

## ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: PERFIL DAS PUÉRPERAS ATENDIDAS NO MUNICÍPIO DE PARAÍSO DO SUL - RS<sup>1</sup>

Marielissa de Almeida Arnutti<sup>2</sup>  
José Edson Paz da Silva<sup>3</sup>

### RESUMO

Objetivos: verificar, segundo a idade materna, a ocorrência dos principais resultados perinatais adversos e o tipo de assistência pré-natal oferecida às puérperas cadastradas no “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento”, atuante no município de Paraíso do Sul, Brasil. Material e Método: foram incluídas, aleatoriamente, no estudo 76 parturientes. Foram avaliados: a idade e o estado civil da puérpera; o sexo, o local de nascimento, a categoria de internação e o peso do recém-nascido; o trimestre no qual deu-se início ao pré-natal, o número de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal, os fatores de risco apresentados pelas parturientes; o resultado da gestação (se: nascido vivo, nascido morto ou aborto); a realização ou não da consulta no puerpério; a prática da amamentação, assim como o seu período de realização e a efetuação de alguns exames laboratoriais recomendados durante a gestação (ABO-Rh, Ht/Hb, Glicemia de Jejum, VDRL, EQU, Toxoplasmose, Rubéola, Hepatite B, Anti-HIV, CMV, Papanicolaou, EPF e Ultrassonografia). Resultados: a maioria dos resultados obtidos demonstraram que a idade materna menor de 20 anos esteve associada aos indicadores mais favoráveis à saúde perinatal, contrariando relatos da literatura. Conclusão: embora, no geral, tivessem sido bons os resultados encontrados no presente estudo, deve-se levar em consideração que para uma boa qualificação da assistência pré-natal não bastam apenas a precocidade do início do acompanhamento e o elevado número de consultas realizadas, mas também, o envolvimento de todos os profissionais, assim como, da comunidade, e, principalmente da gestante, em reconhecer a importância do Programa.

**PALAVRAS-CHAVE** - Assistência Pré-Natal - Puérpera - Recém-Nascido - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - Complicações da gravidez.

---

<sup>1</sup> Artigo Publicável apresentado ao Curso de Especialização em Laboratório Clínico II da Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>2</sup> Aluno do Curso de Especialização em Laboratório Clínico II da Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>3</sup> Professor Orientador do Curso de Especialização em Laboratório Clínico II da Universidade Federal de Santa Maria.

## **ABSTRACT**

Objectives: to verify, according to the maternal age, the main adverse perinatal outcomes and the type of prenatal attendance offered to the pregnant women registered in the " Prenatal and Birth Humanization Program ", in the municipal district of Paradise of the South, Brazil. Material and Method: were included, aleatory, in the study 76 pregnant women. Were appraised: the age and the civil status of the pregnant women; the sex, the birthplace, the internment category and the weight of the newly born; the quarter in which felt beginning to the prenatal, the number of consultations accomplished during the prenatal accompaniment, the risk factors presented by the pregnant women; the result of the gestation (if: born alive, born dead or abortion); the accomplishment or not of the consultation puerperal care; the practice of the breast-feeding, as well as your accomplishment period and the efface of some exams laboratories recommended during the gestation (ABO-Rh, Ht/Hb, Glicemia of Fast, VDRL, EQU, Toxoplasmosse, Rubéola, Hepatite B, Anti-HIV, CMV, Papanicolaou, EPF and Ultrassonografia). Results: most of the obtained results demonstrated that the 20 year-old smaller maternal age was associated to the most favorable indicators to the health perinatal, thwarting reports of the literature. Conclusion: although, in the general, they had been good the results found in the present study, it should be taken in consideration that you/they don't have enough just the precocity of the beginning of the accompaniment and the high number of accomplished consultations for a good qualification of the prenatal attendance, but also, all the professionals' involvement, as well as, of the community, and, mainly of the pregnant women, in recognizing the importance of the Program.

Key words – Prenatal care - Pregnant women - Newly born - Program of Humanization in the prenatal and birth - Complications of pregnancy.

## **INTRODUÇÃO**

A gestação é um período da vida da mulher caracterizado por inúmeras transformações. Mudanças estas, que necessitam ter um bom acompanhamento médico para que haja a culminação de um recém-nascido saudável, sem acarretar prejuízos à saúde da futura mãe. A este tipo de atenção, chamamos de Assistência ou Acompanhamento Pré-Natal,

o qual inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após o parto.

Sabendo-se que, alguns problemas de saúde apresentados pela gestante, previamente à gravidez, como: hipertensão, diabetes, cardiopatias, entre outros ; assim como, certos fatores de risco predisponentes, são capazes de comprometer seu estado de saúde e aumentar as chances de surgirem complicações ainda mais sérias durante este período, a identificação precoce dos diversos graus de risco no início do Pré-Natal associada a realização de exames laboratoriais de rotina são, no entanto, de suma importância para garantir a adequada segurança materno-fetal.

Visando possibilitar uma melhoria da qualidade dos serviços de saúde referentes à gestante, a Secretaria Municipal de Saúde de Paraíso do Sul, adotou o “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”, instituído pelo Ministério da Saúde, através da PortariaGM/MS n.º 569/GM, de 1º de junho de 2000, o qual propõe que para a realização de um adequado acompanhamento Pré-Natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deve, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas, executando alguns procedimentos, nos quais incluem-se a realização de exames laboratoriais; aplicação de vacinas ; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes; garantia às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

No presente trabalho, é apresentado o perfil de uma parcela de gestantes cadastradas neste Programa, obtido através da análise de um formulário estruturado, aplicado às mesmas, o qual expõe dados referentes ao último acompanhamento pré-natal realizado. O objetivo buscado foi verificar, segundo a idade materna, as principais intercorrências e o tipo de assistência oferecida, durante o ciclo gravídico-puerperal.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Nem sempre existiu o Pré-natal como o conhecemos hoje.

Ele foi instituído no final do século XIX por uma preocupação da sociedade com a saúde da mulher gestante e do seu recém-nascido, tendo como propósito reduzir as elevadas

taxas de mortalidade materna e infantil, as quais encontram-se ainda elevadas nos dias de hoje, apesar das melhorias verificadas no sistema de saúde.

É compreendido por um conjunto de atividades no transcurso da gravidez que requerem tempo e outros investimentos por parte da mulher, de profissionais e de organizações que se dedicam à oferta desse cuidado (GAZMARIAN et al., 1999; DYE & WOJTOWCZ, 1999 apud SILVEIRA & SANTOS, 2004).

Baseia-se em três linhas de atuação: no rastreamento das gestantes de alto risco, em ações profiláticas específicas para a gestante e o feto, bem como na educação em saúde. Sendo, portanto, muito utilizado como um indicador de boa prática, assim como uma medida de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública.

O crescente aumento da disponibilidade e utilização deste cuidado pré-natal têm sido associados à melhora do bem-estar da mãe e da criança e conseqüente redução de resultados perinatais adversos (ENKIN, 1992; KOGAN, 1998; BRETTE et al., 1994; ALEXANDER, 1991; MC DONAGH, 1996 apud SILVEIRA & SANTOS, 2004).

A existência de mulheres – ditas “gestantes de alto risco”- que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de ter uma evolução desfavorável durante a gestação, despertou o interesse de inúmeros estudiosos do mundo inteiro, no sentido de identificar os fatores associados a este tipo de gestação, conceituada como de alto risco (“aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” – Caldeyro- Barcia, 1973) e, que, segundo relatos atinge cerca de 10 a 20 % das gestantes em alguma época da gravidez, sendo responsável por um total de 50% da mortalidade e da morbidade perinatal (JAKOBI).

No Brasil, por suas grandes dimensões e, principalmente pelas diferenças sócio-econômico culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para as várias regiões. No entanto, segundo **Manual Técnico – Gestação de Alto Risco**, os fatores mais comuns existentes na população em geral estão agrupados em quatro grandes grupos, são eles:

- as características individuais e condições sócio-demográficas: idade materna menor que 17 e maior que 35 anos; ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; situação conjugal insegura; baixa escolaridade (menos de 5 anos); condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m; peso menor que 45 kg e maior que 75 kg e a dependência de drogas lícitas ou ilícitas;

- a história reprodutiva anterior: morte perinatal explicada e inexplicada; recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; abortamento habitual; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva e cirurgia uterina anterior;
- a doença obstétrica na gravidez atual: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia – eclâmpsia; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; isoimunização e óbito fetal;
- as intercorrências clínicas: cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; hipertensão arterial; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes e ginecopatias.

Dentre as enfermidades mais freqüentes e preocupantes, relacionadas ao maior risco de morbidade e mortalidade maternas e fetais, estão o diabetes, a hipertensão arterial e os problemas cardíacos.

A gravidez apresenta maior dificuldade para as diabéticas, pois suas chances de aborto espontâneo aumentam, assim como a possibilidade do bebê nascer morto, com excesso de peso (macrossômico : peso maior ou igual a 4000 g) ou com má formação física.

O diabetes gestacional é uma condição de intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, caracterizado pelo seu início ou seu primeiro reconhecimento durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. No Brasil, a sua prevalência em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC95% 6,9-8,4, critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e 6% hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez (Manual Técnico – Gestação de Alto Risco, 2000)

O diagnóstico é feito através do rastreamento universal, em uma idade gestacional precoce, conforme um esquema que recomenda a realização da glicemia de jejum em todas as mulheres grávidas na primeira consulta do pré-natal. Se os níveis de glicose estiverem normais e na história da paciente não há dois ou mais fatores de risco associados, estas gestantes são consideradas de baixo risco para tal patologia, já, se ocorrerem fatores considerados de risco, a investigação deve ser continuada, com controle da glicemia de jejum a partir de 20 semanas de gestação. E, se for constatado o diabetes gestacional, a gestante

deverá ser encaminhada a centros capacitados para receber a devida assistência, pois sua presença determina uma gestação de risco.

Dentre os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de tal doença encontram-se: a idade materna superior a 25 anos; a baixa estatura; a presença de hipertensão arterial; gordura de localização abdominal; história pessoal de diabetes; presença de parentes de 1º grau com diabetes; gestações anteriores com bebês muito grandes ou com malformações; retardo de crescimento do feto; morte fetal ou neonatal sem causa aparente; aumento excessivo de peso na gravidez atual; altura uterina maior do que a esperada para a idade da gestação; crescimento acentuado do feto e a presença de grande quantidade de líquido amniótico.

O tratamento inicial consiste no estabelecimento de uma dieta adequada para ter-se o controle da glicemia da mãe e proporcionar um adequado aporte nutricional para o feto. A realização de uma atividade física deve ser incentivada. O controle glicêmico deve ser realizado através da monitorização domiciliar da glicemia capilar. O uso de insulina só deverá ser instituído se os níveis de glicemia não se mantiverem adequados somente com a dieta ou se houver crescimento fetal exagerado. O emprego de hipoglicemiantes orais é contraindicado, assim como o uso de adoçantes à base de sacarina.

A via do parto, neste caso, se faz por decisão obstétrica, levando em conta o histórico da paciente, o controle metabólico e a estimativa do peso fetal, lembrando que o parto vaginal com fetos grandes está associado a um risco aumentado de distócia de ombro e de lesão traumática do parto.

A hipertensão arterial que se inicia e termina na gravidez, é a chamada Hipertensão Induzida pela Gestação (HIG). Costuma ocorrer após as 20 semanas de gestação e desaparecer até 6 semanas após o parto. O aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais previamente conhecidos, assim como a observação de níveis tensionais igual ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e igual ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, confirmados em, pelo menos, duas medidas, com a gestante em repouso, caracterizam o quadro de hipertensão arterial sistêmica na gestação (Manual Técnico – Gestação de Alto Risco, 2000).

Ela continua sendo um grande enigma da obstetrícia, pois sua etiologia ainda é desconhecida, apesar de tantos estudos existentes na busca de desvendá-la. Sua mensuração é fundamental no acompanhamento e na decisão obstétrica, apesar de ser imperfeita na sua prática, pois a sua medida varia com a posição da gestante, com a técnica e aparelhos

empregados e com as limitações do observador (PERRY et al., 1991; VILLAR et al., 1989 apud MACHADO et al., 2003). Erros de técnica, falhas de equipamentos e do observador podem, portanto, confundir e aumentar a imprecisão desta mensuração, pois, a pressão arterial varia consideravelmente durante as 24 horas, deixando claro, no entanto, que uma medida intermitente e casual da pressão arterial não representa a real pressão arterial do indivíduo (DEKKER, 1999 apud COSTA, COSTA & COSTA, 2003; RUSHBROOK & SHENNAN, 1997 apud MACHADO, 2003).

Alguns fatores de risco para tal ocorrência parecem definidos, como é o caso da primiparidade, enquanto outros permanecem aguardando definição. A idade materna é um deles, havendo controvérsia se a gravidez nos extremos do período procriativo eleva os riscos das síndromes hipertensivas.

A definição dos riscos gestacionais inerentes à gestação em idade avançada tem sido preocupação da obstetrícia, uma vez que cresce o número de mulheres em todo o mundo que retardam a primeira gravidez em decorrência da busca pela independência financeira, do maior tempo de formação requerido pelo mercado de trabalho moderno, das separações e das novas uniões conjugais, aliados às possibilidades oferecidas pelos atuais métodos de anticoncepção e fertilização assistida (ASTOLFI & ZONTA, 2002 apud COSTA, COSTA & COSTA, 2003).

Estudo multicêntrico norte-americano do *The Calcium for Preeclampsia Prevention (CPEP) Study Group* não encontrou variação na incidência de HIG nas diversas faixas etárias, ao passo que outros estudos de casuísticas volumosas apontam maior incidência nas gestantes mais idosas. *van Katwijk e Peeters*, em revisão da literatura, atribuem a maior incidência de HIG na idade avançada à elevada ocorrência, nesta faixa etária, de hipertensão crônica e diabetes, questionando o papel da idade como fator de risco independente para o surgimento da HIG (SIBAI, EWELL & LEVINE et al., 1997 apud COSTA, COSTA & COSTA, 2003).

Fazendo menção a alguns trabalhos, houve, também a constatação de dados que reforçam o conceito de que a idade avançada aumenta o risco de HIG, independente da paridade, presença de hipertensão crônica ou diabetes. Em análise bivariada, além da idade, também a hipertensão arterial crônica e a primiparidade revelaram-se como fatores de risco importante para o surgimento da HIG, ao passo que o diabetes apenas apresentou tendência, próxima do limite de significância, a maior incidência de HIG, concordando com conceitos bem estabelecidos na literatura (COSTA, COSTA & COSTA, 2003).

Sabendo-se, no entanto, que a hipertensão arterial, além de ser um quadro favorável para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia ou toxemia gravídica, a qual caracteriza-se pela

elevação da pressão arterial acompanhada de proteinúria em gestação acima de 20 semanas, com a presença ou não de edema nas pernas, rosto e mãos, capaz de evoluir para um quadro mais grave, denominado eclâmpsia, pode, além disso, provocar problemas nos rins, desmaios, fortes dores de cabeça e diminuir o volume de sangue enviado pela placenta, resultando em um bebê menor ou com atraso no crescimento intra-uterino, é de suma importância, que se faça o controle da pressão arterial durante todo o acompanhamento pré-natal (Manual Técnico – Gestação de Alto Risco, 2000).

Já, porém, existem outras mulheres - as então chamadas “gestantes de baixo risco” – que não possuem, inicialmente, nenhuma complicação prévia de saúde, nenhum sinal, nenhuma história clínica, mas que poderão vir a desenvolver algumas intercorrências, tais como: o trabalho de parto prematuro, a rotura prematura de membranas, o desenvolvimento de uma criança com restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), o diabetes gestacional e a tão temida pré-eclâmpsia, entre outras, se não tiverem a adequada atenção do médico pré-natalista, capaz de identificar e abordar os fatores predisponentes a estas complicações durante as consultas do pré-natal, para que se faça o tratamento ideal para cada caso (Manual Técnico- Gestação de Alto Risco, 2000).

Por isso, a grávida é orientada a procurar, o quanto antes, a Assistência Pré-natal, a fim de esclarecer quaisquer dúvidas referentes ao período gestacional.

Visando manter, primordialmente, a integridade física do conceito sem afetar as condições físicas e psíquicas da mãe, esta Assistência Pré-natal enquadra todas as medidas dispensadas às gestantes, apresentando como objetivos básicos:

- a preparação da mulher para a maternidade: instruindo-a sobre o parto e a puricultura;
- a orientação sobre certos hábitos de vida referentes a higiene, sono, alimentação e atividade física durante a gestação;
- a prevenção sobre o uso de certas medicações ou medidas que podem ser prejudiciais ao feto;
- o tratamento das possíveis e habituais complicações que poderão surgir no decorrer da gestação;
- a realização da profilaxia, do diagnóstico e do tratamento de doenças próprias da gestação ou dela intercorrentes e,
- o oferecimento de auxílio psicológico a gestante (MOREIRA FILHO & SILVA).

Esta Assistência Materno-infantil, assim chamada, caracterizou-se, primeiramente pela realização de esparsas consultas durante a gestação, não havendo sistematização clínica. Ela foi adotada em quase todos os países, sendo no Brasil, o tipo de assistência mais oferecido às mulheres até o final da década de 70 (COSTA, 1999 apud SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004).

A partir deste momento os grupos de mulheres e os de saúde reivindicavam a ampliação da assistência à mulher através de movimento articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação de um sistema único de saúde, público e universal. O movimento sanitário, tomando a saúde como um direito inalienável, exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (COSTA, 1999 apud SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

Foi neste contexto que o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984. O PAISM deveria prover ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério (COSTA, 1999 apud SERRUYA, LAGO & CECATTI, 1994). Apesar de ter representado avanço significativo em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, sua implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o Programa se transformasse, de fato, em agente transformador da saúde de todas as mulheres. Portanto, no final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição deste programa, a assistência à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde havia definido a saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de três linhas principais de ações, projetos específicos: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004).

Para a melhoria da assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas. Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado pela enfermeira obstétrica. Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente

da atenção no pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção.

Estas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva de humanização como grande fio condutor. Tomando o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas como ponto de referência, parecia indispensável retomar compromissos da assistência e promover ações para enfrentar os obstáculos já conhecidos, mas ainda não vencidos.

Assim, reconhecendo a necessidade de estabelecer nova estratégia, em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que apresenta em sua formulação os seguintes objetivos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto.

O estabelecimento de critérios buscava prover os municípios de um modelo básico para a assistência, com as atividades consideradas indispensáveis. O enfoque era que cada mulher realizasse todas as ações e não que a assistência fosse pensada como a soma delas, ou seja, a idéia de qualidade da atenção humanizada era centrada individualmente em cada mulher que deveria receber todos os critérios mínimos previamente determinados, e não no coletivo por meio do total de consultas ou do total de cada exame realizado no âmbito do Programa. A mudança desta lógica é fundamental, uma vez que até então a questão de produção de serviços, consultas e exames não considerava o impacto que a assistência devia ter. Como os dados nos sistemas de informação seguem uma lógica quantitativa, estão comprometidas sistematicamente as avaliações qualitativas. A compreensão de que somente o conjunto das ações reflete integralidade e pode produzir algum impacto, e que seria então necessário garantir a realização destas atividades com qualidade, fundamentava esta estratégia.

Deste modo, foram estabelecidos, para o cuidado pré-natal, vários critérios relativos à captação precoce da gestante e à realização de um mínimo de procedimentos considerados essenciais e que pudessem ser implementados na grande maioria dos municípios brasileiros, dentre eles:

1. a realização da primeira consulta até o 4º mês de gestação.
2. a garantia de efetuação dos seguintes procedimentos:
  - 2.1. no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

- 2.2. uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
- 2.3. exames laboratoriais:
  - a) ABO-Rh, na primeira consulta;
  - b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
  - c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
  - d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
  - e) Hemoglobina /Hematócrito, na primeira consulta.
- 2.4. oferta de teste de HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população maior que cinquenta mil habitantes.
- 2.5. aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
- 2.6. atividades educativas.
- 2.7. classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
- 2.8. atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Para monitorar o cumprimento destes critérios e acompanhar os indicadores de qualidade definidos pelo PHPN, foi elaborado um sistema informatizado, o SISPRENATAL, de uso obrigatório para o município que o adotou. A elaboração e instalação deste sistema, disponibiliza relatórios e indicadores que permitem um controle, regulação e monitoramento da assistência pré-natal oferecida, além de identificar também um retrato da assistência, preocupante e desafiador.

Quando este Programa foi elaborado, havia muitos índices de que a realização de tais exames básicos, recomendados entre os critérios estabelecidos seria forte ponto de estrangulamento da atenção, já que, anteriormente à sua existência, não era possível saber quantos e quais exames haviam sido realizados especificamente para a atenção pré-natal. Apenas eram conhecidos os totais de exames por categoria (bioquímica, por exemplo), mas não se conseguia relacioná-los a nenhuma assistência em particular.

A hipótese de que as mulheres não conseguiam ter acesso aos exames por dificuldade de recursos locais era reforçada por indicadores como o da sífilis congênita e por verificação, in loco, nos municípios. A partir desta constatação é que se sedimentou a idéia de criar um incentivo para que o município fizesse frente às despesas relativas aos exames e, com base em uma previsão de gastos, foi estabelecido um valor, suficiente, por mulher, para pagar todos os exames definidos para compor este pacote mínimo: ABO-Rh; Glicemia de jejum; VDRL; Ht/Hb; Exame de urina simples (ou de rotina, ou tipo I) e o HIV. As razões técnicas e operacionais para a escolha destes exames consideraram a sua importância para a garantia da boa assistência e são consensuais na maioria dos estudos e guias clínicos.

- Tipagem sanguínea (ABO- Rh) : pesquisa o grupo sanguíneo da gestante para investigar se há risco de incompatibilidade materno-fetal. Cerca de 10% das gestações têm incompatibilidade materno-fetal para o fator Rh. Destas, 5% apresentam aloimunização. Cerca de 98% dos casos de aloimunização materna por antígenos eritrocitários (doença hemolítica perinatal – DHPN) são devidos ao fator Rh; os restantes 2% a antígenos atípicos como os fatores Kell, E ou c.

A aloimunização Rh, além de mais freqüente, é a de maior gravidade para o feto, levando, em alguns casos, à hidropsia e ao óbito.

A causa principal é o desenvolvimento de anticorpos anti-Rh positivo em mães Rh negativo, com feto Rh positivo. É hoje evento raro, praticamente inexistente, em países desenvolvidos. No Brasil, no entanto, ainda existem casos, mesmo nos centros mais providos de recursos, pelo não-uso de imunoglobulina anti-D.

O mesmo pode ser dito para a DHPN causada por transfusão de sangue incompatível, por abortamento e amniocentese, e, em dias atuais, merece destaque o uso de drogas ilícitas injetáveis (Manual Técnico- Gestação de Alto Risco, 2000).

- Glicemia de Jejum mede a taxa de açúcar (glicose) no sangue para a pesquisa de Diabetes. Mulheres que apresentam diabetes gestacional devem ser encaminhadas para centros de atenção secundária (Manual Técnico – Gestação de Alto Risco, 2000).
- O VDRL é um teste não-treponêmico, quantitativo e de alta sensibilidade, utilizado para detectar a Sífilis em seus vários estágios e, principalmente, prevenir a Sífilis Congênita. Seu diagnóstico é obrigatório na gestação, devido a ocorrência de malformações graves e

até mesmo morte do feto. É uma doença endêmica, sexualmente transmissível, causada por uma bactéria frágil, denominada *Treponema pallidum* (M.S./S.A.S./Coord.Geral P.N.DST/AIDS).

A transmissão vertical desta bactéria se dá por via transplacentária. Ela pode ocorrer em qualquer período da gestação, sendo mais comum após o 4º mês. A infecção do feto depende, no entanto, do estado da doença na gestante; ou seja, quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estão circulantes e, portanto, mais grave será o comprometimento fetal. O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação. Essas considerações justificam a necessidade de testar, sistematicamente, no mínimo duas vezes na gestação (início do pré-natal e 30ª semana), e no momento de sua internação hospitalar (seja para o parto ou para curetagem uterina por aborto). A realização deste teste no início do 3º trimestre (28ª - 30ª semanas) permite o tratamento materno até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero. As infecções adquiridas no período peri-parto e até três semanas pós-natais são denominadas infecções perinatais.

Entre as complicações perinatais mais importantes da doença, destaca-se uma maior incidência de prematuridade, restrição de crescimento intra-uterino, abortamento e até óbito perinatal.

Embora sua prevalência tenha diminuído sensivelmente com a descoberta da *Penicilina* na década de 40, a partir da década de 60 e, de maneira mais acentuada, na década de 80, tem-se observado tendência mundial no seu recrudescimento entre a população em geral e, de forma particular, nos casos de Sífilis Congênita, tornando-a um dos mais desafiadores problemas de saúde pública deste início de milênio (GERBASE et al., 1994; BAM et al., 1999; MADI et al., 1999; ARAÚJO et al., 1999; LORENZI et al., 2000 apud LORENZI & MADI, 2001).

De acordo com informes da Organização Mundial de Saúde, nos países subdesenvolvidos, em torno de 10 a 15% das gestantes seriam portadoras de Sífilis. No Brasil, estima-se que 3,5% das gestantes sejam portadoras desta doença, havendo um risco de transmissão vertical do treponema ao redor de 50 a 85% e taxas de mortalidade perinatal de até 40%. Daí, a incontestável importância da recomendação da OMS acatada pelo Ministério da Saúde do Brasil, de reduzir as taxas de Sífilis Congênita por meio da solicitação rotineira deste teste (M.S./S.A.S./Coord.Geral P.N.DST/AIDS).

Entre os fatores de risco que contribuem para que esta alta prevalência de Sífilis Congênita se mantenha, estão o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, promiscuidade sexual e, sobretudo, a falta de adequada assistência pré-natal (GERBASE et al., 1999; MADI et al., 1999; ARAÚJO et al., 1999 apud LORENZI & MADI, 2001).

Assim sendo, com o objetivo de combatê-la na gestação, o Ministério da Saúde passou a incluir oficialmente a taxa de Sífilis Congênita como indicador de avaliação da atenção básica à saúde de cada município, uma vez que esta reflete diretamente a qualidade da assistência perinatal, em particular a atenção pré-natal disponível a cada população (ARAÚJO et al., 1999; Ministério da Saúde, 1998 apud LORENZI & MADI, 2001).

- Níveis de Hematócrito (Ht) e Hemoglobina (Hb), fazem parte do Hemograma, exame que realiza a análise e contagem das células sanguíneas. Juntamente com outras modificações hematimétricas, são indicadores hematológicos que reduzem-se drasticamente a partir do segundo trimestre da gestação, caracterizando o que chamamos de Anemia, definida como a redução da capacidade de transporte de oxigênio do sangue, devido à diminuição do número de eritrócitos, do conteúdo hemoglobínico ou de ambos. Dentre as causas mais frequentes durante a gravidez, encontram-se: a perda de sangue aguda ou crônica; infecções urinárias; deficiência de ferro; alimentação inadequada; deficiência de ácido fólico e diarreias (LURIE & MAMET, 2000 apud SOUZA, FILHO & FERREIRA, 2002).

A Anemia Ferropriva, definida como uma diminuição na concentração de hemoglobina decorrente da redução da reserva de ferro no organismo, representa a deficiência nutricional de maior prevalência em todo o mundo, afetando especialmente países em desenvolvimento. Estima-se que 2,150 bilhões de pessoas, quase 40 % da população mundial, apresentam carência de ferro ou níveis baixos de hemoglobina (<11 g/dl, segundo OMS, 1968 apud SOUZA, FILHO & FERREIRA, 2002).

Teoricamente, esta carência ocorre no organismo de forma gradual e progressiva, considerando-se três estágios até a sua manifestação. O primeiro estágio, caracterizado por uma depleção de ferro, afeta os depósitos e representa um período de maior vulnerabilidade em relação ao balanço marginal de ferro, podendo progredir até uma deficiência mais grave, com conseqüências funcionais. O segundo estágio, deficiência de ferro, é referido como uma eritropoiese ferro-deficiente e caracteriza-se por alterações bioquímicas que refletem a insuficiência de ferro para a produção normal de hemoglobina e outros compostos férricos, ainda que a concentração de hemoglobina não esteja reduzida. O terceiro e último estágio,

anemia ferropriva, caracteriza-se pela diminuição dos níveis de hemoglobina, com prejuízos funcionais ao organismo, tanto mais graves quanto maior for esta redução. Existem diversos parâmetros hematológicos e bioquímicos que refletem estes três estágios da carência de ferro e podem ser utilizados isoladamente ou associados no diagnóstico do estado nutricional de ferro. No entanto, quando utilizados isoladamente, nenhum deles é suficientemente sensível ou específico. O teste laboratorial mais útil na triagem ainda continua sendo a dosagem da concentração da hemoglobina (Hb), devido ao seu simples procedimento. Os principais grupos de risco incluem indivíduos em processo de rápido crescimento, como crianças e adolescentes, em situações de maior necessidade, como na gestação, e cuja dieta seja insuficiente quantitativa ou qualitativamente. Outros fatores não dietéticos (doenças de má-absorção, processos inflamatórios intestinais, hemorragias, infestações parasitárias) são de menor magnitude na etiologia (SOUZA, FILHO & FERREIRA, 2002).

A Organização Mundial da Saúde verificou que 21 a 80% das gestantes, em diferentes partes do mundo, são anêmicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1967) e se refere à anemia severa e à desnutrição como fatores que afetam o desenvolvimento da gravidez, afetando o crescimento fetal e o peso ao nascer, contribuindo significativamente na mortalidade perinatal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1969 apud GUERRA et al., 1990).

Royston verificou em sua revisão que por ordem de frequência, a prevalência de anemia é maior na Ásia, seguida pela África e América Latina (ROYSTON, 1982 apud GUERRA et al., 1990).

Demayer e Adiels-Tegman fizeram revisão sobre a prevalência de anemia no mundo e puderam estimar que a prevalência total é de 30%, sendo as crianças e as gestantes os grupos mais afetados. Esses autores observaram também que a prevalência de anemia em gestantes de regiões em desenvolvimento é por volta de 54% e nas regiões desenvolvidas (América do Norte, Japão, Europa, Austrália, Nova Zelândia e URSS) é de 9% (DEMAYER & ADIELS-TEGMAN, 1985 apud GUERRA et al., 1990).

A prevalência de anemia em gestantes, no Brasil tem sido estudada por vários autores (COOK et al., 1971; MARTINS et al., 1987; ROMANI et al., 1984; RONCADA & SZARFARC, 1975; SALZANO et al., 1980; SZARFARC, 1974; SZARFARC, 1975; SZARFARC et al., 1982; SZARFARC, 1985; VAZ PINTO et al., 1975 apud GUERRA et al., 1990) e os resultados encontrados têm variado de acordo com: critérios de seleção de

amostragem; idade gestacional; condições sócio-econômicas das gestantes e estado de saneamento básico da região estudada.

- o EQU, também chamado de Exame Comum de Urina, se faz necessário em virtude da elevada incidência de Infecção Urinária ou Infecção do Trato Urinário (ITU) na gestação - 5 a 10% - (ANDRIOLE, 1992; DELCROIX et al., 1994 apud DUARTE et al., 2002). Geralmente causada por bactérias (principalmente a *Escherichia coli*, presente em dois terços dos casos) da flora intestinal que contaminam o trato urinário, quando se rompe o equilíbrio entre a defesa do organismo e a sua virulência, tem sua instalação facilitada devido a ocorrência de transformações anatômicas e fisiológicas do trato urinário durante a gravidez (DUARTE et al., 1997 apud DUARTE et al., 2002).

Esta infecção pode ser sintomática ou assintomática, dependendo da ocorrência ou não de lesão ou agressão à mucosa do trato urinário (ANDRIOLE & PATTERSON, 1991 apud DUARTE et al., 2002). Na gravidez, a incidência de bacteriúria assintomática (presença de proliferação bacteriana na urina, em grávida que não apresenta sintomas ou queixas urinárias) é da ordem de 4 a 7%. Nas grávidas diabéticas, sua incidência é maior, em torno de 12 a 14%, e nas mulheres que já tiveram Infecção Urinária antes de engravidar, é de 18 a 20%. É interessante ressaltar que a metade (50%) das bacteriúrias assintomáticas se tornam sintomáticas até o final da gestação. Na maioria das vezes, ocorre no primeiro trimestre da gravidez, 9% sob a forma de infecção urinária baixa (cistite) e 2% como infecção urinária alta (pielonefrite). No primeiro caso a contaminação e agressão bacteriana são restritas à bexiga, caracterizando-se principalmente por ardência ao urinar (disúria), urgência para urinar, frequência aumentada (polaciúria), dor supra púbica e, algumas vezes, sangue no término da micção ou no exame de urina. Já, no segundo, a contaminação é ascendente, vai da uretra até o rim e, ocorre em aproximadamente 2% das grávidas, geralmente no último trimestre. Apresenta sintomatologia clínica mais séria, podendo desencadear em trabalho de parto prematuro pelo aumento das contrações uterinas, ocasionadas pela presença de toxinas liberadas por bactérias, abortamento, hipertensão arterial gestacional, óbito fetal e até mesmo morte materno fetal, nos casos de infecção mais severas e generalizadas (Manual Técnico – Gestação de Alto Risco, 2000).

- A realização do teste anti – HIV, voluntário e confidencial, na gravidez, adquiriu grande importância em decorrência do expressivo número de casos de SIDA (Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida) entre os indivíduos heterossexuais, atualmente, o que resultou em um aumento acentuado da incidência entre as mulheres, e conseqüentemente, no aumento de casos de crianças infectadas por transmissão materno-infantil (SZWARCOWALD & CARVALHO, 2000 apud SOUZA JÚNIOR et al., 2002).

No Brasil, a soroprevalência desta infecção, entre as gestantes testadas, foi de 0,9%, em outubro de 1998.

Estima-se que sem qualquer intervenção 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação ou durante o trabalho de parto ou parto, ou através da amamentação. Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto.

Um dos maiores avanços na prevenção da transmissão vertical do HIV foi demonstrado no estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França, em gestantes que não amamentaram, o qual mostrou a redução de aproximadamente 70% com o uso do AZT na gestação, parto e no recém-nascido (Protocolo ACTG 076) (Manual Técnico – Gestação de Alto Risco, 2000).

O seu diagnóstico na gestação possibilita, no entanto, melhores resultados em relação à transmissão vertical, constituindo-se na intervenção mais eficaz, visando garantir a erradicação do HIV neonatal. Para tanto, é fundamental uma maior adesão – dos profissionais de saúde e das usuárias – na detecção, aumentando o número de gestantes testadas.

Apesar das limitações de tais estratégias, preconizadas pelo PHPN, reconhece-se que a possibilidade de ampliar o leque de informações sobre uma atenção tão fundamental possibilita que cada gestor, no seu nível de competência, possa tomar as medidas, mais prontamente, na direção de garantir uma assistência com dignidade, pautada por intervenções efetivas, a cada mulher.

Estudo recente (SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004), abrangendo os estados e municípios do Brasil, revelou que até o final de 2002, 3.983 municípios haviam aderido ao programa no país (72% de adesão), destes, 71% haviam apresentado produção, constituindo um banco de dados com 720.871 mulheres. Em 2002, apenas 28% das gestantes estavam inscritas, das quais 25% até 120 dias de gestação. Cerca de 22% das mulheres tiveram seis consultas, 6% a consulta puerperal e os exames obrigatórios. Apenas 4% foram submetidas ao teste para HIV e receberam vacina antitetânica, e 12% tiveram dois exames para a Sífilis.

O mesmo apresentou também, importantes diferenças regionais e estaduais existentes no Brasil, com melhores indicadores para as regiões Sudeste e Sul, sugerindo, no entanto, a necessidade de mudanças, na tentativa de buscar a equidade e a melhoria na qualidade dos serviços.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Foi estudado o universo das puérperas que ingressaram no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, atuante no município de Paraíso do Sul, no período de outubro de 2003 a dezembro de 2004. A população de estudo foi de 76 parturientes, escolhidas aleatoriamente, representando 49,7% do total (n=153) inserido no Programa, naquele período.

Foi utilizado como instrumento para a coleta de dados um formulário estruturado, contendo informações referentes:

- à puérpera (idade, estado civil);
- ao recém-nascido (sexo, local de nascimento, categoria de internação e peso ao nascer);
- ao acompanhamento pré-natal (trimestre no qual deu-se o início do Pré-Natal, número de consultas realizadas, fatores de risco apresentados);
- ao resultado da gestação (Nascido Vivo - NV, Nascido Morto - NM ou Aborto);
- a ocorrência ou não da consulta puerperal;
- a prática ou não da amamentação, assim como o período de sua realização;
- a efetuação ou não de exames recomendados durante a gestação (ABO-Rh, Ht/Hb, Glicemia de Jejum, VDRL, EQU, Toxoplasmose, Rubéola, Hepatite B, Anti-HIV, CMV, Papanicolaou; EPF e Ultrassonografia).

O mesmo, foi aplicado às parturientes, no momento da visita domiciliar, por Agentes Comunitárias de Saúde atuantes na época, após treinamento prévio e teste do instrumento de pesquisa.

Embora alguns formulários apresentaram-se incompletos, todos foram considerados.

A população em estudo foi dividida em dois grupos:

- Grupo I: puérpera adolescente (mulher de idade inferior a 20 anos, segundo definição cronológica do “Comitê de Peritos da OMS”);
- Grupo II: puérpera adulta (mulher de idade igual ou superior a 20 anos).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à população de estudo, 23,7% eram adolescentes e o restante do grupo (76,3%) eram puérperas com idade maior ou igual a 20 anos (Tabela 1). A idade mínima apresentada foi de 14 anos, enquanto que a máxima foi de 38 anos. Apenas 6 parturientes apresentaram 35 ou mais anos.

A grande maioria (n = 24) apresentou idade entre 20 e 24 anos, delineando-se o perfil de uma população jovem.

Do ponto de vista reprodutivo, essa faixa etária é considerada ótima (COSTA & GOTLIEB, 1998 apud LIMA & SAMPAIO, 2004) pois o menor risco perinatal é observado quando a idade materna está compreendida entre 20 e 30 anos (MATHEUS & SALA, 1992 apud LIMA & SAMPAIO, 2004), que neste estudo representou 59,2% da amostra.

Relatos de estudos prévios sobre a relação entre a idade materna e os resultados perinatais são extremamente controversos. Enquanto no grupo de gestantes adolescentes, vários autores têm relatado maior incidência de complicações obstétricas e perinatais, tais como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional (BERENSON, WIEMANN & MC COMBS, 1997 apud AZEVEDO et al., 2002), em relação à gravidez em mulheres com idade superior aos 35 anos, existe um conceito geral acerca de um maior risco obstétrico, decorrente tanto da própria senescência ovariana quanto da frequência aumentada de doenças crônicas em mulheres nessa faixa etária (notadamente a hipertensão arterial e diabetes mellitus), que sabidamente acarretam riscos potenciais para a gravidez (DILDY et al., 1996 apud AZEVEDO et al., 2002).

Entretanto, na atualidade, vem sendo destacado que mais importante do que a idade da gestante, seriam as condições de vida e saúde das gestantes, e, principalmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto (BUKULMEZ & DEREN, 2000 apud AZEVEDO et al., 2002).

Assim sendo, seria importante conhecer a magnitude do problema em cada região para que estratégias pudessem ser adotadas, a fim de minimizar estas repercussões desfavoráveis da gravidez e, mais ainda, direcionar as ações preventivas relacionadas ao grupo mais vulnerável para engravidar.

Em relação a idade do pai, 5 eram adolescentes, enquanto que a maior parte tinha idade maior ou igual a 20 anos. Também houve prevalência de pais com idade entre 20 e 24 anos.

Embora haja discordância com a situação atualmente encontrada, onde se está havendo, primeiramente, um maior interesse pela formação e ascensão profissional, geralmente alcançada após os 35 ou 40 anos de idade e pela independência financeira, e, posteriormente, pela realização pessoal, afetiva, esta alta incidência de jovens, assumindo, precocemente, a maternidade, assim como a paternidade, tem sido identificada em vários estudos realizados (MATHEUS & HAMILTON, 2002; ASTOLFI & ZONTA, 2002 apud COSTA, COSTA & COSTA, 2003; AQUINO-CUNHA et al., 2002;). Uma Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, mostrou que 18% das adolescentes brasileiras de 15 a 19 anos já tiveram pelo menos um filho ou estavam grávidas (BEMFAM, 1999 apud LIMA, 2004). Este aumento na incidência da gravidez (IBGE. Censo 2000 apud LIMA, 2004), o qual tem despertado ainda maior interesse, devido ao declínio da fecundidade entre as mulheres de 20 e mais anos de idade, tem sido propiciado principalmente pelo crescimento da população de jovens no Brasil, como também, pelas profundas transformações na vivência da sexualidade, ocorridas neste grupamento social, onde cada vez mais precocemente evidencia-se a iniciação sexual, além da real tendência aos namoros breves e mais intensos (CARELLI apud LIMA, 2004).

Vale lembrar que, mesmo nos países ricos, engravidar na adolescência reduz as chances de sucesso profissional e que uma gravidez indesejada nesta fase é, muitas vezes, um fator facilitador para a permanência em uma situação de pobreza, freqüentemente levando à interrupção do desenvolvimento escolar da adolescente e reduzindo as futuras oportunidades no mercado de trabalho (SABROZA et al., 2004).

Portanto, em virtude desta constatação, de que a experiência da maternidade nos primeiros anos da adolescência influencia negativamente a vivência e os efeitos da gravidez, ressalta-se a importância do desenvolvimento de políticas públicas que privilegiem a educação sexual como forma de se adiar a ocorrência da gestação. Tais medidas, certamente possibilitariam o desenvolvimento de todo o potencial psíquico da adolescente, bem como a ampliariam as oportunidades de vida, vindo a garantir uma melhor condição social futura para as gerações subseqüentes.

TABELA 1 – Idade das puérperas na primeira consulta

Idade das gestantes	Frequência	
	n	%
GRUPO I	18	23,7
GRUPO II	58	76,3
Total	76	100,0

Em relação ao Estado Civil ou Situação Conjugal declarada pelas gestantes (Tabela 2), evidenciou-se que a proporção de mães solteiras foi maior no grupo das adolescentes que no das adultas, ao passo que a frequência de casadas foi maior no grupo das adultas que no de adolescentes.

Apesar de não ter existido grande diferença entre o número de adolescentes solteiras e casadas, deve-se levar em conta, conforme citado em alguns estudos (COSTA & GOTLIEB, 1998; MATHEUS & SALA, 1992 apud LIMA & SAMPAIO, 2004; FORD, 1983 apud SABROZA et al., 2004), que a vivência com o pai do bebê, legal ou consensualmente, influencia positivamente, tanto no modo como a gestação será percebida e aceita pela adolescente e sua família, como na sua auto-estima, melhorando as condições sócio-demográficas e psicossociais apresentadas por elas, além de poder oferecer uma melhor estabilidade econômica para a família (UNGER & WANDERS, 1988; THOMPSON & PUBLES-WILKINS, 1992 apud GAMA et al., 2004).

TABELA 2 – Idade das puérperas na 1º consulta x Estado civil

Idade	Estado Civil								Total n
	Casada		Solteira		Moram juntos		Outra situação		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
GRUPO I	07	(38,9)	10	(55,6)	01	(5,6)	00	(0)	18
GRUPO II	40	(70,2)	05	(8,8)	06	(10,5)	06	(10,5)	57
Total	47	(62,7)	15	(20,0)	07	(9,3)	06	(8,0)	75

A maioria das puérperas, como se observa na Tabela 3, deu entrada no serviço de assistência pré-natal no primeiro trimestre (86,2% das adultas e 93,75% das adolescentes) chamando a atenção o fato de nenhuma adolescente ter iniciado o pré-natal tardiamente (terceiro trimestre), o que poderia estar indicando: conhecimento da gravidez; boa aceitação desta gravidez; alta importância atribuída a uma assistência pré-natal precoce ou conhecimento total dos serviços de saúde.

TABELA 3 – Início da assistência pré-natal segundo grupo etário das parturientes

Idade	Início do Pré-Natal						Total n
	1° Trim		2° Trim		3° Trim		
	n	%	n	%	n	%	
GRUPO I	15	(93,75)	01	(6,25)	00	(0)	16
GRUPO II	50	(86,2)	05	(8,6)	03	(5,2)	58
Total	65	(87,8)	06	(8,1)	03	(4,1)	74

Em relação à concentração de consultas (Tabela 4), observamos que a grande maioria realizou mais de 6 consultas durante o período pré-natal, destas, 92,8% eram adolescentes e 87,9% puérperas adultas. Apenas 11,1% do total tiveram menos de seis consultas, sendo a maior proporção encontrada entre as adultas.

Uma vez que um dos objetivos programáticos da assistência integral à saúde da mulher é aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população, verificamos que nesse serviço, confirmando esta expectativa, a maioria da população de puérperas recebeu o mínimo esperado para a sua proteção e do concepto.

Considerando-se que, o critério utilizado para a classificação do pré-natal como “adequado”, foi o ingresso no programa no primeiro trimestre da gestação em conjunto com o número de consultas maior ou igual a seis, verificou-se que mais da metade das mulheres (89,2%) foram categorizadas como adequadas, ultrapassando, o percentual de 60%, preconizado pelo Ministério da Saúde (GRANDI & SARASQUETA, 1997 apud DIAS-DA-COSTA et al., 2000).

TABELA 4 – Distribuição das puérperas segundo frequência aos serviços de assistência pré-natal

Idade	Número de consultas		Total
	+ de 6	- de 6	
GRUPO I	13 (92,8%)	01 (7,2%)	14
GRUPO II	51 (87,9%)	07 (12,1%)	58
Total	64	08	72
%	88,9	11,1	100,0

Em relação a incidência dos fatores de risco (FR) no pré-natal (Tabela 5), encontrou-se 36,8% de puérperas apresentando apenas um FR, 25%, dois ou mais FR, enquanto que, na maioria (38,2%) não foi encontrado nenhum FR.

Entre as adolescentes, a incidência de apenas 1 FR foi de 61,1%; de 2 ou mais fatores de risco foi de 33,3%, enquanto que, 5,5% não apresentou FR. Já, entre as adultas, os resultados encontrados, foram, respectivamente, 29,3%; 22,4% e 48,3%.

Por ordem decrescente de prevalência, conforme Tabela 6, encontraram-se, nesta faixa etária, respectivamente: o edema/inchaço, a ocorrência de natimorto e/ou aborto anteriores, a elevação da pressão arterial, o sangramento, a idade  $\geq 36$  anos e a multiparidade (seis ou mais gestações anteriores).

Entre as gestantes adolescentes, o FR que teve maior incidência foi a idade  $\leq$  a 20 anos, seguido de edema, pressão arterial elevada, igual prevalência de sangramento e natimorto e/ou aborto anteriores, e multiparidade.

Em ambos os casos, pode-se ver que o FR prevalente foi o edema. Sua associação com a elevação da pressão arterial, ou seja, com a Hipertensão Induzida pela Gravidez, apresentou-se em 60 % das puérperas, e, na maior parte, entre as adultas, coincidindo com os resultados da literatura, onde afirmam que, quanto maior a idade materna, maior é o risco para o surgimento da HIG. Portanto, vale lembrar, que alguns cuidados, neste caso, devem ser tomados, a fim de que não se tenha a evolução para um quadro ainda pior.

Puérperas que realizaram um número maior ou igual a seis consultas e deram início ao pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação apresentaram uma menor incidência de fatores de risco, confirmando mais uma vez, que quanto maior a adesão das mulheres ao PN, melhor será a qualidade de sua gestação, ou seja, menores serão os riscos de virem a apresentar complicações durante este período.

TABELA 5 – Incidência de fatores de risco entre as puérperas

Fatores de risco	n	%
Um único FR	28	36,8
Dois ou mais FR	19	25,0
Sem FR	29	38,2
Total	76	100,0

TABELA 6 – Incidência dos fatores de risco segundo grupo etário da parturiente

	Idade < 20 anos	Edema / Inchaço	6 ou + gest. anteriores	sangramento	PA↑	Natimorto e/ou aborto ant.	Idade ≥ 36 anos
Grupo I	18	03	00	01	02	01	00
Grupo II	00	17	02	07	08	11	03
Total	18	20	02	08	10	12	03

Na tabela 7, quanto à categoria de internação, observou-se que, o número de partos na categoria SUS foi de 55 (91,9%), enquanto que, na categoria particular, foi de, apenas, 05 (8,1%).

Com relação ao local de nascimento, pode-se ver que a grande maioria ocorreu fora do município (83,3%), destacando-se a elevada incidência (55%) dos partos, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Este resultado revela a necessidade de uma melhoria local no setor de internação hospitalar para abranger um maior número de nascimentos, visto que, certamente seria possível, devido a baixa ocorrência de casos graves, ou seja, de gestantes caracterizadas como de alto risco, evitando a “superpopulação”, tão característica do HUSM.

TABELA 7 – Local de nascimento do bebê x categoria de internação

	SUS	Particular	Total	
			n	%
HUSM	33	00	33	55,0
H. Vila Praisó	08	00	08	13,3
Unidade Básica de Saúde	02	00	02	3,3
Outra localidade	12	05	17	28,3
Total	55	05	60	99,9
%	91,9	8,1		

A realização de consulta no puerpério foi efetivada em 93,1% dos casos. Destacando-se o grupo das adolescentes, cuja incidência foi de 100% (Tabela 8).

TABELA 8 – Frequência da consulta puerperal

	n	%
SIM	54	93,1
NÃO	04	6,9
Total	58	100,0

A prática da amamentação atingiu incidência de 94,8%, contra apenas 5,2% das gestantes que não a efetivaram (tabela 9).

Das praticantes, 72,7%, o fizeram por um período maior de 6 meses (Tabela 10).

Esta alta incidência é condizente com a literatura no que diz respeito ao aumento desta prática entre a população brasileira, embora, esteja muito aquém do recomendado pela OMS, a qual preconiza amamentação exclusiva nos primeiros 4 a 6 meses e parcial até pelo menos o final do primeiro ano de vida (GIUGLIANI).

TABELA 9 – Frequência da prática de amamentação

Realizam a amamentação	n	%
SIM	55	94,8
NÃO	03	5,2
Total	58	100,0

TABELA 10 – Período da amamentação segundo o grupo etário da mãe

	+ de 6 meses	- de 6 meses	Total
GRUPO I	11 (68,75%)	05 (31,25%)	16
GRUPO II	29 (74,4%)	10 (25,6%)	39
Total	40	15	55
%	72,7	27,3	100,0

Em relação ao resultado da gestação, ocorreram 62 nascimentos, destes, houve um caso de aborto, ocorrido durante as 31 semanas de gestação e um caso de nascimento seguido de morte (8 horas após o parto). Ambos, ocorridos entre gestantes adultas, foram eliminados da análise; considerando-se apenas, os 60 nascidos vivos, restantes.

Para a classificação do peso ao nascer utilizou-se o critério da OMS (Manual Técnico-Gestação de Alto Risco, 2000): baixo peso (criança com menos de 2500 g), peso insuficiente (2500 a 2999 g), peso adequado (3000 a 3999 g) e excesso de peso (4000g ou mais).

Segundo a Tabela 11, onde se tem a distribuição dos recém-nascidos conforme o sexo (fator de ordem genética e constitucional) e o peso ao nascer (independente da idade gestacional), observou-se a prevalência de meninas (56,7%) em relação ao número de meninos (43,3%).

Em relação ao peso, foi encontrada uma baixa proporção de recém-nascidos com peso abaixo de 2500g (8,3%) se comparada ao de RN com peso adequado (63,3%). Também, ao comparar com a proporção de baixo peso ao nascer (BPN) encontrada no Brasil, de 11%, conforme relatório da Situação Mundial da Infância, do Unicef, de 1998, foi baixa, no entanto, se comparada a incidência em países desenvolvidos (4 a 6%), encontra-se em desvantagem. Além do mais, se levar em conta que a cifra almejada pela OMS, de ter pelo menos 85% de RN com peso maior ou igual a 3000g, constatou-se, no presente estudo, que o percentual de crianças dentro deste patamar ainda se encontra aquém do desejado, 75%.

A alta incidência de recém-nascidos com peso insuficiente (18,3%), deve servir de alerta, pois como já sabido, a mortalidade neonatal precoce, neste grupo, é duas a três vezes superior à encontrada para os neonatos que nasceram com peso entre 3,5 e 4,0 kg). Além disso, já foi constatado que os problemas mentais, orgânicos e neurológicos que aparecem na idade adulta apresentam maior gravidade nestas crianças do que nas outras nascidas com peso adequado (PUFFER, SERRANO, 1988 apud FRANCESCHINI et al., 2003).

Também verificou-se que um maior número de meninas apresentou peso adequado se comparado aos meninos. As incidências foram de 62,2% e 37,8%, respectivamente, contrariando a literatura (BERKOWITZ & PAPIERNIC, 1993; KRAEMER, 1987; MENEZES et al., 1993 apud KILSZTAJN et al., 2000), a qual diz que, apesar do sexo masculino apresentar maior risco de mortalidade neonatal, o peso ao nascer é normalmente maior que o encontrado entre o sexo feminino.

O BPN, utilizado como forte indicador das condições de saúde da população, por ser o determinante mais importante das chances do recém-nascido de sobreviver e apresentar crescimento e desenvolvimento satisfatórios, neste estudo, juntamente com o excesso de peso, tiveram maior frequência entre as mães adultas (Tabela 12), o que discorda, em parte, de algumas investigações, as quais verificaram maior proporção de BPN entre os neonatos de mães adolescentes (MARIOTONI & BARROS FILHO, 1998; SILVA et al., 1998 apud SIMÕES et al., 2003; MURATTA et al., 1998 apud AQUINO-CUNHA, 2002), embora, seja sabido que os extremos da vida reprodutiva – menos de 20 anos e mais de 35 anos de idade – apresentam as maiores taxas de mortalidades neonatal e infantil, relacionadas a este fator (BETTIOL et al., 1992).

Vale ressaltar, no entanto, que, confirmando os resultados da literatura, no grupo de mulheres com idade maior que 35 anos, foram mais freqüentes tanto os recém-nascidos de baixo peso ao nascimento, quanto os recém-nascidos com peso superior a 4000 g (SPELLACY, MILLER & WINEGAR, 1986 apud AZEVEDO et al., 2002).

Contudo, apesar da idade da mãe na época do parto ser um dos fatores imputados como de grande importância na gênese do recém-nascido (RN) de baixo peso, deve-se levar em consideração a existência de outros determinantes, destacados em várias pesquisas nacionais (ALMEIDA & MELO, 1998; BEMFAM, 1997; MENEZES et al., 1993; MONTEIRO, BENICIO & ORTIZ, 2000 apud KILSZTAJN et al., 2000) e internacionais (BERKOWITZ & PAPIERNICK, 1993; KRAMER, 1987 apud KILSZTAJN, 2000), tais como: estado civil, escolaridade da mãe, ordem de nascimento do filho, número de consultas pré-natais, peso da mãe, a presença de doenças, tabagismo, estresse, entre outros, os quais atuam sincronicamente com ela, interferindo no aparecimento de recém-nascidos com peso inadequado (GAMA et al., 2001 apud FRANCESCHINI et al., 2003). Estes, muitas vezes analisados como “fatores de risco” que apresentam uma mesma relação de “causa-efeito” de igual intensidade, na verdade estão distribuídos de maneira distinta dentro das várias classes sociais que compõem a população, necessitando serem detectados. Esta detecção, no entanto, só torna-se possível, através de um acompanhamento especializado, ou seja, da realização de um aumento da cobertura pré-natal.

TABELA 11 – Número de nascimentos x Sexo e Peso do recém-nascido

	♂	♀	Total
Baixo peso ao nascer	03	02	05
Peso insuficiente	06	05	11
Peso adequado	14	23	37
Excesso de peso	03	04	07
Total	26	34	60

TABELA 12 – Peso do recém-nascido segundo o grupo etário da mãe

Idade	Peso RN Baixo peso ao nascer	Peso insuficiente	Peso adequado	Excesso de peso	Total
GRUPO I	01	05	09	01	16
GRUPO II	04	05	29	06	44
Total	05	10	38	07	60

A Tabela 13 apresenta os indicadores de cobertura das puérperas inscritas no PHPN e a frequência de anormalidades ocorridas.

A cobertura dos exames (\*) preconizados pelo **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento** foi superior a 90%, enquanto que, alguns dos demais, também de elevada importância no pré-natal, deixaram a desejar.

Quanto a incidência de anormalidades ocorridas, destacou-se a alta prevalência de Anemia (44,6%) e Infecção do Trato Urinário –ITU (24,6%) entre as parturientes.

TABELA 13 – Indicadores de cobertura das puérperas inscritas no Programa de Pré-natal

Exames	n	%	Anormalidades (n)	%
ABO –Rh	73	96,05	02 – incompatibilidade	2,7
Ht/ Hb	74	97,37	33 – anemia	44,6
Glicemia de Jejum	73	96,05	01 – glicose elevada	1,4
VDRL	71	93,42	---	---
Urian rotina	73	96,05	18 – ITU	24,6
Toxoplasmose	45	59,21	---	---
Rubéola	28	36,84	01	3,6
Hepatite B	33	43,42	---	---
Anti-HIV	69	90,79	01	1,4
CMV	14	18,42	---	---
Papanicolaou	56	73,68	---	---
EPF	23	30,26	---	---
Ultrassonografia	64	84,21	---	---

A Tabela 14, apresenta a alta ocorrência de casos de Anemia (43,4%), seguida de ITU (23,7%) e, posteriormente, desta associação (15,8%), entre as puérperas.

A incidência de ambas as patologias, tanto isoladamente como em conjunto, obteve maior prevalência entre as adolescentes. Embora tenha sido verificado em muitos estudos (BELEZA FILHO, 1984; CABRAL et al., 1985; MENKEN, 1972 apud SINISTERRA RODRIGUEZ, 1991) que esta alta incidência de anemia prevalece, realmente, nesta faixa etária, em virtude da maior exigência de um aporte nutricional, em prol do seu próprio crescimento, quanto a prevalência de ITU não há comprovação concreta (ANDRIOLE & PATTERSON, 1991 apud DUARTE, 2002). No entanto, tem sido constatado esta associação

(anemia + ITU) (COX et al., 1991 apud DUARTE et al., 2002), assim como, a de outras complicações da gravidez, incluindo a hipertensão e a pré-eclâmpsia (LEE et al., 2000 apud DUARTE et al., 2002), a corioamnionite, a endometrite e septicemias, à infecção urinária.. Porém, o que não se sabe com certeza é se o episódio de infecção urinária precede a ocorrência dessas complicações ou se essas já existiam no momento do diagnóstico da infecção do trato urinário (ANDRIOLE & PATTERSON, 1991; SCHIEVE et al., 1994 apud DUARTE et al., 2002).

TABELA 14 – Frequência de Anemia e/ou ITU segundo o grupo etário da puérpera

Idade Materna	Anemia	ITU	Anemia e ITU
	n	n	n
GRUPO I	11 (61,1%)	05 (27,8%)	04 (22,2%)
GRUPO II	22 (37,9%)	13 (22,4%)	08 (13,8%)
Total	33 (43,4%)	18 (23,7%)	12 (15,8%)

Entre os fatores que interferem na qualidade da gravidez e, conseqüentemente, no peso ao nascer, destacam-se as deficiências nutricionais.

A anemia é uma das deficiências nutricionais de maior importância durante a gestação, quer pela elevada prevalência com que ocorre, quer pelos efeitos adversos a ela associados (BAKER & DEMAAYER, 1979; International Nutritional Anemia Consultative Group, 1981; OMS, 1974 apud SINISTERRA RODRIGUEZ et al., 1991). Embora não conclusiva, a sua relação com o peso ao nascer tem sido verificada em diversos estudos. Em um estudo prospectivo (HARRISON & IBEZIAKO, 1973 apud SINISTERRA RODRIGUEZ et al., 1991), excluindo mulheres com complicações maternas e fetais e controlando a idade gestacional, observou-se que os RN de mães que tiveram anemia no transcurso e no final da gestação apresentaram médias inferiores de peso ao nascer. Analisando dados retrospectivos de 1080 gestantes americanas de classe média, encontrou-se forte relação entre níveis de hemoglobina materna e peso ao nascer (MITCHELL & LERNER, 1987 apud SINISTERRA RODRIGUEZ et al., 1991).

A relação entre a desnutrição protéica-energética e o peso ao nascer vêm sendo avaliada desde meados do século (SMITH, 1947; ANTOV, 1947 apud SINISTERRA RODRIGUEZ et al., 1991). A partir de uma revisão de estudos observacionais, destacou-se que na espécie humana a linha de abastecimento fetal é influenciada por diferentes mecanismos que dependem da disponibilidade de nutrientes. Se a ingestão dietética for

insuficiente e se os estoques de nutrientes da mãe estiverem baixos, o feto precisará recorrer às reservas pré-concepcionais para se suprir, ocasionando comprometimento do binômio materno-fetal (ROSSO, 1977 apud SINISTERRA RODRIGUEZ et al., 1991).

É conhecido, também, há muito tempo, a associação entre infecção do trato urinário e a piora do prognóstico gestacional (SCHIEVE et al., 1994; CUNNINGHAM & LUCAS, 1994; PARRILLO, 1993 apud DUARTE et al., 2002). E, que gestações complicadas por infecção urinária estão associadas ao dobro da mortalidade fetal observada em gestações normais de uma mesma área geográfica (ANDRIOLE & PATTERSON, 1991 apud DUARTE et al., 2002). Dentre as complicações, destacam-se, além do recém-nascido de baixo peso, o trabalho de parto e parto pré-termo, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intra-útero e o óbito perinatal (MILLAR & COX, 1997; DUARTE et al., 1985 apud DUARTE et al., 2002).

Observou-se, segundo a Tabela 15, que a maior prevalência de ambas as patologias, isoladamente ou associadas, foi encontrada entre mães de recém-nascidos com peso entre 3000 e 4000g (peso adequado). Estes dados revelaram, apesar de não ter sido realizada avaliação da gravidade destas patologias, que, mesmo sob condições indesejadas de saúde, a mãe pode dar origem a um RN sem problemas de BPN.

TABELA 15 – Peso do recém-nascido X frequência de Anemia e/ou ITU entre as puérperas

Peso do RN	Anemia	ITU	Anemia e ITU
	n	n	n
Baixo peso ao nascer	03	02	02
Peso insuficiente	05	03	02
Peso adequado	18	11	07
Excesso de peso	03	02	00
Não nasceu	03	00	00
Aborto	01	00	01
Total	33	18	12

Embora tenha sido encontrado na análise de outras variáveis, o efeito protetor do acompanhamento pré-natal, em relação à prevalência de anemia e de ITU, este não foi aqui constatado (Tabela 16), visto que a incidência de ambas as patologias foi maior entre as puérperas que tiveram um pré-natal classificado como adequado, ou seja, de início precoce e média elevada de consultas.

TABELA 16 – Número de consultas X ocorrência de casos de Anemia e/ou ITU

Atenção PN (n° de consultas)	Anemia n	ITU n	Anemia e ITU n
+ 6	28	15	10
- 6	03	02	01
Não respondeu	02	01	01
Total	33	18	12

## CONCLUSÃO

Apesar da proporção de puérperas adolescentes (23,7%) encontrada neste estudo, refletir uma das características de países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (1984), a maior parte dos resultados obtidos aqui, referentes ao número de consultas realizadas durante e após o período gestacional, ao início do pré-natal, a incidência de baixo peso ao nascer ou excesso de peso do recém-nascido, mostraram que a idade materna menor de 20 anos esteve associada com os indicadores mais favoráveis para a saúde perinatal, embora, alguns fatores, discutíveis, possam ter contribuído negativamente para esta conclusão, como é o caso do período destinado a prática da amamentação e alta incidência dos fatores de risco.

Porém, como nem todas que tiveram seu acompanhamento pré-natal classificado como adequado apresentaram 100% de efetividade quanto aos resultados obtidos, fica claro, no entanto que, considerar o número de consultas e o início do acompanhamento pré-natal, por si só, não assegura uma atenção de qualidade adequada, mesmo que permita o diagnóstico e o tratamento precoce de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem controlados.

Certos fatores como o aprimoramento da supervisão, a intensificação da realização dos procedimentos e a busca ativa das gestantes devem, portanto, serem creditados a todos os profissionais comprometidos com esta atenção oferecida a gestante, enquanto que a qualificação do pré-natal dependerá também do envolvimento da comunidade no reconhecimento da importância do Programa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO-CUNHA, Margarida; QUEIROZ-ANDRADE, Marcony; TAVARES-NETO, José et al. **Gestação na Adolescência: Relação com o Baixo Peso ao Nascer**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., set. 2002, vol. 24, no. 8, p. 513-519. ISSN 0100-7203.

AZEVEDO, George Dantas de; FREITAS JUNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira; FREITAS, Ana Karla Santana de Oliveira et al. **Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2002, vol. 24, no. 3, p. 181-185. ISSN 0100-7203.

BETTIOL, Heloisa; BARBIERI, Marco A.; GOMES, Uilho A. et al. **Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes**. Cad. Saúde Pública, out./dez. 1992, vol. 8, no. 4, p. 404-413. ISSN 0102-311X.

BRASIL/Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco. Manual Técnico**. 3ª ed. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. **Manual de assistência e vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

COSTA, Hélio de Lima Ferreira Fernandes; COSTA, Cícero Ferreira Fernandes; COSTA, Laura Olinda Bregieiro Fernandes. **Idade Materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2003, vol. 25, no. 9, p.631-635. ISSN 0100-7203.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares & MADI, José Mauro. **Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., nov./dez. 2001, vol. 23, no. 10, p. 647-652. ISSN 0100-7203.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; MADEIRA, Angela C. C.; LUZ, Rafael M. et al. **Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil**. Rev. Saúde Pública, ago. 2000, vol. 34, no. 4, p. 329-336. ISSN 0034-8910.

DUARTE, Geraldo; MARCOLIN, Alessandra Cristina; GONÇALVES, Carla Vitola et al. **Infecção urinária na gravidez: Análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., ago. 2002, vol. 24, no. 7, p. 471-477. ISSN 0100-7203.

FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloiza; PEQUENO, Nila Patrícia Freire et al. **Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda**. Rev. Nutr., abr./jun. 2003, vol. 16, no. 2, p. 171-179. ISSN 1415-5273.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SZWARCWARLD, Célia Landmann; SABROZA, Adriane Reis et al. **Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000**. Cad. Saúde Pública, 2004, vol. 20 supl. 1, p. 101-111. ISSN 0102-311X.

GIUGLIANI, Elsa R. J. **Aleitamento Materno**. Disponível em: <<http://www.sopravariar.hpg.ig.com.br/aleitamento-materno.htm>>. Acesso em: 07 set. 2004.

GUERRA, Elvira Maria; BARRETTO, Orlando César de Oliveira; VAZ, Adelaide José et al. **Prevalência de anemia em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, Brasil**. Rev. Saúde Pública, out. 1990, vol. 24, n. 5, p. 380-386. ISSN 0034-8910.

JAKOBI, Heinz Roland. **Perinatologia atual**. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br/perinatologia.htm>>. Acesso em 26 abr. 2005.

KILSZTAJN, Samuel; ROSSBACH, Anacláudia; CARMO, Manuela Santos Nunes do et al. **Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000**. Rev. Saúde Pública, jun. 2003, vol. 37, no. 3, p. 303-310. ISSN 0034-8910.

LIMA, Celian Tereza Batista; FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; CARVALHO, Maria Francisca Santos et al. **Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., jan./mar. 2004, vol.4, no. 1, p. 71-83. ISSN 1519-3829.

LIMA, Geânia de Souza Paz & SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. **Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso ao recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., jul./set. 2004, vol. 4, no. 3, p. 253-261. ISSN 1519-3829.

MACHADO, Antônio Vieira; MELO, Victor Hugo de & NASCIMENTO NETO, Raimundo Marques. **Monitorização ambulatorial da pressão arterial em gestantes normotensas: estudo longitudinal da pressão arterial e da frequência cardíaca materna nos três trimestres da gestação**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., abr. 2003, vol. 25, no. 3, p. 163-167. ISSN 0100-7203.

MARIOTONI, Gladys GB & BARROS FILHO, Antônio A. **Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre nascidos vivos, 1975-1996**. Rev. Saúde Pública, fev. 2000, vol. 34, no. 1, p. 71-76. ISSN 0034-8910.

MOREIRA FILHO, Carlito & SILVA, Jean Carl. **Cuidados a serem realizados na assistência pré-natal**. Disponível em: <<http://www.clinicavitae.com.br/gestantes/gestante12.htm>>. Acesso em: 08 ago. 2004.

SABROZA, Adriane Reis; LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. **Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001**. Cad. Saúde Pública, 2004, vol. 20 supl. 1, p.112-120. ISSN 0102-311X.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giacomio do & CECATTI, José Guilherme. **Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., ago. 2004, vol. 26, no. 7, p. 517-525. ISSN 0100-7203.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giacomio & CECATTI, José Guilherme. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., jul./set. 2004, vol. 4, no. 3, p.269-279. ISSN 1519-3829.

SILVEIRA, Denise S. & SANTOS, Iná S. **Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública, set./out. 2004, vol. 20, no. 5, p. 1160-1168. ISSN 0102-311X.

SIMOES, Vanda Maria Ferreira; SILVA, Antônio Augusto Moura da; BETTIOL, Heloisa et al. **Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão.** Rev. Saúde Pública, out. 2003, vol. 37, no. 5, p. 559-565. ISSN 0034-8910.

SINISTERRA RODRIGUEZ, Odalis T.; SZARFARC, Sophia Cornbluth & BENICIO, Maria Helena d'Aquino. **Anemia e desnutrição maternas e sua relação com o peso ao nascer.** Rev. Saúde Pública, jun. 1991, vol. 25, no. 3, p. 193-197. ISSN 0034-8910.

SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de; SZWARCOWALD, Célia Landmann; BARBOSA JUNIOR, Aristides et al. **Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo - Sentinela Parturiente, Brasil, 2002.** Rev. Saúde Pública, dez. 2004, vol. 38, no. 6, p. 764-772. ISSN 0034-8910.

SOUZA, Ariani I.; B. FILHO, Malaquias & FERREIRA, Luiz O. C. **Alterações hematológicas e gravidez.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter., mar. 2002, vol. 24, no. 1, p. 29-36. ISSN 1516-8484.

SOUZA, Ariani Impieri de & BATISTA FILHO, Malaquias. **Diagnóstico e tratamento das anemias carenciais na gestação: consensos e controvérsias.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., out./dez. 2003, vol. 3, no. 4, p. 473-479. ISSN 1519-3829.

## ANEXO

**PM DE PARAÍSO DO SUL – SECRETARIA DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**QUESTIONÁRIO – PRÉ-NATAL PARAÍSO DO SUL – ANO DE 2004**

**MICROÁREA:** \_\_\_\_\_ **PSF:** 1 ( ) ; 2 ( ) ; 3 ( )

**DADOS DO RECÉM-NASCIDO:**

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: masc. ( ) ; fem. ( )

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ SUS ( ) PARTICULAR ( )

HOSPITAL DE NASC. \_\_\_\_\_

PESO DO RN : \_\_\_\_\_ IDADE GESTACIONAL NA DATA DO PARTO: \_\_\_\_\_

**DADOS DA MÃE/GESTANTE:**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ IDADE NA DATA DO PARTO: \_\_\_\_\_

DATA DO PARTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_ IDADE DO PAI: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA ( ) ; CASADA ( ) ; DIVORCIADA ( ) ; OUTRO: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PRÉ-NATAL/ ACOMPANHAMENTO:**

- INICIOU O PRÉ-NATAL EM QUAL TRIMESTRE: 1º ( ) ; 2º ( ) ; 3º ( )

- QUAL FOI O Nº DE CONSULTAS: mais de 6 ( ) ; menos de 6 ( )

- APRESENTOU FATORES DE RISCO? DESTES, QUAIS :

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| ( ) 36 anos ou mais              | ( ) 6 ou mais gestações anteriores |
| ( ) menos de 20 anos na gestação | ( ) sangramento                    |
| ( ) diabetes                     | ( ) pressão alta                   |
| ( ) edema/inchaço                | ( ) natimorto/aborto anteriores    |

- RESULTADO DA GESTAÇÃO: ( ) nascido vivo ; ( ) nasc. morto; ( ) aborto

- FEZ CONSULTA NO PUERPÉRIO? ( ) Sim ; ( ) Não ; ( ) Não lembra

- EM QUE DATA(S): \_\_\_\_\_

- PRETENDE AMAMENTAR/JÁ ESTÁ AMAMETANDO: ( ) Sim ; ( ) Não

- POR QUANTOS MESES : ( ) mais de 6 meses ; ( ) menos de 6 meses ; ( ) até 1 ano ou +

**DENTRE OS PRINC. EXAMES DE REALIZAÇÃO RECOMENDADOS DURANTE A GESTAÇÃO –  
QUAIS FORAM REALIZADOS :**

- |   |  |
|---|--|
| ( ) Tipagem Sanguínea                       | <b>Apresentou:</b> Incompatibilidade : ( ) Sim ; ( ) Não       |
| ( ) Hemograma                               | <b>Apresentou:</b> Anemia : ( ) Sim ; ( ) Não                  |
| ( ) Glicemia                                | <b>Apresentou:</b> Diabetes Gestacional: ( ) Sim ; ( ) Não     |
| ( ) Sorologia p/ Sífilis (Lues)             | Reagente: ( ) Sim ; ( ) Não                                    |
| ( ) Sorologia p/ Toxoplasmose               | Reagente: ( ) Sim ; ( ) Não                                    |
| ( ) Sorologia p/ Rubéola                    | Reagente: ( ) Sim ; ( ) Não                                    |
| ( ) Sorologia p/ Hepatite B                 | Reagente: ( ) Sim ; ( ) Não                                    |
| ( ) Sorologia p/ HIV                        | Reagente: ( ) Sim ; ( ) Não                                    |
| ( ) Sorologia p/ Citomegalovírus – CMV      | Reagente: ( ) Sim ; ( ) Não                                    |
| ( ) EQU –Exame de Urina Tipo I              | <b>Apresentou :</b> ITU-Inf. Trato Urinário: ( ) Sim ; ( ) Não |
| ( ) Protoparasitológico de fezes – EPF      | Reagente: ( ) Sim ; ( ) Não                                    |
| ( ) Colpocitologia Oncótica – Papanicolau   | Reagente: ( ) Sim ; ( ) Não                                    |
| ( ) Ultrasonografia Obstétrica Transvaginal |  |

OBS: \_\_\_\_\_