FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

GIGLIELLI MODESTO RODRIGUES

INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA SAÚDE DA PUÉRPERA E DO NEONATO

PATOS/PB
2012

GIGLIELLI MODESTO RODRIGUES

INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA SAÚDE DA PUÉRPERA E DO NEONATO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Fundação Francisco Mascarenhas - Faculdades Integradas de Patos, para obtenção de diploma de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientador: Prof. Esp. Everson Vagner de Lucena Santos

PATOS/PB
2012

GIGLIELLI MODESTO RODRIGUES

INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA SAÚDE DA PUÉRPERA E DO NEONATO

Aprovado em: _____/_____/_____

_____

PROF. ESP. EVERSON VAGNER DE LUCENA SANTOS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(ORIENTADOR)

_____

PROFª. MS. AUCÉLIA CRISTINA SOARES DE BELCHIOR
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(1° MEMBRO)

_____

PROFª. ESP. MANUELA CARLA DE SOUZA DALTRO
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(2° MEMBRO)

PATOS/PB
2012

“Tudo quanto pedirdes orando crede que o recebereis e o obtereis”

Mc, 11,24

À Deus, que é refúgio e norteador dos meus caminhos, agindo como um escudo nessa conquista. Aos meus pais Marcos Antônio (*in memorian*) e Lúcia Modesto por todo amor, doação e empenho ao longo da minha formação.

AGRADECIMENTOS

Sim Senhor Jesus, a Ti eu agradeço esta vitória. Agradeço pelas superações que me permitistes diante de muitas barreiras, diante das conturbações e obstáculos, agradeço Senhor, pela força que me destes para trilhar os meus caminhos, pela fácil capacidade de absorver os conteúdos, já que a minha rotina muitas vezes me impedia de rever as aulas. Agradeço pelas consolações nesses anos, sei que as tristezas não foram poucas, mas o seu amor me reergueu e me fez seguir adiante. Poderia ficar horas agradecendo a ti senhor, então diante das minhas orações me permito dizer: Obrigada por tudo meu Senhor! Amém!

À Marcos Antônio (*in memorian*) e Lúcia Modesto, os melhores pais do mundo, por serem minha base. Agradeço pelo amor, dedicação, compreensão, força e incentivo. Agradeço pelo exemplo de família e de determinação que sempre me detiveram. A pessoa que hoje eu sou dedico a vocês que eu tanto amo! Essa vitória é nossa, meus pais!

As minhas tias, primos e amigos muito obrigada pelo estímulo aos estudos e por sempre terem acreditado que eu era capaz.

Ao meu namorado Danillo Santos, pelo amor, carinho, paciência, dedicação e segurança. Obrigada por está ao meu lado me consolando nas muitas noites chorosas que vivenciei devido às preocupações diárias ao longo da graduação. Te amo!

A minha segunda família, essa que Deus colocou no meu caminho. Em nome de Dona Lindalva minha avó de coração. Tide Paulino, minha sogra, mãe e amiga. Ao meu sogro Marcos Eduardo a quem eu considero sinceramente. A minha cunhada florzinha que eu amo muito, Kamilla Paulino.

As minhas amigas Bruna Riama, Eylha Amanda, Fernanda Fernandes, Joanny Ribeiro, Luciana Machado, Niedja Alves e TessyaHyanna, que sempre estiveram presentes em todas as situações que um amigo verdadeiro poderia está, que são a família que eu escolhi, que me apoiaram em decisões difíceis, mas construtivas em minha vida, que sempre estiveram ao meu lado torcendo por esse mérito. Amizade eterna!

A minha grande amiga e colega de turma Jakeline Pereira, pelos muitos, felizes e incansáveis momentos juntas! Por todos os estudos, dedicação, troca de conhecimentos e pelas muitas risadas, únicas que me faziam esquecer todos os meus problemas, e ainda pela sua companhia e apoio nesses anos de graduação. Amo muito Jakes!

As amizades que conquistei nesses anos de graduação, amizades que almejo levar para sempre comigo, em especial Anderson Kainan, Evanúbia Santos, George Winsgton, Lúcia

Ramos, Luã Carlos, Milagres Fernandes, Renata Nunes. Obrigada pelas manhãs, diversões, risadas e boas histórias que vivenciamos juntos!

Ao meu grupo de Estágio Supervisionado, DamaresTargino, Jakeline Pereira, Magna Palmeira, Talita Rufino e Wismary Fernandes, onde podemos compartilhar das experiências que agora como profissionais iremos vivenciar. Obrigada pela união, pelos raros desentendimentos e muitas alegrias e também pelos "Super-lanches". Espero ter vocês como minhas amigas sempre!

A Drª Giane Macêdo que juntamente comigo abraçou este projeto, me orientando e me fazendo crescer como pesquisadora. Obrigada professora Giane!

Agradeço ao meu orientador Prof. Everson Lucena, que sem obstáculos me adotou como orientanda doando seu tempo e seus conhecimentos à essa pesquisa e contribuindo para seu aperfeiçoamento. Hoje eu digo que conseguimos concluí-la com sucesso!

Agradeço a banca examinadora composta pelas professoras Aucélia Cristina e Manuela Daltro por aceitarem o convite e pelo interesse de contribuir com este trabalho.

Minha gratidão à Fundação Francisco Mascarenhas e às Faculdades Integradas de Patos, que me permitiram a partir de um estágio a possibilidade de realizar minha graduação nesta instituição. Em nome do Diretor João Leuson, Sylvania Palmeira e Francisco Rogério expresso todo o meu carinho e satisfação por ser parte da equipe FIP.

Compartilho com vocês esse momento.

RESUMO

A literatura é consensual ao reconhecer o efeito protetor da assistência pré-natal para a saúde materna e neonatal, que compreende um conjunto de ações voltadas à redução do risco e da severidade da morbimortalidade para mãe e filho. O Ministério da Saúde sugere que o pré-natal deve acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando uma boa qualidade na assistência, contribuindo para o bem-estar da gestante e do feto proporcionando o nascimento de uma criança saudável. O principal objetivo deste estudo foi verificar a influência do acompanhamento pré-natal na saúde da puérpera e do neonato, analisando a influência do nível de escolaridade da gestante relacionado ao número de consultas realizadas no pré-natal, buscando analisar o estado nutricional e as principais complicações ocorridas na mulher neste período e identificar o peso e as condições se saúde do neonato, observando as morbidades neonatais predominantes. A amostra foi composta de 60 puérperas e seus respectivos recém-nascidos de uma maternidade pública em Patos-PB, que estivessem de acordo com os critérios de inclusão e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como instrumento de coleta de dados foi confeccionado um roteiro contendo15 (quinze) questões, sendo a coleta realizada no período entre Agosto e Setembro de 2012. Para análise de dados foram utilizados o SPSS versão 18.0 e o *Software Microsoft Excel*, versão 2010. Caracterizando a amostra verificou que 50% das mulheres tinham idade de 18-28 anos, sendo 41,7% com nível fundamental de ensino, 51,7% casada, sendo as atividades do lar (36,5%) a principal ocupação identificada, seguida da agricultura (25,0%). Identificou-se que as gestantes com escolaridade entre 1 a 8 anos tiveram a maior quantidade de consultas pré-natais realizadas (62,5%) onde o maior percentual das gestantes (60%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizaram todos os exames laboratoriais solicitados. A principal complicação na gestação foi à infecção urinária (26,7%), seguido da hipertensão (20,0%), não houve complicações em (28,9%) da amostra. Observou-se que dentre as gestantes analisadas houve média de peso pré-gestacional de 58,7 kg (± 10,5 kg) e 69,9 kg (±11,2 kg) para o peso atual, havendo percentual de ganho de peso de 11,2kg. O tipo de parto predominante foi o cesário (56,7%). A maior incidência de neonatos (78,3%) nasceu a termo, tendo o desconforto respiratório como principal morbidade (28,6%) encontrada, sendo que (75%) das gestantes realizaram de 05 a 06 consultas e tiveram recém-nascidos com peso adequado. Esta pesquisa conseguiu abranger os seus objetivos, elucidando sobre a proteção da saúde do binômio mãe-filho, onde o pré-natal busca assegurar uma boa evolução na gestação e preparar a mãe para o parto, puerpério e lactação, identificando o mais rápido as situações de risco para a mulher e para o feto, tendo caráter preventivo, o pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal.

Palavras-chave: Pré-Natal, Saúde, Puérperas, Neonatos.

ABSTRACT

The literature is consensual to recognize the protective effect of prenatal care for maternal and newborn health, which comprises a set of actions aimed at reducing the risk and severity of morbidity for mother and child. The Ministry of Health suggests that prenatal care should counsel women from early pregnancy, ensuring a good quality of care, contributing to the welfare of the mother and fetus giving birth to a healthy child. The main objective of this study was to investigate the influence of antenatal care on the health of the newborn and parturient, analyzing the influence of the educational level of the mother related to the number of consultations in prenatal, trying to analyze the nutritional status and key complications occurred in women in this period and identify the weight and health conditions if the newborn, watching the predominant neonatal morbidities. The sample consisted of 60 mothers and their newborns in a maternity Ducks, which were in line with the inclusion criteria and signed the Instrument of Consent. As an instrument for data collection was made a script with 15 (fifteen) issues, collection being held in the period between August and September 2012. For data analysis we used SPSS version 18.0 *software and Microsoft Excel*, version 2010. Featuring the sample found that 50% of women aged 18-28 had years and 41.7% with basic schooling, 51.7% married, with household tasks (36.5%) identified the main occupation, followed by agriculture (25.0%). It was found that pregnant women with schooling between 1-8 years had the largest number of antenatal visits conducted (62.5%) where the largest percentage of women (60%) began prenatal care in the first trimester of pregnancy and performed all laboratory tests ordered. The main complication during pregnancy was the urinary tract infection (26.7%), followed by hypertension (20.0%), there were no complications (28.9%) of the sample. It was observed that among pregnant women was analyzed mean prepregnancy weight of 58.7 kg (± 10.5 kg) and 69.9 kg (± 11.2 kg) for current weight, with percentage weight gain 11.2 kg. The type of delivery was the predominant surgical (56.7%). The highest incidence of neonates (78.3%) were born at term, with the main morbidity respiratory distress (28.6%) found and (75%) of women had 05-06 and had consultations with newborns weight. This research could cover your goals, explaining about protecting the health of both mother and child, where the prenatal seeks to ensure a good outcome in the mother during pregnancy and prepare for childbirth, postpartum and lactation, identifying the fastest situations risk to the woman and the fetus, with preventive, prenatal care is essential to reduce the rates of maternal and perinatal mortality.

Keywords: Prenatal, Health, Parturient, Newborn.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das complicações ocorridas no período gestacional dasmulheres internas em uma maternidade pública da cidade de Patos – PB..... 35

Figura 2 - Distribuição do tipo de parto das mulheres internas em uma maternidade pública da cidade de Patos – PB..... 37

Figura3 - Distribuição das morbidades encontradas nos neonatos assistidos no local da pesquisa..... 39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variações sócio-demográficas das mulheres internas em uma maternidade pública da cidade de Patos – PB..... 32

Tabela 2 - Distribuição do número de consultas pré-natal e escolaridade descrita em anos de estudos completos..... 33

Tabela 3 - Distribuição referente ao início pré-natal e exames laboratoriais realizados lançados de acordo com trimestre gestacional..... 34

Tabela 4 - Variação de peso pré-gestacional e no final da gravidez..... 37

Tabela 5 - Distribuição da maturidade neonatal considerando a idade gestacional (em semanas) do seu nascimento..... 38

Tabela 6 - Variação de peso neonatal ao nascer e número de consultas no pré-natal..... 40

LISTA DE SIGLAS

BPN – Baixo Peso ao Nascer

CNS/MS - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

Hb/Ht - Hemoglobina e Hematócrito

HBsAg- Sorologia para Hepatite B

IG - Idade Gestacional

IMC - Índice de Massa Corpórea

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PI – Peso Insuficiente

PIG - Pequeno pra Idade Gestacional

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Science

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VDRL - Sorologia para Sífilis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 14

CAPITULO 1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL..... 17

CAPITULO 2. SAÚDE DA GESTANTE..... 20

2.1 PRÉ-NATAL NA SAÚDE DA MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO..... 20

2.2 ESTADO NUTRICIONAL DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO..... 22

CAPITULO 3. SAÚDE NEONATAL..... 24

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERÍODO NEONATAL..... 24

3.2 O PERÍODO GESTACIONAL E SUA RELAÇÃO COM A PROTEÇÃO DA SAÚDE DO NEONATO..... 24

CAPITULO 4. PERCURSO METODOLÓGICO..... 27

4.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO..... 27

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... 27

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... 27

4.4 RISCOS E BENEFÍCIOS OFERECIDOS PELA PESQUISA..... 28

4.5 RESULTADOS ESPERADOS..... 28

4.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS..... 28

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS..... 29

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS..... 29

CAPITULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 32

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 43

REFERÊNCIAS..... 46

APÊNDICES..... 51

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 52

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados..... 54

APEDICE C - Termo de Compromisso do Pesquisador..... 55

ANEXOS..... 56

ANEXO A - Certidão de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)..... 57

ANEXO B - Termo de Autorização Institucional..... 58

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A literatura é consensual ao reconhecer o efeito protetor da assistência pré-natal para a saúde materna e a neonatal, que compreende um conjunto de ações voltadas à redução do risco e da severidade da morbimortalidade para mãe e filho. O principal objetivo da atenção pré-natal, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando uma boa qualidade na assistência, o bem-estar da gestante e do feto contribuindo para o nascimento de uma criança saudável.

Segundo Duarte e Andrade (2008), há uma associação entre a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde e a satisfação da gestante com o atendimento recebido por esses profissionais. Deve-se ainda considerar, à relação entre gestante e profissional da saúde como influência em uma melhor aceitação da gestante às consultas, facilitando sua assiduidade e interesse pela assistência pré-natal favorecendo precocemente identificação de riscos sendo possível o acompanhamento de sua gestação.

Para o Ministério da Saúde, as consultas de pré-natal em muito pode contribuir para identificação precoce de alterações no desenvolvimento fetal, diminuindo os problemas após o parto, e, portanto, reduzindo a mortalidade infantil, bem como o número de mortes intrauterinas. Isso quer dizer que a assistência é importante, pois contribui para conhecimento dos fatores de riscomaterno - fetal (BRASIL, 2006).

Para Peixoto et al. (2011), a assistência pré-natal de boa condição e de fácil ingresso, pode reconhecer precocemente fatores de risco ou sinais que levam à morbidade e mortalidade da gestante e do feto, o que permite que as intervenções apropriadas sejam aplicadas, no entanto, apesar do aumento significativo do número de consultas pré-natal concretizados pelas gestantes a persistência de altos índices de mortalidade materna e neonatal podem relacionar-se a causas preveníveis e não detectadas na assistência, sugerindo falha na qualidade deste serviço ou um serviço inadequado.

Almeida et al.(2011), referem que a assistência pré-natal ausente ou inadequada vem sendo apontada em diversos estudos como fator de influência ao risco de mortalidade neonatal. Seu efeito sobre a mortalidade do recém-nascido é indireto, uma vez que a assistência pré-natal adequada pode identificar algum desajuste e atuar a tempo para prevenir as complicações, o que minimizaria o impacto de possíveis intercorrências da gestação.

Sabe-se ainda, que a assistência pré-natal auxilia no acompanhamento do desenvolvimento da gestante, assim como pode identificar, prevenir ou até mesmo intervir

precocemente em possíveis complicações provenientes da própria gestação. Sendo assim, surgiu o seguinte problema: Será que o pré-natal realizado adequadamente irá interferir sobre a redução de complicações materno/fetal, possibilitando a otimização da saúde da gestante e do neonato?

Diante desta sugestiva, o principal objetivo deste estudo foi verificar influência do acompanhamento pré-natal na saúde da puérpera e do neonato, analisando a influência do nível de escolaridade da gestante relacionado ao número de consultas realizadas no pré-natal, buscando analisar o estado nutricional e as principais complicações ocorridas na mulher no período gestacional e identificar o peso e as condições se saúde do neonato, observando as morbidades neonatais predominantes.

De acordo com as considerações supracitadas e tendo em vista a influência das consultas pré-natais na prevenção e identificação precoce de possíveis complicações advindas de sua realização inadequada ao binômio mãe-feto, justifica-se a necessidade de descrever a sua importância à profissionais e acadêmicos da saúde, que lidam com essa assistência e/ou com os processos patológicos potenciais a gestante e ao neonato, para que tornem-se capacitados para incentivo dessa assistência, tornando possível o atendimento adequado as suas necessidades, e consequente redução no quadro de complicações, ainda sendo possível o fornecimento de dados que irão fortalecer tal assistência, sendo possibilitado um maior investimento de medidas públicas na saúde da gestaste e do neonato.

Diante do exposto, este estudo se torna pertinente e relevante, ao acrescentar no aspecto social de maneira informativa as mulheres não gravídicas e àsgestantes a respeito da assistência pré-natal, suas contribuições e seu impacto na saúde do recém nascido, como também irá contribuir para o conhecimento científico baseado na literatura sobre o tema, acrescentando nos conhecimentos atualizados ao profissional e ao acadêmico da área da saúde.

CAPÍTULO 1 – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Segundo Brasil (2006), a assistência pré-natal deve ser realizada de maneira a incluir ações da atenção primária de saúde, envolvendo procedimentos para promoção da saúde e prevenção de doenças, além de ser realizado diagnóstico etratamento dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período. As consultas no decorrer do pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde, onde a gestante se dirige ao serviço ou durante visitas domiciliares dos profissionais habilitados ao acompanhamento.

O autor supracitado define que o calendário de atendimento da assistência pré-natal deve ser programado antecipadamente de acordo com o período gestacional da mulher, esse que determina maior ou menor risco materno e perinatal. O pré-natal deve ser iniciado de maneira precoce no primeiro trimestre da gestação e deve ser cumprido de forma regular e completa para que possa ser garantida a realização da gama de avaliações propostas na assistência. Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas de maneira progressiva, onde preferencialmente, será abordada uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre e, para controle do serviço de saúde, é realizado preenchimento do cartão da gestante e da ficha de pré-natal.

Phafoli, Van Aswegen e Alberts (2007), relatam como um dos principais focos de interesse de estudos internacionais, as razões responsáveis por reduzidas ou não realizações do acompanhamento pré-natal por gestantes de pouca idade e quando realizadas, ocorre um atraso nessa busca, pelo fato de pouco conhecimento sobre a importância desse tipo de cuidado, por medo da reação familiar ou mesmo por negação da gravidez.

De acordo com Brasil (2012), o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe às mulheres que realizam o acompanhamento do pré-natal ultimamente, uma quantidade de 23 exames, que incluem teste anti-HIV, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para hepatite B (HBsAg), hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), glicemia de jejum, dentre outros à serem realizados durante a assistência. Mesmo com esta cobertura, os cuidados para garantir uma gravidez saudável devem começar antes da fecundação, quando ocorre o planejamento familiar.

No Brasil, a quantidade de mulheres, com acesso ao acompanhamento pré-natal vem aumentando ao longo dos anos. Em 1986, a proporção de grávidas que nunca realizou pré-natal era de 26%. Em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) identificou a diminuição deste índice para 1,3%.

Além disso, contabilizou-se que pelo menos 61% das mulheres nesta situação tinham passado por sete ou mais consultas de avaliação, inclusive com a realização de exames, e que

o número de consultas por mulher passou de 1,2 em 1995 para 5,4 em 2005. Esse aumento no número de consultas pode estar relacionado à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estudo realizado em Araguari-MG com 147 gestantes em acompanhamento pré-natal mostrou que as mulheres acompanhadas na ESF tinham maior nível de adesão às consultas (92,7%) quando comparadas ao valor de 78,4% das gestantes acompanhadas em outro serviço público de saúde (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

Miranda e Fernandes (2010), relatam que no Brasil, embora tenha ocorrido uma grande ampliação das redes básicas de saúde assim como da ESF, prosseguem desigualdades entre as regiões do país no que fere a atenção pré-natal. A condição sócio-econômica das gestantes é um fator que interfere na realização do pré-natal no que se refere à dificuldade no deslocamento até a unidade de saúde que se torna um dos principais fatores para que as mulheres não iniciem o pré-natal no momento oportuno ou que concluam sua assistência satisfatoriamente.

O Ministério da Saúde (MS), em 12 de Janeiro de 2012 publicou a portaria regulamentando o auxílio para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, estabelecido pela Medida Provisória 577, lançada pela Presidenta da República, Dilma Rousseff, no final do ano passado. O benefício de até R$ 50 tem o objetivo de incentivar as gestantes à realizem o pré-natal completo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas. A adesão ao benefício é voluntária, o nome não é divulgado e todas as informações sobre assistência serão mantidas em sigilo (BRASIL, 2012).

Para Duarte e Andrade (2008), o acompanhamento pré-natal não deve se restringir aos procedimentos clínicos, mas, devem-se incluir programas de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos sócio-econômicos, antropológicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais da saúde que assistem as gestantes, buscando entendê-las no contexto em que vivem.

Rios e Vieira (2007), descrevem que a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito respeitável, contudo é no pré-natal que a mulher necessitará de melhor orientação para que possa vivenciara gestaçãoe o parto de maneira positiva, além de ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

CAPÍTULO 2 – SAÚDE DA GESTANTE

2 SAÚDE DA GESTANTE

Accioly, Saunders e Lacerda (2009), afirmam que é nesse período que ocorrem no organismo diversas modificações físicas, fisiológicas e psicológicas que regulam as funções orgânicas materna para garantir o desenvolvimento do concepto, onde muitos dos resultados obstétricos indesejados podem ser evitados através de ações de saúde voltadas para as gestantes, destacando-se as ações de educação e orientação nutricional individualizada.

Essas mudanças são decorrentes da necessidade aumentada de nutrientes essenciais, como as proteínas, carboidratos e lipídios, bem como dos micronutrientes. Tendo em vista o crescimento e desenvolvimento fetal e o decorrer de uma gestação saudável, os cuidados com a alimentação materna devem ser redobrados, pois a nutrição materna é a única fonte de nutrientes do feto (BELARMINO et al., 2009).

2.1 PRÉ-NATAL NA SAÚDE DA MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO

Peixoto et al. (2011), relatam que um pré-natal programado alcançado de maneira favorável e com qualidade é uma representação da importância do serviço de saúde, a partir dos profissionais que devem estar preparados e habilitados para receberem as gestantes e fornecerem uma assistência pré-natal completa e de qualidade. Dessa forma, o profissional que recebe a gestante na unidade de saúde quando para execução do pré-natal deve estar atento nos fatores globais que dizem respeito à gestante, além dos fatores de natureza física, de ordem emocional, econômica e familiar, visto que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta pré-natal e, consequentemente, na qualidade do acompanhamento.

Brasil (2006), afirma que estudos evidenciam a realização do pré-natal no início da gravidez para uma melhor determinação da idade gestacional da mulher, conhecimento precoce de ocorrência de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultrassonografia realizada a partir da assistência pré-natal possibilita a indicação de anormalidades para posterior intervenção que resultam na redução da morbidade e mortalidade perinatal.

Reis (2010), confere ao pré-natal a contribuição para uma ágil detecção de malformação do feto a partir da disponibilização de exames cada vez mais avançados que culminam em diagnósticos precisos com caráter de antecedência, ainda no período em que a gestante estiver realizando a assistência pré-natal.

Segundo Franciotti, Mayer e Concelier (2010), os fatores maternos associados ao Baixo Peso ao Nascer (BPN) estão relacionados à raça negra na gestação, pequeno ganho de peso durante a gestação (< 4,5kg), baixo peso pré-gestacional (<45kg), tabagismo materno, consumo de drogas na gestação (álcool, maconha), ausência de assistência pré-natal, baixa estatura materna, doença hipertensiva específica gestacional, idade materna avançada (acima de 35 anos) ou mães muito jovens (com menos de 20 anos), abortos espontâneos recorrentes (dois ou mais abortos) e história prévia de filho com BPN e/ou Pequeno pra Idade Gestacional (PIG). A assistência pré-natal bem realizada contribuirá para a redução dos fatores de risco materno e consequente ausência de complicações aos neonatos.

As Complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal, ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações e são mais comuns em mulheres nulíparas, em gestação múltipla, mulheres com hipertensão há mais 4 anos, história de hipertensão em gravidez prévia e de doença renal, ou mulheres com história familiar de pré-eclâmpsia (BRASIL, 2006). Umas das muitas contribuições do pré-natal é a identificação de patologias pré-existentes da mulher, com base em exames laboratoriais e na avaliação do profissional a partir do acompanhamento clínico a cada consulta, assim, uma assistência de qualidade e iniciada tão logo seja detectada a gravidez, conseguirá amenizar diversas dessas consequências à gestante e ao feto.

Para Martins Neto et al. (2010), as avaliações realizadas nas consultas pré-natal no período gestacional tem objetivo, dentre outros, a identificação dos fatores de risco ao feto, que ocorrem devido à complicações da própria gestação. Umas dessas é a hipóxia que atinge o produto conceptual, logo identificado o risco podem-se aplicar intervenções clínicas adequadas que possam reduzir a mortalidade e as morbidades perinatais.

Segundo Calderon et al. (2006), o planejamento da atenção pré-natal é indicador da qualidade da assistência prestada à mulher no período reprodutivo e se reflete nos índices de morbimortalidade materna. Para Sabino (2007), este planejamento deve considerar que a população de mulheres na fase reprodutiva, representa importante parcela da população geral, desempenhando socialmente papel para a constituição e manutenção da família, desde a concepção ao cuidado durante o crescimento dos filhos.

Sabino (2007), continua expressando que a cada ano, cerca de 120 milhões de mulheres engravidam e que mais de meio milhão dessas chegam ao óbito devido complicações e intercorrências durante a gravidez, o parto ou puerpério, relevando-se quando é analisado o fato de que a gravidez não é um estado de enfermidade, portanto sendo possível a redução desse índice de mortalidade já que essas podem ser evitadas.

2.2 ESTADO NUTRICIONAL DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO

De acordo com Neves Filho et al. (2011), em relação à desnutrição da gestante, buscando analisar essa correlação com o baixo peso do neonato, avaliou-se o Índice de Massa Corpórea (IMC) para classificar as pacientes quanto ao estado nutricional no início da gravidez, para isso consideraram como critério o grupo de mulheres que apresentou IMC <18 como indicativo de algum grau de desnutrição. A população foi contida por 64 mulheres entre adolescentes e adultas que atingiram o critério proposto para desnutrição, das quais 49 (76,6%) tiveram bebês com peso >2500g e 15 (23,4%), bebês com baixo peso, onde dessas 15 gestantes com IMC baixo e neonatos de baixo peso o escore de adultas foi 5 (33,3%) e as adolescentes 10 (66,6%), respectivamente. Sendo possível verificar que gestantes adolescentes com índice de desnutrição, têm maior predisposição a recém-nascidos de baixo peso.

De acordo com Meller e Santos (2009), a ocorrência de desnutrição materna durante a gestação é fator de risco para o surgimento de série de complicações intra e extra-uterina, como a ocorrência de baixo peso ao nascer, o que reflete nos elevados índices de morbimortalidade infantil.

Saunders e Bessa (2005), relatam que a identificação precoce na inadequação nutricional da mulher gestante contribui para realização de procedimentos oportunos, resultando em um impacto positivo nas condições de nascimento da criança, reduzindo a incidência de mortalidade neonatal. Discorre ainda, que o ganho excessivo de peso é inadequado a saúde da gestante, sendo descrito como fator de risco relacionado à complicações gestacionais, tais como macrossomia fetal, diabetes gestacional, necessidade de parto cirúrgico, fatores que aumentam as chances de mortalidade materna e do neonato.

Padilha et al. (2007), afirmam que as medidas antropométricas são recomendadas e empregadas para o acompanhamento nutricional de gestantes, devido à sua importância reconhecida na prevenção da morbimortalidade perinatal. Bertin et al. (2006) descrevem que é importante a avaliação dietética da gestante por meio de inquéritos alimentares, pois esse pode detectar problemas nutricionais específicos já existentes, que podem ser prejudiciais no decorrer da gestação.

CAPÍTULO 3 – SAÚDE NEONATAL

3 SAÚDE DO NEONATO

3.1CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERÍODO NEONATAL

De acordo com Leone (2004), a partir da idade gestacional (IG) é possível classificar o recém-nascido, onde é denominado neonato nascido pré-termo quando nasce até 36 semanas e 6 dias de IG; quando nasce entre 37 e 41 semanas e seis dias é considerado neonato a termo e nascido pós-termo aquele que nasce com tempo superior a 42 semanas de IG.

Segundo Silvaet al. (2010), consideram-se crianças no período neonatal até 28 dias depois do nascimento, enfatizando que essas têm ganhado bastante impulso no contexto brasileiro devido a sua relevância na composição das taxas de mortalidade infantil.

De acordo com Barbas et al. (2009), é classificado como recém-nascido de MBP um valor <1.500g , para BPN peso inferior a 2.500g. A categoria de peso ao nascer de 3.000 a 3.999g é considerada satisfatória ou adequada, por representar um menor risco de morte infantil e macrossômicos para recém-nascidos ≥ 4000 g. Ainda referente ao peso ao nascer, segundo a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), é classificado os valoresentre 2500 - 3000 g como peso insuficiente.

Segundo Barbas et al. (2009), o peso ao nascer é o principal fator particular que influencia no estado de saúde e sobrevivência da criança, especialmente no primeiro mês de vida. Paula et al. (2011), afirma que o BPN é uma das grandes ansiedades em termos de saúde pública por relacionar-se ao aumento da morbimortalidade neonatal e associar-se às condições biológicas do recém-nascido.

3.2 O PERÍODO GESTACIONAL E SUA RELAÇÃO COM A PROTEÇÃO DA SAÚDE DO NEONATO

Brasil (2006), descreve alguns fatores de risco ocorridos no período gestacional como predisponente ao acontecimento da morbimortalidade em neonatos. Referem a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, denominada deslocamento prematuro da placenta, que ocorrem em cerca de 0,5 a 1% de todas as gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

O autor supracitado relata que o diabetes gestacional é responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, notadamente pela macrossomia fetal e malformações congênitas. A Gestação prolongada, devido ao declínio das funções placentárias que ocorre

em torno da 36ª semana, onde essa atinge sua plenitude, apresentando a partir desse declínio calcificações e outras alterações que são responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com aumento da morbimortalidade perinatal.

De acordo com os dados mais atualizados do Ministério da Saúde em 2007, a taxa de mortalidade infantil na Paraíba foi 31 óbitos por milnascidos vivos, superior à do Brasil (20) e da Região Nordeste (28). Em 2007, a mortalidade neonatal correspondeu a aproximadamente dois terços da mortalidade infantil no país, na Região Nordeste e no estado da Paraíba. Essa proporção elevada deve-se à ocorrência de causas de óbito de difícil prevenção e tratamento, como afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas. Ainda em 2007, a mortalidade pós-neonatal representou aproximadamente um terço da mortalidade infantil no país, na Região e no estado da Paraíba (BRASIL, 2009).

Franciotti, Mayer e Concelier (2010), em seu estudo trazem outros fatores de risco frequentemente observados em recém-nascidos correlacionados às características das gestantes, como baixa estatura materna e menor ganho de peso na gestação. Seus resultados demonstraram diferença estatisticamente significativa entre casos e controles (p =0,01). A baixa estatura materna esteve relacionada com a restrição do crescimento intra-uterino (p =0,03). No presente estudo as mães que ganharam menos de 10kg na gestação tiveram 2,2 vezes mais chance de terem filhos com BPN (p=0,002).

O BPN representa um importante fator de risco para múltiplos problemas ao neonato, acarretando doenças infecciosas, principalmente diarreia, infecções respiratórias agudas e atraso no crescimento e desenvolvimento, além de uma taxa excessiva de mortalidade infantil. Os mecanismos que levam ao BPN são o encurtamento da gestação ou idade gestacional insatisfatória (prematuridade), o crescimento intra-uterino restrito (desnutrição intra-uterina) ou uma combinação dos dois (BARBAS et al. 2009).

CAPÍTULO 4 – PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O estudo tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa relacionada à influência do acompanhamento pré-natal na assistência e proteção da saúde da gestante e dos neonatos nascidos em uma maternidade pública localizada na cidade de Patos no estado da Paraíba.

Neves e Domingues (2007), expõem a estatística descritiva, a partir da sua função de organização e descrição dos dados coletados, engloba a obtenção dos dados estatísticos, sua organização, redução e representação, e, ainda, a obtenção de informações que auxiliam na descrição do fenômeno observado. Descreve ainda, a pesquisa quantitativa como uma análise de dados de opiniões e informações colhidas que podem ser traduzidos em números e em seguida, utilizando técnicas estatísticas, para que sejam realizadas tabulações e a posterior apresentação dos resultados.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por 240 mulheres puérperas que realizaram algum procedimento em uma maternidade pública na cidade de Patos no estado da Paraíba e que estiveram internadas na referida maternidade. A amostra foi composta de 60 puérperas.

A amostragem foi do tipo não probabilística, levando-se em consideração o critério de acessibilidade.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão para seleção dos prontuários desta pesquisa, foi exigido como pré-requisito, que a mulher estivesse no puerpério, prontuários de puérperas que contivessem no mínimo uma consulta pré-natal durante a gestação, que contenham informações sobre os neonatos, que tenham sido submetidas ao parto entre o período pré-estabelecido para realização da pesquisa e que estivessem internas na maternidade no período do estudo, podendo assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE A). Como critérios de exclusão estiveram prontuários que não estivessem datados ou ilegíveis, que não possuíssem informações detalhadas sobre o pré-natal realizado pela gestante, prontuários que não estivessem disponíveis nos postos de enfermagem da referida maternidade e prontuários de puérperas que tivessem interrompido por espontânea vontade a gravidez.

4.4 RISCOS E BENEFÍCIOS OFERECIDOS PELA PESQUISA

A presente pesquisa ofereceu risco mínimo e previsível aos seus participantes, porém os pesquisadores fizeram o possível para que não ocorresse nenhum dano ao participante. Estes riscos poderiam ser de ordem moral, como algum constrangimento, os quais foram possíveis ser atenuados, ou minimizados por meio de uma conversa franca e esclarecedora, deixando claro que o indivíduo poderia deixar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. E os benefícios foram de grande valia, pois esta pesquisa visou elucidar as próprias puérperas quanto aos benefícios do programa de assistência pré-natal bem sucedido e ainda contribuindo para o enriquecimento do conhecimento acadêmico e científico.

4.5 RESULTADOS ESPERADOS

Esperou-se com a realização deste estudo encontrar relação entre a realização do pré-natal adequado e a ocorrência ou não de patologias neonatal, elucidando o profissional da saúde quanto as vantagens dessa estratégia, colaborando para que esse torne-se ainda mais capacitado para realização de incentivo da assistência pré-natal à gestante, fornecendo assim, a implementação de ações mais eficazes e rápidas com vistas a resolver os problemas identificados para redução no quadro de complicações neonatais.

4.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação deste estudo com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, com protocolo número: 106/2012 (ANEXO A) se deu início a coleta de dados a partir da coleção de elementos contidos nos prontuários das puérperas de uma maternidade pública da cidade de Patos - Paraíba, que foram assistidas na realização do seu parto. Como instrumento de

coleta de dados foi confeccionado um roteiro contendo15 (quinze) questões que serviu como guia no recolhimento dos dados dos prontuários das puérperas e recém-nascidos (APÊNDICE B).

As variáveis selecionadas para compor esse roteiro em relação à puérpera foram de caráter sócio-demográfico (idade, escolaridade, ocupação, estado civil), sobre a realização da assistência pré-natal (início do pré-natal, número de consultas e exames realizados), saúde da gestante (peso no início e ao final da gestação, tipo de parto e complicações) e em relação aos neonatos, as variáveis se detiveram ao seu estado de saúde (peso ao nascer, maturidade, morbidades, ocorrência de óbitos).

A coleta dos dados se deu quando o pesquisador se dirigiu ao encontro das puérperas internadas nas enfermarias da referida maternidade, onde essas foram selecionadas de forma aleatória. O pesquisador realizou a leitura clara e objetiva do TCLE à puérpera e solicitou através da assinatura deste, a autorização da mesma para que o pesquisador tivesse acesso ao seu prontuário e ao prontuário do recém-nascido. Quando assinado o termo de consentimento, o pesquisador se dirigiu ao posto de enfermagem do pavilhão da maternidade, portando o instrumento de coleta dos dados como também a cópia do termo de autorização institucional (ANEXO B), onde foi possível acesso ao prontuário da puérpera e do neonato, e coleta das variáveis desta pesquisa. Os dados foram coletados em um período entre os meses de Agosto e Setembro de 2012,o que somaram um total de 60 prontuários.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise quantitativa, foram realizadas interpretações e comparações dos elementos, sendo lançados os resultados em tabelas e figuras legendadas. Esse processo foi realizado através de estatística descritiva, utilizando medidas de média e desvio padrão como subsídios para análise a partir do uso do *Statistical Package for Social Science* (SPSS)® versão 18.0 para o Windows e o *Software Microsoft Excel*®, versão 2010.

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A realização deste estudo considerou rigorosamente as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente. Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, expediram concordância documentada assinando o TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o voluntário e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos será garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C).

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao serem realizadas as consultas dos prontuários das puérperas seguindo o direcionamento do percurso metodológico, foi possível a caracterização da amostra, sendo descritas a seguir na Tabela 1.

Tabela 1 – Variações sócio-demográficas das mulheres internas em uma maternidade pública da cidade de Patos – PB

VARIÁVEIS	Categorias	f	%	%a.c
Idade	< 18	08	13,0	13,0
	18 – 28	30	50,0	63,0
	29 – 39	21	35,0	98,0
	40	01	2,0	100,0
Escolaridade	Não alfabetizado	01	1,7	1,7
	Ensino Fundamental	25	41,7	43,3
	Ensino Médio	23	38,3	81,7
	Ensino Superior	11	18,3	100,0
Ocupação	Secretária	02	3,3	3,3
	Enfermeira	01	1,7	5,0
	Balconista	01	1,7	6,7
	Artesã	01	1,7	8,3
	Técnica Administrativa	01	1,7	10,0
	Vendedora	06	10,0	20,0
	Professora	04	6,7	26,7
	Do Lar	22	36,7	63,3
	Estudante	07	11,7	75,0
	Agricultora	15	25,0	100,0
Estado Civil	Solteira	29	48,3	48,3
	Casada	31	51,7	100,0
TOTAL		60	100,0	100,0

FONTE – Prontuários das puérperas assistidas no local da pesquisa
f: Frequência; %: Porcentagem; %a.c: Porcentagem acumulada.

Conforme apresentado na Tabela 1a análise das variáveis relativas às características das puérperas demonstrou que a idade média materna foi de 24 anos (±7,4), variando de 18 a 40 anos de idade. A faixa etária predominante incidiu sobre 18 a 28 anos, que corresponde a 30 (50%) das puérperas e idade entre 29 a 39 anos (35%), eram adolescentes 08 (13%) das puérperas. Na variável referente à escolaridade, verificou-se que 42% (n=25) concluíram o ensino fundamental, 38% (n=23) o ensino médio, 18% (n=11) o ensino superior e 2% (n=01) não possuem estudos. Em relação à ocupação 36,7% (n=22) se dedicavam ao lar, 25% (n=15) eram Agricultoras, 11,7% (n=07) tinha o estudo como principal ocupação, 10% (n=06) eram Vendedoras, 6,7% (n=04) Professoras, 3,3% (n=02) Secretárias, 1,7% (n=01) Enfermeira, 1,7% (n=01) Balconista, 1,7% (n=01) Artesã e 1,7% (n=01) Técnica Administrativa. Quanto

ao Estado Civil observou-se que 52% (n=31) das puérperas eram Casadas e 48% (n=29) Solteiras, não havendo Divorciadas ou viúvas.

Barbosa, Silva e Moura (2011), em seu estudo identificaram média de idade de 27,0 ± 5,2 anos, com o mínimo de 21 anos e máximo de 37. Miranda e Fernandes (2010) com o objetivo de avaliar a assistência pré-natal nos serviços de saúde do município de Araguari-MG, assemelhando-se a esta investigação demonstrou que das 147 mulheres que compuseram sua amostra, apresentaram idade média de 25,7 anos (variação=18 a 45). Tais autores consideram essa faixa etária como ótima do ponto de vista reprodutivo, pois é observado um menor risco perinatal. Sendo 61 (41,5%) casadas e 46 (31,3%) solteiras. Em dissonância com este estudo, no que toca a variável escolaridade, houve predominância do ensino médio completo 48 (32,7%).

Quanto ao estado civil, é importante ser considerado a situação conjugal de viver matrimonialmente, pois poderia ser apresentada como fator protetor para o peso ao nascer pela presença do marido ou companheiro tanto no aspecto psicológico como no econômico (NASCIMENTO, 2003).

Barbosa, Silva e Moura (2011), caracterizando as gestantes da sua pesquisa, observaram que quanto à profissão, 5% atuavam como auxiliar administrativo, 80% donas de casa, 5% passadeira, 5% trabalhavam como domésticas fora de suas residências e 5% era administradora, o que demonstra a relação com este estudo onde a maior quantidade de gestantes se dedicavam as atividades do lar.

Estudos demonstram que o número de consultas pré-natais e a sua realização adequada podem ser influenciadas pelo nível escolar das gestantes, dessa forma a Tabela 2 apresenta a distribuição dessas variáveis.

Tabela 2 – Distribuição do número de consultas pré-natal e escolaridade descrita em anos de estudos completos

Pré-Natal	03 a 04		05 a 06		07 a 08		09 a 10	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0 anos	0	0	1	6,7	0	0	0	0
01 a 08 anos	5	45,5	6	40,0	9	34,6	5	62,5
09 a 11 anos	4	36,4	6	40,0	10	38,5	3	37,5
> 11 anos	2	18,1	2	13,3	7	26,9	0	0
TOTAL	11	100,0	15	100,0	26	100,0	8	100,0

FONTE -Prontuários das puérperas assistidas no local da pesquisa
f: Frequência; %: Porcentagem.

Na Tabela 2 estão dispostos os escores relacionados ao número de consultas pré-natal realizado pelas gestantes e a escolaridade dessas (descrito em anos completos). Verifica-se

que as gestantes com escolaridade entre 1 a 8 anos, tiveram a maior quantidade de consultas pré-natais realizadas (09 a 10), conferindo a essas 62,5% (n=5), seguido por 38,5% (n=10) das gestantes com 09 a 11 anos de escolaridade, que realizaram de 07 a 08 consultas pré-natais durante a gestação. As gestantes com nível de escolaridade maior do que 11 anos completos, obtiveram escores de 26,9% (n=7) com 07 a 08 consultas realizadas. Analisa-se ainda, que 26 (43,3%) gestantes da amostra total, realizaram de 07 a 08 consultas durante a gestação, sendo o pré-natal em números de consultas considerado satisfatórios. A média de consultas realizadas foi de 7,5 variando de no mínimo 03 e no máximo 10 consultas, sendo as gestantes acompanhadas por Enfermeiras ou Médicos.

Santos et al. (2009), analisando o pré-natal das gestantes de seu estudo, no que diz respeito ao número de consultas no pré-natal, dissonante à essa verificação observou-se que grande parte das pacientes frequentou número de consultas considerado regular (quatro a seis consultas), sendo 275 adolescentes (50,1%), 782 adultas (51,9%) e 61 em idade superior a 35 anos (43,3%), neste último grupo encontramos o maior percentual de mulheres que frequentaram número de consultas no pré-natal considerado adequado de acordo com o Ministério da Saúde, com seis ou mais consultas no pré-natal. Carvalho (2007) em uma pesquisa realizada em Recife relata que a cobertura do pré-natal foi adequada com 96,1% das gestantes atuantes da atenção pré-natal, sendo a média de consultas 5,3.

Camiña (2005), em estudo sobre baixo peso ao nascer e fatores associados, igualmente a esta pesquisa, observa que as mães com grau de escolaridade superior a três anos apresentam maior interesse ao acompanhamento de sua gestação, dando mais importância ao pré-natal, reduzindo assim a possibilidade de RN baixo peso.

A idade gestacional em que a mulher inicia o pré-natal e a realização dos exames no pré-natal são fatores condicionantes para o desfecho favorável do processo gestacional. O início precoce do pré-natal é considerado um indicador sensível da adequação e do impacto dos programas de intervenção nesta área como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição referente ao início pré-natal e exames laboratoriais realizados lançados de acordo com trimestre gestacional

VARIÁVEL								
Início do pré-natal	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
	36	60	22	36,7	02	3,3	60	100,0
Realização de exames laboratoriais	TODOS		ALGUNS		TOTAL			
	f	**%**	**f**	**%**	**f**		**%**	
	36	60	24	40	60		100,0	

FONTE -Prontuários das puérperas assistidas no local da pesquisa
f: Frequência; %: Porcentagem

A Tabela 3 discorre sobre o início do pré-natal referente ao trimestre gestacional, como também demonstra sobre a realização dos exames laboratoriais ditos mínimos pelo Ministério da Saúde. Onde se observou o maior percentual 36 (60%) gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, seguido por 22 (36,7%) que iniciaram no segundo trimestre. Em relação aos exames laboratoriais 36 (60%) realizaram todos e 24 (40%) realizaram alguns dos exames laboratoriais mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde na atenção pré-natal (ABO-Rh, VDRL, urina tipo I, glicemia de jejum, Hb/Ht, anti-HIV).

Peixoto et al. (2011), a respeito dos exames preconizados no estudo sobre o pré-natal na atenção primária, em discordância a este trabalho verificaram que 57,5% das gestantes não haviam realizado todos os exames, existindo a hipótese de algumas destas 42,5% terem realizado parte dos exames e não todos, por algum problema pessoal ou dificuldade na sua marcação.

Nochieri et al. (2008), no artigo intitulado "Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de uma instituição filantrópica de São Paulo" diferentemente deste estudo observou que 50,7% gestantes da amostra, realizaram a primeira consulta no 3º trimestre da gravidez, sendo a maioria 82 (73,9%) gestantes adultas, continuando observou-se que 40,2% iniciaram o pré-natal no 2° trimestre de gestação.

Neves Filho et al. (2011), analisando o início do pré-natal das gestantes utilizando-se o critério de assistência pré-natal de qualidade mínima tendo início no primeiro trimestre gestacional e com pelo menos, seis consultas, constaram que 207 (37,4%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, sendo essas 74 (34,7%) adolescentes e 133 (39,1%) adultas.

As complicações no período gestacional podem ser bastante variadas, essas que geralmente podem ser identificadas e controladas ao longo da gestação, a Figura 1 exibe as principais complicações encontradas nesta averiguação.

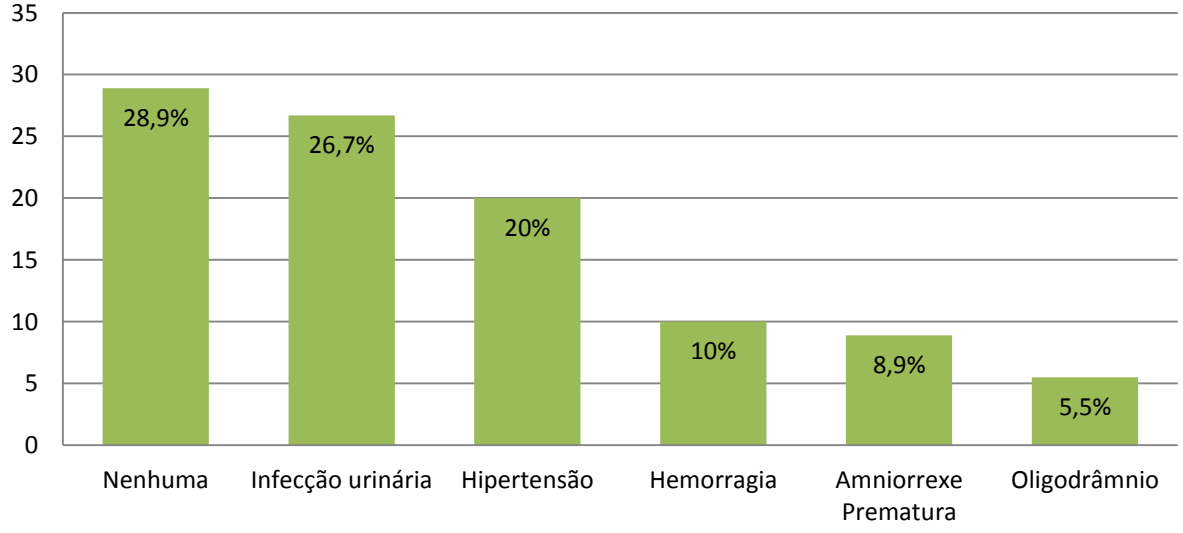


Figura 1 – Distribuição das complicações ocorridas no período gestacional das mulheres internas em uma maternidade pública da cidade de Patos – PB

Conforme os dados da Figura1, 26 (28,9%) das gestantes não apresentaram nenhum tipo de complicação durante a gestação, seguido pela ocorrência de infecção do trato urinário 24 (26,7%) que foi apontada como a principal complicação encontrada neste estudo e 12 (20,0%) apresentaram a hipertensão durante o período gestacional.

Santos et al. (2011), na análise de gestantes internas em um hospital público, analisou que a maioria das gestações transcorre sem intercorrências, expressando um período de saúde da mãe e do concepto, confirmando esta pesquisa, onde a maior porcentagem de gestante não apresentaram complicações durante a gestação. Entretanto, algumas gestantes podem apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal. Todos os fatores de risco ligados à gestação podem estar relacionados a condições sociais, econômicas, antecedentes familiares de doenças e, com grandes possibilidades, à alimentação.

Amadei e Merino (2010), referem à hipertensão arterial como a complicação mais comum na gravidez, conferindo e a interferência do estado nutricional nas gestantes como fator determinante no desfecho da gestação. Figueiredo, Gomes e Campos (2012) narram que as infecções do trato urinário representam as infecções bacterianas mais frequentes da gravidez e seguem como complicações de cerca de 20% das gestações, sendo responsáveis por 10% dos internamentos durante a gravidez.

Segundo o Comitê Municipal de estudos sobre Mortalidade Materna do Recife (2008), a hipertensão arterial é a doença que mais frequentemente se manifesta na gravidez, complicando-a, chegando à incidência de 5% a 10%. A infecção urinária é a segunda causa de intercorrência clínica em gravidez. Sendo que a maior incidência na gestante é decorrente das alterações anatômicas e funcionais que ocorrem no trato urinário, durante o estado gestacional. Incide em aproximadamente 10 a 12% das gestações, ocorrendo principalmente no 1º trimestre. A grande maioria se manifesta como cistite (±98%) e os 2% restantes como pielonefrite.

Em estudos são identificados afirmativas de que o estado nutricional materno no início e no final da gravidez, assim como o ganho ponderal insuficiente podem se mostrar associados ao peso do RN ao nascimento, a variação do peso pré e pós-gestacional estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Variação de peso pré-gestacional e no final da gravidez

Peso	Média	Desvio Padrão (DP)	Valor mínimo	Valor máximo
Pré-gestacional	58,7	10,5	38,0	82,0
Final da gestação	69,9	11,9	48,1	94,7

FONTE – Prontuários das puérperas assistidas no local da pesquisa

Como visto na Tabela 4 houve a descrição da variação de peso pré-gestacional e no final da gravidez, com representação dos valores de média, valor mínimo e máximo. Observou-se que dentre as gestantes analisadas o peso pré-gestacional apresentou uma média de 58,7 kg (± 10,5 kg), tendo os valores mínimo e máximo de 38,0 kg e 82,0 kg, respectivamente. Em relação ao peso atual houve média de 69,9 kg (±11,9 kg) e os valores mínimo e máximo, corresponderam a 48,1 kg e 94,7 kg.

Para Rocha et al. (2005), a recomendação para o ganho de peso gestacional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) pré gestacional é de 12,5kg a 18,0kg para gestantes com baixo peso, de 11,5kg a 16,0kg para gestantes com IMC pré-gestacional adequado e para gestantes com excesso de peso, entre 7,0kg a 11,5kg, durante todo o período gestacional

Na avaliação do estado nutricional inicial materno no estudo de Melo et al. (2005) foi exibido que metade das gestantes eram eutróficas (IMC adequado) e o restante da distribuição ficou dividido entre o excesso de peso e a desnutrição. O peso materno no inicio da gestação variou de 41,2 a 99,4 kg, com peso médio de 60,3 ± 11,0 kg. A média do ganho de peso total foi de 10,3 ± 3,6, corroborando com este estudo, onde obtivemos um ganho de peso de 11,2kg dentre o período pré-gestacional e atual.

As altas prevalências de cesárea se alinham aos valores observados em todo o País. Estudos recentessugerem que o incremento da frequência de interrupção da gestação para realização de parto cirúrgico pode, em parte, explicar o aumento da prematuridade e do BPN (BRASIL, 2008), como visto na Figura 2.

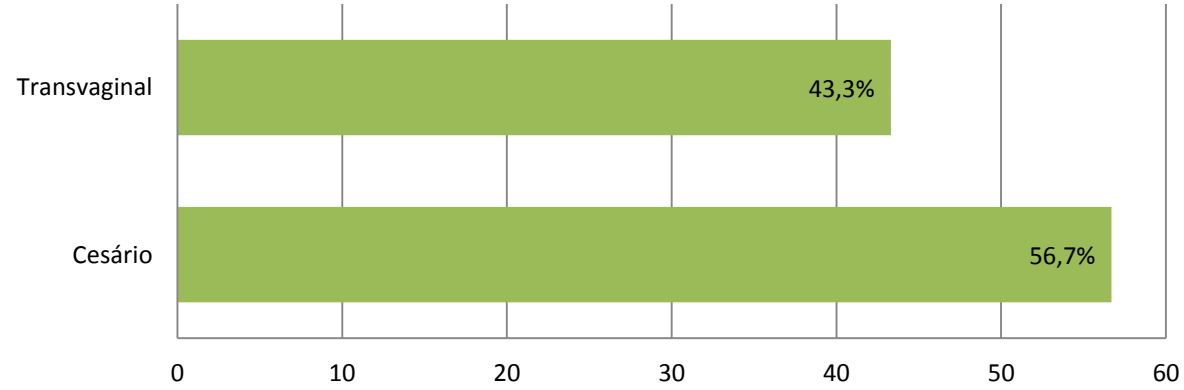


Figura 2 – Distribuição do tipo de parto das mulheres internas em uma maternidade pública da cidade de Patos – PB

Na Figura 2 está demonstrado o tipo de parto realizado pelas gestantes, tendo como maior incidência o parto Cesário com 34 (56,7%), seguido pelo parto transvaginal com 26 (43,3%).

A elevação das taxas de cesárea nos últimos vinte anos, bem como as diferenças observadas entre os países, deve ser contextualizada em função das características socioculturais, tanto quanto o modelo de saúde praticado, os quais poderiam influenciar na escolha pelo tipo de parto (PATAH; MALIK, 2011).

Rocha et al. (2011), verificando a via de parto predominante em seu estudo, dissonante a essa análise conferiu que a via de nascimento mais frequente foi o parto vaginal com (63,42%) casos. Schoeps et al. (2007), relata que esse tipo de parto é recomendado desde que as condições do feto sejam adequadas. Não havendo esta possibilidade, o parto cesáreo torna-se a melhor opção, em adequadas condições clínicas. Na pesquisa de Alves, Moraes e Vianna (2011), também predominou o parto tipo vaginal com 49,4%, seguido do cesáreo com 29,9%.

A maturidade neonatal pode colocar-se como fator preponderante na susceptibilidade do recém-nascido à aquisição de morbidades, a Tabela 5 expõe a idade gestacional em semanas dos nascimentos dos RN.

Tabela 5 – Distribuição da maturidade neonatal considerando a idade gestacional (em semanas) do seu nascimento

Semanas	n	%	Porcentagem acumulada
32 a 36	13	21,7	21,7
37 a 41	48	78,3	100
TOTAL	60	100	

FONTE -Prontuários dos neonatos assistidos no local da pesquisa

Ao analisar a Tabela 5 identifica-se que a maior incidência 48 (78,3%) dos neonatos nasceu entre a 37 e 41 semanas gestacional, o que os caracteriza como recém-nascidos termo, seguido pelos recém-nascidos pré-termos ou prematuros com 13 (21,7%) nascidos entre 32 e 36 semanas de gestação.

Alves, Moraes e Vianna (2011), em um estudo realizado no município de João Pessoa – PB, em seus resultados consonantes a esta pesquisa relata sobre as características das gestações analisadas na pesquisa, onde 44,2% das gestações foram a termo (tinham entre 37 e 41 semanas) e 33,8% pré-termo. Vasconcelos Júnior, Lima e Sherlock (2010) em seu estudo

identificaram quanto à idade gestacional que 93% das mães da sua amostra pariram entre a 37ª e 42ª semana de gestação, sendo considerado que seus filhos nasceram a termo.

Santos et al. (2009), analisando a maturidade neonatal em seu estudo, verificou que ocorreu prematuridade encontrando maior percentual entre adolescentes (21,9%), seguido das mulheres com idade avançada (19,9%) e menor entre as adultas (16,1%), já os RN termo categorizaram um percentual de (83,9%) entre as adultas, seguido das mulheres com idade avançada (80,1%) e menor entre as adolescentes (78,1%), corroborando com esta pesquisa que obteve maior percentual em relação ao nascimento neonatal com idade gestacional de 37 ou superior.

Diversas são as morbidades que podem estar associadas ao RN, essas de caráter fisiológico ou adquirido, assim, aFigura3 apresenta as principais morbidades encontradas ao longo desta pesquisa.

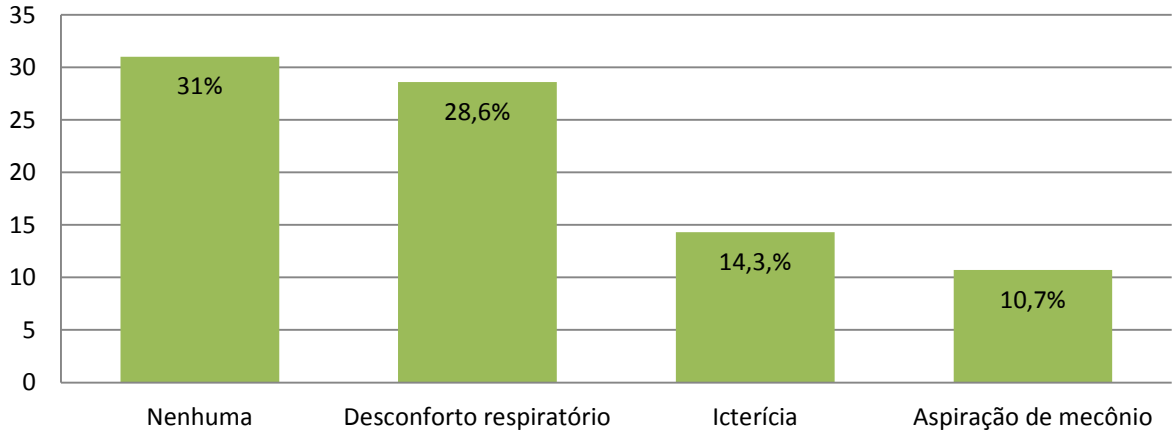


Figura3 – Distribuição das morbidades encontradas nos neonatos assistidos no local da pesquisa

De acordo com a Figura 3 em relação ao resultado sobre as principais morbidades neonatais encontradas neste estudo, demonstrou que 29 (31%) dos neonatos não apresentaram nenhuma morbidade, a principal morbidade encontrada foi o desconforto respiratório com 14 (28,6%), seguido pela icterícia com 12 (14,3%) e 5 (10,7%) aspiração de mecônio.

Basso, Neves e Silveira (2012), associando a realização do pré-natal com as morbidades neonatais, contrário a esse estudo, identificaram que a principal intercorrência ao nascimento foi à cianose com 23,2%, seguida do desconforto respiratório, com 13,9%, a hipotonia, com 12,3%, a bradicardia, com 11,3%, a apneia, com 5,6%, a aspiração de mecônio, com 5,3%, outras alterações apareceram em menor quantidade, ao serem somadas representaram 28,4%. Dentre os recém-nascidos, 29% desenvolveram distúrbios respiratórios e 21,8% infecção. Apesar de 87% das mulheres terem realizado o pré-natal, verificou-se que 68% dos neonatos dessas mulheres apresentaram algum tipo de intercorrência ao nascimento.

No Brasil, os motivos de internações hospitalares pelo SUS relacionados com afecções perinatais incluem, primeiramente, os transtornos respiratórios e, também, os transtornos relacionados com a idade gestacional e com o crescimento fetal (BRASIL, 2010).

Newman, Liljestrand e Escobar (2005), relatam que a hiperbilirrubinemia é a expressão clínica que caracteriza a icterícia, essa que é um dos problemas mais comuns no período neonatal. Em geral é de caráter benigno, mas, devido à toxicidade potencial da bilirrubina, os neonatos de risco para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa, necessitam de monitoramento para prevenir sua ocorrência.

Dargaville e Copnell (2006), asseguram que nas últimas décadas tem sido observada uma tendência para a redução da incidência da síndrome da aspiração do mecônio, tal redução que tem sido atribuída à realização de melhores práticas obstétricas, que induz a diminuição de gestações pós-termo, consequentemente, do sofrimento fetal.

A realização do número de consultas pré-natal adequado pode influenciar no desfecho do peso ao nascer, a Tabela 6expõe sobre a variação dessas variáveis.

Tabela 6 – Variação de peso neonatal ao nascer e número de consultas no pré-natal

Peso do RN	03 a 04		05 a 06		07 a 08		09 a 10	
	f	%	f	%	f	%	f	%
BPN	4	33,3	3	18,8	5	20,8	1	12,5
Insuficiente	2	16,7	1	6,2	6	25,0	2	25,0
Adequado	6	50,0	12	75,0	12	50,0	5	62,5
Macrossômico	0	0	0	0	1	4,2	0	0
TOTAL	12	100,0	16	100,0	24	100,0	8	100,0

FONTE - Prontuários das puérperas assistidas no local da pesquisa
f: Frequência; %: Porcentagem.

Conforme os dados da Tabela 6, os números de consultas pré-natais tiveram relação com o peso do neonato, onde 12 (75%) gestantes realizaram de 05 a 06 consultas e tiveram recém-nascidos com peso adequado, observou também que a maior porcentagem de peso insuficiente foi nas gestantes que realizaram número de consultas de 07 a 08, com 6 (25%) das gestantes. Ainda, que 4 (33,3%) dos neonatos nascidos com baixo peso tiveram realização de 03 a 04 consultas pré-natal no período gestacional. Foram considerados para o peso ao nascer a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) onde assumi os seguintes valores baixo peso (<2500g), peso insuficiente (2500 - 3000 g), peso adequado (3000 - 4000g). Recém-nascidos ≥ 4000 g foram classificados como macrossômicos.

Santos et al. (2008), realizando a análise no seu estudo tendo como desfecho o BPN, confirmando essa averiguação encontrou-se forte associação entre o baixo número de consultas no pré-natal e o BPN, aproximadamente três vezes maior chance de BPN entre as

pacientes que realizaram menos de quatro consultas no pré-natal, além de também estar associado à baixa escolaridade e ao início tardio do pré-natal. Antônio et al. (2009) analisando os fatores associados ao peso insuficiente (PI), após o controle dos fatores de viés, em discordância com essa pesquisa, foram identificados como maior chance para PI em crianças de termo, ser do sexo feminino, ou nascer de parto vaginal, ou ser o primeiro filho ou a mãe possuir número insuficiente de consultas no pré-natal.

Neves Filho (2005), buscando relacionar as consultas no pré-natal ao peso do RN refere ocorrência de baixo peso ao nascer associou-se com atendimento pré-natal adequado, onde entre as pacientes que realizaram pré-natal adequado, a ocorrência de baixo peso foi de 12,3%, enquanto 22,1% apresentavam peso abaixo de 2500g no grupo cuja assistência foi inadequada.

Ao estudar crianças nascidas em Pelotas, Zambonato et al. (2004), sugeriram que além do número adequado de consultas, deve-se também buscar uma melhora na qualidade da atenção, após observarem associação entre o nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional e a baixa qualidade do pré-natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assegurar uma boa evolução na gestação e preparar a mãe para o parto, puerpério e lactação, são os principais objetivos da assistência pré-natal, onde é provável identificar o mais rápido as situações de risco para a mulher e para o feto, tendo caráter preventivo o pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal oferece preparo psicológico materno para o parto, além de garantir a perfeita estruturação do organismo fetal, reduzindo a taxa de abortamento, o risco de parto prematuro e o óbito perinatal.

Assim, o presente estudo conseguiu demonstrar que a atenção pré-natal é fundamental para um desfecho satisfatório da saúde da mulher e do neonato no período gravídico e perinatal, identificando que 100% das mulheres realizaram o pré-natal, variando de 03 a 10 consultas durante os trimestres, sendo 50% com idade de 18-28 anos, escolaridade a nível fundamental (41,7%), casadas (51,7%) e (36,5%) donas de casa.

Ao analisar a relação entre escolaridade e número de consultas realizadas identificou-se que as gestantes com escolaridade a nível fundamental (62,5%), estiveram mais presentes às consultas no período gestacional, demonstrando que mesmo com pouca escolaridade, as gestantes estão se preocupando em realizar adequadamente o pré-natal. Correlacionando o número de consultas ao peso do neonato, observou-se que prevaleceu (75%) de 05 a 06 consultas realizadas e onde tais recém-nascidos obtiveram nascimento com peso adequado.

O maior percentual de gestantes (60%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizaram todos os exames laboratoriais solicitados, dados que certamente contribuíram para o baixo índice de complicações maternas e de morbidades neonatais. A principal complicação identificada no período gestacional foi à infecção urinária (26,7%) e o desconforto respiratório (28,6%) nos neonatos. Em relação ao estado nutricional das gestantes da amostra houve um percentual de ganho de peso de 11,2kg, predominando o parto Cesário (56,7%) e os recém-nascidos a termo (78,3%).

Esta pesquisa conseguiu abranger os seus objetivos, elucidando sobre a proteção da saúde do binômio mãe-filho, quando observado os resultados de boas condições (em números) do pré-natal. Tal afirmativa pode ser reconhecida pelo adequado estado nutricional das gestantes da amostra, ausência de pluralidade de complicações gestacionais, realização dos exames solicitados durante a gestação, predominância do peso adequado e dos nascimentos entre 37 e 41 semanas, tornando assim, possível a união dessas evidências

àoutras já existentes, afim de contribuir para os profissionais e acadêmicos da área da saúde, para que haja interesse por novas pesquisas que sirvam como orientação à população.

Por fim, este estudo teve como principal limitação à utilização de dados secundários, coletados em prontuários, acarretando restrições nas análises decorrentes da qualidade das informações expostas.Contudo, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas similares ou comparativas que complementem os resultados deste trabalho e proporcionem direcionamento para novas evidências.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.

ALMEIDA, M. F. de. et al. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil.**Cad. Saúde Púb.,** v.27, n. 6, p. 1088-1098. 2011.

ALVES, A. A. S. L.; MORAES, R. M.; VIANNA, R. P. T. Análise espacial da mortalidade pós-neonatal no município de João Pessoa, PB. **XI Safety, Health and Environment World Congress,** Santos: BRAZIL, 2011. P. 24 - 27, 2011.

AMADEI, J. L.; MERINO, C. G. Hipertensão arterial e fatores de risco em gestantes atendidas em unidade básica de saúde. **Rev. Saúd. Pesq.,** v.3, n.1, p.33-39, 2010.

BARBAS, D. da. S. et al. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 2, p. 161-170. 2009.

BARBOSA, C. M. S.; SILVA, J. M. N; MOURA, A. B. Correlação entre o ganho de peso e a intensidade da dor lombar em gestantes. **Rev. Dor. São Paulo**, v.12, n.3, p.205 – 208. 2011.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto contexto – enferm**. v.21, n.2. 2012.

BELARMINO, G.O et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paul. Enferm.,**, v.22, n.2, p.169 – 175, 2009.

BERTIN, R. L. et al. Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, v.06, n.4, p. 383-390, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 27 Out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério.** Manual Técnico. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.**Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2005.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher - **Cuidados devem começar antes da gravidez.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4454/162/cuidados-devem-comecar-antes-da-gravidez.html>. Acesso em: 20 Mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Rede Cegonha - **Saúde garante auxílio deslocamento para gestantes.**Brasília, 2012. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3962/162/saude-garante-auxilio-deslocamento-para-gestantes.html>.Acesso em: 20 Mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** – PNDS 2006. Relatório. Brasília, DF; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação do estado da Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BROCK, R. S.; FALCÃO, M. C. Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. **Rev. Paul.Pediatr.** v. 26, n. 1, p. 70-76. 2008.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. C.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.28, n.25, 2006.

CAMIÑA, R. S. **Prevalência de baixo peso ao nascer e fatores associados nos municípios da sétima regional de saúde de Joaçaba, Santa Catarina, período 1995 a 1999.** 2005. (Tese de mestrado) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba/SC.

CARVALHO, T. A. D. **Implantação da assistência de Enfermagem junto à gestante de cuidados especiais no Centro de referência de especialidades Divino Ferreira Braga – Betim.** 2007. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

DARGAVILLE, P.; COPNELL, B. A epidemiologia da síndrome de aspiração meconial: incidência, fatores de risco. **Terapias e resultado.**v.11, n.7, p.1.712-1.721, 2006.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré‑natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Rev.Saúde e Soc.**, v. 17, n. 2, p. 132‑139. 2008.

FIGUEIREDO, A.; GOMES, G.; CAMPOS, A. Infecções urinárias e gravidez - diagnóstico terapêutico e prevenção. **Acta Obstet. Ginecol. Port**. v.6, n.3, p.124-133. 2012.

FRANCIOTTI, D. L.; MAYER, G. N.; CONCELIER, A. C. L.Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle.**Arq. Cat. de Medicina,** v. 39, n. 3, 2010.

HELENA, G. et al. Gravidez na adolescência e fatores associados com o baixo peso ao nascer.**Rev.Bras. Ginecol. Obstet**. v. 30, n. 5, p. 224-231, 2008.

LEONE, R. L. **Epidemiologia, desafios e perspectivas**. In:COSTA H. P. F.;MARBA S. T.O recém-nascido de muito baixopeso. São Paulo: Atheneu, 2004.p.3-10.

MARTINS NETO, M. et al. Fatores preditores para o óbito neonatal em gestações com diástole zero ou reversa na doplervelocimetria da artéria umbilical. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 32, n. 7, p. 352-358. 2010.

MELLER, T. C.; SANTOS, L. C. dos. A influência do estado nutricional da gestante na saúde do recém-nascido. **Rev. Bras. Ciênc. Saúd.** v. 13, n. 1, p. 33- 40, 2009.

MELO, A. S. O.; et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev. Bras. Epidemiol**. v. 10, n. 2, p. 249-257, 2007.

MIRANDA, F. J. S.; FERNANDES R. A. Q. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 18. p. 179-184. 2010.

NASCIMENTO, L. F. C. Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. **Rev. bras. saúde matern.infant.**v. 3, n.1, p. 37-42. 2003.

NEVES, E. B.; DOMINGUES, C. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica.** Rio de Janeiro: EB/CEP, 2007. 204p.

NEVES FILHO, A. et al. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer:existe associação? **Rev. Paul. Pediatr.** v. 29, n. 4, p. 489- 494, 2011.

NEWMAN, T. B.; LILJESTRAND, P.; ESCOBAR, G. J. Combinandofatores de riscoclínicos comos níveis séricosde bilirrubinapara preverhiperbilirrubinemia emrecém nascidos.**Arch. Pediatr. Adolesc.Med.** v.15, n.9, p.113-119. 2005.

NOCHIERI, A. C. M.; etal.Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de
nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. **O Mundo da Saúde São Paulo**.v. 32, n. 4, p. 443-451. 2008

OLIVEIRA A. G. de;SIQUEIRA P. P.;ABREU L. C. de. Cuidados Nutricionais no Recém-nascido de Muito Baixo Peso**. Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**v. 18, n. 2, p. 148-154. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Sobrevivência neonatal**, 2006. Disponível em:
http://www.who.int/childadolescenthea lth/New Publications/NEONATAL/The_Lancet /Neona tal_SS_pr.pdf.

_____. **El estado físico:** uso einterpretación de laantropometría: informe de un comité de expertos de la OMS. Genebra: OMS; 1999. p.513.

PADILHA, P. C. et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.29, n.10, p.511-518. 2007.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência e taxas de cesárea. **Rev. Saúde Púb**. v.45, n.1, p.185-194. 2011.

PAULA, H. A. de A.et al. Peso ao nascer e variáveis maternas no âmbito da promoção da saúde. **Rev. APS.** v. 14, n. 1, p. 67-74. 2011.

PEIXOTO, C. R. et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro.** v. 19, n. 2, p. 286-291. 2011.

PHAFOLI, S. H.; VAN ASWEGEN, E. J.; ALBERTS, U. U. Variáveisque influenciam oatraso noatendimentoclínico no pré-natalentre adolescentesno Lesoto.**Áfric. do SulPrát. Famil.**,v. 49, n. 9, p. 17a‑17h, 2007.

PIZZOL, T.S.D.; GIUGLIANI, E.R.J.; MENGUE, S.S. Associação entre o uso de sais de ferro durante a gestação e nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 160-168. 2009.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção à Saúde da Mulher. Comitê Municipal de estudos sobre Mortalidade Materna do Recife. **Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal:** pauta de obstetrícia Secretaria de Saúde. – Recife, 2008.

REIS, A. T.; **O significado da cirurgia neonatal na presença de malformações congênitas:**
A visão materna para o cuidar de enfermagem. 2010. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2010.

REIS, A.T.; SANTOS, R.S. Sentimentos de mulheres – mães diante da cirurgia neonatal nas malformações congênitas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.490-496. 2011.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**; tradução de Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.619.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta deenfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, 2007.

ROCHA, D. S. et al. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Rev. Nutr.** V.18, n.4, p.180-193. 2005.

ROCHA, R. et al. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro,** v. 19, n. 1, p.114 – 120, 2011.

SABINO, A. M. N. F. **A Enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP**. Ribeirão Preto, 2007. (Tese de Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**.**

SANTOS, E. V. O.; et al. Estado nutricional pré-gestacional e gestacional: uma análise de gestantes internas em um hospital público**. Rev. bras. ciênc.Saúde.**v.15, n.4, p.439-446. 2011.

SANTOS, G. H. N.; et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto.**Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.31, n.7, p. 326 – 334, 2009.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.30, n.5, p.224-231, 2008.

SAUNDERS, C. C.; BESSA, M. T. A. A Assistência pré-natal. In: ACCIOLY, E. F.; SAUNDERS, C. C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, p. 121 – 144, 2005.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. de. As dimensões do cuidado pré‑natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 62, n. 3, p. 387‑392, 2009.

SILVA, C. F. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002. **Rev. Bras. Epidemiol**., v.9, p.69 – 80, 2006.

SILVA, K. C. I. et al.Revisitando uma aplicação do Modelo de Grade ofMembership (GoM) às causas múltiplas de mortes neonatais precoces para uma maternidade pública de Belo Horizonte, MG, 2001-2006. **Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar,**p 17, 2010.

SCHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Rev. Saude Publica**. v.4, n.1, p.1012-1022, 2007.

VASCONCELOS JÚNIOR, M. C.; LIMA, F. E. T.; SHERLOCK, M. S. M. Vivência materna com o neonato portador de pneumonia. **Rev. enferm. UERJ.** V.18, n.2, p. 216-222, 2010.

ZAMBONATO, A. M. K. et al.Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Rev. Saude Publica**. v.38, n.1, p.24-29, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: "Influência do acompanhamento pré-natal na saúde da puérpera e do neonato**"**
Pesquisadores responsáveis: Everson Vagner de Lucena Santos e Giglielli Modesto Rodrigues.
Informações sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa onde se pretende verificar a influência do acompanhamento pré-natal na saúde da puérpera e do neonato. Tendo como benefícios um melhor esclarecimento sobre o tema proposto e ainda justificando-se pela contribuição para enriquecimento da literatura pertinente, dos acadêmicos e profissionais da área da saúde. Para realização desta pesquisa será utilizado um roteiro contendo 15 questões, que servirá como guia no recolhimento dos dados contidos nos prontuários das puérperas internadas e recém-nascidos de uma maternidade pública da cidade de Patos – Paraíba.

_____
Pesquisador responsável

Eu,_____,
portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa. a- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre a aplicação de questionário, antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, estando assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas; b- A segurança plena de que não serei identificado mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo; c- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, estou ciente que esta pesquisa poderá oferecer riscos previsíveis, porém os pesquisadores farão o possível para que não ocorra nenhum dano ao participante; d- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita; e- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos-PB , _____de_____de_____

_____
Assinatura do entrevistado
Contato com o pesquisador (a) responsável:

Polegar direito

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com (a) pesquisador (a) Prof. Everson Vagner de Lucena Santos
Através do endereço (setor de trabalho): Rua Horácio Nóbrega, s/n, Belo Horizonte, Patos - PB.
Telefone: residencial: (83) 3423-9552; Celular: (83) 9988-3232

Patos-PB , _____de_____de_____

_____
Assinatura do entrevistado

Polegar direito

Atenciosamente,

_____
Assinatura do pesquisador (a)

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados
ROTEIRO DE PESQUISA

I – IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Estado civil:_____

II – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Início do pré-natal (semanas): _____ Número de consultas realizadas: _____

Exames laboratoriais realizados: Todos ( ) Alguns ( )

Complicações: _____

III – SAÚDE DA GESTANTE

Peso no início da gestação: _____ Peso no final da gestação:_____

Tipo de parto: _____

IV – SAÚDE DO NEONATO

Peso ao nascer: _____ Ocorrência de óbito: _____

Maturidade: _____Morbidades _____

_____

APÊNDICE C - Termo de Compromisso do Pesquisador

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, pesquisador responsável e orientando da pesquisa "Influência do acompanhamento pré-natal na saúde da puérpera e do neonato", assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98,833 de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos, ____ de _____ de 2012.

_____

Pesquisador responsável

_____

Orientando da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A – Certidão de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 01 de junho de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Influência do Acompanhamento Pré-Natal na Saúde da Puérpera e do Neonato.** Protocolo número: **106/2012** do pesquisador: **Everson Vagner de Lucena Santos.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 21 de novembro de 2012.

FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 - Tel.: (83) 3421.7300

ANEXO B –Termo de Autorização Institucional

Eu, Sílvia Ximenes Oliveira, Diretora Geral da Maternidade Peregrino Filho, venho por meio deste, autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada "O acompanhamento Pré-Natal e sua influência no índice de morbidade, mortalidade e baixo peso em neonatos", sob responsabilidade da orientadora Drª. Giane Dantas de Macêdo e a acadêmica Giglielli Modesto Rodrigues, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia pelas Faculdades Integradas de Patos. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Patos - PB, 14 de maio de 2012.

Silvia Ximenes Oliveira
Diretora Geral Mat. 0[illegible]

Responsável Institucional