13 semana, até as 26-28 semana e até o termino. A idade gestacional e calculada a partir do primeiro dia da última menstruação da mulher (GUYTON, HALL, 2006).

Como a gestação e um processo onde a mulher passa por diversas mudanças. Portanto, o pré-natal constitui uma forma segura de prevenção para a gestante, bem como para o feto, e por isso e considerado uma medida preventiva eficaz, visando a preservação da saúde física e mental da grávida e identificação das alterações próprias da gravidez que possam repercutir nocivamente sobre o feto (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Neste sentido, a ausência de acompanhamento pré-natal está associada à mortalidade perinatal cinco vezes superior àquela encontrada nas pacientes com atendimento pré-natal regular (LACRETA, 2005).

Cerca de 600 (seiscentas) mil mulheres morrem anualmente no mundo em decorrência de complicações da gravidez, parto e puerpério, sendo 99% dessas mortes nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, entre os quais inclui-se o Brasil. A maioria dos óbitos relacionados diretamente com a função reprodutora “ocorrem devido a hipertensão na gravidez, à hemorragia, à infecção puerperal, a complicações no trabalho de parto e

aborto”, situações evitáveis por meio de uma adequada assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2006).

Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Organização Mundial da Saúde em 2002, estimou em 75,9 por 100 mil nascidos vivos a razão de mortalidade materna para o país como um todo e definiu fatores de correção do indicador para as cinco regiões geográficas, Regiões Norte (8,4%) e Nordeste (8,2%), em relação ao Sul (6,4%), Centro-Oeste (6,4%) e Sudeste (5,1%). O estudo constatou ainda importante variação da razão de mortalidade materna entre as capitais (42 a 73,2 por 100 mil) (LEAL, 2008).

Portanto, a assistência pré-natal estabelece um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, que busca acompanhar a evolução da gestação e promover boas condições de saúde para a gestante e para a criança. Dessa maneira, os profissionais da saúde devem ser capacitados para o atendimento qualificado das gestantes, bem como possuir equipamentos e instrumentos para realizar todos os procedimentos necessários (BRASIL, 2006).

O atendimento à mulher no ciclo grávido-puerperal é uma atividade prevista nas Ações Básicas da Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizado pelo Ministério da Saúde e desenvolvida pelos profissionais de saúde nos hospitais e nos centros de saúde da rede básica (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006).

Embora estudos demonstrem os benefícios do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, que contribuem para a redução da mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade peri-natal, a cobertura da consulta pré-natal, especificamente o número de consulta é deficiente, e verifica-se desigualdade entre as regiões do país: norte 26,55%, Nordeste 34,9%, Sudeste 60,54%, Sul 61,05%, Centro Oeste 55,85 %, o que totaliza 49,14% no país (LACRETA, 2005).

O Estado brasileiro, através de diversos programas, busca normatizar a assistência à gestante, evidenciando a preocupação com a qualidade do atendimento oferecido. Em 1983, há a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que constitui parte da estratégia e consolidação de uma rede de serviços básicos de saúde em todo o território nacional, destacando a atenção pré-natal (TREVISAN et al., 2002).

Este programa dirigido especificamente à mulher foi uma estratégia de destinação seletiva de recursos que permitissem a operacionalização de conteúdos de grande prioridade vinculados à população feminina em todas as fases de sua vida (BRITO, 2009).

Em 2000, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), enfatizando os direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção. Suas

principais ações para a redução da mortalidade materna, conforme definida no Pacto pela Vida, visam garantir o direito da gestante ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação/parto e puerpério. Em suas diretrizes, fica enfatizada a importância de avaliar a qualidade do cuidado prestado (DIAS; DESLANDES, 2006).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN (Ministério da Saúde do Brasil) foi criado para aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM, embora tendo como base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher, era ainda questionado quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na mortalidade materna (BOARETTO, 2003).

Em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma parceria entre os diferentes níveis de governo – federal, estaduais e municipais, por meio de suas representações (CONASS e CONASEMS) e representações da sociedade civil, que tem disseminado a consciência da gravidade desses problemas e da necessidade de esforço coletivo para redução dessa mortalidade evitável (DINIZ, 2005).

As evidências confirmam que a assistência pré-natal básica pode ser desenvolvida não só por médico-obstetra, mas por outros profissionais, como enfermeiros e enfermeiros-obstetras (LIMA, 2006).

A enfermagem atua no pré-natal com o objetivo de alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal cujos resultados devem ser avaliados a longo prazo, com a formação de pessoas físicas e intelectualmente úteis à comunidade e produtivas para o país (TEDESCO, 2001).

O caráter preventivo da assistência pré-natal é fundamental. Assim a mulher deve procurar a assistência de pré-natal mesmo que apenas suspeite estar grávida. Iniciando-se o pré-natal em fase precoce da gravidez, quando é mais fácil a avaliação dos órgãos pélvicos e abdominais, as medidas profiláticas podem ter alcance maior e o tratamento de afecções diagnosticadas podem ser eficaz (NEME, 2000).

A assistência pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto na grande maioria das mulheres destinadas a esta experiência - hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto. Mas certas intervenções durante a gravidez poderão, certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

Diante do exposto justifica a realização deste estudo, tendo como objetivo estudar o perfil gineco - obstétrico de gestantes atendidas no pré-natal de uma unidade básica de saúde no município de Pinheiro – MA.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de descritivo, transversal com abordagem quantitativo. Foi realizado na Unidade Básica de Saúde João castelo, localizada na Travessa Padre Afonso s/n João Castelo, Pinheiro – MA. A Unidade de saúde é composta por 09 agentes de saúde, 01 cirurgião dentista, 01 técnico de enfermagem, 01 médico de saúde da família, 01 enfermeiro e 01 auxiliar de consultório dentário. O local oferece a comunidade serviço de: preventivo, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, imunização e outras. A população do estudo foi composta de gestantes atendidas no pré-natal no local estudado, sendo que a amostra foi constituída de 60 gestantes que estavam com consultas marcadas durante o período da pesquisa. O critério de inclusão foi todos que se propuserem participar do estudo e quanto o critério de exclusão foram mulheres com idade menor de 18 anos. Como instrumento da coleta de dados foi utilizado um questionário, contendo perguntas fechadas. A coleta de dados foi através de um questionário aplicado individualmente pelas próprias pesquisadoras, antes da realização da consulta de pré-natal. A escolha das participantes foi de forma aleatória e voluntária. Os dados da pesquisa foram analisados e demonstrados por meio de gráfico ou tabelas feitos com o auxílio do programa Microsoft Excel 2007. Respeitando-se os aspectos éticos, as pesquisadoras se propuseram a agir com descrição e sigilo sobre os dados coletados na pesquisa, segundo a resolução 196/96 sobre ética na pesquisa que envolve seres humanos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 60 gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de Pinheiro, de acordo com o perfil sócio-econômico. São Luís – MA, 2011.

VARIÁVEIS	nº	%
<i>Idade</i>		
15 - 20 anos	20	33,3
21 - 30 anos	31	51,7
Acima de 31 anos	9	15,0
TOTAL	60	100
<i>Estado Civil</i>		
Casada	32	53,3
Solteira	21	35,0
União Consensual	7	11,7
TOTAL	60	100
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental Completo	11	18,3
Ensino Fundamental Incompleto	4	6,7
Ensino Médio Completo	17	28,3
Ensino Médio Incompleto	25	41,7
Ensino Superior Incompleto	3	5,0
TOTAL	60	100
<i>Renda Familiar</i>		
1 a 3 salários mínimos	54	90,0
4 a 6 salários mínimos	6	10,0
TOTAL	60	100
<i>Ocupação</i>		
Do Lar	37	61,7
Doméstica	5	8,3
Estudante	13	21,7
Outras	5	8,3
TOTAL	60	100

Na tabela 1, verificou-se que 51,7% das gestantes entrevistadas estavam com idade entre 21 a 30 anos; 53,3% eram casadas; 41,7% possuem somente o ensino médio incompleto; 90% vivem com 1 a 3 salários mínimos e 61,7% eram Do Lar.

No estudo realizado por Cavalcante (2003) verificou-se que a idade materna média das gestantes atendidas no serviço público foi de 24,0 anos e das atendidas no serviço privado foi de 26,7 anos, corroborando com o estudo em questão.

De acordo com o estado civil, no estudo de Vidal, Alves e Magluta (2006) verificou-se no trabalho sobre perfil de gestante que uma maior prevalência de mulheres com companheiro (64,55%).

O bom desenvolvimento de uma gestação pareça ser tarefa exclusiva da mãe, sendo importante lembrar que a integração e a disposição do pai fazem bastante diferença neste período cheio de novas situações. Além da cobrança social de uma família completa, a própria gestante precisa de uma figura masculina que lhe transmita força, segurança e muito afeto durante a gravidez, beneficiando também o desenvolvimento do bebê (PAIVA; SOUZA, 2003).

Estudos realizados na cidade de Pelotas/RS mostram que a baixa escolaridade da mãe e o fato dela não possui trabalho remunerado, influencia no baixo peso do bebê ao nascimento e prematuridade (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001).

Segundo o IBGE (2006), existem diferenças no padrão de fecundidade entre as mulheres com condições de rendimento familiar mais favorável e aquelas em condições mais precárias. Entre as mulheres mais pobres em idade reprodutiva, cerca de 74% delas já possuíam pelo menos um filho nascido vivo. Já entre aquelas com rendimento familiar de 4 salários mínimos ou mais, a proporção era de 49,2%.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 60 gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de Pinheiro, de acordo com o perfil obstétrico. São Luís – MA, 2011.

VARIÁVEIS	nº	%
<i>Número de gestação</i>		
1	32	53,3
2	22	36,7
Multigesta	6	10,0
TOTAL	60	100
<i>Número de paridade</i>		
Zero	22	36,7
1	23	38,3
2	10	16,7
3	5	8,3
TOTAL	60	100
<i>Número de Filhos</i>		
Zero	21	35,0
1	23	38,3
2	10	16,7
3	5	8,3
+3	1	1,7
TOTAL	60	100
<i>Aborto</i>		
Sim	7	11,7
Não	53	88,3
TOTAL	60	100

De acordo com a tabela 2, quanto ao número de gestações, percebeu-se que 53,3% eram primigesta; quanto a paridade, 38,3% são primíparas; com relação ao número de filhos, 38,3% possuem 1 filho e quanto ao aborto, 53% não tiveram.

No estudo de Rocha;Quaresma (2009) com gestante, no que se refere à trajetória obstétrica, 54,5% eram multigestas, 22,3% afirmaram terem sofrido abortamento espontâneo, 45,5% possuíam pelo menos um filho vivo, sendo que dado dos filhos vivos corrobora com o estudo em questão.

Dados do estudo foram não são semelhantes ao estudo de Spindola; Penna; Progianti (2008), que na sua maioria as gestantes são múltíparas (58,4%) e nulíparas (41,5%).

Estes dados são corroborados pelo IBGE (2006) a existência no Brasil de 46.881.521 mulheres com idade entre 15-49 anos. A região sudeste concentra 20.990.967 com 2.108.168 nascidos vivos, sendo 4.6% 1filho, 0.6% 2 filhos e 0.1% 3 filhos. A taxa de fecundidade total é de 2,18% e de natalidade 19,89%.

De acordo com o Ministério da Saúde houve uma redução em 50% na taxa de fecundidade total em todas as regiões brasileiras no período de 1970 a 2000. A maior redução foi na região Norte passando de 8,2 filhos por mulher em 1970 para 3,2 em 2000. Considerando as taxas específicas de fecundidade por grupos específicos de idade das mulheres no período reprodutivo, o único grupo que teve aumento nesse período foi o de 15 a 19 anos de idade (BRASIL, 2006).

No Brasil, as altas taxas de abortamentos refletem as dificuldades de contracepção e planejamento familiar. O aborto é, portanto, um problema social e político, com envolvimento de aspectos econômicos, educacionais e religiosos, além de representar a incapacidade do sistema público de saúde de prover informação suficiente sobre métodos contraceptivos para prevenir gestações em vez de interrompê-las (LIMA, 2006).

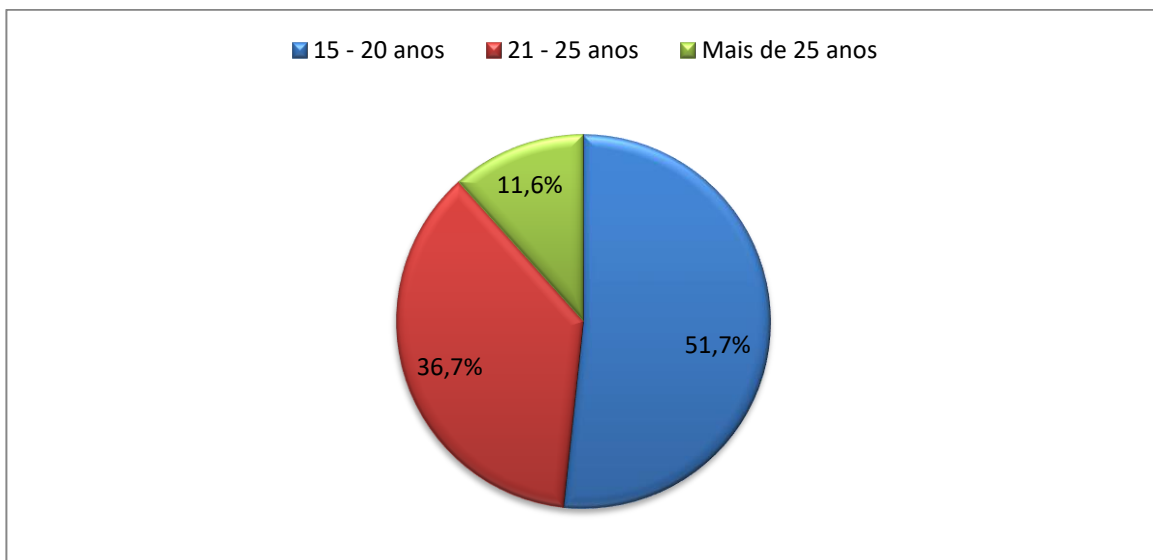


Gráfico 1 – Distribuição das 60 gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de Pinheiro, de acordo com a idade da primeira gestação. São Luís – MA, 2011.

No gráfico 1, verificou-se que 51,7% das gestantes entrevistadas, tiveram a primeira gestação com idade entre 15 a 20 anos.

Atualmente, as pessoas estão entrando precocemente na adolescência. A capacidade de procriação corresponde à fase do início da ejaculação e da menstruação onde se inicia a vida fértil (PAIVA; SOUZA, 2003).

A menarca nas mulheres apresenta atualmente uma tendência de queda. Estudo mostra a tendência da idade média da menarca, sendo alterada: década 1930- 13,6 anos; década de 1940- 13,4 anos; década 1960- 12,3 e na década de 1980 de 16,6 anos. No início da adolescência as transformações de caráter hormonal e biológico levam à primeira menstruação e a capacidade reprodutiva. Com isto, ocorre um aumento da curiosidade e do instinto sexual (SAITO, 2001).

Clinicamente, pode-se associar uma gravidez precoce com o aumento de intercorrências obstétricas e/ou neonatais, tais como: morte materna, índices de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso de recém-nascidos. Ressaltando ainda que o menor intervalo interpartal, observado entre esta gravidez e a anterior, dentre as mães atendidas pelo sistema público de saúde, pode ser reflexo de menor acesso a esse serviço, com menos orientação para a anticoncepção, somado a uma menor escolaridade (CUNHA; BRUNO, 2006).

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das 60 gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de Pinheiro, de acordo com o uso dos métodos contraceptivo antes de engravidar. São Luís – MA, 2011.

VARIÁVEIS	nº	%
<i>Uso de métodos contraceptivos antes de engravidar</i>		
Sim	38	63,3
Não	22	36,7
TOTAL	60	100
<i>Métodos contraceptivos utilizados antes de engravidar</i>		
Condom	24	63,2
Pílula	8	21,1
Injetáveis	5	13,1
Coito Interrompido	1	2,6
TOTAL	38	100

Na tabela 3, verificou-se que 63,3% das entrevistadas faziam o uso dos métodos contraceptivos antes de engravidar e entre métodos contraceptivos, o mais o utilizado foi o condom (63,2%).

No estudo de Maia (2004), observou-se que 60,7% das gestantes pesquisadas usaram métodos contraceptivos antes da gravidez e 23,5% não usaram, corroborando o estudo.

A camisinha não é o primeiro método escolhido ao se iniciar a vida sexual, mas é usado sobretudo no início dos relacionamentos sexuais subseqüentes ao longo da vida, associado à proteção a outras DST's. Contudo, seu uso é descontinuado assim que o vínculo se firma, quando se passa a ter "confiança" ou "conhecer melhor" o parceiro (BRASIL, 2006).

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das 60 gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de Pinheiro, de acordo o apoio familiar. São Luís – MA, 2011.

VARIÁVEIS	n°	%
<i>Teve apoio familiar</i>		
Sim	57	95,0
Não	3	5,0
TOTAL	60	100
<i>Quem o apoiou</i>		
Conjuge	16	28,1
Pais	20	35,1
Conjuge e pais	10	17,5
Todos os familiares	11	19,2
TOTAL	57	100

Na tabela, observa-se que 65% das entrevistas tiveram apoio familiar e este apoio veio dos pais (35,1%).

O apoio por parte dos pais é essencial tanto no plano financeiro quanto no tocante à orientação com os cuidados do bebê (WAGNER, 2002).

De acordo com Ferrari e Kaloustian (apud TSUNCHIRO; BONADIO, 2001), a família, independentemente do arranjo ou estrutura, propicia os aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. É na família que encontra-se o espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das 60 gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de Pinheiro, de acordo com o início do pré-natal e número de consultas. São Luís – MA, 2011.

VARIÁVEIS	nº	%
<i>Início do Pré-natal</i>		
1º Trimestre	25	41,7
2º Trimestre	30	50,0
3º Trimestre	5	8,3
TOTAL	60	100
<i>Números de consultas</i>		
Até 5 consultas	28	46,7
6 consultas	22	36,7
7 ou mais consultas	10	16,6
TOTAL	60	100

Evidenciou-se na tabela 5 que 50% das gestantes iniciaram o pré-natal no 2º trimestre da gestação e 46,7% só realizaram 5 consultas.

No estudo de Carvalho e Araújo (2007), entre as mulheres que realizaram o pré-natal, pouco mais de um terço iniciaram no primeiro trimestre. O início tardio do pré-natal sugere o despreparo dos serviços de saúde para captar precocemente essas gestantes, o que pressupõe a sensibilização e conscientização da população quanto à importância do início precoce do pré-natal ou, ainda, a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde.

O manual técnico do pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde recomenda o início do acompanhamento pré-natal precocemente, ou seja, no primeiro trimestre gestacional. Neste sentido, também é ressaltada a importância da realização de pelo menos seis consultas durante o pré-natal para que se tenha um acolhimento desta mulher desde o início da gravidez (BRASIL, 2006).

Carvalho e Araújo (2007) ressaltam ainda que o início tardio e a realização de menor número de consultas podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de certas condições, além de comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal, que é a promoção da saúde.

4 CONCLUSÃO

Com base nos resultados da pesquisa e de acordo com o objetivo proposto, pode-se sugerir as seguintes conclusões: a maioria das gestantes atendidas encontram-se com idade entre 21 a 30 anos, com maioria afirmando serem casadas, com ensino médio incompleto, renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos e tendo como ocupação do lar. Verificou-se ainda que quanto ao número de gestações a maioria afirmou ser primigesta, quanto a paridade apenas 5 das 60 gestantes atendidas afirmavam ser multíparas (com 3 partos), com relação ao número de filhos, a maioria afirmam que possuem 1 filho e quanto ao aborto 53 delas afirmam não ter sofrido nenhum. Verificou-se ainda que a maioria das gestantes entrevistadas, tiveram a primeira gestação com idade entre 15 a 20 anos; sendo que 38 das gestantes atendidas faziam o uso dos métodos contraceptivos antes de engravidar e entre métodos contraceptivos, o mais utilizado foi o condom (24 afirmativas). Observou-se no estudo que 57 das entrevistadas tiveram apoio familiar, sendo que este apoio veio dos pais (20 afirmativas) e metade das gestantes iniciaram o pré-natal no 2º trimestre da gestação, sendo que 28 delas só realizaram 5 consultas.

Diante dos resultados encontrados, podemos concluir que o conhecimento do perfil desta clientela, poderá ajudar profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, na elaboração de mais ações educativas de prevenção e orientação voltadas para a gestante, além de políticas públicas efetivas e eficazes, principalmente no que concerne ao setor saúde, com profissionais e serviços de qualidade e preparados para acolher esta clientela.

REFERÊNCIAS

BAIAO, R. M; DESLANDES, F. S. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, Marc./abr. 2006.

BOARETTO, M.C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília – DF, Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, I. **Maternidade: questão de qualidade e competência**. 2009. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/artigos/artigo_08htm> Acesso em: 2 mar. 2011.

CARVALHO, V.C.P.; ARAÚJO, T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev Bras Saúde Matern Infantil**, v.3, n.7, p: 309-317, 2007.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECCATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.28, n. 5, may. 2006.

CAVALCANTE, J. **Gravidez de alto risco**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2003.

CUNHA, S.M.; BRUNO, Z.V. Efeito da gravidez na adolescência sobre os resultados perinatais em maternidades de nível terciário no ano de 2003 no estado do Ceará - Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 7, n. 28, p. 431, 2006.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.12, 2006.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.627-37, 2005.

GUYTON, C. Arthur. HALL, E. John. **Fisiologia humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

IBGE. **Departamento de População e indicadores sociais**. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro (RJ); 2006.

KAUP, O. L. Zuleica; MERIGHI, A. B. Miriam; TSUNECHIRO, A. Maria. Avaliação do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, out, 2001.

LACRETA, O. Propedêutica da gravidez. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LEAL, Maria do Carmo. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 n.8, aug. 2008.

LIMA, Y.M.S. **Consulta de enfermagem pré-natal** : a qualidade centrada na satisfação do cliente. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MAIA, E.M.G. **Características psicossociais da gravidez na adolescência na cidade de Montes Claros - MG**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

NEME, B. **Obstetricia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

PAIVA, Maria das Graças Lima; SOUZA, Nicemar Lopes de. **Conhecimento e prática dos métodos contraceptivos por mulheres atendidas na unidade de saúde do parque alvorada-Imperatriz, MA**. 2003. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Saúde Pública, São Luís, 2003.

REZENDE, M. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

ROCHA, Cristiane Rodrigues da; QUARESMA, Michele de Lima Janotti. A percepção das gestantes especiais: bases para o cuidado de enfermagem. **Rev. de Pesq.**, v. 2, n. 1, p: 132-143, set./dez. 2009.

SAITO, M.I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco: a prevenção em questão. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. **Adolescência: prevenção e riscos**. São Paulo, SP: Atheneu, 2001.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V.R. **Primeira infância melhor: uma inovação em política pública**. Brasília: UNESCO, 2007.

SPINDOLA, Thelma; PENNA, Lúcia Helena Garcia; PROGIANTI, Jane Márcia. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta de pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 3, n.40, p: 381-8, 2006.

TSUNECHIRO, Maria Alice; BONADIO, Isabel Cristina. A família na rede de apoio da gestante. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.103-106, jan./dez. 2001.

TESDESCO, J. **A grávida:** suas indagações e as duvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 2001.

TREVISAN, M. et al. Perfil da assistência pré - natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** , v. 24, n.5, 2002.

VIDAL, Ávila Teixeira; ALVES, Camila Aloisio; MAGLUTA, Cynthia. Perfil de gestantes e nascidos vivos em uma unidade de referência : uma comparação com o município do Rio de Janeiro através do Sistema De Informação Sobre Nascidos Vivos e o Sistema de informação hospitalar. **Cadernos Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 3, n.14, p. 519 - 530, 2006.

WAGNER, A. Possibilidades e potencialidade da família: a construção de novos arranjos a partir do recasamento. In: WAGNER, A. (Org.) **Família em cena:** tramas, dramas e transformações (pp. 23-38). Petrópolis: Vozes, 2002. P. 23 – 38.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados – LABORO.

QUESTIONÁRIO

1 Idade: _____

2 Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Outros

3 Qual a situação sócio econômica da sua família?

() 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos () 7 a 9 salários mínimos () acima de 10 salários mínimos

4 Qual a sua escolaridade?

() ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto () ensino médio completo () ensino médio incompleto () superior completo () superior incompleto

5 Ocupação: () do lar () doméstica () estudante () outras

6 Quantas vezes você engravidou? () do lar () doméstica () estudante () outras

7 Qual era sua idade quando engravidou pela primeira vez? () – 15 anos () 15 – 20 () 20 – 25 () + 25 anos

8 Quantos vez você já pariu? () 1 () 2 () 3

9 Quantos filhos possui? () 1 () 2 () 3 () + 3 filhos

10 Já teve algum aborto ? () Sim Quantos? _____ () Não

11 Com quantos anos foi sua primeira relação sexual?

() 10 – 15 () 16 – 20 () 21 – 25 () 26 – 30 () + 30 anos

12 Você fazia uso dos métodos contraceptivos antes de engravidar?

() Sim () Não

13 Quais os métodos que você utilizava antes de engravidar:

- | | |
|----------------|------------------------|
| () condom | () diafragma |
| () pílula | () tabela |
| () injetáveis | () coito interrompido |
| () DIU | () outros |
| () Nenhum | |

14 Você teve apoio familiar quando engravidou? () sim () não

Se positivo de quem? () Conjugue () pais () irmão () outros

15 Quando iniciou o pré-natal? () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

16 Quantas consultas você já realizou no seu pré-natal? () até 5 consulta

() 6 consultas () 7 ou mais consultas

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

End: Rua L Quadra 22 Casa 08 Parque Atenas CEP: 65.072-510 São Luís-MA Fone: (98) 3246-1194

e-mail: rosemary@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Ana Carolina Martins da Cruz, Ana Caroline Nogueira Otaviano, Denise Pereira Boás, Pollyana Maramaldo Nunes.

PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO DE GESTANTES ATENDIDAS DURANTE PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO - MA

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito do perfil gineco – obstétrico de gestantes atendidas durante pré – natal em uma Unidade Básica de Pinheiro - MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer o perfil das gestantes sobre o referido assunto em Pinheiro/MA. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, características obstétricas, dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Pedreiras, / /

Assinatura e carimbo do

Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Unidade Básica de Saúde João Castelo
Travessa Padre Afonso s/n João Castelo,
Pinheiro – MA.