

**INSTITUTO LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DENISE CRISTINA BELO SALOMÃO  
ELVIS JANSEN MILHOMENS  
HUGO JOSÉ DOS SANTOS E SANTOS  
PRISCILA DOS SANTOS QUADROS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIAS CADASTRADAS PARA  
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE  
SÃO LUIS – MA**

São Luís  
2012

**DENISE CRISTINA BELO SALOMÃO**  
**ELVIS JANSEN MILHOMENS**  
**HUGO JOSÉ DOS SANTOS E SANTOS**  
**PRISCILA DOS SANTOS QUADROS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIAS CADASTRADAS PARA  
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE  
SÃO LUIS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde  
da Família. Laboro-Excelência em Pós Graduação  
Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título  
de Especialista em Saúde Pública e Saúde da  
Família.

Orientador(a) Prof<sup>a</sup>.Dra. Monica Elinor Alves Gama

São Luís  
2012

Salomão, Denise Cristina Belo et al.

Perfil epidemiológico de usuárias cadastradas para assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde de São Luís – MA./Denise Cristina Belo Salomão; Elvis Jansen Milhomens; Hugo José dos santos e santos; Priscila dos santos quadros. – São Luís, 2012.

00f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública e Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2012.

1. Pré-natal. 2. Equipe de Saúde da Família. 3. Gestante. I. Título.

CDU 618.2-082(812.1)

**DENISE CRISTINA BELO SALOMÃO  
ELVIS JANSEN MILHOMENS  
HUGO JOSÉ DOS SANTOS E SANTOS  
PRISCILA DOS SANTOS QUADROS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIAS CADASTRADAS PARA  
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE  
SÃO LUIS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde  
da Família. Laboro-Excelência em Pós Graduação  
Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título  
de Especialista em Saúde Pública e Saúde da  
Família.

Orientador(a) Prof<sup>ª</sup>. Dra. Monica Elinor Alves Gama

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>.** Monica Elinor Alves Gama (Orientadora)  
Doutora em Medicina.  
Universidade São Paulo-USP

---

**Prof<sup>ª</sup>.** Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)  
Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade São Paulo

*“A dívida é o princípio da sabedoria”.*

Aristóteles

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que sempre nos ilumina ajudando a conquistar os objetivos visados.

Aos nossos pais e irmãos pela força, amor, apoio e incentivo.

Os amigos que sempre acreditaram em nosso potencial e estiveram ao nosso lado torcendo pelo nosso sucesso.

À professora Mônica pelos seus ensinamentos e orientação no decorrer deste estudo.

A todos os funcionários da Instituição Laboro que de alguma forma contribuíram para que tudo desse certo e se tornasse realidade.

## RESUMO

A atenção básica ao pré-natal, em geral, envolve procedimentos simples, devendo o profissional de saúde, que presta esse cuidado, dedicar-se a escutar a gestante, oferecer-lhe apoio, estabelecer uma relação de confiança com a mesma e ajudá-la a conduzir a experiência da maternidade com mais autonomia. Com o advento do Programa Saúde da Família (PSF), o enfermeiro como membro da equipe, ganhou um amplo espaço de atuação na assistência pré-natal. Este estudo trata sobre a assistência de pré-natal realizada por uma equipe do Programa de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde em São Luís - MA. Trata-se de estudo do tipo exploratório descritivo e quantitativo. A pesquisa foi realizada no período de setembro a outubro de 2011. A população constou de 25 gestantes com aplicação de questionário com perguntas fechadas, obtendo-se os seguintes resultados: 56% das entrevistadas estão na faixa etária de 15 a 19 anos de idade; 40% são solteiras; 50% possuem Ensino Fundamental Incompleto; 60% com renda familiar menor que 1 salário mínimo; 80% possui um bom conhecimento do pré-natal; 76% afirmaram que a gravidez foi indesejada; 92% conhecem algum método contraceptivo; 84% nunca utilizaram algum método contraceptivo; 50% tiveram apenas 2 filhos e 65% optaram pelo parto normal. Os resultados comprovaram que as mulheres em estudo, tem um bom conhecimento sobre a importância da gravidez, bem como do acompanhamento ao pré-natal.

Palavras-chave: Pré-natal. Equipe de Saúde da Família. Gestante.

## **ABSTRACT**

The basic attention to prenatal care, in general, involves simple procedures, and the health professional who provides this care, dedicate yourself to listen to pregnant women, to offer support, establish a trust relationship with the same and help her experience of motherhood lead to more autonomy. With the advent of the Family Health Program (PSF), the nurse as a team member, won a large performance space in prenatal care. This study focuses on prenatal care performed by a team from the Family Health Program in a Basic Health Unit in Sao Luis - MA. This is an exploratory study of descriptive and quantitative. The survey was conducted during September-October 2011. The population consisted of 25 patients with a questionnaire with closed questions, obtaining the following results: 56% of respondents are aged 15 to 19 years old, 40% were single, 50% had incomplete primary education, 60 % with family incomes below a minimum wage, 80% have a good knowledge of prenatal care, 76% said that the pregnancy was unwanted, 92% knew a contraceptive method, 84% never used a contraceptive method, 50% had only two children and 65% opted for normal delivery. Results showed that women in the study, has a good knowledge about the importance of pregnancy as well as the accompaniment to prenatal care.

Key-Words: Approach. Customer. Prenatal



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Distribuição numérica e percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, de acordo com as características demográficas. Unidade Básica de Saúde em São Luís-MA, 2011.....	30
Gráfico 1	Distribuição percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo a escolaridade. Unidade Básica de Saúde em São Luís-MA, 2011.....	31
Gráfico 2	Distribuição percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo a renda familiar. Unidade Básica de Saúde em São Luís - MA, 2011.....	32
Tabela 2	Distribuição de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo a o conhecimento do pré-natal, se a gravidez foi desejada e se conhecem algum método contraceptivo em uma Unidade Básica de Saúde em São Luís – MA, 2011.....	33
Gráfico 3	Distribuição percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo o nº de filho. Unidade Básica de Saúde em São Luís – MA, 2011.....	34
Gráfico 4	Distribuição percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo a opção do parto. Unidade Básica de Saúde em São Luís - MA. 2011.....	35

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CPN	Centro de Parto Normal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PSF	Programa de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCCN	Programa Farmácia Básica e de Combate às Carências de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher
RN	Recém-Nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Médico e Urgência
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
TIG	Teste Imunológico de Gravidez

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	11
<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>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	14
<b>3.1</b>	<b>Diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal</b>	14
<b>3.2</b>	<b>A atenção pré-natal e puerperal.....</b>	14
<b>3.3</b>	<b>A Organização Mundial de Saúde (OMS) e as recomendações.....</b>	16
<b>3.4</b>	<b>A avaliação pré-concepcional.....</b>	20
<b>3.5</b>	<b>Fatores de riscos para a gravidez .....</b>	23
<b>3.5.1</b>	<b>Fatores de riscos reprodutivo.....</b>	23
<b>3.6</b>	<b>Analisando a frequência das consultas.....</b>	23
<b>3.7</b>	<b>Ações Educativas.....</b>	24
<b>3.7.1</b>	<b>Aspectos a serem abordados nas ações educativas.....</b>	25
<b>3.7.2</b>	<b>Na primeira consulta de pré-natal.....</b>	27
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	29
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	30
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	37
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	38
	<b>APÊNDICES.....</b>	40

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência ao pré-natal foi instituída no início do século XX, conforme modelo de atendimento de Janet Campbell na Inglaterra (CARVALHO; NOVAES, 2004). Inicialmente pensava-se mais em diminuir os agravos para a saúde da mulher. Os primeiros serviços dessa assistência surgiram no Brasil nas décadas de 1920-1930, num período em que o parto cesariano era feito raramente, mas ainda assim, com grande número de mortes (CLUBE DO BEBÊ, 2004).

Em 1987, no Quênia, a Organização Mundial de Saúde promoveu a Conferência “Iniciativa à Maternidade Segura” objetivando visibilizar as mortes maternas e reduzi-los em 50% até o ano 2000. A campanha contra a morte materna apregoa que políticas públicas de baixo custo e assistência de qualidade no pré-natal, parto e pós-parto é caminho para eliminar a morte materna da vida das mulheres (ARAÚJO, 2000).

No Brasil, o modelo assistencial era baseado na medicina científica, apresentava como características, a ênfase na medicina curativa, a tecnificação do ato médico e o individualismo. Nas últimas décadas, foram realizados esforços com a finalidade de reorganizar a Assistência no Sistema Público de Saúde, que deve estar baseado nos princípios do SUS: integralidade de assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social (REZENDE, 2000).

Nessa perspectiva, atualmente, a assistência pré-natal constitui-se ação básica de saúde pública, de baixo custo e possível a todas as gestantes, independente das condições sócio-econômicas e que deve ser iniciada, tão logo se instale a amenorréia e seja presumida ou confirmada a gravidez. (TREVISAN, 2002). É um programa de atenção integral à saúde da mulher onde uma equipe de saúde realiza ações preventivas, educativas e curativas durante a gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Segundo Carvalho; Novaes (2004), o Programa de Pré-natal tem importância no âmbito nacional e mundial, pois objetiva reduzir a morbidade e mortalidade materna e infantil e pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas, além da avaliação de seus resultados servir para nortear as políticas e práticas de saúde.

Para Ribeiro (2002) a nova política de Atenção Básica envolve estratégias como: o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), e o PSF (Programa de Saúde da

Família). Foram ainda reestruturados os Programas de Farmácia Básica e de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), que também contemplam o grupo de gestantes.

No Brasil, o PAISM (Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher) foi implantado em meados da década de 80, o que concorreu para a disseminação do Programa Pré-Natal. No final dos anos 1990, o Ministério da Saúde definiu a Saúde da Mulher como prioritária, projetando especificamente, melhorar a saúde reprodutiva, combater a violência contra a mulher e reduzir a mortalidade por causas evitáveis (CARVALHO; NOVAES, 2004).

As afirmações de Stephan (2005) consagram a necessidade de garantir o acesso, humanização e melhora da qualidade da assistência pré-natal e do parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, visando à redução da mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis. Criou-se então, o Centro de Parto Normal (CPN) através da Portaria Nº. 985, de 5 de agosto de 1999 que garante que é a Unidade de Saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distorções para desenvolver atribuições como; desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o parto nos CPN e de amamentação de recém-nascido (RN); acolher as gestantes, permitir a presença de acompanhante; acompanhar e monitorar o puerpério, por um período mínimo de 10 (dez) dias; desenvolver ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Assim a assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Também deve incluir orientações sobre hábitos saudáveis de vida e as modificações resultantes da gravidez, bem como o preparo da gestante para o parto. Apesar de ser uma prioridade entre as ações praticadas pelos serviços de saúde, marcadamente a partir de 1984, com a implantação do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), persiste a dificuldade de acesso a essa assistência em algumas regiões. A baixa qualidade da atenção prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal, resultando em elevadas taxas de morbidade (GRANGEIRO *et al.*, 2008).

Diante da relevância do tema, este trabalho se propõe a fazer uma abordagem sobre a assistência ao pré-natal realizada por uma equipe do Programa de Saúde da Família. Justifica-se o presente estudo que tem a curiosidade de conhecer o perfil epidemiológico de usuárias em atendimento ao pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde de São Luís – MA.

## **2OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Estudar o perfil epidemiológico de usuárias cadastradas para assistênciapré-natal em uma unidade básica de saúde de São Luís – MA.

### **2.2 Específicos**

- Identificar características demográficas do grupo em estudo;
- Conhecer características gineco-obstétricas;
- Verificar conhecimentos das gestantes acerca do pré-natal;
- Analisar o conhecimento das mulheres acerca dos métodos contraceptivos.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000) os princípios básicos e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal, envolve:

- a) Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;
- b) Vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- c) Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- d) Garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- e) Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

#### **3.2A atenção pré-natal e puerperal**

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

- a) Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- b) Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

É importante ainda, o desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

- a) Escuta ativa da mulher e de seus(suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
- b) Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
- c) Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
- d) *Anamnese* e exame clínico-obstétrico da gestante.

### **3.3A Organização Mundial de Saúde (OMS) e as recomendações**



A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal, foram baseadas em revisão sistemática de estudos controlados e da aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências. Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela OMS, indicam que o cuidado na gestação e nos partos normais deve:

- a) Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias;
- b) Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda ser superiores;
- c) Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados, quando seja possível, e apropriado;
- d) Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;
- e) Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais;
- f) Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;
- g) Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;
- h) Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;
- i) Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;
- j) Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Esses recomendações e princípios asseguram fortemente a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo. Eles estão sendo incorporados nos materiais técnicos, bem como nas ferramentas de monitorização e avaliação da OMS. O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas,

permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

É cada vez mais freqüente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. É importante acolher o(a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto.

O benefício da presença do(a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto.

Foram reduzidos o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, alguns estudos sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto.

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. São também parte dessa história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal.

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto.

Uma escuta aberta, sem julgamento nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um parto e nascimento tranquilos e saudáveis.

Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não gerar um filho, seja para um homem, seja para uma mulher. Suscita solidariedade, apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e, por isso, exige grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as), em atitudes como: os profissionais se apresentando, chamando os(as) usuários(as) pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade, incentivando a presença do(a) acompanhante, entre outras atitudes.

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Desse modo, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde.

Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Ainda não podemos esperar, por parte das mulheres, expressiva porcentagem de procura espontânea para essa atividade. Mas, enquanto profissionais de saúde, podemos motivá-las para essa avaliação em momentos distintos de educação em saúde, em consultas médicas, ou de enfermagem, não esquecendo de motivar especialmente as adolescentes.

Sabe-se que pelo menos metade das gestações não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas. Entretanto, em muitas ocasiões, o não

planejamentodeve-se à falta de orientação ou de oportunidade para a aquisição de um métodoanticoncepcional, e isso ocorre comumente com as adolescentes. Faz-se necessário, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras DST), nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação.

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei n.º 9.263/96, foi conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme consta na referida Lei, o planejamento familiar é entendido *...como o conjunto de ações de regulação da fecundidade quegaranta direitos iguais de constituição, limitação, ou aumento da prole pela mulher, pelo homem, ou pelo casal* (art. 2º).

A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidadematerna e infantil, pois:

- a) Diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados;
- b) Diminui o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária;
- c) Diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais;
- d) Aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que os bebês sejamadequadamente amamentados;
- e) Possibilita a prevenção e/ou postergação de gravidez em mulheresadolescentes ou com patologias crônicas, tais como diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras.

### **3.4. Avaliaçãopré-concepcional**

As atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico completo, além de alguns exames laboratoriais. É recomendada a realização do Exame Clínico das Mamas (ECM) em qualquer idade e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (25 a 59 anos).

Podem ser instituídas ações específicas quanto aos hábitos e estilo de vida:

- a) Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado, tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;
- b) Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- c) Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realizar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- d) Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- e) Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5 mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- f) Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 anos.

Em relação à prevenção e às ações a serem tomadas quanto às infecções, são consideradas eficazes as investigações para:

- a) Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, providenciar a imunização prévia à gestação;
- b) Toxoplasmose;
- c) HIV/Aids: oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para redução da transmissão vertical do HIV;
- d) Sífilis: nos casos positivos, tratar a mulher e seu(s) parceiro(s) para evitar a evolução da doença e a sífilis congênita e orientar sobre os cuidados preventivos;
- e) Para as outras DST, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar para sua prevenção.

É importante, também, a avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo atestagem para sífilis e HIV/Aids. A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz quando existem doenças crônicas, tais como:

- a) Diabetes *mellitus*: o controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto no diabetes pré-gravídico como no gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Um controle mais adequado do diabetes durante a gestação, comprovadamente, leva a melhores resultados maternos e perinatais;
- b) Hipertensão arterial crônica: a adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer prognóstico em gestação futura;
- c) Epilepsia: a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogênico, por exemplo, acarbamazepina, tem mostrado melhores resultados perinatais. A orientação para o uso de ácido fólico prévio à concepção também tem-se correlacionado à redução no risco de malformação fetal, porque, nesse grupo de mulheres, a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato;
- d) Infecções pelo HIV: o controle pré-concepcional no casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação de imunidade) e a redução da carga viral de HIV circulante para níveis indetectáveis. Esses cuidados, acrescidos das técnicas de assistência preconizadas para a concepção em casais HIV+ (soroconcordantes ou sorodiscordantes) e das ações para a prevenção vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, incluindo o uso de anti-retrovirais na gestação, uso de AZT no parto e para o recém-nascido exposto e a inibição da lactação, permitem circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança;

Além de outras situações, como anemias, carcinomas de colo uterino e de mama. Alguns dos pontos discutidos aqui também aplicam-se ao puerpério imediato, para aquelas mulheres que não tiveram oportunidade de realizar o controle pré-gestacional, o que é muito comum na adolescência. Esses conhecimentos lhes serão úteis em gestações futuras, embora sempre deva ser estimulada a realização de consulta com a equipe de saúde antes de uma próxima gravidez.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde o diagnóstico de uma gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorréia ou atraso

menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação. Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde da unidade básica, por meio de um teste imunológico para gravidez (TIG), de acordo com os procedimentos especificados no fluxograma a seguir. O teste laboratorial é, inicialmente, recomendado para que o diagnóstico não demande o agendamento de consulta, o que poderia postergar a confirmação da gestação. Para as mulheres com atraso menstrual maior que 16 semanas ou que já saibam estar grávidas, o teste laboratorial é dispensável.

### **3.5 Fatores de risco para a gravidez atual**

Encontramos algumas características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, como por exemplo:

- a) Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- b) Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- c) Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- d) Situação conjugal insegura;

#### **3.5.1 Fatores de risco reprodutivo**

Dentre os fatores de risco reprodutivo na vida da mulher gestante podemos citar:

- a) Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- b) Condições ambientais desfavoráveis;
- c) Altura menor que 1,45 m;
- d) Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- e) Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

### **3.6 Analisando a frequência das consultas**

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando

aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a *anamnese* deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal.

Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatórios sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar 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 profissional de saúde como sinal de alerta.

Na primeira consulta deve-se avaliar:

- **História clínica** (observar cartão da gestante)

• Identificação: nome; número do SISPRENATAL; idade; cor; naturalidade; procedência; endereço atual; unidade de referência.

- **Dados socioeconômicos:** Grau de instrução; Profissão/ocupação; Estado civil/união; Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);

### 3.7 Ações Educativas



Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, porém não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares. A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens, adultos e adolescentes, discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos separados para adultos e adolescentes. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtivo e que ofusca questões subjacentes, que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

### **3.7.1 Aspectos a serem abordados nas ações educativas**

De acordo com Carvalho (2004) durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre os seguintes temas:

- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- A realização de atividade física, de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição –baixo peso, sobrepeso,

obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);

- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
- Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005;

- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Segundo Rezende (2000) o avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que gera, realmente, estado de confiança maior na mulher. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes.

Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, notadamente, no caso de gestantes adolescentes que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez.

Nesse sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa. Muitos dos sintomas físicos manifestos mascaram problemáticas subjacentes.

Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante encorajar a mulher a falar de si. Essa abordagem é chamada de “entrevista centrada na pessoa”. Saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, pois essa habilidade pode ser crucial para a elaboração de um diagnóstico correto.

Outra habilidade importante de ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outra pessoa, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível infunde serenidade e confiança à mulher.

Atualmente, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, e a maioria dos estudos converge para a ideia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas, de que decorre importante transição existencial.

### 3.7.2 Na primeira consulta de pré-natal

Na primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde refletir sobre o impacto do diagnóstico da gravidez. Nesse momento, de certa maneira, já ocorreram decisões conscientes quanto a dar continuidade à gestação. No entanto, existem inseguranças e, no primeiro contato com o profissional, a gestante busca: Confirmar sua gravidez; Amparar suas dúvidas e ansiedades; Certificar-se de que tem bom corpo para gestar; Certificar-se de que o bebê está bem; Apoiar-se para seguir nessa “aventura”.

É muito importante que o profissional de saúde, observe o seguinte:

- a) Reconheça o estado normal de ambivalência com relação à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram, daí a necessidade de compreender essa circunstância, sem julgamentos;
- b) Acolha as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma adequada;
- c) Reconheça as condições emocionais dessa gestação: se a gestante tem um companheiro ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na gestante;
- d) Compreenda esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- e) Perceba que a gestante pode estar buscando figura de apoio; assim, o profissional fica muito idealizado e, por isso, passa a ser constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas terrivelmente ameaçadoras para ela;
- f) Estabeleça relação de confiança e respeito mútuos;
- g) Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro à família.

Dando continuidade ao pré-natal, observam-se, ao longo da gestação, algumas ansiedades típicas, que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional:

- **No primeiro trimestre:** Ambivalência (querer e não querer a gravidez); Medo de abortar; Oscilações do humor (aumento da irritabilidade); Primeiras modificações corporais e

alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço; Desejos e aversões por determinados alimentos.

- **Segundo trimestre:** Introspecção e passividade; Alteração do desejo e do desempenho sexual; Alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa; Percepção dos movimentos fetais e seu impacto (presença do filho é concretamente sentida).

- **Terceiro trimestre:** As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto; Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte); Aumentam as queixas físicas.

O profissional de saúde deve evitar o excesso de tecnicismo, estando atento, também, para essas características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer; observando e respeitando a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico.

Os médicos relacionam a ecografia com embriologia do feto, e os pais, com as características e a personalidade do filho. Eles necessitam ser guiados e esclarecidos, durante o exame, pelo especialista e pelo obstetra.

Deve também fornecer, para alívio das ansiedades da mulher, orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa. Deve-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras e observar o seu impacto em cada mulher, na sua individualidade e preparar a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da dor, de o bebê nascer com problemas e outros.

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo e quantitativo, com pesquisa de campo realizada no período de setembro e outubro de 2011, em uma Unidade Básica de Saúde em São Luís – MA, que presta assistência pré-natal às mulheres cadastradas.

O Centro de Saúde Vila Lobão foi fundado em 03 de julho de 2004, com duas Equipes de Saúde da Família para assistir a comunidade do Santo Antonio e Vila Lobão, que antes tinham suas referências de atendimento o Centro de Saúde da Radional, sendo muito distante da comunidade.

Após uma avaliação e uma reunião com o Conselho de Saúde, líderes comunitários enviaram relatos para o Secretário Municipal de Saúde (Dr. Edmundo Gomes) e o mesmo sensibilizou-se, autorizando a implantação da Unidade de Saúde da Família na Vila Lobão, com duas equipes.

É uma instituição voltada para prevenção de doenças e promoção da saúde. Está localizado na cidade de São Luís, especificamente no bairro do Santo Antonio com as seguintes dependências: sala de triagem; dois consultórios médicos; dois consultórios de enfermagem; sala de preventivo; Almoxarifado; Banheiro de funcionários; Farmácia; Banheiro masculino e feminino para pacientes; Setor de imunização; Sala de recepção e administração de vacinas; Sala de teste do pezinho; Área para nebulização.

A população do estudo foi composta por 25 mulheres gestantes cadastradas no Programa Saúde da Família (PSF) na referida Unidade Básica, para assistência pré-natal.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se questionário (APÊNDICE A) com perguntas abertas e fechadas, constando das seguintes variáveis: cor, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, conhecimento sobre o pré-natal, gravidez planejada, conhecimento dos métodos contraceptivos, nº de filhos e preferência por tipo de parto.

Os resultados da pesquisa foram tabulados no programa *excell2003*, através de gráficos e tabelas. A abordagem das entrevistadas ocorreu em um contato prévio, seguido do esclarecimento dos propósitos da pesquisa, bem como a manutenção do sigilo, do anonimato e do seu direito de participar ou não da pesquisa segundo os preceitos da Resolução nº196/96 do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos preservando o sigilo do nome dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo foi feito em uma Unidade Básica de Saúde em São Luís - MA, no período de setembro e outubro de 2011 e o universo da pesquisa constou de 25 gestantes atendidas. Os resultados foram analisados, tabulados e apresentados em forma de gráficos e tabelas para

melhor compreensão dos dados obtidos.

**Tabela 1** - Distribuição numérica e percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, de acordo com características demográficas. Unidade Básica de Saúde São Luis – MA2011.

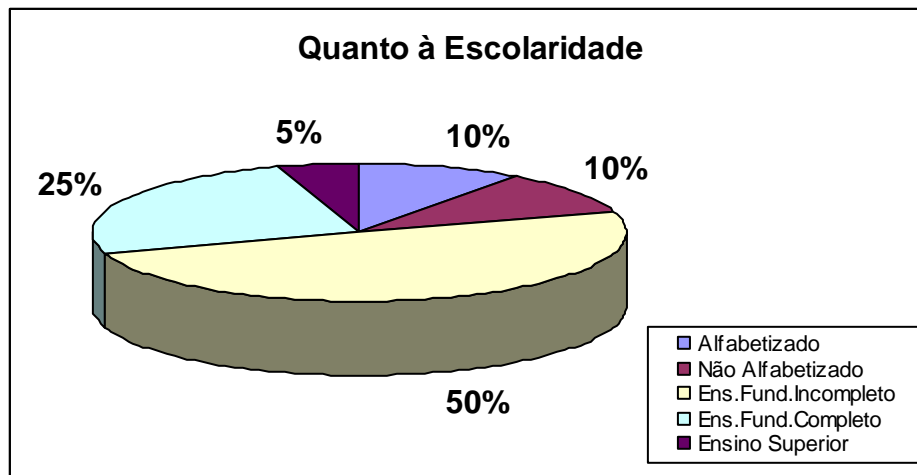
<b>Cor:</b>	<b>Nº Gestantes</b>	<b>%</b>
Branca	6	24
Negra	14	56
Parda	5	20
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Idade:</b>		
12 a 19 anos	14	56
20 a 30 anos	7	28
31 a 40 anos	3	12
Acima de 41 anos	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil:</b>		
Solteira	10	40
Casada	6	24
Separada	3	12
União Estável	6	24
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Na tabela acima destaca-se a cor negra com 56%. Esperava-se encontrar maior índice entre as pessoas de cor preta, que tendem a apresentar menor escolaridade e menor situação social, pressupondo-se que essa variável reflete de maneira indireta o nível sócio-econômico.

Quanto à idade destacou-se 56% na faixa etária de 12 a 19 anos; 28% de 20 a 30 anos. Observa-se um maior índice na idade mais jovem.

Segundo Lopes (2006) como a gestação é marcada por etapas de desenvolvimento, a gestante precisa ser acompanhada sistematicamente durante a evolução da gravidez, com vistas a atender as suas necessidades, obtendo assim melhores resultados sobre a sua saúde e do recém-nascido.

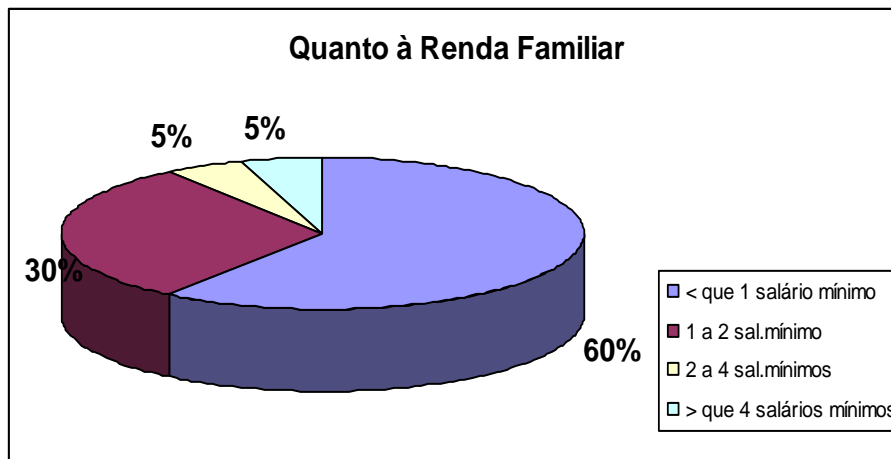
No tocante ao estado civil obteve-se 40% solteiras. De acordo com a nova lei, a gestante deverá expor suas necessidades e apontar as qualificações do pai. A pensão será fixada por um juiz com base nos recursos de que se dispõe e na prova da paternidade.



**Gráfico 1** – Distribuição percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo a escolaridade. Unidade Básica de Saúde São Luis – MA 2011.

Observa-se com maior ênfase o Ensino Fundamental Incompleto atingindo um percentual de 50% das entrevistadas. Através dos dados pesquisados, observa-se um predomínio de gestantes com baixo grau de escolaridade, o que vai ao encontro do estudo realizado por Pinotti (2002), que explica como o grau de escolaridade está intimamente ligado ao nível de conhecimento de um indivíduo, assim apresentando-se como fator de esclarecimento acerca de uma conscientização sobre cuidados durante um pré-natal.





**Gráfico 2** – Distribuição percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo a Renda Familiar. Unidade Básica de Saúde de São Luis – MA 2011.

O gráfico 2 nos mostra que 60% das entrevistadas tem uma renda mensal menor que 1 salário mínimo, seguido de 30% que recebem de 1 a 2 salários mínimos. Pinotti (2002) enfatiza que o predomínio das mulheres com renda mensal menor que 1 salário mínimo, assemelham-se com a realidade atual, dificultando indiscutivelmente o acesso à educação, alimentação, moradia, lazer, transporte e assistência médica, interferindo na saúde física e mental das grávidas.

**Tabela 2** - Distribuição percentual e numéricade 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo o conhecimento do pré-natal, se a gravidez foi desejada e se conheceu utilizou-se de algum método contraceptivo. Unidade Básica de Saúde de São Luis – MA,2011.

<b>Quanto ao conhecimento do Pré-natal</b>	<b>Nº Gestantes</b>	<b>%</b>
Sim	20	80
Não	5	20
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>gravidez planejada</b>		
Sim	6	24
Não	19	76
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>conhece algum método contraceptivo</b>		
Sim	23	92
Não	3	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>utilizou algum método contraceptivo</b>		
Sim	21	84
Não	4	16
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

De acordo com a tabela 2 a maioria das gestantes entrevistadas tem um bom conhecimento sobre a importância de uma gravidez com acompanhamento pré-natal atingindo um percentual de 80%, apenas 20% desconhecem a importância deste. Dentre as entrevistadas, constatou-se que 3 mulheres na faixa etária de 15 anos e as demais entre 15 a 48 anos todas afirmaram não praticar nem uma atividade física, somente serviços domiciliares. Detectamos também mulheres com problemas de Hipertensão Arterial (as de maior idade – 38 e 41 anos), mas elas afirmaram que estão em acompanhamento médico, sem complicações até o momento. Todas foram unânimes em afirmar que estão satisfeitas com o acompanhamento do seu pré-natal.

Quando questionadas se a gravidez foi desejada, 76% afirmaram que a gravidez não foi desejada e que enfrentaram muitos problemas, tipo rejeição familiar e baixo poder aquisitivo para arcar com a responsabilidade e até mesmo apoio do companheiro; apenas 24% tiveram uma gravidez desejada.

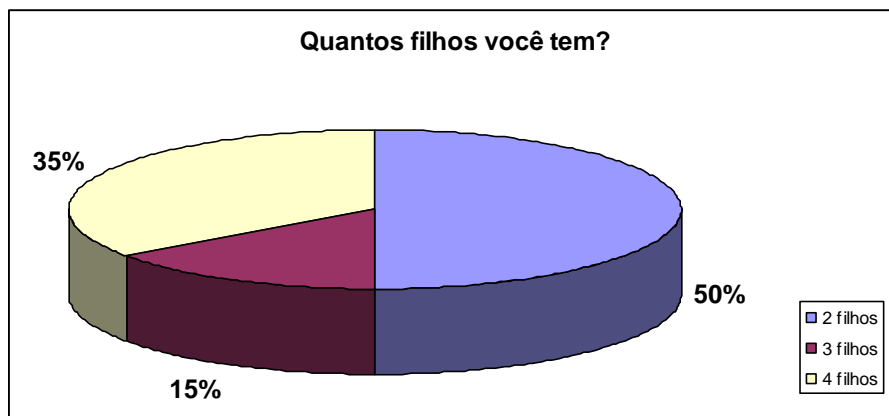
Segundo Brasil (2001) a gestação é um período de intensas transformações físicas e emocionais, onde cada mulher vivencia de forma distinta, diferindo também entre as várias gestações de uma mesma mulher. Essas mudanças podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias, ou simplesmente curiosidade em saber o que se passa no interior de seu corpo. É

nessa hora, que se faz importante um acompanhamento multidisciplinar da gravidez oferecido nos "Cursos de Preparação Para o Parto", pois, respostas diretas e seguras, são significativas para o bem estar do casal e do bebê.

Sobre o conhecimento de algum método contraceptivo, observou-se que a maioria das entrevistadas possui um bom conhecimento, atingindo assim um percentual de 92%; apenas 18% desconhecem algum método.

Conforme Febrasgo (2004) é preciso que a mulher conheça cada método para começar utilizá-los, sabendo assim suas vantagens e desvantagens, suas contra-indicações e efeitos colaterais para facilitar a escolha com que se adapta a condição física e emocional para evitar a gravidez e prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, importante saber que não existe um método anticoncepcional ideal para todas as pessoas. Todos têm o lado positivo e outro negativo, o método mais adequado a ela. O método ideal é aquele escolhido por ela e pelo profissional da saúde em uma conversa franca e adequada à mulher.

84% das gestantes já utilizou algum método contraceptivo, por exemplo: camisinha, pílula; coito interrompido e; 16% nunca usou algum método. Observou-se entre as gestantes que nunca usaram algum método, estas são as que tiveram um maior número de filhos.



**Gráfico 3** – Distribuição percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo o nº de filhos. Unidade Básica de Saúde de São Luis – MA 2011.

O gráfico3 mostra que 50% das gestantes entrevistadas possuem 2 filhos; seguido de 35% que possuem 4 filhos e 15% que possuem 3 filhos.

Segundo Brasil (2001) o ideal seria que todo o Pré-Natal fosse iniciado tão logo o desejo pela maternidade se manifestasse. Sendo assim, o casal já se planejaría para dar início a uma gestação, gozando de plena saúde. Porém, como na grande maioria das vezes, isso não é possível, deve-se dar início ao pré-natal tão logo a gravidez seja suspeitada ou confirmada.



**Gráfico 4** – Distribuição percentual de 25 gestantes em assistência de pré-natal, segundo a opção de parto. Unidade Básica de Saúde de São Luis – MA, 2011.

65% das gestantes optaram pelo parto normal; apenas 35% cesariana. Segundo Schirmer (2000, p.57), o parto normal é mais saudável para a mulher já que a recuperação é mais rápida. Para algumas mulheres, observa-se que a opção pela cesariana deve-se ao medo da dor do parto, daí então a preferência por parto cesariana.

O parto normal tem muitas vantagens sobre a cesariana, pois o corpo da mulher foi preparado para isso, portanto a recuperação é mais rápida e as chances de surgirem hematomas e infecções na mãe e no bebê são muito menores, pois o parto normal é o término natural de uma gravidez. “O ideal é que o bebê escolha o dia em que quer nascer”. Às vezes podem ocorrer algumas complicações que colocam em risco a vida da mãe e do bebê, por isso muitas vezes a cesariana é a saída, “Mas quando a cirurgia é agendada com muita antecedência, corre-se o risco de a criança nascer prematura, mais magra e com os músculos ainda não completamente desenvolvidos”, afirma Leite. Há alguns fatores que podem fazer o médico optar por uma cesariana, como é o caso de hipertensão, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, insuficiência placentária, problemas do coração e do rim, entre outros (REZENDE, 2000).

Quando o bebê passa pelo canal vaginal, ele tem todo o seu corpinho comprimido, inclusive o seu tórax, mas não pense que isso é ruim para o bebê, pelo contrário: “Isso garante que o líquido amniótico de dentro dos seus pulmões seja expelido pela boca, facilitando o primeiro suspiro da criança na hora em que nasce”. Outro fato que ocorre durante o parto normal é o estresse que o bebê sente ao sofrer as contrações. Ao passar por esse estresse, o organismo do bebê irá liberar o hormônio cortisol. No organismo infantil a liberação desse hormônio faz com que seus pulmões funcionem muito bem, podendo até evitar futuras

pneumonias. Após a saída do bebê, o útero irá se contrair mais uma vez para expulsar a placenta.

Durante o trabalho de parto, o médico pode optar por fazer uma pequena incisão no períneo (região entre a vagina e o ânus), chamada de episiotomia. Essa incisão é feita quando o espaço é pequeno e não dá para a criança passar. Após o parto, o corte é suturado e cicatriza em poucos dias.

## 6 CONCLUSÃO

Após o estudo ficou evidenciado a importância de se fazer um bom acompanhamento médico durante a gravidez que é o pré-natal.

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde.

Destacaram-se com maior ênfase os seguintes resultados, entre as gestantes entrevistadas:

- 80% - tem um bom conhecimento sobre o pré-natal;
- 76% - afirmaram que a gravidez foi indesejável;
- 92% - conheciam algum método contraceptivo;
- 84% - já usaram algum método contraceptivo, como por exemplo: pílula anticoncepcional, coito interrompido ou a camisinha.

Faz-se necessário ainda, investimento nas áreas de saúde, bem como palestras educativas mais hospitais e postos de atendimento de qualidade para que a gestante tenha um melhor atendimento.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, José de Oliveira. Campanha Internacional contra a Morte Materna completa 13 anos. **Jornal da Rede Feminina de Saúde**, n. 20, maio. 2000. Disponível em: [www.redesaude.org.br/jornal/html/body-maria-josé-de-oliveira-araújo](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body-maria-josé-de-oliveira-araújo). Acesso em 26/05/2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. DPAS/SAS: COMIN, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde**. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2001.
- CARVALHO, Denise Siqueira de.; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação de implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.
- CLUBE DO BEBÊ. **Como surgiu o pré-natal**. Disponível em: <http://www.clubedobebe.com.br>>. Acesso em 26/05/2012.
- FEBRASGO. **Anticoncepção**: Manual de orientação. São Paulo, 2004.
- GRANGEIRO, R.G.; MOURA, E.R.F. Atenção pré-natal no município de Quixadá CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. R. **Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p.105-111, 2008.
- LOPES, R.; MENEZES, C.; SANTOS, G.; PICCININI, C. A. (2006). Ritual de Casamento e Planejamento do Primeiro Filho. **Psicologia em Estudo**, 11(1), 55-61.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. **Saúde Reprodutiva Materna Perinatal - Atenção Pré-Natal e do Parto de Baixo Risco**. 2000.
- PINOTTI, J. P.; FONSECA, A. M. **Saúde da Mulher**. São Paulo: Contexto, 2002.
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde: reflexão a partir de uma experiência universitária **Fisioterapia Brasil**, João Pessoa, v. 3, n. 5, p. 311-318, set./out. 2002. Disponível em: <http://www.atlanticaeditora.com.br>. Acesso em 26/05/2012.
- SCHIRMER, J. et al. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 2000. 66 p.

**APÊNDICE**



**APÊNDICE A – Questionário aplicado na entrevista**

Nome: .....

Endereço: .....

**1) Quanto à cor:**

- Branca
- Negra
- Parda

**2) Idade:**

- 12 a 19 anos
- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- Acima de 41 anos

**3) Estado Civil:**

- Solteira
- Casada
- Separada
- União Estável

**4) Escolaridade:**

- Alfabetizado
- Não alfabetizado
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Superior

**5) Renda familiar:**

- < que 1 salário mínimo
- 1 a 2 salários mínimos
- 2 a 4 salários mínimos
- > que 4 salários mínimos

**6) Quantos filhos você tem?**

- 2 filhos
- 3 filhos
- 4 filhos
- Mais de 4 filhos

**7) Você tem conhecimento e sabe a importância do pré-natal?**

- Sim
- Não

**8) N° de consultas**

- 1 a 3 consultas
- 4 ou mais consultas

**9) Realiza alguma atividade física.**

Sim

Não

**10) Sua gravidez foi planejada?**

Sim

Não

**11) Você conhece algum método contraceptivo?**

Sim

Não

**12) Já utilizou algum método contraceptivo?**

Sim

Não

**13) Qual a preferência pelo tipo de parto?**

Cesariana

Normal

