



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE GESTANTES
ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE IMPERATRIZ-MA**

SAYARA KAROLLYNE ALENCAR DA SILVA

Imperatriz

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE GESTANTES
ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE IMPERATRIZ-MA**

Sayara Karollyne Alencar da Silva

Orientadora: Prof.^a Dra. Floriacy Stabnow Santos

Imperatriz

2017

SAYARA KAROLLYNE ALENCAR SILVA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE GESTANTES
ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE IMPERATRIZ-MA**

Artigo científico apresentado ao curso de enfermagem do Centro de Ciências Sociais, saúde e tecnologia (CCSST) – Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Floriacy Stabnow Santos

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Floriacy Stabnow Santos (Orientadora)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA

Prof.^a Msc. Francisca Jacinta Feitosa de Oliveira (1^o examinador)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA

Prof.^o Dr.^o. Marcelino dos Santos Neto (2^o examinador)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA

PERFIL SOCIOEDEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE IMPERATRIZ-MA

Sociodemographic and obstetric profile of women attended in a basic health unit and Imperatriz-Ma

Sayara Karollyne Alencar da Silva¹
Floriacy Stanbnow Santos²

RESUMO

Dentre tantos papéis que a Estratégia Saúde da Família desenvolve, encontra-se aquela que é direcionada à saúde materno-infantil, principalmente no período gestacional. Assim, o pré-natal é um atendimento à mulher durante o período gravídico, que inclui promoção da saúde materna e infantil e prevenção de doenças e o tratamento de possíveis problemas que possam ocorrer durante o processo gestacional até o pós-parto. Identificar os aspectos socioeconômicos é de suma importância, e poderão trazer análises precisas, traduzindo a realidade da consulta de enfermagem. Essa pesquisa se propõe a traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Dr^o Maria Aragão em Imperatriz-Ma no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017, coletando dados a partir de prontuários da consulta de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, do tipo documental, exploratório de abordagem quantitativa. Os resultados apontaram que a faixa etária variou entre menores de 18 anos até 42 anos, 48,3% viviam em união estável, da raça negra eram 38,3%, tinham ensino médio 30%. A história obstétrica mostrou que 35% tiveram 2 partos anteriores, tiveram abortos anteriores 28,3% e 61,6% já tinham feito parto cesariana. Encontrou-se ainda que 6,6% tiveram Hipertensão arterial, Diabetes gestacional em 3,3%, doenças cardíacas em 11,6%, infecção urinária em 48,3%. Assim, acredita-se que o presente estudo possa contribuir para proporcionar um melhor atendimento às gestantes na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-Chave: Perfil; Pré-natal; Enfermagem; Gestantes.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção pré-natal tem sido tema de preocupação da Saúde Pública e merecido destaque no que se refere ao cuidado à saúde materno-infantil desde 2000. Tal preocupação tem gerado discussões e busca por

¹ Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA. E-mail: sayara_karollyne@hotmail.com

² Orientadora: Prof.^a Dr.^a do curso de enfermagem na Universidade Federal do Maranhão-UFMA. E-mail: floriacys@gmail.com

soluções para o insistente problema da morbi-mortalidade de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto. Estas complicações estão entre as dez principais causas de morte de mulheres, sendo que a maioria, aproximadamente 92%, poderia ser evitada por uma assistência adequada. (CERON; FEDOSSE; BRASIL, 2013).

Para o cuidado da mulher no período gravídico é que entra em ação o pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ou seja, ele faz a promoção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informação e orientações sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto.

Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas as suas necessidades. Na história da rede Pública de Saúde, a atenção materno-infantil é considerada uma área prioritária, principalmente no que diz respeito aos cuidados da mulher durante a gestação. A fim de manter um ciclo gravídico-puerperal com o menor risco possível para o binômio mãe-filho, foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que propôs uma nova e diferenciada abordagem, com ênfase no atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral, com vistas ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Dentro do pré-natal, existe as consultas que visam promover o bem estar materno-fetal, sendo a realização das mesmas, uma condição importante para que esse garanta a efetividade dos cuidados as gestantes. Elas normalmente são de rotina, e obedecem a uma sequência. De acordo com o Ministério da Saúde as consultas do pré-natal devem ser programadas de acordo e em função do período gestacional que determinam mais risco materno e perinatal, e as realizações das consultas devem acontecer no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, essa sequenciam e são necessárias para que ocorra a avaliação do binômio feto-mãe, observando o desenvolvimento do feto, além de buscar possíveis doenças, como diabetes gestacional, pré- eclampsia (BRASIL, 2011).

Tais problemas podem ser controlados e verificados através do pré-natal durante toda a gravidez (ANDREUCCI; CECATI, 2011). Sendo assim, a consulta de enfermagem permite ao profissional de enfermagem criar um vínculo mais forte com o paciente, possibilitando uma maior compreensão do estado de saúde ou doença. Com essa aproximação o enfermeiro passa a escutar mais atentamente, observar melhor e principalmente tomar decisões, o que proporcionar confiança a cliente (NERY; TOCANTINS, 2006).

A assistência do pré-natal ainda tem por objetivo orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido. O acompanhamento deve ser contínuo já que durante a gravidez são comuns alterações orgânicas e fisiológicas no corpo da gestante, e na maioria dos casos essas mudanças ocorrem sem serem observadas por estas mulheres. Ressalta-se por isso a importância de um pré-natal bem desenvolvido a fim de detectar precocemente possíveis alterações patológicas (BRASIL, 2011).

Assim, com a finalidade de reorganizar a atenção básica e reformular o modelo assistencial vigente, foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família que hoje é denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Representa uma organização de acesso, ou, melhor porta de entrada a serviços simples e complexos. Com esse modelo de assistência, a família passa a ser o objeto de atenção da equipe de saúde, no ambiente que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A ESF proporciona assistência de qualidade, e o vínculo estabelecido entre os profissionais da Unidade e os Agentes Comunitários de Saúde com as gestantes são imprescindíveis para a adesão das mesmas ao Programa de assistência do pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Este estudo com ênfase no traçar perfil sociodemográfico das gestantes, pode melhorar a assistência dada a ela.

Pensar na ESF como uma das peças principais diante de um pré-natal de excelência, é levar em conta todos os atributos que ela possui, tais como os personagens que montam essa equipe. Que se unem a fim de vislumbrar o grande potencial e benefícios que um pré-natal realizado e acompanhado de forma correta, tem diante do binômio mãe-feto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Entre todos os membros da equipe de saúde, o Enfermeiro é quem permanece mais tempo ao lado da gestante, tornando-se um grande aliado na assistência prestada, fornecendo informações valiosas e de grande importância em prol da melhoria da continuidade de uma gestação saudável. E segundo (ARAUJO; SILVA; ALVES, 2010), o pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87.

Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; realizar a prescrição de enfermagem; prescrever medicamentos, desde que estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência a parturiente, puérpera e realizar educação em saúde, sendo respaldado pela lei 7.498/86. Com isso, o pré-natal é um procedimento totalmente possível de ser bem realizado por enfermeiros, com padrão de alta qualidade (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal, já que constitui uma importante medida para a prevenção de agravos à saúde e pode contribuir para prevenir e/ou evitar possíveis complicações da mãe e do conceito bem como favorecendo uma gestação saudável por meio do acompanhamento da mãe e do crescimento e desenvolvimento do feto (ANVERSA et al., 2012).

Acredita-se que a assistência pré-natal, quando ofertada com qualidade, entendendo essa como disponibilidade de infraestrutura adequada, no que se referem aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros atendimento multidisciplinar, orientações e condutas que atendam as necessidades de cada gestante poderão proporcionar melhores resultados na assistência ao parto e nascimento. É preciso que o sistema de saúde tenha definida sua missão, seus valores e seus princípios e que sua estrutura seja adequada à obtenção dos resultados (CASTRO et al., 2012).

Esse estudo objetiva identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes atendidas na UBS Dra. Maria Aragão, verificar se a mesma está sendo um espaço de aprendizagem para a gestante e sua família com vistas a uma melhor assistência a essa gestante.

METODOLOGIA

A metodologia a ser utilizada será o estudo descritivo, retrospectivo, do tipo documental, exploratório de abordagem quantitativa tendo por amostras de estudo os históricos de enfermagem dos prontuários das gestantes preenchidos nas consultas de enfermagem no pré-natal de baixo risco.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa documental guarda estreita semelhanças com a pesquisa bibliográfica. Na pesquisa documental, os materiais utilizados geralmente não receberam ainda um tratamento analítico (por exemplo, documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e privados: cartas pessoais, fotografias, filmes, gravações, diários, memorandos, ofícios, atas de reunião, boletins etc). Já segundo Lakatos e Marconi (2004), a pesquisa documental é a coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos; arquivos particulares de instituições e domicílios, e fontes estatísticas.

Para Mattar (2001), a pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos, recomendando um curso final da ação. Ela quantifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

A amostra foi composta por 60 prontuários de gestantes atendidas em consultas de pré-natal na UBS Dra. Maria Aragão na cidade de Imperatriz-MA, local de aulas práticas e estágio supervisionado do Curso de Enfermagem da UFMA, onde são realizadas ações de atenção à saúde. Como sujeitos desta pesquisa, elegeram-se 60 prontuários de mulheres em período de puerpério, no intervalo de setembro de 2016 a janeiro de 2017, que realizaram sua assistência pré-natal mediante consultas de enfermagem na UBS.

Em sua composição, a unidade de saúde é composta por três equipes de ESF e cada equipe conta com o trabalho de um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a cinco agentes comunitários de saúde.

Para seleção dos prontuários foram utilizados os seguintes critérios: prontuários de mulheres que fizeram o pré-natal na UBS, devidamente preenchidos, e que foram atendidas também pelo profissional enfermeiro em

qualquer faixa etária, cor, estado civil, grau de escolaridade, antecedentes familiares, clínicos e obstétricos. Foram excluídos os prontuários que se encontravam incompletos, com a falta de algum dos critérios citados. Os dados foram coletados por meio de um formulário com perguntas fechadas, o pesquisador seguiu um conjunto de questões previamente definidas. Após a coleta dos dados, foi realizada a tabulação dos mesmos, por meio do programa Excel 2010, logo depois analisados considerando a frequência relativa e absoluta, apresentados em forma de tabelas e, posteriormente, foram discutidos com base na literatura pesquisada.

Para a realização da pesquisa foram respeitadas as diretrizes éticas para pesquisa documental e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão para avaliação, através da plataforma Brasil, sob o número de CAEE 64855117.0.0000.5087.

RESULTADOS

Nessa etapa serão apresentados e discutidos os dados que foram obtidos a partir da coleta de informações dos 60 prontuários que fizeram parte da amostra, em relação às questões sociodemográficas e obstétricas inerentes ao ciclo gravídico das gestantes.

A faixa etária variou entre 18 e 42 anos sendo que 31 (51,6%) tinham entre 18 e 28 anos. Viviam em união estável 29 mulheres (48,3%), eram da raça negra 23 mulheres (38,3%), e 27 (30%) tinham Ensino Médio (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de mulheres segundo variáveis sociodemográficas. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz, MA, 2017.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
18 a 28 anos	31	51,7
29 a 37 anos	19	31,7
38 a 42 anos	10	16,6
Estado civil		
Casada	20	33,4
Solteira	11	18,3

União estável	29	48,3
Raça		
Branca	15	25,0
Negra	23	38,4
Parda	16	26,6
Indígena	6	10,0
Grau de escolaridade		
Sem instrução	3	5,0
Ensino Fundamental	19	31,7
Ensino Médio	27	45,0
Ensino Superior	11	18,3
Total	60	100

Em relação aos antecedentes obstétricos, a maioria já tinha tido parto cesariana (37; 61,6%), tiveram 2 gestações anteriores 21 mulheres (35,0%) e 17 delas (28,3%) já tiveram aborto anteriormente (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de mulheres segundo variáveis obstétricas. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz, MA, 2017.

Variáveis	n	%
Tipos de partos		
Cesárea	37	61,7
Normal	23	38,3
Gestações anteriores		
1	12	20
2	21	35
3	10	16,7
4	9	15
>5	8	13,3
Abortos anteriores		
Sim	17	28,3
Não	43	71,7
Total	60	100

Quanto às morbidades apresentadas durante a gestação, a hipertensão acometeu 4 mulheres (6,6%), apresentaram cardiopatias 7 delas (11,6%), tiveram diabetes gestacional 2 (33,3%), tiveram infecção urinária 29 mulheres (48,3%) e as demais (18; 30,0%) não apresentaram nenhuma patologia durante a gestação (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de mulheres segundo morbidades. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz, MA, 2017.

Morbidades	n	%
Hipertensão Arterial	04	6,6
Doenças cardíacas	07	11,6
Diabetes gestacional	02	33,3
Infecção Urinária	29	48,3
Sem problemas	18	30

DISCUSSÃO

A faixa etária variou de 18 a 42 anos, sendo esse o grupo com a maior quantidade de participantes, correspondendo a 31 mulheres (51,7%). Acredita-se que o grupo de maior ocorrência seja essa faixa, por corresponder ao período mais fértil da mulher. Entretanto, umas das parcelas de gestantes tinham de 38 a 42 anos, de acordo com dados da literatura, o risco de morte materna é cinco vezes maior após os 40 anos (SILVA; SURITA, 2009). Isso pode estar diretamente relacionada às complicações gestacionais ligadas ao envelhecimento.

Quanto ao estado civil, observou-se que um grande número de mulheres vivia em união estável, demonstrando que atualmente a mulher busca uma união estável, para ter um filho. As uniões consensuais, aquelas que se caracterizam quando há uma relação estável com ou sem contrato, já representam mais de 1/3 das uniões realizadas no Brasil, obtendo um aumento de 28,6% para 36,4% período de 2000 a 2010. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

O número de gestantes com etnia negra encontrada nesta pesquisa revela que incidência de mulheres negras que procuram acompanhamento, ultrapassa as demais. A atenção integral à saúde da mulher leva em conta a diversidade e as necessidades específicas deste grupo feminino. Somando a

isso, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostra que a população feminina no Brasil corresponde a 51% da população e as mulheres negras são 30% deste quantitativo, fato este que justifica a incorporação das questões raça/cor em todas as situações de saúde. (BRASIL, 2011).

Apesar das mulheres negras representarem um quantitativo expressivo no Brasil, esta população é a que mais apresentam situações desfavoráveis, piores indicadores socioeconômicos o que, conseqüentemente, significa acesso mais limitado à informação aos serviços de saúde, em especial, o acesso a um pré-natal adequado e assistência ao parto. Essas informações foram reforçadas no estudo de (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005). Apesar dos comparativos que indicam à dificuldade da mulher negra a procura do atendimento a pré-natal de qualidade, encontrou-se que o público de maior alvo foi este.

Quanto à escolaridade, predominou aquelas que possuíam ensino médio incompleto, com cerca 17 (30%). Tendo em vista que a educação, nesse caso, mostra-se como fator importante na percepção da importância da assistência à saúde materno infantil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). O grau de instrução deve ser analisado durante a consulta pré-natal, pois ele pode influenciar diretamente na compreensão das informações fornecidas durante a consulta, inclusive sobre os hábitos de vida saudável, refletindo no cuidado com a família e com a gestação. (BRASIL, 2012)

Durante a gravidez, muitas mudanças acontecem no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais, são nove meses de preparo para o nascimento do bebê. É importante que durante a gravidez as futuras mães sejam bem acompanhadas por profissionais de saúde. Diante do surgimento de algum problema na consulta pré-natal pode ser feita uma avaliação precisa da gestante. Além disso, a futura mãe poderá receber orientações. Parto é um processo natural e a gestante não deve ficar exposta aos imprevistos. (CASTRO et al., 2012).

Os dados encontrados nos históricos das gestantes referentes à história obstétrica foram a paridade, tipos de parto, se cesáreo ou normal, número de gestações prévias se estas são primigestas ou multigestas, ocorrência de abortamento ou não. Ao observar os históricos obteve-se a participação de 12

primigestas (20%) e 48 multigestas (80%). Dentre as mulheres multigestas, obteve-se 21 (35%) com duas e três gestações 10 (16,6%), com quatro gestações 9 (15%) com cinco gestações ou mais 8 (13,3%). As demais, 12 (20%) estavam em sua primeira gravidez.

Reconhecer estas características é necessário, pois mulheres que apresentam um elevado número de gestações (cinco ou mais) apresentam um maior risco de morbimortalidade materna em decorrência do alto número de gravidez (SOARES; SCHOR; TAVARES, 2008). Sobre a paridade das mulheres atendidas obteve-se um total da realização de dois (35%) parto foi maior do que realizam de um (20%) parto.

A taxa de fecundidade brasileira diagnosticada no ultimo censo é de dois filhos em média por mulher (IBGE 2010), esta informação vem ao encontro dos achados no presente estudo, pois aproximadamente 80% das mulheres tinham dois ou mais filhos.

Outro dado importante refere-se ao tipo de parto, contabilizou-se a realização de um total de 61,6% das gestantes pesquisadas foram submetidas ao parto cesáreo. Esses dados vão ao encontro aos relatados pelo Ministério da Saúde ao demonstrar que a cesariana já equivale a 43% dos partos realizados no Brasil nos setores público e privado e que no Sistema Único de Saúde as cesáreas já chegam a 26% (VICTORA, 2011).

Sabe-se que o parto cesárea é um procedimento importante para salvar a vida quando apresenta risco a saúde da mãe e/ou do bebê. Entretanto, o parto normal apresenta várias vantagens para o binômio mãe-filho. Segundo o Ministério da Saúde, o parto normal é mais seguro, tanto para a mãe quanto para o bebê. A mulher pode amamentar a criança e fazer os seus cuidados pessoais logo após o nascimento, além de estar em contato com o filho e com os familiares rapidamente. O contato pele a pele e o aleitamento na primeira meia hora após o parto oferecem benefício psíquico para a vida toda da criança. Além de ter menos riscos de problemas respiratórios, o bebê cria um forte vínculo com a mãe (BRASIL, 2012).

Um dos fatores desses altos índices dos partos cesáreos pode estar relacionado ao medo que se destaca entre as gestantes se submeterem ao parto normal. Segundo a recomendação da OMS é que a quantidade de partos cesáreas não ultrapasse do total de 15% no total de partos, sendo limitados

pela situação de risco em que se pode colocar a mãe e a criança (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Partos normais correspondem a ocorrência de 38,3% de parto vaginal, totalizando 23 mulheres.

Quanto a percentual de abortamento prévio espontâneo, foi analisado que 28,3% das mulheres acompanhadas já haviam passado por essa experiência. Segundo pesquisa do IBGE, 14% das brasileiras relataram que em algum momento na vida passaram pelo trauma de ter tido aborto espontâneo prévio (CECATTI et al., 2010. BORSARI et al., 2013. BARBARESCO et al., 2014).

A taxa de abortos aumentou com a idade das mulheres, com as maiores proporções sendo registradas entre aquelas de mais de 35 anos de idade (3,9%) (CECATTI et al., 2010). O abortamento espontâneo pode ter vários fatores, como infecções congênitas causadas pelos microrganismos (*Toxoplasma gondii*, *Trypanosoma cruzi*, Vírus da rubéola, Citomegalovírus, *Treponema pallidum*, entre outros agentes infecciosos), anomalias cromossômicas e baixos níveis de progesteronas (BORSARI et al., 2013. BARBARESCO et al., 2014).

Quanto às morbidades apresentadas no período da gestação, síndromes hipertensivas da gravidez são as principais causas de morbidade e mortalidade materno-fetal na atualidade, manifestando-se em cerca de 8% das mulheres grávidas (BARRA et al., 2012). Com relação as doenças não infecciosas, observou-se que a hipertensão arterial foi de aproximadamente (6,6%) das gestantes que foram acompanhadas pela ESF.

Levando-se em conta o fato de que a hipertensão associada com o período de gravidez, pode causar outras co-morbidades como eclampsia, que é considerado uma das principais doenças hipertensivas do estado gravídico, ela em si é caracterizada por um aumento progressivo da pressão igual ou maior que 140x90 mm Hg. Juntamente com a eclampsia, pode-se associar a hipertensão, hipertensão crônica e gestacional. Enfatizando que é tão comum e grave que se torna uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (BARRA et al., 2012).

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é a doença metabólica mais comum durante a gravidez, com uma prevalência de 3-13% das gestações. No

Brasil, a DMG foi de 7,6% entre as mulheres grávidas com mais de 20 anos (BRASIL, 2009). Observou-se que entre as mulheres grávidas acompanhadas exatamente (3,3%) delas tiveram diabetes durante o período de gravidez.

A diabetes gestacional é uma das complicações mais comuns da gravidez. É a variação no nível de glicose no sangue, que aparecem pela primeira vez durante a gravidez. Pode permanecer ou desaparecer imediatamente após o parto. Essa condição geralmente ocorre, em média, em torno da vigésima quarta semana de gravidez, quando a placenta começa a produzir grandes quantidades de hormônios (BARRA et al., 2012).

A diabetes gestacional é uma condição estudada por profissionais de saúde, pois pode causar sérios danos às mães e recém-nascidos. O diabetes pré-gestacional representa 10% das mulheres grávidas com diabetes durante a gravidez e requer cuidados adequados, mesmo antes da mulher engravidar (BRASIL, 2011).

Em relação à doença cardíaca, no presente estudo, houve cerca de 11,6% das gestantes atendidas pela equipe de saúde. No Brasil, a incidência média de doença cardíaca durante a gravidez é de 4,2%, oito vezes mais do que a média internacional. Considera-se que a doença cardíaca seja a principal causa de mortalidade materna indireta no ciclo gravídico-puerperal. É muito importante que, durante o pré-natal seja realizada uma entrevista detalhada com as gestantes, a fim de se avaliar o risco, tendo em vista as associações que contribuem direta ou indiretamente para aumentar esses riscos, como história de doença cardíaca na família, problema com hipertensão, obesidade (LAGE; BARBOSA, 2012).

Segundo Lisneia, Bock e Utz, (2009) é importante o prepara do plano de cuidados de enfermagem em consulta pré-natal, com base nas necessidades, identificando e dando prioridade a estabelecer os procedimentos e serviço de referência se necessário for. O papel do enfermeiro é fundamental no pré-natal identificando possíveis causas que podem colocar em risco mãe-feto.

No que diz respeito à infecção do trato urinário (ITU), foi observada prevalência de 48,3% das mulheres afetadas, que estavam sendo assistidas pela equipe de saúde da família. De acordo Tanagho e McAninch (2010), infecção do trato urinário é um dos problemas clínicos mais comuns, variando

de bacteriúria assintomática a uma infecção nos rins, que pode chegar até a sepse. Por causa da anatomia geniturinário das mulheres serem diferentes, elas se tornam muito mais favoráveis a terem ITU do que os homens, as mulheres são cerca de 50 vezes mais propensos a contrair esta doença devido à diferença anatômica na uretra feminina e a proximidade do ânus da vagina em relação às características do sexo masculino.

Desta forma, as mulheres são mais suscetíveis a infecções do trato urinário. (SCHENKEL et. al., 2014) argumenta que a ITU acomete até 12% das mulheres grávidas, uma doença muito comum no Brasil. À infecção do trato urinário é uma das infecções mais comuns no Brasil, ela é responsável pela maioria dos serviços prestados na rede básica de saúde, incluindo os cuidados de urgência e emergência.

Entre os agentes patogênicos microbianos, o mais comum é *Escherichia coli*, e está presente em mais de 85% das ITU sintomática em mulheres (NORRBY, 2009). No decorrer da gestação com o aparecimento das alterações na parte anatômica, fisiológica e hormonal durante a gravidez esses fatores podem favorecer o aparecimento da ITU.

Essas mudanças podem começar desde o sistema onde a urina é coletada, no tamanho dos rins, na localização da bexiga, aumento do fluxo urinário, e podem acarretar a diminuição da força da musculatura dos esfíncteres, o pH da urina é mais elevado. Esse conjunto de fatores que contribui para a estase urinária e aumento da produção de bactérias no trato urinário, levando às infecções durante a gestação (SCHENKEL et. al., 2014).

O escrito elaborado por Souza (2014), diz que o profissional de enfermagem tem um papel importante ensinando como prevenir a infecção urinária, estimulando a ingestão hídrica, orientando sobre a importância de deambular com o objetivo de melhorar a drenagem dos rins e auxiliar o metabolismo.

Ao procurar o serviço de saúde para o início do pré-natal, a gestante se depara a princípio com o profissional enfermeiro, ele é o primeiro da equipe a acompanhá-la nesse período, e é seu papel fundamental promover a saúde destas gestantes. Por meio desta pesquisa, pôde-se identificar a real importância que o pré-natal tem, pois a partir dos resultados encontrados se pode ter a uma dimensão verídica sobre o estado das gestantes que foram

estudadas. A enfermagem é vista como prática de cuidar, orientar, educar para a saúde. Sendo assim, acredita-se na importância do enfermeiro presente na atenção pré-natal, orientando e educando as gestantes e suas famílias para a saúde.

CONCLUSÃO

A partir desta pesquisa pode-se fazer uma análise exploratório-descritiva dos dados, possibilitando uma visão sobre a realidade acerca das características demográficas e obstétricas das mulheres gestantes. Para isso, percebeu-se que o perfil da população alvo foi de mulheres jovens em idade fértil, em união estável, o maior grupo étnico foi o de raça branca, cursando o Ensino Médio, foi as que mais procuraram o atendimento ao pré-natal.

Observou-se que o índice de partos cesarianos se sobrepôs ao de parto vaginal, boa parte das gestantes já estavam na segunda gestação ou mais, algumas já haviam sofrido aborto prévio. Quanto às morbidades, a infecção urinária se sobressaiu.

Com o reconhecimento do perfil destas gestantes, pode-se considerar a importância que o pré-natal de qualidade representa para uma gestação evoluir sem complicações, de forma a preconizar a saúde da gestante e do feto. Percebe-se o quanto importante a atenção pré-natal tornou-se para o desenvolvimento de uma gestação saudável e livre de riscos. O acompanhamento com os profissionais de saúde é imprescindível para que a saúde da mulher e de seu conceito seja adequada e de qualidade.

Além disso, nota-se, que a realização de um registro de enfermagem autêntico às informações obtidas é crucial para possibilitar que o profissional conheça as características das gestantes, assim como suas necessidades e fatores que tragam risco e que mereçam atenção. Aguarda-se que os dados finais obtidos neste estudo possam ser ponderados para que a assistência pré-natal receba dedicação maior por parte dos profissionais de saúde a fim de melhorar os serviços, bem como o reconhecimento das maiores necessidades

das gestantes, para que as mesmas continuem sendo assistidas de forma eficaz e humanizada.

Espera-se que essa pesquisa possa gerar reflexões e discussões a respeito da importância do cuidado de um pré-natal bem realizado. Além disso, possibilita aos enfermeiros repensar em suas práticas na assistência à gestante e o que lhe é assegurado por lei.

Entende-se que a proposta poderá proporcionar uma melhor avaliação do processo de conhecimento dessas puérperas, além de identificar suas incertezas a fim de minimizar as fragilidades. Neste contexto, este trabalho poderá beneficiar pesquisadores interessados no tema, além de profissionais da saúde atuantes na área assistencial que poderiam usar a pesquisa como parâmetro para possíveis intervenções voltadas para esse público.

ABSTRACT

Among the many roles that the Family Health Strategy develops, there is one that is directed to maternal and child health, especially in the gestational period. Thus, prenatal care is a service to women during the pregnancy period, which includes promotion and prevention of maternal and child health and the treatment of possible problems that may occur during the gestational process until the postpartum period. Identifying the socioeconomic aspects is of paramount importance, and can bring accurate analyzes, translating the reality of the nursing consultation. It should be emphasized that the socio-demographic elements should not be forgotten when the pregnant woman is cared for, and that the pregnant woman should be informed about the care required for this phase. This research proposes to outline the sociodemographic profile of the pregnant women attended at the Drue Maria Aragão Basic Health Unit in Imperatriz-Ma from September 2016 to January 2017, collecting data from nursing records. The methodology to be used will be the descriptive, retrospective study of the document type, exploratory with a quantitative approach, and the population for the study will be composed of pregnant women who sought the UBS to perform prenatal care. Thus, it is believed that through this study, the sociodemographic profile of the pregnant women assisted in partnership with ESF can be identified, in order to identify and recognize the gravid clients who seek care in the same, in order to provide a better care.

Keywords: Profile; Prenatal; Nursing; Pregnant women

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C.; CECATI, J. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053–1064, jan./jun. 2011. doi:10.1590/S0102-311X2011000600003

Araujo, S. M., Emanuela, M., Silva, D., Moraes, R. C., & Alves, D. S. (2010). A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem

BARBARESCO, A. A. et al. Vertical transmission from abortive material and blood with emphasis on *Toxoplasma gondii*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 17–22, jan. 2014. doi:10.1590/S0100-72032014000100005

BARRA, S. et al. Hypertension in pregnancy: the current state of the art. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, Lisboa, v. 31, n. 6, p. 425–432, jun. 2012.

BARROS, S.M.O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Série enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2011.

BORSARI, C. M. G. et al. Abortion in women living in the outskirts of São Paulo: experience and socioeconomic aspects. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 27–32, jan. 2013. doi:10.1590/S0100-72032013000100006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e situacional saúde da criança e da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Castro, M. E. de, Moura, M. A. V., & Silva, L. M. S. da. (2012). Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste-Rev Rene*, 11.

CECATTI, J. G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105–111, mar. 2010. doi: 10.1590/S0100-72032010000300002.

CERON, M. I. et.al. **Assistência pré-natal na percepção de puérperas**, v. 15, p.653–662. 2013. Disponível em:

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516. Acesso em: 25 de Jan. de 2017

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAGE, E. M.; BARBOSA, A. S. Cardiopatias e gravidez. *FEMINA*, Goiânia, v. 40, n. 1, p. 42–50, jan./fev. 2012.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999- 2001. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

MATTAR, F. N. *Pesquisa de marketing*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. V.. *Metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

Ministério da Saúde. (2011). **PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO Atenção Qualificada e Humanizada**.

NERY, T.A.; TOCANTINS, F.R.; O enfermeiro e a consulta pré-natal: Significado da ação de assistir a gestante, **Rev. enferm. UERJ** Rio de Janeiro v.14 n.1 jan. 2006.

NORRBY, S. R. Abordagem dos Pacientes com Infecções do Trato Urinário. In: GOLDMAN L.; AUSIELLO D. (Ed.). *Cecil Medicina*. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. v. 2, cap. 306, p. 2459-2465.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R, G. do; ARAUJO, A.. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, V.45, N.5, P.1041-1047, 2011.

SCHENKEL, D. F. Et. al. Prevalência de uropatógenos e sensibilidade antimicrobiana em uroculturas de gestantes do Sul do Brasil. *Hospital Fêmina – Porto Alegre*, 2014. Disponível em: Acesso em: 04/09/2014.

SHIMIZU, H. E. et.al., **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem**. *Rev Bras Enferm*, v.62, p.387–392. 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034. Acesso em: 03 de Março de 2016

SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 321– 325, jul. 2009. doi: 10.1590/S0100-72032009000700001.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C.M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum;18(3):254-263, dez. 2008.

TANAGHO, E. A; MCANINCH. J. W. Urologia geral de SMITH. 17ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010. Capítulo 13.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet, London, v. 377 , n. 9780, p. 1863-1876, may 2011. doi: 10.1016/S0140- 6736(11)60138-4.