

Rev. Ciênc. Saúde

v.15, n. 1, p. 28-38, jan-jun, 2013

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM SÃO LUÍS-MA

SOUZA, Nataniele Aragão de¹
QUEIROZ, Lorena Lauren Chaves^{2*}
QUEIROZ, Rafaelle Cristina Cruz da Silva³
RIBEIRO, Thatiana Silvestre Fernandes¹
FONSECA, Maise do Socorro Santos¹

Resumo: O objetivo do estudo foi identificar o perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma UBS em São Luís-MA, 2013. A coleta de dados foi feita a partir de entrevista com gestantes que realizaram consulta de pré-natal no período de abril a maio. Os resultados mostram a prevalência da faixa etária de 20 a 25 anos (70%), com renda familiar entre um e três salários mínimos (68%), com o ensino médio completo (40%), unidas consensualmente (50%). A idade da sexarca predominante foi entre 16 a 19 anos (48%), o método contraceptivo mais utilizado anteriormente a gestação foi o preservativo masculino (62,2%). A maioria das participantes tiveram entre um a três partos normais anteriores (87,5%), nunca sofreram aborto (76%). Destas 46% estavam no 2º trimestre de gestação e 68% realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal, 72% realizaram todos os exames laboratoriais e 79,1% referiram ter feito de uma a três ultrassonografias, 82% não foram encaminhadas ao dentista. A maioria estava com o esquema vacinal em dia (54%), sendo acompanhadas pelo médico (54%) e 70% responderam não ter recebido nenhuma orientação sobre amamentação, cuidados com RN, parto e puerpério. Portanto conhecer aspectos relacionados à saúde reprodutiva e sexual dá subsídios para melhorias nas ações de promoção e prevenção a saúde, bem como na qualidade da assistência prestada à mulher no período gravídico.

Descritores: Pré-natal; Epidemiologia; São Luís-MA.

Abstract: Epidemiologic profile of pregnant women in prenatal consultation in a Healthy Basic Unit from São Luis-MA. The aim of the study was to identify the epidemiologic profile of pregnant women in prenatal consultation of a Healthy Basic Unit from Sao Luis-MA. Data collection was made from interviews with pregnant women who received prenatal consultation in the period from april to may. The results show the prevalence of age group 20-25 years (70%), family income between one and three minimum wages (68%), with secondary education (40%), consensually united (50%). The age of first sexual intercourse was prevalent between 16-19 years (48%), the most widely used method of contraception prior to pregnancy was the condom (62.2%). Most participants had one to three previous normal deliveries (87.5%), never suffered miscarriages (76%). Of these 46% were in the second trimester of pregnancy and 68% had 1-3 prenatal visits, 72% performed all laboratory tests, and 79.1% reported having done one to three ultrasounds, 82% were not referred to dentist. Most were with the vaccine schedule for the day (54%), being followed by doctors (54%) and 70% reported not having received any guidance on breastfeeding, newborn care, childbirth and postpartum. So know aspects related to reproductive and sexual health gives grants for improvements in the actions of health promotion and prevention, as well as the quality of care provided to women during pregnancy.

Descriptors: Prenatal; Epidemiology; Sao Luis-MA.

INTRODUÇÃO

A gestação constitui um momento do ciclo de vida, que na maioria das vezes poderia decorrer sem anormalidades da saúde, porém abrange uma tensão adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sócio-demográficas, as quais provocam um potencial de risco eminente e por isso necessita de atenção com caráter multidisciplinar de saúde²⁷.

As taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil ainda são consideradas excessivas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo associada na maioria das vezes à intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis²⁷.

Baseado nisso o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) em 2000, com o intuito de oferecer uma atenção exclusiva para a gestante, o recém-nascido e a mulher no pós-parto.

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade Estácio de São Luís

² Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil.

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.

Apresenta como objetivos diminuir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e seguir medidas que garantam a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal além de expandir as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante¹⁰.

Em 2004, surge a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), que recomenda diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento dos vários segmentos da população feminina. Essa assistência, que antes funcionava de forma fragmentada por investir basicamente na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, busca por sua vez compreender os diferentes momentos da vida da mulher²⁷.

Contudo, cerca de seiscentas mil mulheres morrem por ano no mundo em consequência de complicações da gravidez, parto e puerpério, sendo 99% dessas mortes nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, dentre os quais inclui-se o Brasil³. A maior parte dos óbitos relacionados com a função reprodutora compõem a mortalidade materna direta e acontecem devido a hipertensão na gravidez, à hemorragia, à infecção puerperal, a complicações no trabalho de parto e aborto, situações que podem ser evitadas através de uma assistência adequada à mulher no ciclo gravídico-puerperal³⁰.

Condições sociodemográficas, história reprodutiva da gestante, doenças obstétricas na gravidez atual e intercorrências clínicas são fatores que colocam em risco a vida da mulher gestante⁸.

A finalidade da assistência pré-natal é identificar adequadamente e precocemente quais as pacientes com mais chance de apresentar complicações e receber a mulher desde o princípio da gravidez. O principal papel dos profissionais que participam deste tipo de atendimento é a escuta atenta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos. Com isso, é importante que se realizem trocas de experiências entre as mulheres e os profissionais de saúde facilitando assim a compreensão do processo gestacional. É através da educação que podem acontecer as mudanças sociais, sendo cada encontro com o outro transformado em um momento de troca, crescimento e resolução³⁰.

Observa-se que no Brasil, a representação social das gestantes ainda é muito forte sobre o processo gestacional como um fenômeno natural, que acarreta para a falta de cuidado na gravidez, a não adesão e evasão do programa pré-natal, o que tem influenciado na alta incidência de distúrbios gestacionais graves. São poucos os estudos sobre a qualidade da assistência pré-natal, considerando as mulheres que estejam passando pelo processo gestacional e da avaliação da atenção recebida, a fim de garantir a adesão a essa assistência, em busca da integralidade da atenção²⁸.

Portanto, é evidente que o acesso das gestantes ao atendimento e acompanhamento pré-natal é restrito principalmente a fatores econômicos e demográficos. Perante esta necessidade, vários programas como a Estratégia Saúde da família (ESF) buscam facilitar o acesso ao atendimento. Consequentemente, os agentes comunitários de saúde tornam-se ferramentas fundamentais e facilitadoras, realizando levantamentos de diversas questões relacionadas à saúde de diferentes municípios e bairros atendidos pela ESF¹².

De acordo com o MS, o desempenho do enfermeiro na atenção básica em relação ao acompanhamento pré-natal, está relacionado principalmente à promoção e educação da saúde. O enfermeiro realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias, consulta de pré-natal de gestação de baixo risco, solicitação de exames de rotina e orientação do tratamento de acordo com o protocolo do serviço, encaminha gestantes identificadas como de risco para o atendimento médico, realiza atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, realiza visita domiciliar, quando necessário, fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta e realiza coleta de exame citopatológico¹⁰.

É muito importante conhecer os aspectos relacionados à saúde reprodutiva/sexual, buscando melhorias nas ações de promoção e prevenção a saúde e na qualidade na assistência a mulher no período gravídico. Por conta disso torna-se necessário identificar o perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este estudo é de caráter descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

Local e período do estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de São Luís – MA, no período de abril a maio de 2013.

Crítérios de inclusão

Foram incluídas no estudo todas as gestantes que compareceram na consulta de pré-natal na unidade básica de saúde no período da coleta de dados, e aceitaram participar da pesquisa.

Amostragem

Realizou-se uma amostra de conveniência, sendo composta por todas as gestantes que atenderem aos objetivos e os critérios de inclusão.

Coleta de dados

O levantamento de dados foi realizado através de entrevista individual com as gestantes que compareceram a consulta de pré-natal na unidade, utilizando um formulário estruturado contendo 39 questões, abordando questões sobre o perfil sócio-econômico, a história gineco-obstétrica e da gestação atual.

As entrevistas eram realizadas diariamente, com todas as gestantes que procuravam a UBS para consultas pré-natais com o médico ou com as enfermeiras, logo após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise dos dados

Os dados foram coletados e tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007, e os resultados analisados com o auxílio do software Epi Info versão 3.5.2, apresentados sob a forma de tabela, contendo frequência e percentual de todas as variáveis.

Aspectos éticos

Foram observadas todas as questões referentes à resolução nº 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o referido estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atenção pré-natal e puerperal de acordo com o MS tem como objetivo principal acolher a mulher durante todo processo gestacional assegurando, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal¹⁰.

Tabela 1-Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal em uma UBS, segundo características sócio-demográficas. São Luís - MA, 2013.

Variáveis	f	%
Idade		
13 a 19 anos	11	22
20 a 25 anos	21	42
26 a 30 anos	15	30
31 a 38 anos	03	6
Total	50	100
Ocupação		
Estudante	07	14
Do lar	35	70
Trabalha fora de casa	08	16
Total	50	100
Renda familiar		
Menos de 1 salário	15	30
1 a 3 salários	34	68
4 a 5 salários	01	2
Total	50	100
Número de moradores do domicílio		
1 a 5	45	90
6 a 10	05	10
Total	50	100
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	05	10
Ensino fundamental incompleto	12	24
Ensino médio completo	20	40
Ensino médio incompleto	13	26
Total	50	100
Estado civil		
Casada	16	32
Solteira	08	16
União consensual	25	50
Divorciada	01	2
Total	50	100

Fonte: SEMUS, 2013.

De acordo com a tabela 1, observa-se que em relação à idade houve predomínio da faixa etária de 20 a 25 anos (42 %). Quanto à ocupação, 35 (70 %) das gestantes se dedicam a cuidar do lar. A maior parte das gestantes entrevistadas, 34 (68 %) declararam possuir renda familiar entre um e três salários mínimos. No que diz respeito ao número de moradores do domicílio, 45 (90%) das gestantes relataram a presença de 01 a 05 moradores. Neste estudo pode-se verificar que o nível de escolaridade predominante foi o ensino médio completo 20 (40%) e 25 (50%) das mulheres viviam em união consensual.

Trevisan, em seu estudo identificou através de características semelhantes a prevalência de mulheres com faixa etária entre 13 e 47 anos³¹.

Em sua pesquisa, relacionou as idades de gestantes com atendimento em serviços públicos e privados em uma cidade no estado de São Paulo. A média das idades obtidas de mulheres atendidas na rede pública foi de 24 anos, enquanto que na rede privada a média de idade foi de 26,7 anos²².

Ximenes e Oliveira³⁴ (2004) afirmam que a idade das gestantes não deve ser analisada como um fator simplesmente biológico, que de forma isolada seja responsável por causar problemas a saúde da mãe e seu filho. As condições de vida, a saúde e principalmente a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal, seriam mais relevante que a faixa etária das gestantes³⁴.

Parada e Tonete²⁴ (2009), destacam que quando se relaciona falta qualificação profissional e sobrecarga de funções domésticas, as mulheres com poderes aquisitivos menores, de um modo geral, apresentam mais dificuldades para manterem-se empregadas em trabalho renumerado que propicie condições adequadas para a ocorrência simultânea da gravidez²⁴.

A falta de qualificação profissional reflete na redução da renda familiar, mas por outro lado, beneficia o aleitamento materno, pois a inclusão da mulher no mercado de trabalho é considerado um dos principais fatores para o desmame precoce, levando em consideração que a licença materna na maioria dos empregos é de quatro meses e as técnicas de ordenha e armazenamento do leite materno não são divulgadas e informadas às mães²⁵.

Quanto ao número de moradores, Peixoto²⁶ (2009) em estudo com variáveis semelhantes, encontrou 83,9% das mulheres com 01 a 05 moradores em sua casa, dados parecidos aos encontrados nesse estudo. Encontrou ainda gestantes que referiram morar sozinhas, o que se torna uma ameaça pela probabilidade de intercorrências que podem existir durante a gestação. Outro ponto importante a ser citado é o número de moradores em alguns domicílios ser bastante elevado, como por exemplo, 19 moradores, o que pode estar relacionado a baixa renda familiar²⁶.

A escolaridade é considerada um fator perigo para as gestantes, no entanto à medida que o nível escolar vai diminuindo, nota-se que a falta de conhecimento e de educação a respeito das condições de

funcionamento do seu próprio corpo e da intervenção do meio ambiente no estabelecimento de sua saúde, equivale a um fator elevado de exclusão social¹⁰.

Spindola³⁰ et al (2006) identificaram em seu estudo, prevalência de 72,7% de gestantes casadas ou unidas consensualmente e 23,1% de solteiras⁸. A presença do parceiro é de grande importância para a gestante, visto que o período gestacional é um período de mudanças fisiológicas que podem gerar dúvidas, angústias e ansiedade por tudo o que está acontecendo. O parceiro pode tornar esse momento de grande apreensão e medo em algo carregado de emoção, motivando a mulher a se comportar da forma mais natural possível, contribuindo deste modo para o processo de humanização⁶.

Tabela 2–Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal em uma UBS, segundo caracterização sexual, São Luís-MA, 2013.

Variáveis	f	%
Idade da menarca		
10 a 13 anos	35	70
14 a 17 anos	15	30
Total	50	100
Idade da sexarca		
12 a 15 anos	19	38
16 a 19 anos	24	48
20 a 22 anos	07	14
Total	50	100
Número de parceiros sexuais da vida		
1 a 5 parceiros	46	92
6 a 10 parceiros	04	8
Total	50	100
Utilização de método contraceptivo		
Sim	37	74
Não	13	26
Total	50	100
Método contraceptivo utilizado		
Preservativo Masculino	23	62,2
Anticoncepcional injetável	07	18,9
Anticoncepcional oral	07	18,9
Total	37	100
Tratamento prévio para IST		
Sim	11	22
Não	39	78
Total	50	100
IST acometida		
Candidíase	07	63,6
Tricomoniase	03	27,3
Vaginose bacteriana	01	9,1
Total	11	100
Exame preventivo prévio		
Sim	39	78
Não	11	22
Total	50	100
Ano de realização do último exame de preventivo		
2008 – 2009	09	24,3
2010 – 2011	09	24,3
2012 – 2013	19	51,4
Total	37	100
Realizou exame preventivo nesta gestação		
Sim	10	20
Não	40	80
Total	50	100

Fonte: SEMUS, 2013.

Baseado nos dados da tabela 2, observa-se que quanto a idade da menarca houve predomínio a faixa etária de 10 a 13 anos (70%), a idade da sexarca predominante foi a faixa etária entre 16 a 19 anos (48%), com predomínio de 1 a 5 parceiros sexuais (92%) .

Quanto à utilização de métodos contraceptivos, 74% das gestantes responderam que utilizavam, principalmente o preservativo masculino (62,2%). Entre as entrevistadas, 78% das gestantes referiram não ter realizado tratamento prévio de infecções sexualmente transmissíveis (IST), das que realizaram (22%) houve predomínio para candidíase (63,6%).

No que se refere à realização de exame de preventivo (Papanicolau) prévio, 78% afirmaram já ter realizado, sendo 51,4% entre os anos de 2012-2013 e destaca-se que um total de 80% das gestantes não realizaram exame de preventivo na gestação atual.

Em relação a menarca, Spindola³⁰ et al (2006) em estudo semelhante evidenciaram que 61,8% das mulheres teve o início do ciclo menstrual entre 12-14 anos, 17,7% entre 9-11 anos, a sexarca ocorreu entre 16-20 anos em 54,2% gestantes e 12-15 anos em 18,6%. Este dado é pertinente quando analisarmos a relação entre menarca e sexarca destas mulheres observando que existe uma relação entre esses dados. Atualmente, as jovens têm começado precocemente a vida sexualmente ativa, o que tem aumentado, de maneira expressiva, os riscos de adquirirem uma infecção sexualmente transmissível (IST) e/ou uma gravidez não planejada³⁰.

A falta de informação correta associada a fatores que estimulam o início precoce da vida sexual das adolescentes, pode lhes trazer danos, juntando-se com a falta de acesso aos serviços de saúde apropriados, levam grande parte dos adolescentes a iniciar sua vida sexual sem usar preservativo resultando na maioria das vezes em uma gravidez não planejada¹⁹.

A partir de uma análise secundária sobre os riscos para aborto induzido, foi possível identificar que o número de parceiros sexuais na vida

aparece com grande associação a mulheres que relatam ter tido três ou mais parceiros sexuais. Estas apresentaram maiores chances de aborto induzido quando comparado com aquelas que possuem apenas um parceiro sexual. Esta comparação pode refletir a exposição acumulada ao risco de gestações indesejadas entre mulheres com um número maior de parceiros sexuais e, como consequência, um risco maior de práticas de aborto durante sua trajetória sexual e reprodutiva¹.

Em pesquisa com adolescentes, Belo e Silva³ (2004) constataram que o método mais utilizado por sua população antes de ficarem grávidas era o preservativo masculino (49%), seguido do hormônio oral (37%), hormônio injetável (3,9%). Os valores mais significativos para uso do preservativo masculino poderiam estar em parte, justificados por campanhas de combate e prevenção às IST, bastante veiculadas pelos meios de comunicação³.

Em um estudo realizado, sobre infecções genitais, em uma unidade do PSF de Vitória, relacionou-se o uso inconsistente de preservativo e a ocorrência de já terem realizado o teste HIV, à presença de infecções genitais. Ter somente um parceiro na vida e ter um único parceiro nos últimos anos foram considerados fatores de proteção².

Outros fatores de risco para o desenvolvimento de IST são o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, a iniciação sexual precoce e o uso de contraceptivos orais. A prevenção baseia-se na realização do exame ginecológico anualmente (Papanicolau) em mulheres de 25 a 59 anos mesmo na falta de sintomas⁷.

Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Norte apresentou um alto índice de mulheres que nunca se submeteram ao exame de preventivo devido a diversos fatores, dentre eles, os principais relacionados são: descuido, falta de solicitação pelo médico e vergonha. Outros fatores, como o trabalho fora de casa, a frequência com que a mulher vai ao ginecologista, paridade e vida sexual ativa, influenciam apenas na prática do exame¹⁴.

Peixoto²⁶ (2009) identifica em estudo semelhante que quanto a realização do exame preventivo

durante a atual gestação, 82,9% das gestantes não o realizaram, dado bem semelhante ao encontrado neste estudo. Este fato pode estar relacionado ao provável medo das gestantes em fazer o exame, por idealizar que há algum dano para ela ou para o feto²⁶.

Tabela 3–Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal em uma UBS segundo antecedentes obstétricos, São Luís-MA, 2013.

Variáveis	f	%
Número de gestações		
1 a 3	38	76
4 a 6	12	24
Total	50	100
Número de partos		
Nenhum parto	18	36
1 a 3	28	56
4 a 6	04	8
Total	50	100
Número de partos normais		
1 a 3	21	87,5
4 a 5	03	12,5
Total	24	100
Número de partos cesáreos		
1	04	50
2	03	37,5
3	01	12,5
Total	08	100
Número de abortos		
Nenhum aborto	38	76
1 aborto	10	20
2 abortos	02	4
Total	50	100
Número de abortos espontâneos		
1	10	83,3
2	02	16,7
Total	12	100
Número de filhos nascidos vivos		
1 a 3	28	87,5
4 a 5	04	12,5
Total	32	100
Número de filhos natimortos		
1	10	83,3
2	02	16,7
Total	12	100
Amamentou anteriormente		
Sim	32	64
Não tem outros filhos	18	36
Total	50	100
Tempo de amamentação		
4 a 6 meses	01	3,1
7 a 12 meses	11	34,4
13 a 24 meses	17	53,1
Mais de 24 meses	03	9,4
Total	32	100

Fonte: SEMUS, 2013.

De acordo com a tabela 3 observa-se que mais da metade das mulheres 38 (76%) estavam em entre a primeira e a terceira gestação, 28 gestantes (56%) tiveram de um a três partos,

21 (87,5%) tiveram de um a três partos normais, 04 gestantes (50%) tiveram um parto cesáreo. De acordo com o numero de abortos, 38 (76,0%) nunca sofreram nenhum aborto, 10 (20%), já sofreram o evento, 10 (83,3%) sofreram abortos espontâneos e nenhuma delas relatou ter realizado um aborto provocado.

No que diz respeito ao número de filhos nascidos vivos, 28 gestantes (87,5%) possuem de um a três filhos vivos. Já sobre o numero de filhos natimortos 10 (83,3%) tiveram um filho natimorto. Quando questionadas a respeito da amamentação, 32 gestantes (64,0%) amamentaram anteriormente seus outros filhos e em relação ao tempo de amamentação 17 (53,1%) responderam ter amamentado seus filhos até o período 13 a 24 meses.

Em estudo semelhante com primigestas e multigestas, Bisognin²¹ et al (2011) mencionam a que dentre as mulheres multigestas, obteve-se (21,6%) com duas e três gestações, (6,8%) com cinco gestações, (4,6%) com quatro gestações e (1,13%) com sete e oito gestações. As demais, (37,5%) estão em sua primeira gravidez. Conhecer estas características é imprescindível, pois mulheres que apresentam um elevado número de gestações (cinco ou mais) apresentam um maior risco de morbimortalidade materna em consequência do alto número de gravidez⁴.

Quando refere-se ao parto natural, não é pensado apenas em um nascimento saudável para o recém-nascido e uma melhor recuperação para a mãe, nele ocorre a desenvolvimento de um vínculo afetivo entre esse recém-nascido e sua mãe. A estabilização de um vínculo afetivo, logo após o nascimento é indispensável para a formação de crianças mais saudáveis, física e emocionalmente, a mãe se torna muito atenciosa e maternal. Este tipo de parto o profissional de saúde envolvido intervém o menos possível, a não ser em casos de complicações⁵.

Costa¹³ et al (2006) referiram que, quanto ao tipo de parto, observa-se em estudos nacionais que o parto cesáreo é mais frequente na região urbana, do que na região rural. Esta prática revelar-se também fortemente associada à

condição social, sobretudo ao grau de instrução da mulher, aumentando progressivamente com o número de anos de estudo¹³.

Em relação ao parto cesáreo, Silva²⁹ et al (2001) encontraram em sua pesquisa em São Luís-MA, que a chance de realizar cesariana era cinco vezes maior nas gestantes atendidas no serviço privado, quando comparada com a gestante atendida pelo serviço público²⁹. Haidar¹⁷ et al (2001) indicam forte associação entre parto cesáreo e maior escolaridade materna, podendo explicar esse achado dentre as atendidas no serviço privado¹⁷.

Ao se analisar o aborto, destaca-se em uma pesquisa realizada no Espírito Santo, com 83 mulheres atendidas em uma maternidade pública, em relação ao motivo que levou à indução do abortamento, dez mulheres referiram falta de condições financeiras, sete falta de apoio do pai do conceito, seis indicaram o fato de ter uma relação conjugal instável, quatro relacionaram a limitação da prole, considerando o número de filhos atual suficiente, quatro tiveram medo de perder o emprego e/ou ter que parar de estudar, duas citaram medo da família e apenas uma justificou não querer a criança²¹.

Em um estudo realizado em 2002 no Sul do Brasil, a análise inicial apontou associação de três fatores com o fato da natimortalidade: atenção pré-natal inadequada, história prévia de natimortalidade e idade materna. Contudo após regressão logística, somente a idade materna manteve associação significativa com o óbito fetal³².

Mulheres, com experiência positiva prévia em relação à amamentação de outros filhos, apresentam predisposição para amamentar um novo bebê e geralmente amamentam por mais tempo, quando relacionadas com mulheres que vivenciaram experiências negativas, tais como, dor, mastite, fissuras ou outras complicações⁹.

A amamentação é uma vivência de um ciclo específico da vida da mulher, que é o ciclo gravídico-puerperal e é evidente que a forma como ela vive estes momentos influirá na sua disposição para amamentar²³.

Tabela 4—Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal em uma UBS, segundo caracterização da gestação atual, São Luís-MA, 2013.

Variáveis	f	%
Trimestre gestacional		
1º trimestre	06	12
2º trimestre	23	46
3º trimestre	21	42
Total	50	100
Consultas de pré-natal realizadas		
1 a 3	34	68
4 a 6	13	26
7 ou mais	03	6
Total	50	100
Realizou exames laboratoriais		
Sim	36	72
Não	14	28
Total	50	100
Ultrassonografias realizadas		
1 a 3 exames	34	79,1
4 a 5 exames	09	20,9
Total	43	100
Encaminhamento ao dentista		
Sim	09	18
Não	41	82
Total	50	100
Imunização antitetânica		
Esquema completo	07	14
Esquema em dia	27	54
Incompleto	14	28
Reforço	02	4
Total	50	100
Acompanhamento pré-natal		
Médico	27	54
Enfermeiro	06	12
Médico e enfermeiro	17	34
Total	50	100
Orientações no pré-natal		
Amamentação e cuidados com o RN	05	10
Amamentação, cuidados com o RN, parto e puerpério	10	20
Não recebeu orientações	35	70
Total	50	100

Fonte: SEMUS, 2013.

Baseado na tabela 4, quanto ao trimestre gestacional identifica-se que 23 mulheres (46%) estavam no 2º trimestre no período de pesquisa e 68% realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal. Quanto à realização dos exames laboratoriais 36 gestantes (72%) realizaram todos os exames laboratoriais, 34 (79,1%) referiram ter feito de uma a três ultrassonografias.

Foi observado no estudo, que 41 (82%) gestantes não foram encaminhadas ao dentista, 27 (54%) estavam com o esquema vacinal em dia e 27 (54%) estavam sendo acompanhadas pelo médico. Mais da metade das gestantes, 35 (70%) responderam não ter recebido nenhuma orientação sobre amamentação, cuidados com RN, parto e puerpério.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser planejado em função dos períodos gestacionais

que caracterizam elevado risco materno e perinatal. Precisa ser iniciado precocemente no primeiro trimestre e deve ser regular e completo assegurando que todas as avaliações propostas sejam cumpridas e preenchendo o cartão da gestante e a ficha de pré-natal. O PHPN preconiza que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre⁹.

O menor número de consultas no pré-natal pode estar associado a um início mais tardio, ou a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ainda está associado, como fator de risco, ao nascimento pré-termo. Tal situação pode atrapalhar o diagnóstico e tratamento de determinadas situações, como menor ganho de peso gestacional, que é um fator adjunto ao baixo peso ao nascer²².

Os exames laboratoriais de rotina permitem investigar de forma adequada o estado de saúde materno e fetal no período perinatal, tendo como objetivo rastrear as doenças mais frequentes na gravidez, entre elas a Hipertensão, Diabetes, infecção por Hepatite B, Infecção Urinária, HIV/AIDS e anemia¹¹.

Os exames laboratoriais básicos devem ser solicitados na primeira consulta de pré-natal e incluem, tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL, exame de urina e urocultura, hematócrito e hemoglobina, exame direto de secreção vaginal e citopatológico cervical, glicemia de jejum, anti – HIV¹⁵.

Conforme o Manual do Pré-Natal e Puerpério, o exame de ultra-sonografia de rotina durante a gestação, continua como assunto controverso. Não existe, ainda, esclarecimento científico de que esse procedimento, rotineiramente realizado, tenha qualquer efetividade sobre a diminuição da morbidade e da mortalidade peri-natal ou materna⁹.

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul mostrou que 99,1% das gestantes realizaram US. Avaliou-se também a frequência de realização de colpocitologia cervical e exame físico das mamas, os resultados achados, revelam que o serviço local de saúde se mostra irregular, além de adotar a ecografia obstétrica em detrimento do exame físico das gestantes. Entretanto todas as pacientes tenham tido acesso ao exame ultrassonográfico, as gestantes com acompanhamento pré-natal realizado pelos

Postos de Saúde do Município (SUS) apresentaram menor prevalência de realização do exame clínico das mamas e de colpocitologia atualizada¹⁶.

Em um estudo realizado por odontólogos em uma UBS, apontou como resultados que a desinformação das grávidas a respeito dos cuidados em saúde bucal é, possivelmente, um dos motivos pelos quais elas não buscam assistência odontológica neste período, levando-as ao desleixo com a saúde bucal e este, ao aumento das necessidades odontológicas. A evidência do desconhecimento sobre as alterações advindas em saúde bucal e a crença de que gravidez aumenta o número de cáries comprovam uma necessidade de intervenções em nível primário de atenção à saúde, com abordagem na educação coletiva direcionada às gestantes³³.

A vacinação das mulheres em idade fértil, 10 a 49 anos gestantes e não gestantes, é uma medida necessária para a prevenção do tétano neonatal. Deve ser realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT – contra a difteria e o tétano), nas mulheres que não têm vacinação prévia, ou têm esquema vacinal incompleto. Conforme com protocolo do PHPN, a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto⁹.

A consulta de enfermagem não substitui a consulta médica e vice-versa, tendo que se ponderar a importância e a necessidade de atuação do médico no acompanhamento das gestantes. Certificou-se que, em alguns municípios, a consulta pré-natal era disponibilizada pelo médico, pelo menos, duas vezes, ao longo da gestação; já em outros, a consulta médica era proporcionada apenas mediante o encaminhamento de enfermagem por motivos principais de pressão alta, sangramento, déficit de peso da gestante, anormalidade na curva de crescimento uterino e dúvidas quanto à avaliação da idade gestacional¹⁹.

No decorrer dos cuidados no pré-natal, é importante que o profissional converse sobre as vantagens da amamentação para a mulher, criança, família e comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação. A preparação da gestante para o parto consiste em: planejamento

individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social, além dos cuidados após o parto para a mulher e o recém-nascido e estimular a volta ao serviço de saúde⁹.

Portanto conhecer aspectos relacionados à saúde reprodutiva/sexual dá subsídios para melhorias nas ações de promoção e prevenção a saúde e na qualidade na assistência a mulher no período gravídico. Para esquematizar as atividades do controle do pré-natal é imprescindível investigar os riscos que a gestante está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos apropriados em cada momento da gravidez. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, isto é, efetuar-se em toda consulta.

É fundamental que os profissionais da saúde, possam conhecer os fatores que contribuem ou não para oferecer uma assistência apropriada a essas mulheres. Somente assim, pode-se delinear estratégias visando à melhoria na assistência de enfermagem, determinando nosso verdadeiro papel enquanto enfermeiros. Consequentemente, por meio deste estudo, almeja-se contribuir para que os profissionais da saúde reflitam sobre a importância do perfil da gestante na esfera referente à saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. *Ciênc Saúde Col* 2009; 14(4):1085-1099.
2. Barcelos MRB, Vargas PRM, Baroni C. Miranda AE. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol. Obstet* 2008; 30(7):349-354.
3. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúd Públ* 2004; 38(4):479-487.
4. Bisognin P, Alves CN, Barreto CN, Bublitz S, Stumm KE, Wilhelm LA, Silva SC, Ressel LB. Características sociodemográficas e obstétricas de gestantes assistidas em consulta de enfermagem 2011. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6548.pdf>>. Acessado em 01/04/201.
5. Bonomi A. *Pré Natal Humanizado: Gerando crianças felizes*. 1º ed. São Paulo: Atheneu; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos*. Brasília, DF. 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher*.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual Técnico Pré-natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n 5*. Brasília-DF, 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília (DF): Gráfica MS 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
11. Camano L, Schor N. *Guias de Medicina Ambulatorial e hospitalar: guia de obstetria*, São Paulo: Manole; 2003.
12. Ciconi RCV, Venancio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2004; 4 (2):193-202.

13. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2006; 6 (1): 75-84.
14. Fernandes JV. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil Rev Saúde Pública 2009; 43(5): 851-858.
15. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhaes JA. Rotinas em Obstetrícia 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
16. Goncalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G, Bianchi MS, Sakai AF. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(3):290-295.
17. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade Materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad Saúde Públ 2001; 17(14):1025-1029.
18. Lacava RMVB, Barros SMO. Prática de enfermagem durante a gravidez. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002; p.116-141.
19. Moura ERF, Rodrigues MS, Silva RM. Perfil das gestantes atendidas no programa saúde da família de uma região de Saúde do Ceará: Subsídio a assistência. Rev. RENE. 2005; 6(1):62-68.
20. Moura ERF, Holanda JRF, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. Cad Saúde Públ 2003; 19(6):1791-1799.
21. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel, ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(4): 615-624.
22. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. Rev. Bras. Saúde Matern Infant 2003; 3(2): 187-194.
23. Pamplona V. Aspectos psicológicos na lactação. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.166-76.
24. Parada CMGL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009; 13 (2): 385-392.
25. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. O Mundo da Saúde São Paulo 2008; 32(4):466-474.
26. Peixoto CR. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas nos centros de saúde da família de Fortaleza. Monografia - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza -CE 2009; p.52.
27. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Rev Bras Enf 2005; 58(6):559-564.
28. Shimizu HE, LIMA MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm 2009; 62(3):387-392.
29. Silva AAM, Lamy-Filho F, Alves MTSSB, Coimbra LC, Bettiol H, Barbieri MA. Fatores de risco para baixo peso ao nascer no Nordeste do Brasil: o papel da cesariana. Pediatr Perinat Epidemiol 2001; 15: 257-264.
30. Spíndola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consultado pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enf USP 2006; 40(3):381-388.

31. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24 (5): 293-299.
32. Vardanega K, de Lorenzi, DRS, Spiandorello WP, Zapparoli MF. Fatores de risco para natimortalidade em um hospital universitário da região Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24(9):617-622.
33. Vieira GF, Zocratto KBF. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. Rev. Fac. Odontol 2007; 12(2): 27-31.
34. Ximenes FMA, Oliveira MCR. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. RBPS 2004; 17(2): 56-60.

***Autor para correspondência:**

Lorena Lauren Chaves Queiroz

E-mail: lorenalcq@yahoo.com.br