



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS, AMBIENTAIS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

ALDEBARAM MARIANA ABREU DA SILVA
CARLENE LEANDRO TAVARES

**PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PA.**

BELÉM- PA
2019

ALDEBARAM MARIANA ABREU DA SILVA
CARLENE LEANDRO TAVARES

**PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PA.**

Projeto de trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário do Estado do Pará como pré-requisito para obtenção do grau bacharel em Enfermagem. Orientadora: Prof.^a Doutoranda Paula Sousa da Silva Rocha.

BELÉM- PA
2019

ALDEBARAM MARIANA ABREU DA SILVA

CARLENE LEANDRO TAVARES

**PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PA.**

Trabalho de curso apresentado à coordenação do curso de Enfermagem como requisito parcial para obtenção de grau em Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário do Estado do Pará. Orientado pela **Prof.^a. doutoranda Paula Sousa da Silva Rocha.**

Banca Examinadora:

Prof.^a doutoranda Paula Sousa da Silva Rocha/CESUPA – Orientadora

Prof.^a doutoranda Mariana Souza de Lima– Membro

Prof.^a MSc. Maria de Nazaré da Silva Cruz– Membro

Aprovado em: ___/___/___

BELEM-PA
2019

AGRADECIMENTO

Gostaria de agradecer a Deus, que me deu saúde e forças para superar todos os momentos difíceis a que eu me deparei ao longo da graduação. Sem ele, nada disso seria possível. Obrigada, senhor, por colocar esperança, amor e fé no meu coração.

Agradeço aos meus pais Antônia Corrêa e Rubem Abreu, que ofereceram apoio e carinho nessa etapa decisiva da vida acadêmica, que apesar de todas as dificuldades, me ajudaram na realização deste sonho.

Aos meu tios Manoel e Lola que sempre me ajudaram na impressão dos meus matérias para que eu pudesse estudar.

Aos meus amigos Matheus Souza e Dayane Pureza, meu muito obrigada, torcerem e me incentivarem para esta minha conquista.

A todos os professores, que tanto incetivaram durante os anos de graduação.

A minha orientadora Paula Rocha, por todo apoio, paciência e empenho dedicado ao longo deste projeto.

Aldebaram Mariana Silva

AGRADECIMENTO

Nenhuma batalha é vencida sozinha, no decorrer da minha trajetória, algumas pessoas contribuíram e outras torceram, mesmo que de longe, por esta conquista.

Agradeço primeiramente a Deus, que me ouviu e confortou nos momentos difíceis, me deu forças para persistir e não desistir de mais essa luta. Agradeço pela força e fé que são renovados todos os dias em minha vida, por estar sempre no meu caminho, me protegendo, me iluminando e me guiando para as escolhas certas.

A minha mãe Iolene que sempre acredita em mim, fornecendo apoio, compreensão e estímulo em todos os momentos. Me ensina a importância do conhecimento, a ter caráter, coragem e dignidade para enfrentar a vida. Não mede esforços para investir na minha formação é a base para tudo isso tornar-se possível. A ela, eu tenho uma imensa e eterna gratidão e amor.

A minha tia Ivone que nos momentos difíceis da graduação me confortou com seu abraço e sempre me estimulou a não desistir.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica.

A professora e orientadora Paula Rocha, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A todos aqueles que, de alguma forma, estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena!

Carlene Leandro

RESUMO

Introdução: Uma das fases mais importante na vida de qualquer mulher é a gestação que corresponde ao período que antecede ao parto, ou seja, o desenvolvimento do embrião. O período gestacional é um momento que se caracteriza por apresentar mudanças físicas sendo acompanhadas de alterações fisiológicas e emocionais. Visando isso, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da portaria/ GM N° 569 de 2000, que a gestante tem o dever e o direito de ter assistência pré-natal (PN) digna e qualificada durante todo o período do parto, nascimento e puerpério (BRASIL, 2011). **Objetivo:** Traçar o perfil das gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, retrospectiva de análise documental com abordagem quantitativa, onde foram avaliados os prontuários de 74 gestantes matriculadas numa estratégia saúde da família de Belém-Pará no ano 2018. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, composto por duas partes: a primeira realizou a Identificação da gestante e a segunda, o histórico de saúde da gestante. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário do Estado do Pará (CEP/CESUPA). Sob parecer n°:3.189.267 CAAE: 08052318.6.0000.5169, no dia 11 de março de 2019. **Resultados:** Com base nos prontuários das gestantes pode-se elaborar cinco categorias centrais: Características gerais das gestantes; Como foi o pré-natal; Escolaridade conforme idade; Uso de Método Contraceptivos e a Idade e; Número de gestações conforme idade. **Conclusão:** a temática do estudo merece importante atenção, visto que as gestantes constituem umas das principais usuárias dos serviços de saúde. Por isso, torna-se imprescindível que os serviços de saúde conheçam o perfil das gestantes atendidas a fim de realizar ações educativas voltadas para promoção e prevenção desenvolvidas no pré-natal. Sendo assim essenciais para o acompanhamento e orientação da gestantes.

Descritores (DsCS): Gestante; Pré-natal; Perfil epidemiológico

ABSTRACT

Introduction: One of the most important phases in the life of a woman is a gestation that corresponds to the period before the birth, that is, the development of the embryo. The gestational period is a time that shows the presence of physiological and emotional changes. Aiming at this, the Ministry of Health (MS) instituted the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN), through ordinance / GM No. 569 of 2000, which is a pregnant woman on the subject and the right to have a relationship prenatal. (NP) dignified and qualified throughout the period of childbirth, birth and puerperium (BRAZIL, 2011). Objective: To trace the profile of pregnant women attended by a Family Health team, in the Guamá neighborhood of Belém do Pará. Methodology: An exploratory, retrospective, documentary, quantitative research is conducted in the form of a quantitative analysis , quantitative, quantitative, statistical and quantitative analysis. , in two parts: the first performed an identification of the pregnant woman and the second, the health history of the pregnant woman. The research was done by the Ethics and Research Committee with Human Beings of the University Center of the State of Pará (CEP / CESUPA). Under opinion No.: 3,189,267 CAAE: 08052318.6.0000.5169, on March 11, 2019. Results: Based on the charts of the main ways of managing How was the prenatal care; Schooling according to age; Use of Contraceptive Methods and Age and; Number of pregnancies according to age. Conclusion: a thematic of the study deserves important attention, since the pregnant women compose the main uses of the health services. Therefore, it is imperative that the health services are knowledgeable about the profile of pregnant women attended by education programs aimed at non-prenatal promotion and prevention. It is therefore essential for the follow-up and guidance of pregnant women.

Descriptors (DsCS): Pregnant; Prenatal; Epidemiological profile

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil geral das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....	29
Tabela 2- Como foi o pré-natal das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....	34
Tabela 3 - Escolaridade e a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....	38
Tabela 4 - Uso de Método Contraceptivos e a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....	42
Tabela 5 - Número de Gestações e a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....	44

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1:** Estado Civil das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da ESF Riacho Doce, Belém do Pará, ano 2018.....30
- Gráfico 2:** Renda Familiar das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....31
- Gráfico 3:** Idade da menarca das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....32
- Gráfico 4:** Antecedentes familiares das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....32
- Gráfico 5:** Trimestre gestacional familiares das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....33
- Gráfico 6:** Realização do pré-natal de gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....35
- Gráfico 7:** Imunização no pré-natal de gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....36
- Gráfico 8 :** Exames no pré-natal de gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....37
- Gráfico 9:** Exames realizados no pré-natal de gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....38
- Gráfico 10 :** Escolaridade das (n=74) gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....39
- Gráfico 11:** Escolaridade conforme a Idade das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....40
- Gráfico 12:** Uso de Método pelas (n=74) gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....42

Gráfico 13 : Uso de Método Contraceptivo conforme a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....43

Gráfico 14: Número de gestações conforme a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....44

Gráfico 15: Número de gestações conforme a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.....45

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CESUPA	Centro Universitário do Estado do Pará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
PHPN	Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional Atenção Básica
PNI/MS	Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SisPreNatal	Sistema de acompanhamento Programa humanização Pré-natal e nascimento
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez
SIC	Sem Informações Coletadas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 TEMA EM ESTUDO.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA.....	14
1.3 PROBLEMATIZAÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 GERAL.....	17
2.2 ESPECÍFICO.....	17
3. BASES CONCEITUAIS.....	18
3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	18
3.2 IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....	19
3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	23
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM.....	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	25
4.2.1 Cenário da Pesquisa.....	25
4.2.2. Mapa de Localização da Pesquisa.....	25
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	26
4.3.1. Critérios de Inclusão.....	26
4.3.2. Critérios de Exclusão.....	26
4.4 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS.....	26
4.5 COLETA DE DADOS.....	26
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	27
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	27
4.8 DOS RISCOS.....	28
4.9 DOS BENEFÍCIOS.....	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5.1 PERFIL DA AMOSTRA.....	29
5.1.1 perfil geral das gestantes	29
5.1.2 como foi o pré-natal.....	34
5.1.3 escolaridade e idade da gestante.....	38
5.1.4 método contraceptivo e idade da gestante.....	42
5.1.5 número de gestações e a idade materna.....	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES.....	54
APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	55
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD).....	56
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	57
APÊNDICE D – CARTA DE ACEITE	59
APÊNDICE E - ARTIGO PARA SUBMISSÃO.....	60
ANEXO.....	68
ANEXO A: PARECER DO CEP.....	69

1. INTRODUÇÃO

1.1. TEMA DE ESTUDO

Uma das fases mais importante na vida de qualquer mulher é a gestação que corresponde ao período que antecede ao parto, ou seja, o desenvolvimento do embrião. O período gestacional é um momento que se caracteriza por apresentar mudanças físicas sendo acompanhadas de alterações fisiológicas e emocionais. Visando isso, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da portaria/ GM N° 569 de 2000, que a gestante tem o dever e o direito de ter assistência pré-natal digna e qualificada durante todo o período do parto, nascimento e puerpério (BRASIL, 2011).

A assistência do pré-natal constitui a assistência médica e de enfermagem prestada à mulher durante toda a gestação, compreendendo um conjunto de cuidados e condutas que propõem-se em colaborar para soluções tanto maternas quanto perinatais mais favoráveis ao proporcionar a identificação precoce das complicações próprias da gestação (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Destaca-se como fator primordial tanto para proteção quanto para prevenção a eventos adversos no período gestacional, a atenção do pré-natal, por possibilitar a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações do binômio mãe-feto. A não realização ou realização inadequada dessa assistência, está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil (LANSKY *et al.*, 2014).

Para atender os princípios de integralidade e melhorar a assistência pré-natal em nosso país o Ministério da Saúde implantou no ano de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que determina que os municípios brasileiros deverão vencer esse desafio e atender as recomendações mínimas para ofertar uma assistência de qualidade, através de ações como: estabelecer a cobertura universal, favorecer e promover precocemente o início cuidado pré-natal, implementar ações preventivas e curativas por meio de uma rede de saúde integrada, realizar no mínimo seis consultas e garantir a periodicidade destas, realização de procedimentos clínico-laboratoriais e a promoção de atividades educativas (CORRÊA *et al.*, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada no Brasil, em 2006, como um sistema assistencial com finalidade de reestruturar a atenção primária à saúde. Para que a ESF atue em

consonância com os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessária à atuação de uma equipe multiprofissional. Cada equipe da ESF será responsável pelo acolhimento e acompanhamento da gestante de sua microárea e a captação deverá ocorrer até o quarto mês de gestação, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou através da procura direta da mulher com suspeita de gravidez, acessando diretamente a equipe de saúde (BRASIL, 2013).

A importância de se conhecer a população atendida pela ESF, como as gestantes, permite o planejamento das ações, a definição das prioridades e das intervenções, direcionando-as da maneira que mais se adeque ao perfil identificado (MAGALHÃES *et al.*, 2017). Desta forma, o objeto de estudo da presente pesquisa trata-se da identificação do perfil das gestantes atendidas por uma equipe da uma Estratégia Saúde da Família na cidade de Belém, Pará.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse em desenvolver a presente pesquisa surgiu após o contato com as gestantes nas consultas de pré-natais durante as aulas práticas do 5º semestre do curso de bacharelado em enfermagem, das disciplinas de Saúde da Coletividade e Gestão em Saúde desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Belém.

Durante as práticas foi possível observar a realidade da assistência pré-natal no município, onde detectamos alguns pontos frágeis como as dificuldades na realização da prática da assistência do pré-natal conforme as orientações do PHPN e também notamos que algumas mulheres não têm o conhecimento da importância da realização do acompanhamento pré-natal.

Gomes, Filha e Portela (2017), destacam que a atenção pré-natal realizada de forma adequada é um fator importante para redução da morbimortalidade materna e perinatal, pois por meio de uma escuta ativa da gestante, o profissional de saúde consegue realizar a detecção precoce de patologias do período gravídico-puerperal que podem ser tratadas e/ ou controlada.

Neste processo, a interação da humanização e o acolhimento tornam-se a primeira etapa para o parto humanizado contribuindo para que, dessa forma, a gestante estabeleça um vínculo com os colaboradores dos serviços de saúde no decorrer de todo período gestacional. Essa interação entre o profissional e a gestante quando é de forma qualificada, reduz

consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

A realização do pré-natal de maneira adequada tem como objetivos detectar precocemente quaisquer situações de risco, por exemplo, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e sífilis congênita que possam ser corrigidas, tratar e prevenir doenças e agravos à saúde, tomar medidas de promoção de saúde e prevenção de problemas para assegurar o bom desenvolvimento da gestação, que garanta a saúde da mãe e o nascimento de um recém-nascido saudável (OLIVEIRA, 2016).

Além da relevância técnico científica, este estudo está direcionado para a observância das gestantes, com vistas a uma gravidez bem assistida pela equipe de saúde a fim de que ocorra uma maior adesão das mesmas e espera-se que os resultados obtidos com a presente pesquisa, possa auxiliar a equipe a planejar e a desenvolver suas ações de maneira mais eficaz e assim melhorar a qualidade de vida do binômio mãe-filho.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Uma excelente prática de proteção, prevenção e de promoção da saúde materna e infantil é a atenção ao pré-natal, porém no Brasil e em países em desenvolvimento, nota-se que os recursos escassos e/ou usados de forma menos eficiente, consultas irregulares e muito rápidas e com longo tempo de espera resultam em um acompanhamento pré-natal insatisfatório e inadequado, contribuindo para que as consultas não desenvolvam uma atividade racional, e muitas vezes as mulheres não obtêm todos os benefícios possíveis durante os atendimentos. Deste modo o acompanhamento apropriado é fundamental para saúde da gestante e do neonato, possibilitando a identificação precoce das situações de risco, bem como o tratamento destas intercorrências (ROSA *et al.*, 2014).

Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam correlacionados com o início tardio do pré-natal. É importante destacar, que o pré-natal quando é realizado conforme as diretrizes do PHPN contribui para a atenuação da morbidade e mortalidade materno e infantil, visto que a identificação prévia do risco gestacional pelo profissional possibilita a instrução e o direcionamento adequados em cada instante da gravidez (TOMASI *et al.*, 2017).

O pré-natal à medida que é bem exercido na atenção básica tem como resultado não apenas a redução dos índices das adversidades durante o período gestacional, mas também

colabora com a atuação dos profissionais da saúde na sala de parto pois, a partir do momento que se identifica os fatores de risco, as intercorrências próprias do período gestacional, diminui a vulnerabilidade da gestante (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Através do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento o (SisPreNatal), verifica-se que desde 2006 vem ocorrendo uma estabilidade no percentual de consultas de pré-natal exercida pelas gestantes no Estado do Pará. O percentual de número das mulheres que realizou, no mínimo, 6 consultas foram em média de 54,15%. Porém, o que de fato preocupa é a baixa qualidade dessa assistência ofertada à gestante e o alto índice de gestantes que não procuram realizar as consultas do pré-natal que é em média de 45,85 % (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ, 2012).

Nesse cenário, este estudo surgiu a partir da seguinte questão norteadora: Qual o perfil das gestantes atendidas por uma equipe da uma Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará?

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Traçar o perfil das gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil socioeconômico das gestantes.
- Identificar o histórico de saúde das gestantes.

3. BASES CONCEITUAIS

3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil nos anos 90, veiculando ser uma estratégia para reorganizar o assistência em saúde, que estava apenas centralizada na enfermidade e no profissional médico e não no indivíduo como sujeito de direitos, e nem na equipe multidisciplinar de saúde como deveria ser. A parti do ano de 2006, o PSF deixou de ser programa com um período determinado e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde. Desse modo, passou a ser intitulado de Estratégia Saúde da Família (DALPIAZ, 2011).

A Estratégia Saúde da Família, implementada em 2006 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, conjuntura ações coletivas que viabiliza a efetuação de uma assistência à saúde na atenção básica de forma integral, universal e com foco na equidade, ou seja, conforme os princípios do SUS. Dentre os programas elaborados nessa circunstância, preconizam-se ações direcionadas à saúde da criança, adulto, idoso e, sobretudo, assistência à saúde da mulher (DIAS, 2014).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a ESF tem por finalidade a reorientação do modelo assistencial nos princípios, fundamentos e diretrizes do SUS, busca proporcionar a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros e interferir nos fatores que possam conduzir a saúde em risco. A ESF fundamenta-se no desenvolvimento das ações de saúde, como a centralidade no indivíduo/família, no vínculo com o usuário, na integralidade, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Os conceitos fundamentais da ESF são baseados na família que é um núcleo social de pessoas ligadas por laços de parentesco e que geralmente compartilham o mesmo espaço; no território por onde revelam as assimetrias espaciais, ou seja, o modo como se distribuem no espaço os distintos grupos sociais; promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde; equipe multiprofissional de saúde; e nos agentes comunitários de saúde (PAIM, ALMEIDA FILHO, 2014).

Equipes multiprofissionais de saúde da família podem ser responsáveis, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde resida, no máximo, 4.000 pessoas. Essas equipes realizam o cadastramento das famílias segundo as macrorregiões preestabelecida. A equipe que compõem a Estratégia de Saúde da Família é composta por Agentes Comunitários de Saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, algumas contam ainda com cirurgião-dentista. Quanto mais precária a situação socioeconômica e menor a densidade demográfica, maior a necessidade de Agentes Comunitários de Saúde por equipe para fazer a captação dos usuários (OLIVEIRA, 2016).

3.2 A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

No ano de 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento tendo como objetivos aprimorar a assistência a saúde materna e impedir óbitos evitáveis, ou seja, diminuir os índices de morbimortalidade materna e infantil, garantindo assim o acesso universal à atenção de qualidade tanto no período gravídico e puerpério. Com base na perspectiva dos direitos básicos do cidadão e na humanização como elementos essenciais para construção desse programa de saúde (BRASIL, 2012a).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) desenvolveu um software, o Sistema de Acompanhamento da Gestante que tem como principal objetivo gerenciar as ações voltadas às gestantes e aumentar a qualidade da assistência pré-natal a esse grupo populacional, com função de acompanhamento oportuno das gestantes inseridas no PHPN do SUS desde do período gestacional até a consulta de puerpério. Neste sistema, estão definidos as ações de promoção, prevenção e os procedimentos mínimos imprescindíveis para uma efetiva assistência pré-natal (BRASIL, 2012b).

No Brasil mais de 3.000.000 de gestantes foram atendidas pelo SisPreNatal, sendo um sistema presente em mais de 5.000 municípios, o sistema fornece informações fundamentais para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas por meio do programa de humanização no pré-natal e nascimento (DATASUS, 2008).

A assistência ao pré-natal estabelece cuidados, manejos e procedimentos em favor da gestante e do conceito. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preservativa, tendo como finalidade do pré-natal ratificar o

desenvolvimento da adequado da gestação, permitindo a concepção do recém-nascido saudável, sem intercorrências para a saúde materna, inclusive restabelecendo aspectos psicossociais, as ações de promoção e prevenção por meio de atividades educativas (SCHNNYDER, 2014).

A assistência pré-natal é uma rede de atenção que recepciona a mulher desde o início da gestação, para que o nascimento de uma criança saudável e o conforto da mãe e da criança sejam garantidos. Dessa forma, observa-se a magnitude de se prestar uma assistência de qualidade às grávidas o mais previamente possível para que assim a gestante previne-se de possíveis complicações inerentes à gestação. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.38) é necessário 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica:

Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce); Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal; Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal; Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes"; Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário; É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)"; Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário; Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto"; Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação); As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

A consulta é um contato que exige a prática de acolhimento humanizado para a gestante e seu acompanhante. Assim, deve haver disponibilidade a fim de que sejam efetuada a escuta qualificada dessa gestante para que a mesma se sinta acolhida e tenham suas lamentações, incertezas e ansiedades esclarecidas, formentando nas mesmas o desejo de retornar para as próximas consultas do pré-natal. Estas consultas devem ser composta de anamnese, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral, incluindo exame ginecológico e mamário (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

Os retornos pré-natais devem ser oportunos às necessidades individuais, apresentando minimamente seis consultas de pré-natal distribuídas ao longo do ciclo gravídico, sendo a

primeira delas iniciada o mais precocemente possível até ao 4º mês e continuidade no atendimento, no seguimento das ações de saúde e na avaliação dos resultados destas ações sobre a saúde materna e perinatal são medidas para prevenção de possíveis complicações na gestação (BRASIL, 2013).

No período pré-concepcional a avaliação da mulher requer a realização de exames laboratoriais para identificação de possíveis patologias, reconhecendo fatores de risco que, na vigência de uma gestação, possam agravar a saúde dela e/ou do recém-nascido. Por esse motivo, preconiza-se solicitar para todas as mulheres exames complementares como tipagem sanguínea, hemograma completo, sorologia para toxoplasmose, HIV, sífilis e orientar quanto as vacinas necessárias para imunização da gestante (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

Nas consultas de pré-natal é de extrema importância o profissional orientar quanto a questão da vacinação, a imunização é uma estratégia de saúde pública de extrema importância para as gestantes, visto que passarão os primeiros anticorpos para o bebê. Além da proteção para o próprio indivíduo. A vacinação contribui para que haja a diminuição no acometimento de enfermidades. No Brasil, a imunização é realizada de acordo com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS), as vacinas que fazem parte do período gestacional são: DTPa (tríplice acelular), Hepatite B e Gripe (BRASIL, 2013).

As visitas domiciliares deverão ser realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários da saúde que as orienta e encaminha a gestante para o posto de unidade de saúde próximo a residência da gestante, buscando providenciar sua capacitação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes a fim de evitar o abandono da realização das consultas do pré-natal (ANDRADE, 2014).

Os agentes comunitários da saúde deverão reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a Unidade Básica de Saúde (UBS) e, apesar de estar voltada à gestante, deverá ter um caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social. O ACS é o principal elo entre a ESF e a comunidade, permite o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, aumentando, com isso, a capacidade da população de enfrentar os problemas. Dessa maneira, qualquer mudança

ou detecção de fator de risco para a grávida ou para outro membro da família deve ser analisada e dialogada com a equipe na unidade de saúde (SANTOS *et al.*, 2011).

No ano de 2015, cerca de 303.000 mulheres e adolescentes foram a óbito por intercorrências relacionadas com complicações durante a gestação e ao parto. Nesse mesmo ano, 2,6 milhões de bebês foram natimortos. Estes óbitos maternas poderiam ser evitadas se as gestantes tivessem um atendimento pré-natal satisfatório. Pois, com a identificação dos fatores de risco os profissionais de saúde criam medidas para tratamento e/ou controle de patologias próprias do período gravídico. Sessenta por cento dos natimortos (1,46 milhões) ocorreram durante o período de pré-parto e, principalmente, devido a infecção materna não tratada e hipertensão arterial sistêmica (MATERNAL AND CHILD SURVIVAL PROGRAM, 2018).

A mortalidade materna e infantil é um problema de saúde pública no Brasil que deve ser acompanhado, já que as complicações na gestação, parto e puerpério constituem a décima causa de mortes entre mulheres (BRASIL, 2012). A redução da morbimortalidade materna e perinatal está diretamente relacionada ao acesso das gestantes ao pré-natal de qualidade e em tempo oportuno. Por isso, é importante garantir a continuidade do cuidado, acompanhando o retorno da mulher e do bebê no pós-parto (DOMINGUES *et al.*, 2015).

O caráter preventivo do pré-natal é fundamental para reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal. Sendo assim, O início tardio do acompanhamento pré-natal afeta diretamente o monitoramento do crescimento fetal e o acompanhamento para condutas de manejo clínico no decorrer do período gestacional. Sendo assim, “ o início precoce do pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para prevenção das possíveis complicações gestacionais” (ROCHA *et al.*, 2011,p.247).

As ocorrências de óbitos perinatais e neonatais, sífilis congênita e baixo peso ao nascer, são mais frequentes entre as crianças cujas mães não realizaram e/ ou iniciaram tardiamente o pré-natal, ou quando não cumpridas as normas da assistência pré-natal (VIDAL *et al.*, 2011). Países em desenvolvimento como no Brasil, as causas de morte materna são principalmente devido as causas obstétricas que na sua maioria poderiam ser evitáveis com uma boa qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2012).

3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Sabe-se que a enfermagem vem conquistando um espaço importantíssimo no que se diz a respeito à assistência de enfermagem durante o pré-natal, este profissional está respaldado pela lei de exercício profissional de enfermagem (Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986) e o Decreto nº 94.406/87 que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem no pré-natal de baixo risco. Asseguram que os enfermeiros realizem consulta e prescrição da assistência, enfatizando a comunicação que é um recurso imprescindível para a assistência à saúde, por meio da escuta qualificada tendo como vistas ao estabelecimento de confiança e a vinculação da usuária e o profissional (RAMALHO, 2014).

As atribuições do enfermeiro no pré-natal de baixo risco determinada pelo Ministério da Saúde é aconselhar e elaborar atividades de educação em saúde; fazer o cadastramento das gestante no SisPréNatal para que tenha o acompanhamento adequado da gestação sendo que após o fornecimento do cartão da gestante em cada consulta subsequente as informações vão sendo atualizadas com a solicitação de exames, testes rápidos, orientações da situação vacinal. Vale ressaltar que as consultas devem ser intercaladas com a presença do profissional médico (BRASIL, 2012).

A importância da consulta de enfermagem está em destacar como um aglomerado de ações desenvolvidas de modo sistemático, dinâmico, privado e independente. Na assistência pré-natal, cabe ao enfermeiro por meio das atividades educativas em sala de espera nas estratégias saúde da família formentar na população a relevância do acompanhamento adequado do início precoce das consultas de pré-natal por meio de promoção da saúde, prevenção, tratamento e /ou controle das patologias próprias do período gestacional (BARBOSA *et al.*, 2011).

A assistência qualificada no pré-natal é um instrumento bastante eficaz, que envolve a mulher no seu autocuidado, com o objetivo de torná-la uma mãe saudável e com a possibilidade de gerir uma criança sadia. O profissional enfermeiro deve ser responsável pelos aspectos preventivos do cuidado. Acredita-se que o momento da consulta de enfermagem torna-se propício para esclarecer dúvidas, rever e reforçar orientações, informar resultados de exames e o próprio prognóstico da gestação. Enfim, esse momento deve despertar na gestante seu senso crítico em relação a sua saúde (COSTA, 2016).

O enfermeiro deve acolher de forma humanizada a gestante e sua família por meio de uma escuta qualificada ouvindo suas incertezas e indagações, desprovido de qualquer julgamento ou preconceito, criando uma relação profissional de confiança, para que a gestante sinta-se a vontade para tirar suas dúvidas e fazer os questionamentos referentes às mudanças do processo gestacional. Desse modo, a consulta de enfermagem é vista de uma forma diferenciada, ou seja, mais humanizada, por causa da relação criada entre o enfermeiro e a usuária e do diálogo que existe nas consultas, sendo indispensável no processo de assistir essas mulheres, entender seus anseios e dúvidas (FELICIANO *et al.*, 2013).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

Trata-se de uma pesquisa exploratória, retrospectiva de análise documental com abordagem quantitativa, que terá a finalidade de identificar o perfil das gestantes que são atendidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, na cidade de Belém do Pará.

A pesquisa exploratória caracteriza-se como uma abordagem adotada para disponibilizar uma visão geral, desenvolver, esclarecer, familiarizar e modificar conceitos e ideias acerca de um fenômeno, a fim de se obter maiores informações e buscar uma nova visão (GIL, 2010), que no caso da presente pesquisa, será a busca pela identificação do perfil das gestantes.

Pesquisa documental é o tipo de pesquisa que tem o levantamento de documentos como base, a coleta de informações é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica, conforme a proposta da presente pesquisa, onde utilizaremos os prontuários das gestantes para a coleta dos dados. Já a pesquisa retrospectiva é o estudo em que o pesquisador avalia pontos do passado e os interliga com o presente (FONTELLES *et al.*, 2009) e o período analisado será o ano de 2018.

A pesquisa de abordagem quantitativa, caracteriza-se pelo emprego da quantificação da informação coletada pelo pesquisador que resulta de mensuração formal e que é analisada com procedimentos estatísticos. Esse método busca a precisão dos dados fundamentada na realidade objetiva. A pesquisa quantitativa está mais próxima do método científico positivista.

A coleta de dados é realizada por meio de questionários que apresentam variáveis distintas, cujas análises são geralmente apresentadas através de tabelas e gráficos (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A escolha do método quantitativo se justifica em identificar o perfil das gestantes acompanhada pela equipe da ESF, haja vista que uma assistência ao pré-natal qualificada, reduz os índices de morbimortalidade materna-infantil.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

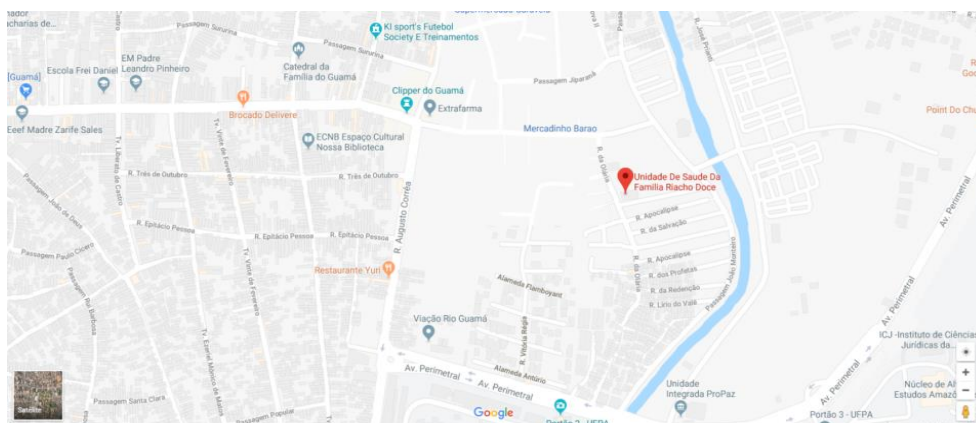
4.2.1 Cenário Da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Riacho Doce, localizada na rua da Olaria, número 836, Cep:66079-051, no bairro do Guamá.

A ESF é composta por duas equipes de profissionais composta por 2 médicos da família, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, por 15 agentes comunitários da saúde e por um agente administrativo, que atendem cerca de 15 microáreas (correspondendo a 2.170 habitantes). No ano de 2018 a unidade cadastrou 80 gestantes para acompanhamento pré-natal.

4.2.2 Mapa de Localização da Pesquisa

Figura 1: Localização da ESF Riacho Doce, Belém, Pará.



Fonte: Google Maps, 2018.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo como público alvo um quantitativo de 74 gestantes, matriculadas na ESF e que iniciaram as consultas e que estiveram em acompanhamento pré-natal no ano de 2018.

4.3.1. Critérios de Inclusão

Prontuários de gestantes, que iniciaram o pré-natal no ano de 2018, cadastradas na ESF do Riacho Doce e atendidas pelas equipes 1 e 2.

4.3.2. Critérios de Exclusão

Participantes que seja portadora de doenças mentais e caracterizadas com gestação de alto risco.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados empregado foi um questionário estruturado, composto por duas partes: a primeira realizou a **Identificação da gestante** e a segunda, o **histórico de saúde da gestante**.

O instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras e tais informações foram coletadas e direcionadas para obtenção dos dados necessários, de acordo com os sujeitos da pesquisa e do perfil dos sujeitos que se deseja investigar, bem como pela afinidade com o tipo de pesquisa e os materiais utilizados.

4.5 COLETA DE DADOS

No período de Março a Abril foram analisados 80 prontuários. Porém, apenas 74 prontuários faziam parte do critério de inclusão. Com o intuito de se alcançar os objetivos da pesquisa, a mesma ocorreu em três etapas:

Etapa I – Foi solicitada à responsável da ESF do Riacho Doce a autorização para realizar a pesquisa, para submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário do Estado do Pará (CEP/CESUPA) e, após aprovação no referido comitê, foi iniciadas as atividades de pesquisa;

Etapa II – Foi realizada a pesquisa e seleção dos prontuários das gestantes, segundo os critérios de inclusão na pesquisa.

Etapa III - Nesta etapa, ocorreu coleta e a verificação crítica dos dados constantes nos prontuários com o objetivo de identificar possíveis erros, informações confusas, distorcidas ou incompletas e que possivelmente poderiam prejudicar o resultado da pesquisa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar perfil das gestantes de (n=74) atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas, enquanto que as variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação. Para avaliar a tendência das variáveis qualitativas foi aplicado o teste do Qui-quadrado de aderência (Ayres *et al.*, 2007, p.121). Para comparar as variáveis quantitativas foi aplicada a ANOVA (Análise de Variância) com pós-teste de Tukey. Foi previamente fixado o nível alfa =0.5 (Erro alfa 5%) para rejeitar a hipótese de nulidade. O projeto bioestatístico foi realizado no software dEasygner e o programa BioEstat versão 5.3 foi usado para aplicação dos testes de hipótese.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Pará (CEP/CESUPA) situada no endereço rua Nazaré, 630 no bairro Nazaré, Belém-PA, 66035-170. A pesquisa desenvolveu-se cumprindo os preceitos éticos e científico existentes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) /Ministério da Saúde. Onde obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Pará. Sob parecer nº:3.189.267 CAAE: 08052318.6.0000.5169, no dia 11 de março de 2019.

Para ter acesso aos prontuários dos gestantes matriculadas no programa pré-natal da ESF Riacho Doce, foi solicitada à ESF a autorização, por meio da assinatura do termo de autorização para realização da pesquisa (APÊNDICE A).

4.8 DOS RISCOS

Os riscos que permeiam esta pesquisa estavam relacionados: as participantes da pesquisa terem suas informações reveladas e para minimizar este risco de quebra de sigilo, foram mantido em anonimato as identidades das participantes por meio de utilização de códigos como: A1, A2, A3, A4,... seguindo a ordem da coleta de dados dos prontuários.

Outros riscos dessa pesquisa para instituição podiam ser de molhar, rasgar, danificar os prontuários, com o intuito de evitar tais riscos, as pesquisadoras utilizaram os prontuários com ética e respeito ao manusear o documento, para evitar danos aos documentos as participantes se comprometeram em usar luvas, máscaras, jaleco, e qualquer outro equipamento de proteção individual necessário para evitar danos aos materiais.

Para os pesquisadores houveram riscos ao procurar os prontuários, o contato com o lugar que arquiva os prontuários armazena poeira e pode desencadear alergias. Durante a coleta, utilizamos máscaras como prevenção.

4.9 DOS BENEFÍCIOS

Esta pesquisa trará o enriquecimento do meio científico por meio da grande magnitude, uma vez que este poderá ser publicada no intuito de chegar a toda sociedade, por meio de publicação sob a forma de artigo e apresentação na instituição de ensino superior e em eventos científicos, permitindo a identificação do perfil dessas gestante, trazendo mais debates a saúde pública que visando a orientação e melhoria da qualidade assistencial. A intenção de tal pesquisa possibilitará o aprofundamento sobre o tema já que irá servir como alerta, pois conhecendo as causas, podemos minimizar os problemas apontando soluções, melhorar o planejamento das ações, assim como uma melhor intervenção dentro das competências dos profissionais de saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão será realizada de maneira individual por meio dos gráficos, de uma análise geral a Tabela 1 evidenciou que o presente estudo avaliou dados em prontuários de uma amostra de 74 gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família do Riacho Doce. Essas gestantes apresentaram características predominantes, com p-valor <0.05* o qual é estatisticamente significativa.

5.1 PERFIL DA AMOSTRA

5.1.1- Perfil geral das gestantes

Tabela 1: Perfil geral das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

Característica	N	%	p-valor
Estado civil			0.0058*
Casada	17	23.0	
Solteira	36	48.6	
Estável	17	23.0	
SIC	4	5.4	
Renda familiar			<0.0001*
Sem renda	4	5.4	
Até 1 salário	38	51.4	
2 a 4 salários	17	23.0	
>5 salários	0	0.0	
SIC	15	20.3	
Idade da menarca			0.0330*
9	2	2.7	
10	1	1.4	
11	7	9.5	
12	8	10.8	
SIC	56	75.7	
Número de partos			0.7133
Nenhum parto	28	37.8	
Um parto	23	31.1	
Dois partos	23	31.1	
Antecedentes familiares			0.2332
HAS	17	23.0	
DM	9	12.2	
HAS + DM	17	23.0	
Gemelaridade	19	25.7	
Outros	12	16.2	
Trimestre gestacional			<0.0001*

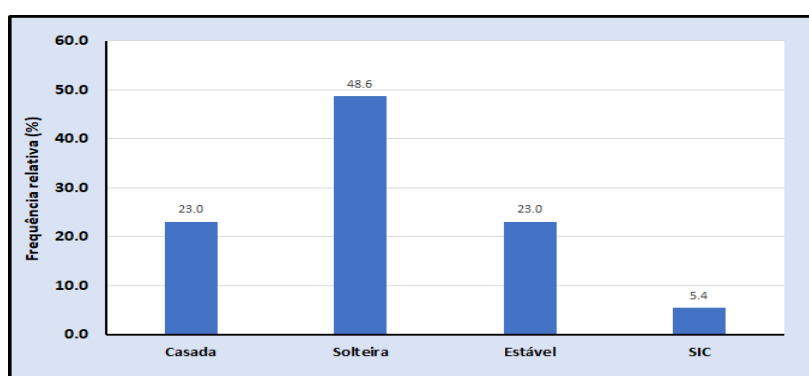
1º trimestre	41	55.4
2º trimestre	29	39.2
3º trimestre	4	5.4

*Qui-quadrado de tendência

Fonte: ESF do Riacho Doce

Características predominantes se diz respeito ao estado civil, renda familiar e trimestre gestacional dessas mulheres, evidenciou-se respectivamente, que mais da metade são solteiras (48.6%), a renda familiar dessas mulheres de até 1 salário (51.4%), e iniciaram o pré-natal no 1º trimestre gestacional (55.4%). Em relação ao número de parto (37.8%) não apresentavam nenhum parto, tanto um parto quanto dois partos apresentaram os mesmos resultados (31.1%). No que se refere o resultado da idade da menarca, observou-se de forma expressiva que a maioria dos protuários estavam sem informações coletas (75,7%). De acordo com Gomes *et al* (2015) é importante salientar que hordiernamente em conformidade com os dados do censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2011 houve um expressivo crescimento no número de famílias sob responsabilidade da mulher (atingindo 17,4%), o que indica uma importante mudança ao longo dos anos a respeito das configurações familiares da sociedade brasileira.

Gráfico1: Estado Civil das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da ESF Riacho Doce, Belém do Pará, ano 2018.

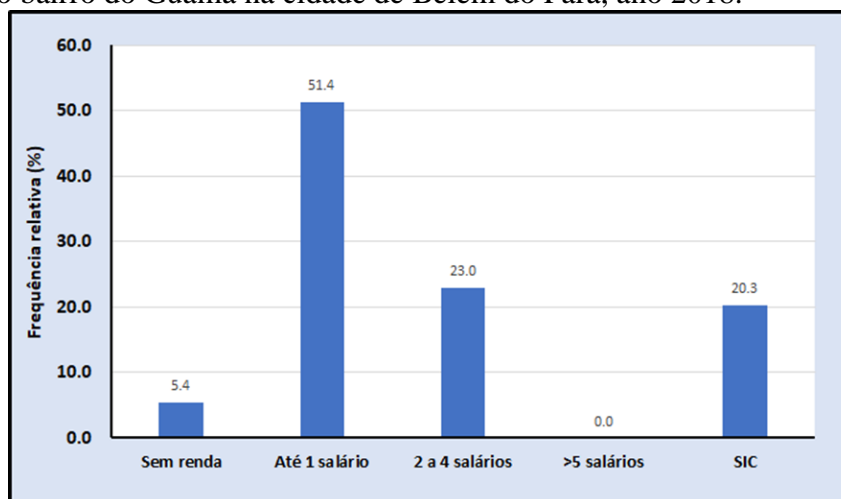


Fonte: ESF do Riacho Doce.

Nota-se que o percentual de estado civil solteira (48,6%) é um aspecto importante a ser considerado, pois além da desvantagem psicológica, a ausência do pai, em geral, traz menor estabilidade econômica para a família, mulheres solteiras apresentaram risco três vezes maior para não realização do pré-natal quando comparadas as que apresentam uma relação

estável, sendo esta matrimonial ou de união estável. A falta de contato com o pai do bebê, juntamente com baixa escolaridade materna, contribuíram tanto para a não procura por atendimento quanto para realização de menor número de consultas na gestação (ROSA *et al.*, 2014).

Gráfico 2: Renda Familiar das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

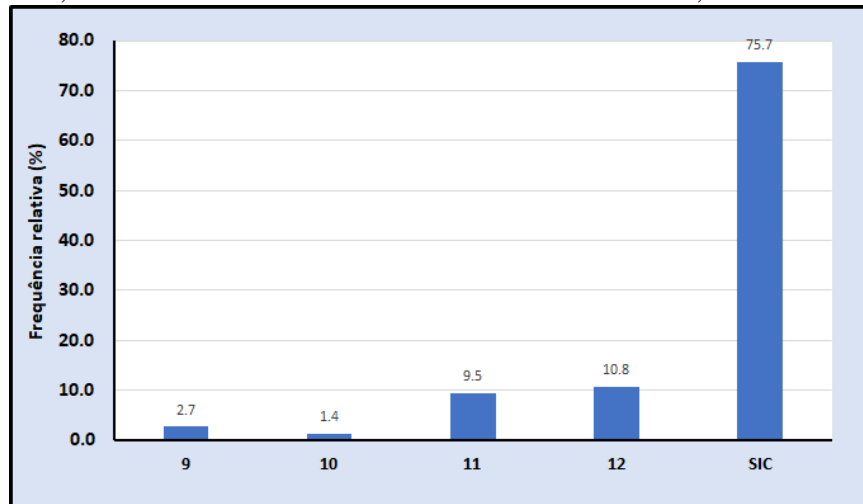


Fonte: ESF do Riacho Doce.

Em relação a renda familiar, pode-se afirmar que as mulheres possuem baixo poder econômico, visto que a maioria relatou (51,4%) ter renda de até 1 salário mínimo e algumas relataram que não possuíam nenhum tipo de renda (5,4%). Analisar este dado é importante, visto que representa um indicador de saúde, já que menores condições econômicas remetem a uma maior restrição de acesso aos serviços de saúde e é considerado um fator de risco para complicações durante o período gestacional. Assim, a renda é um fator que poderá influenciar no planejamento da gestação, bem como na realização do pré-natal (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Estudos realizados por Peixoto *et al.* (2012) no que se refere à renda familiar, pode-se afirmar que as mulheres possuem baixo poder econômico, visto que a maioria relatou renda de até um salário mínimo (90,9%) e algumas relataram que não tinham nenhum tipo de renda financeira (1,0%), o que é considerado um fator de risco para o aparecimento de complicações durante a gravidez e de terem filhos com baixo peso ou prematuros.

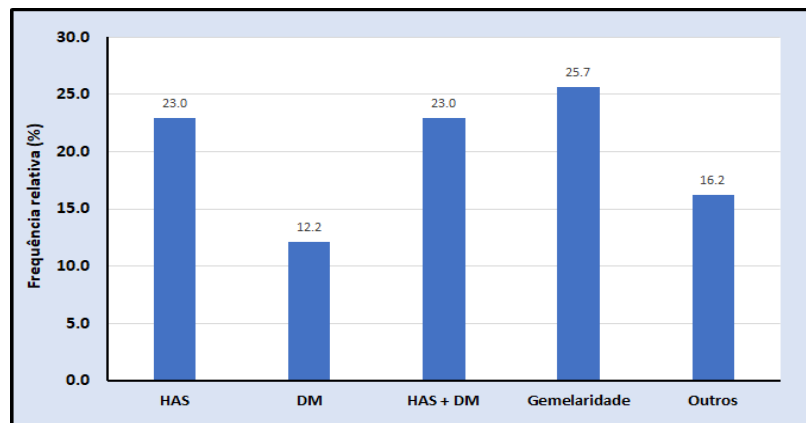
Gráfico 3: Idade da menarca das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



Fonte: ESF do Riacho Doce.

No que se refere às mulheres do grupo em relação a idade da menarca, obteve-se o resultado de que (75,7%) não apresentavam informações no prontuário. Porém, dos resultados coletados a idade da menarca aos 11 anos apresentavam (9,5%) e aos 12 anos (10,8%). Essa falta de informação de dado da idade da menarca nos prontuários analisados se torna prejudicial para estudos a partir do momento que idade da menarca estar intimamente relacionada com o início sexual precoce, atualmente, os adolescentes estão começando precocemente a vida sexualmente ativa que tem como consequência o aumento, de maneira significativa, os riscos de adquirirem uma infecção sexualmente transmissível (IST) e/ou uma gravidez não planejada (SOUZA *et al.*, 2013).

Gráfico 4: Antecedentes familiares das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

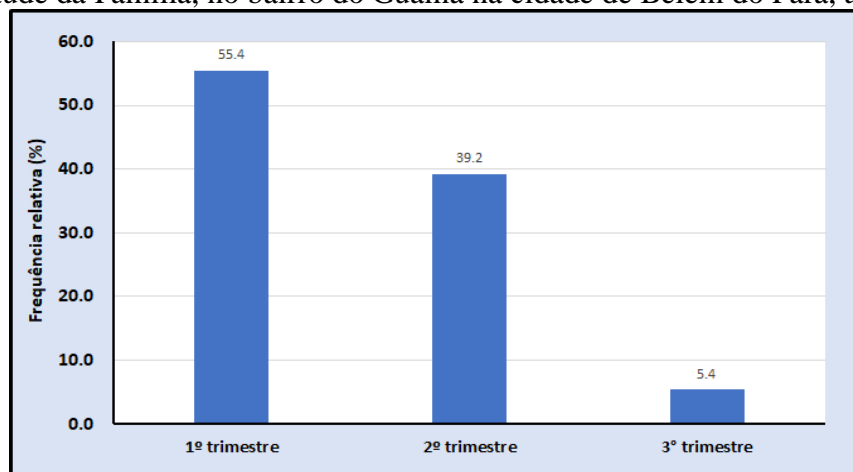


Fonte: ESF do Riacho Doce.

Em relação aos antecedentes familiares das gestantes analisadas os resultados que mais rotineiros foram: gemelaridade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) combinada com Diabetes Mellitus (DM) e apenas HAS, evidenciou-se que respectivamente, (25.7%) possuíam casos de gemelaridade na família, seguido da HAS combinada DM (23%), e (23%) apenas HAS. É fundamental que os antecedentes familiares sejam observados e devidamente registrados, visto que essas informações sinalizam um possível fator de risco por ser uma predisposição para o desenvolvimento de algumas doenças prejudiciais no período gravídico, tais como o diabetes gestacional e a Síndrome Hipertensivas Específicas da Gravidez (SHEG), aumentando as chances de uma gravidez de alto risco (SANTOS *et al.*, 2017).

A SHEG é uma das complicações durante o período gravídico, pode ocasionar duas formas de manifestações a pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A pré-eclâmpsia é caracterizada por aparecer em gestantes normotensas a HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação, e eclâmpsia correspondente a pré-eclâmpsia combinada com convulsões. A diabetes gestacional é responsável por incidências elevadas de morbimortalidade perinatal, malformações congênitas. Sua consequência ao longo prazo decorre como alterações micro e macrovasculares e bebês macrossômicos. A análise dos fatores de riscos representam um rastreamento de futuras complicações gestacionais, assim a detecção precoce previne as complicações obstétricas que podem levar para morbimortalidade materna infantil (ANDRADE; 2014).

Gráfico 5: Trimestre gestacional familiares das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



Fonte: ESF do Riacho Doce.

No que se refere ao início do pré-natal, os dados revelam que (55.4%) das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, (39.2%) iniciaram no segundo trimestre e (5,4%) iniciaram no terceiro trimestre. Nota-se que (44,6%) das gestantes atendidas iniciaram tardiamente a assistência do pré-natal, o que se torna extremamente nocivo à saúde do binômio mãe-feto, pois a atenção do pré-natal destaca-se como fator essencial para promover saúde materna e fetal, rastrear possíveis eventos adversos e manuseio clínico das intercorrências o mais precocemente possível. Assim, tem como consequência a diminuição da morbimortalidade materna infantil (NUNES *et al.*, 2016).

5.1.2- Como foi o pré-natal

Na tabela 2 evidenciou que o pré-natal apresentou as seguintes características predominantes, com p-valor <0.05, o qual é estatisticamente significativo: Pré-natal incompleto (60.8%), não imunizada (52.7%), realizaram os exames (79.9%) e dos exames foram estes: ABO-RH, Glicemia de jejum, VDRL, HIV/ anti-HIV (teste rápido), Hepatite b, Toxoplasmose, Hemograma, Urina –EAS.

Tabela 2: Como foi o pré-natal das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

Como foi o Pré-natal	N	%	p-valor
Pré-natal			<0.0001*
Incompleto	45	60.8	
Completo	29	39.2	
Imunização no pré-natal			0.7372
Imunizada	35	47.3	
Não imunizada	39	52.7	
Exames (no pré natal)			<0.0001*
Fez exames	59	79.7	
Não fez	15	20.3	
Exames solicitados			<0.0001*
ABO-RH	47	63.5	
Glicemia de jejum	47	63.5	
Sífilis (teste rápido)	1	1.4	
VDRL	49	66.2	
HIV/ anti-HIV (teste rápido)	51	68.9	
Hepatite b	41	55.4	
Toxoplasmose	47	63.5	
Hemograma	54	73.0	
Urina –EAS	51	68.9	

Coombs indireto

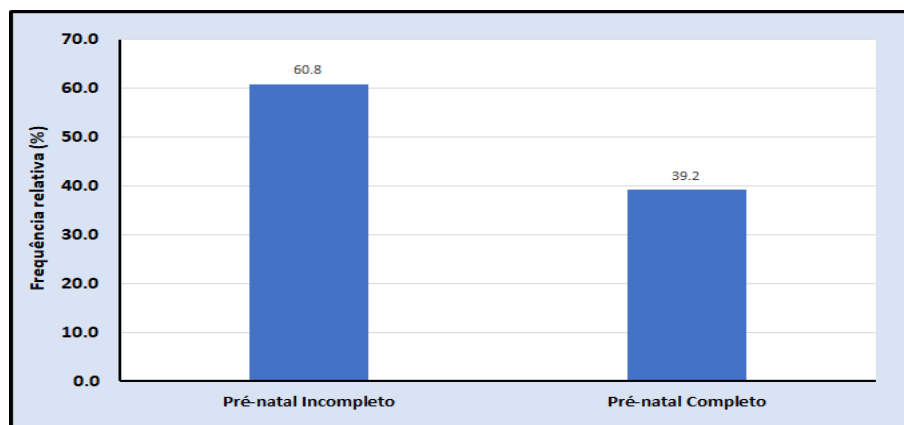
0

0.0

*Qui-quadrado de tendência

Fonte: ESF do Riacho Doce

Gráfico 6: Realização do pré-natal de gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



Fonte: ESF do Riacho Doce.

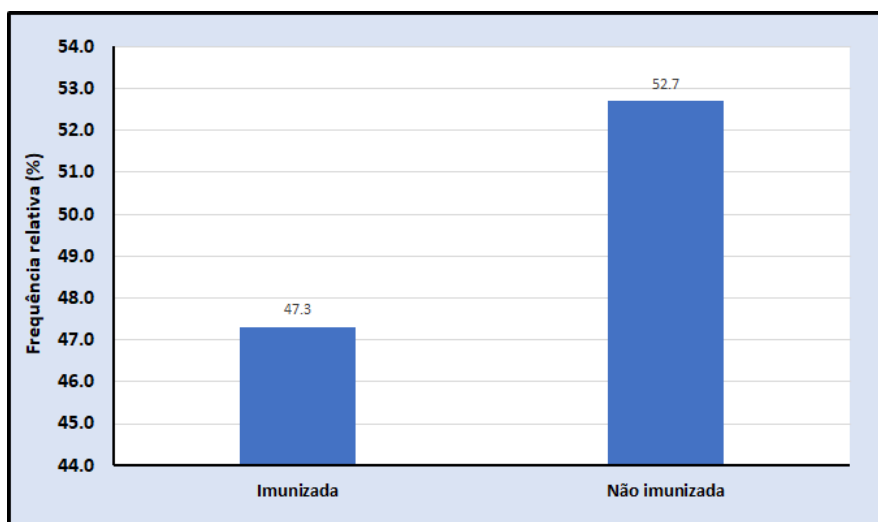
Em relação a realização do pré-natal, (60.8%) das gestantes não realizaram o mínimo de consultas preconizada pelo MS, enquanto (39.2%) fizeram o pré-natal completo. De acordo com o gráfico 6, observou-se de forma expressiva o não cumprimento das consultas mínimas exigidas pelo MS durante o período gestacional, caracterizando um elevado risco materno e perinatal. O PHPN preconiza que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (SOUZA *et al.*, 2013).

A não realização do pré-natal se deve, principalmente, a fatores socioeconômicos como baixa renda familiar e escolaridade, a qualidade dos cuidados em saúde e de suporte social. Outros fatores potencialmente relacionados são: idade materna (adolescência e idade mais avançada), não convivência com companheiro, uso de álcool ou outras drogas na gravidez, multiparidade, não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito sobre o pré-natal (ROSA *et al.*, 2014).

A assistência do pré-natal realizada no primeiro trimestre constitui um indicador da qualidade dos cuidados maternos. Segundo Nunes *et al.* (2017) os dados da pesquisa nacional

de saúde revelam que a região Norte apresenta os menores valores do início do pré-natal com menos de 13 semanas de gestação. Esses dados de acesso são concordantes com o presente estudo, o que deixa evidente a persistência de desigualdades sociais no acesso a esse serviço de saúde.

Gráfico 7: Imunização no pré-natal de gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



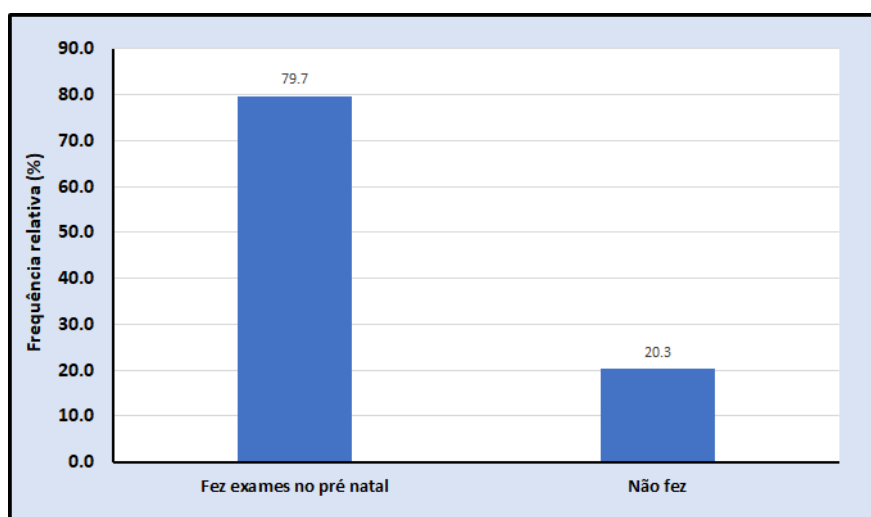
Fonte: ESF do Riacho Doce.

O programa nacional de imunização constitui um importante mecanismo de defesa para o controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas mediante a imunização. Nas gestantes a vacinação protege o binômio mãe-feto por meio da passagem de anticorpos pela placenta e posteriormente pelo leite materno. Os benefícios, nesse caso, são duplos: proteção da mulher grávida, defendendo-a de doenças e complicações durante a gestação, e a proteção do feto, recém-nascido e/ou lactente, beneficiando-o com anticorpos para que possa resistir a infecções por consequência da baixa resistência do sistema imunológico. (PACHECO, 2011).

Em relação a situação vacinal mostrou que (47.3%) das gestantes estavam com a situação vacinal em dia e (52.7%) estavam com a situação vacinal incompleta, o que é uma problemática, já que a maioria das gestantes que não estavam como calendário vacinal em dia coincide com as (60.8%) das gestantes que não realizaram o pré-natal completo. Neste contexto, a equipe da enfermagem deve formentar nas consultas de enfermagem o desejo das mesmas a voltarem nas próximas consultas para esclarecer possíveis dúvidas além de realizar a

análise da caderneta e a situação vacinal e esclarecer para gestante sobre a importância da realização da esquema vacinal no prazo determinado. É fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e as demais equipes de saúde a fim de oferecer um serviço acolhedor e humanizado conforme preconizado pelas diretrizes do SUS (NICÉSIO *et al.*, 2018).

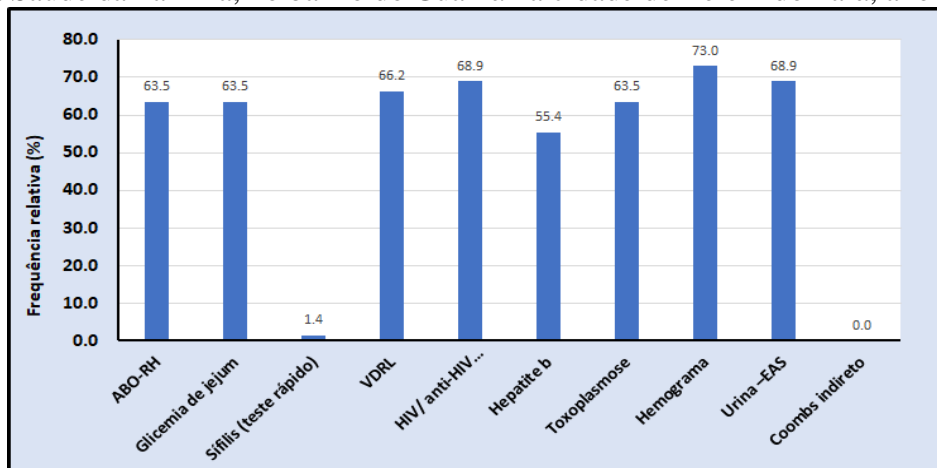
Gráfico 8 : Exames no pré-natal de gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018



Fonte: ESF do Riacho Doce.

Sobre a realização dos exames do pré-natal, nota-se que (79,7%) das mulheres realizaram os exames preconizados do pré-natal e (20,3%) não fizeram. Isto, torna-se um dado relevante tendo em vista que a realização de exames laboratoriais é de grande importância atuação dos profissionais da área da saúde que analisarão os exames para prevenir as doenças durante a gestação quanto para estabelecer intervenções no sentido de minimizar os riscos para a binômio mãe-feto (POLGLIANI *et al.*, 2014).

Gráfico 9: Exames realizados no pré-natal de gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



Fonte: ESF do Riacho Doce.

A orientação do programa de humanização no pré-natal é pela solicitação do primeiro gestar na primeira consulta, com realização durante o primeiro trimestre de gestação, e repetição de VDRL, EAS e glicemia de jejum por volta da 28^a semana. A realização dos exames no pré-natal está associada ao fluxo interno dos serviços de saúde, estabelecido pela unidade de saúde ou ESF, que tem sua origem durante a consulta com o enfermeiro ou médico, responsável pela solicitação dos exames (BRASIL, 2012a).

Após a solicitação do exame, é imprevisível que a gestante procure o laboratório para realizar o agendamento e posteriormente, retorne à consulta para avaliação seguida de anotação dos resultados dos exames no prontuário e no cartão da gestante. Intecorrências nesse fluxo interno favorecem para a não realização dos exames no período preconizado, comprometendo a promoção e prevenção das complicações no período gestacional (POLGLIANI *et al.*, 2014).

5.1.3- Escolaridade e idade das gestantes

Tabela 3: Escolaridade e a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

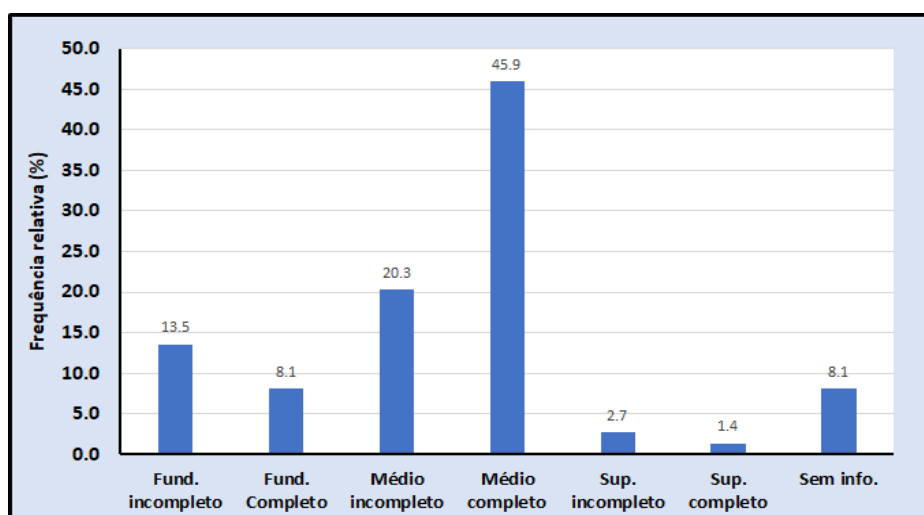
Escolaridade	Gestantes		Idade (anos)	
	N	%	Média	D Padrão
Fund. Incompleto	10	13.5	22.1	7.0
Fund. Completo	6	8.1	25.7	4.6

Médio incompleto	15	20.3	22.6	5.6
Médio completo	34	45.9	28.8	4.7
Sup. Incompleto	2	2.7	26.0	8.5
Sup. Completo	1	1.4	32.0	---
Sem info.	6	8.1	25.8	3.4
Geral	74	100.0	26.1	5.8

p-valor = 0,0006 ANOVA com pós-teste de Tukey

A Tabela 3 mostra que a distribuição da escolaridade apresentou que a categoria mais frequente é o ensino médio completo (45,9%). E a avaliação da escolaridade conforme a idade apresentou diferença estatisticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.0006^*$), das 10 gestantes com o ensino fundamental incompleto apresentaram uma média de (22.1 anos), 6 gestantes com fundamental completo apresentaram uma media de (25.7 anos), 15 gestantes com ensino médio incompleto apresentaram média de (22.6 anos), 34 gestantes com ensino médio completo apresentaram media de (28.8 anos), 2 gestantes com superior incompleto apresentaram media de (26 anos) em relação a gestante com ensino superior completo apresentou media (32 anos) e prontuários sem informações apresentou uma média de (25.8 anos). Estudo realizados por Sampaio *et al.* (2018) no que se referente à escolaridade 27% possuíam escolaridade básica incompleta ou completa e 58,8% possuíam nível de escolaridade igual ou superior ao ensino médio.

Gráfico 10 : Escolaridade das (n=74) gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

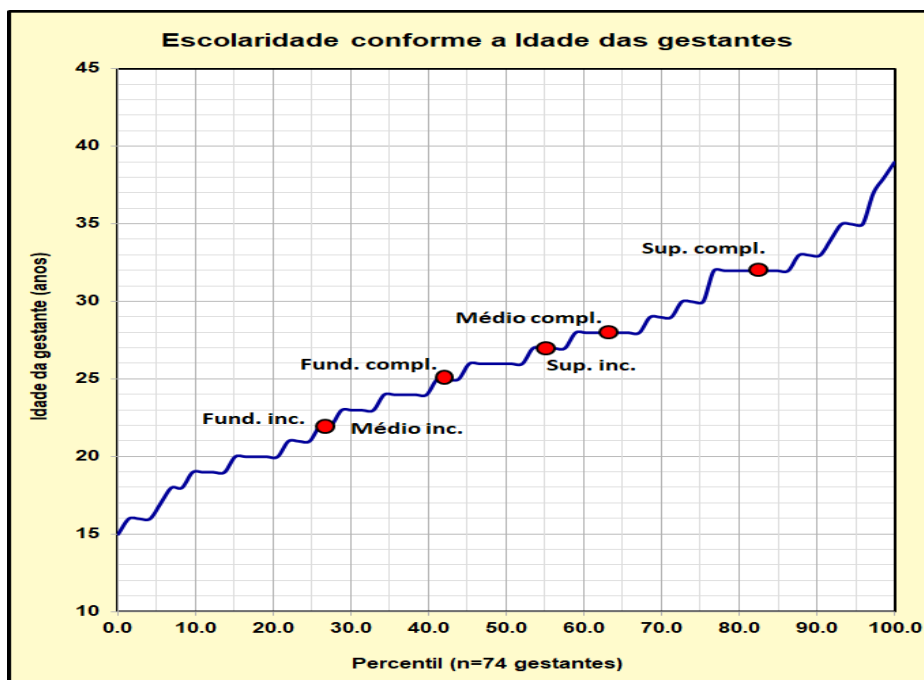


Fonte: ESF do Riacho Doce.

Em relação a frequência relativa da variável escolaridade, observou-se que a (13.5%) das gestantes apresentavam ter fundamental incompleto e que a maior frequência das gestantes apresentavam ter o ensino médio completo com percentual de (45.9%). Nota-se que condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm levado mulheres à gestação de alto risco. Pois a educação e o renda representam importantes preditores para utilização de serviços de saúde, haja vista que o conhecimento exerce influência na promoção da saúde (LEVORATO *et al.*, 2014).

O nível de escolaridade deve ser analisado durante a consulta pré-natal, porque é um fator que contribui para a compreensão das informações fornecidas durante a consulta, inclusive sobre os hábitos de vida saudável, refletindo no cuidado com a família e com a gestação. Pesquisa realizada em Cuiabá, relacionada a determinantes da amamentação no primeiro ano de vida, revela que a interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças com idade inferior a 180 dias mostrou-se associada à baixa escolaridade da mãe, relação identificada também nos menores de 120 dias (PEIXOTO *et al.*,2017).

Gráfico 11: Escolaridade conforme a Idade das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



Fonte: ESF do Riacho Doce.

Em relação ao gráfico escolaridade conforme a idade das gestantes, pode-se afirmar que a baixa escolaridade materna é um fator determinante da vulnerabilidade social. Essa associação pode ocasionar o início tardio do pré-natal ou qualidade deste, pois podem não realizarem o mínimo de seis consultas que é determinada pelo MS. O acesso aos serviços de saúde e a adesão ao pré-natal são mediados pela educação, o que interfere, inclusive, na compreensão da importância da atenção do pré-natal desde o primeiro trimestre, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar as consultas, os exames e as vacinas corretamente (AMORIM *et al.*, 2017).

A taxa de analfabetismo reduziu significativamente nos últimos anos, todavia ainda há um número significativo de gestantes com baixa escolaridade. As mulheres devem ter acesso à educação em saúde para obter um melhor entendimento do processo fisiológico que estão vivenciando no momento e, assim, participar de forma mais efetiva das decisões em relação ao parto, ao puerpério e à amamentação. Sendo assim, o conhecimento da mulher em relação ao pré-natal contribui para promover o autocuidado (MARTINS *et al.*, 2015).

5.1.4- Método contraceptivo e idade das gestantes

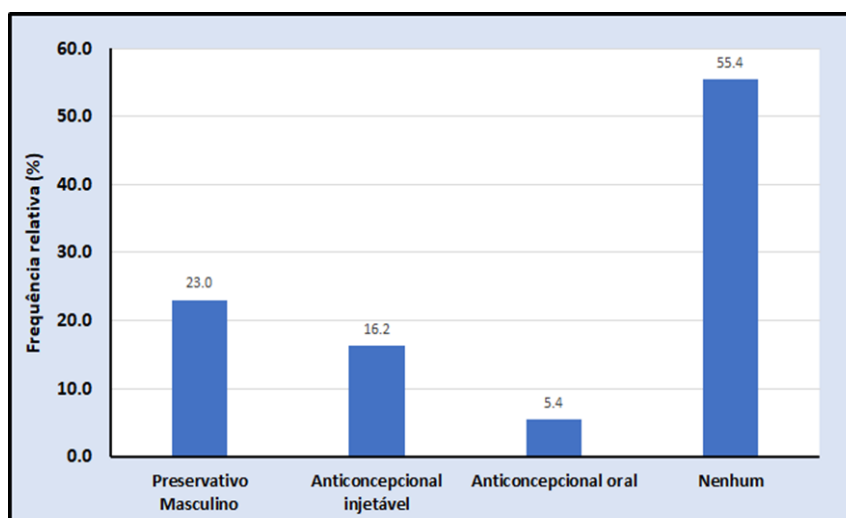
A Tabela 4 mostra que a maioria das gestantes (55.4%) não usou método contraceptivo. E a avaliação do uso de método contraceptivo não apresentou real diferença (p -valor=0.5335, não significativa) conforme a idade, ainda que no gráfico 12 mostre que as gestantes com idade na faixa de 28 anos tem ligeira tendência para o contraceptivo injetável. O Brasil tem uma das maiores taxas de gestações não planejadas do mundo. Para especialistas, isso é resultado de falhas na política de contracepção, como pouca oferta de métodos contraceptivos de longo prazo (DIU e adesivo hormonal). De acordo com uma pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz que ouviu 24 mil mulheres entre 2011 e 2012, (55%) das brasileiras que tiveram filhos não haviam planejado a gravidez, o percentual está acima da média mundial, de 40% de gestações não planejadas (PASSARINHO; FRANCO, 2018).

Tabela 4: Uso de Método Contraceptivos e a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

Método contraceptivo	Gestantes		Idade (anos)	
	n	%	Média	D. Padrão
Preservativo Masculino	17	23.0	25.9	6.8
Anticoncepcional injetável	12	16.2	28.0	6.0
Anticoncepcional oral	4	5.4	25.9	4.3
Nenhum	41	55.4	25.7	5.5
Geral	74	100.0	26.1	5.8

p-valor = 0,5335 ANOVA

Gráfico 12: Uso de Método pelas (n=74) gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

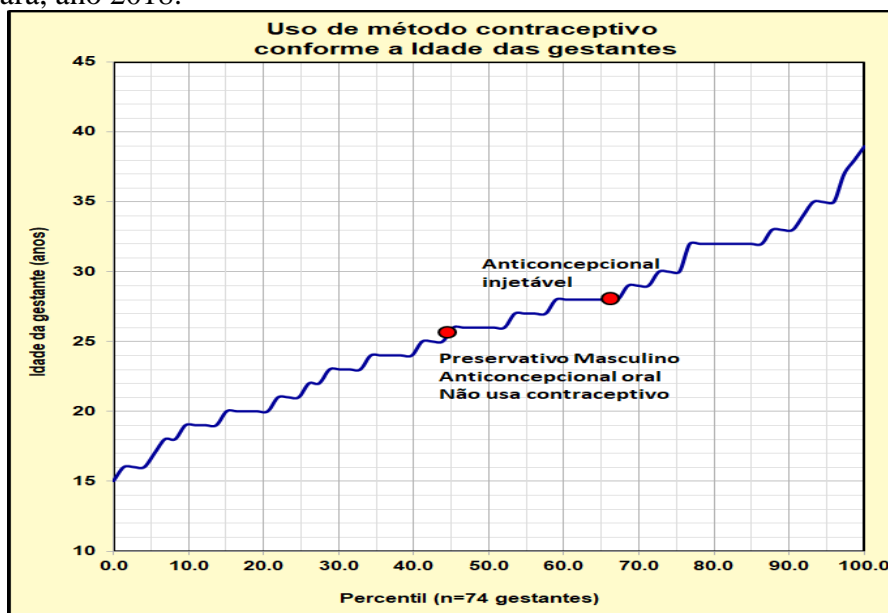


Fonte: ESF do Riacho Doce.

A frequência relativa da utilização de algum método contraceptivo mostrou que das 41 gestantes não usavam qualquer tipo de contracepção (55.4%), nos prontuários de 17 gestantes afirmam que (23%) utilizavam o método de barreira, das 12 gestantes (16.2%) utilizavam anticoncepcional injetável e 4 gestantes utilizavam anticoncepcional oral. Belisse (2009), afirma que hordienalmente, observa-se que uma grande parcela de jovens iniciam precocemente as atividades sexuais, fator este que possibilita uma maior incidência de risco de IST e/ ou gravidez não planejada. Dessa forma, torna-se imprescindível a educação sexual por profissionais aoptos para abordar, orientar e esclarecer esses jovens a fim de evitar que os

mesmos busquem informações por outros meios de informações, na qual tendem a resultar em decisões inapropriadas (VIEIRA, 2013).

Gráfico 13 : Uso de Método Contraceptivo conforme a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



Fonte: ESF do Riacho Doce.

Em relação ao gráfico de uso do método contraceptivo conforme a idade materna a variável da média que teve ligeira tendência foi o anticoncepcional injetável (28 anos) os demais mostrou que avaliação do uso de método contraceptivo não apresentou real diferença (p-valor=0.5335, não significativa). Nos prontuários das 74 gestantes mostrou que 41 destas mulheres não usam qualquer tipo de contraceptivos, uma das razões que poderia justificar esse comportamento seria a imaturidade psico-emocional, característica da juventude, o desejo de exercer a sexualidade que aflora com as mudanças físicas da puberdade. Esse início da atividade sexual, muitas vezes, ocorrem sem o devido uso de métodos contraceptivos, levando-a a uma maior possibilidade de gravidez indesejada e/ou IST tendo como consequência um maior índice de evasão escolar dessas mulheres (RASMUSSEN *et al.*, 2011).

5.1.5- Número de gestações e a idade materna

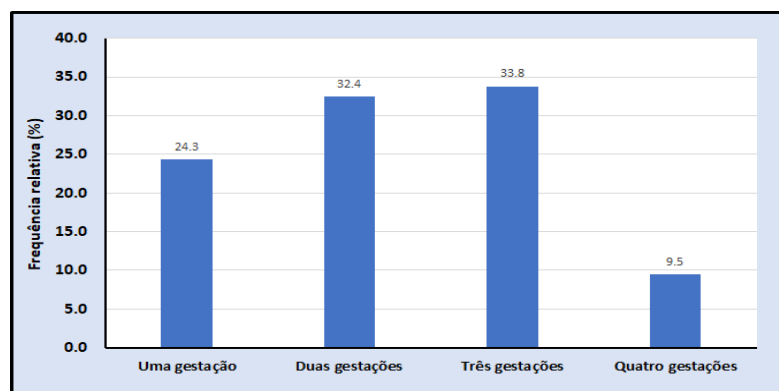
A Tabela 5 mostra que o número de gestações mais frequente é três gestações (33.8%). E a associação do número de gestações conforme a idade apresentou diferença estatisticamente significativa (p -valor =0.00045*) entre as gestantes 3 e 4 gestações em relação às gestantes com 1 e 2 gestações. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2017) no ano de 2013 a primeira gravidez das brasileiras entre 18 e 49 anos ocorreu, em média, aos 21 anos. O estudo retratou que mulheres com menor nível de instrução declararam ter tido sua primeira gravidez mais jovens do que as mulheres com maior nível de instrução. Das mulheres entre 18 e 49 anos, (69,2%) ficaram grávidas alguma vez na vida. Nas regiões Norte e Nordeste, os percentuais ficaram acima da média nacional, (73,6%) e (72,9%), respectivamente. Já na região Sudeste, o índice registrado foi de (66,1%).

Tabela 5: Número de Gestações e a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.

Número de Gestações	Gestantes		Idade (anos)	
	N	%	Média	D. Padrão
Uma	18	24.3	23.1	6.8
Duas	24	32.4	24.9	5.1
Três	25	33.8	28.5	4.5
Quatro	7	9.5	29.4	5.4
Geral	74	100.0	26.1	5.8

* p -valor = 0,0045 ANOVA com pós-teste de Tukey

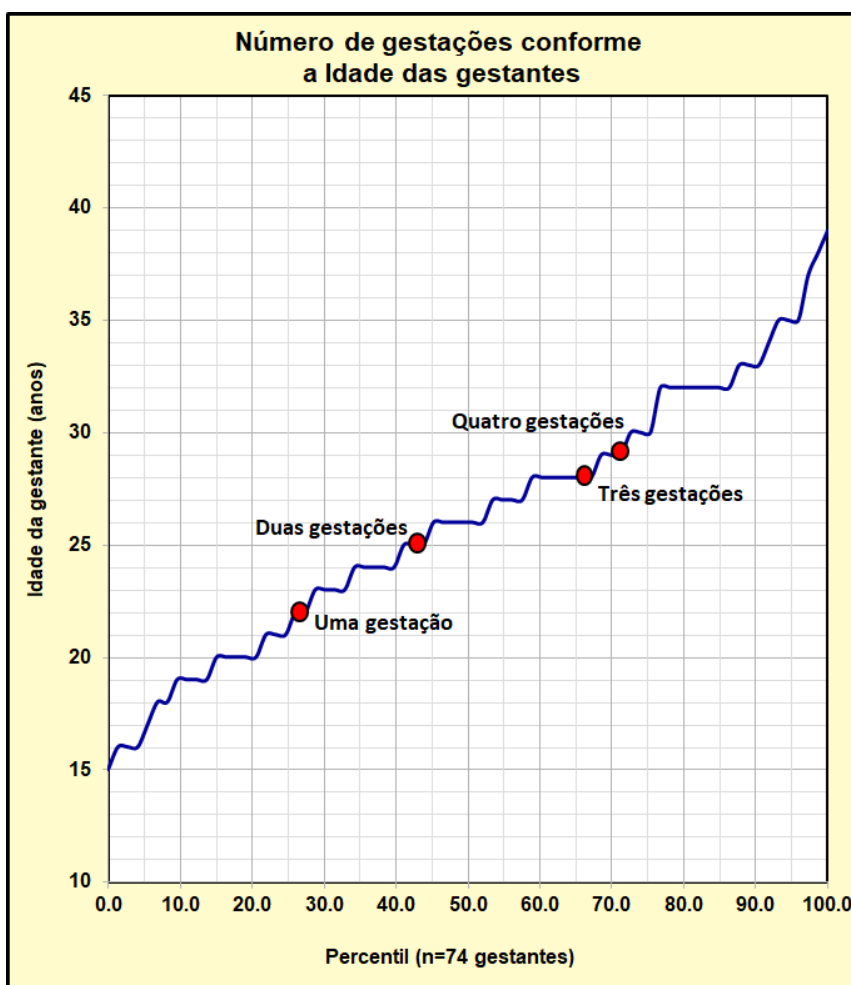
Gráfico 14: Número de gestações conforme a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



Fonte: ESF do Riacho Doce.

No que se refere a frequência relativa da variável número de gestações conforme a idade das gestantes, identificou que (24.3%) apresentaram está na primeira gestação, (32.4%) na segunda gestação, (33.8%) na terceira gestação e (9.5%) na quarta gestação. Bisognin *et al.* (2011), realizou um estudo com primigestas e multigestas e mencionou que dentre as mulheres multigestas, na qual, (37,5%) das mulheres eram primigestas, (21,6%) com duas e três gestações, (6,8%) com cinco gestações, (4,6%) com quatro gestações e (1,13%) com sete e oito gestações. Tendo em vista que, conhecer esta individualidade é necessário, pois as mulheres que apresentam um número elevado de gestações apresentam uma maior predisposição de morbimortalidade materna em consequência do alto número de gestações.

Gráfico 15: Número de gestações conforme a Idade (anos) das gestantes atendidas (n=74) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará, ano 2018.



Fonte: ESF do Riacho Doce.

Em relação ao gráfico de número de gestações conforme idade, verificou-se que a grande maioria das gestantes tinha uma média de idade de 23 a 29 anos de idade e esse dado está de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do MS, na qual confirma, por meio do DATASUS, que no Brasil, o maior percentual das gestantes está na faixa etária entre 20 e 24, vindo em segundo lugar a idade entre 25 e 29 anos (BRASIL,2012).

Ao analisar esses dados pode-se observa que cada vez mais as mulheres estão iniciando a vida sexual de forma precoce. E essa realidade poderá influenciar em uma gestação não planejada na adolescência e isso gera consequências, como a falta de adesão ao pré-natal, a evasão escolar, o desemprego, além de aumentar o fator para uma multiparidade e perpetuação do ciclo da miséria (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

De acordo com Combaim *et al.* (2017) apresenta dados referentes ao estudo, quanto ao número de gestação que cada mulher teve entre os anos de 2012 a 2016. Primigesta, 38 gestantes correspondendo 51,3%; Secundigesta ,32 gestantes correspondendo 35,8%e Tercigesta; 17 gestantes que correspondem a 16,3%. Foi evidenciado na pesquisa que 76,1% das mulheres estavam na segunda gestação estes dados faz referência ao fato das gestantes serem na maioria jovens.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perfil das gestantes atendidas a maioria são mulheres solteiras, ensino médio completo, com renda familiar de até um salário mínimo, iniciaram a consulta de pré-natal no primeiro trimestre e não estavam imunizadas. Porém, não deram continuidade no número mínimo de consultas preconizadas pelo MS caracterizando um pré-natal incompleto.

Em relação aos antecedentes familiares destacaram-se a hipertensão, diabetes, e gemelaridade. Acredita-se que devido à fragilidade da saúde materna na gestação se torna importante a intensificação ou a participação da equipe de saúde no acompanhamento das gestantes de baixo risco de forma que sejam tomadas medidas profiláticas em cima desses fatores de risco para impedir o surgimento de eventos adversos na gestação. A prevenção de complicações obstétricas e as ações educativas desenvolvidas no pré-natal são essenciais para o acompanhamento e orientação da mulher no período gestacional.

Em relação ao comparações da escolaridade, número de gestação e uso do método contraceptivo conforme a idade das gestantes, pode-se afirmar que a escolaridade materna é um fator determinante da vulnerabilidade social. A falta de conhecimento pode ocasionar o início tardio do pré-natal; não utilização do anticoncepcional e aumentar o números de gestações.

Conclui-se que é importante adotar medidas educacionais sobre a importância do pré-natal, para que melhorias na saúde das gestantes possam ser alcançadas a longo prazo. A fim de diminuir as taxas de morbimortalidade materna-infantil. Logo, o profissional da saúde precisa aproximar-se das gestantes e da comunidade como um todo de maneira acolhedora e humanizada, desenvolvendo atividades centradas na atenção primária e estratégias de educação em saúde, com foco na promoção e prevenção da saúde. Consequentemente, por meio deste estudo, almeja-se contribuir para que os profissionais da saúde reflitam sobre a importância do perfil da gestante na esfera referente à saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, F. C. M. *et al.* PERFIL DE GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA. **Rev. de Enferm.**, Recife, v. 4, n. 11, p.1574-1583, abr. 2017.
- ANDRADE, M.A.R. **Papel da enfermagem da ESF no acompanhamento Pré-Natal.** UFSC. Florianópolis.2014.
- ANDRADE, F. M. de; CASTRO, J. F. L.; SILVA, A. V. da. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **Rev. de Enferm. do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.2377-2788, 2 dez. 2016.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L], jan. 2016.
- AYRES, M.; AYRES JR, M.; AYRES, D. L. et al. BioEstat 5.3:Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas. **Publicações Avulsas do Mamirauá**, 5. ed. Belém – PA. 2007.
- BARBOSA, T.L. DE A.; GOMES, L.M.X.; DIAS, O.V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **CogitareEnferm.**2011; 16(1): 29-35.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BELISSE, C.L. **Atividade sexual precoce na adolescência:** A importância da educação sexual nas escolas. Paraná, 2009.
- BISOGNIN P. *et al.*. **Características sociodemográficas e obstétricas de gestantes assistidas em consulta de enfermagem.** Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6548.pdf>> . Acessado em: 03 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.569 - 01 jun. 2000. Estabelece o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Diário Oficial da União.** Brasília, 8 jun. 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Urgência e emergência materna:** guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: ministério da saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Implantação do Programa de Humanização no Pré-natal Nascimento.** Brasília – DF; 2012.a
- _____. Ministério da Saúde. **O SISPRENATAL.** Brasília –DF; 2012.b
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. d

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC. Informações de Saúde. Brasília; 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>> Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cad. de Atenção Básica nº 32**. Brasília. 2013a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI) : 40 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 236 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 569/2000**. Instituiu o Programa Pré-Natal e Nascimento. Disponível em < http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF >. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006**. Instituiu a Estratégia Saúde da Família. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html > . Acesso em: 04 de outubro de 2018.

COMBAIM, Josilene de Souza et al. Patologias que mais acometem as gestantes: análise documental. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 3, p.247-260, out. 2017.

CORRÊA, M.D. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 48, p. 24-32, julho, 2014.

COSTA, J. F. C. da. **Cuidados de enfermagem a gestantes de alto risco**: revisão integrativa. UFF, Niterói, 2016.

DALPIAZ, A.K. **Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas**. UFMA-Maranhão,2011.

DATASUS. **Sistema de acompanhamento da gestante**, 2008. Disponível < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0603051>> . Acesso: 20 de agosto de 2018.

DIAS, R.A. **A importância do pré-natal na atenção básica**. UFMG, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M; VIELLAS, E. F; DIAS, M. A. B; TORRES, J. A; FILHA, M. M. T; GAMA, S. G. N; LEAL, M. do C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, 37(3), 2015.

FELICIANO, N. B., PRADEBON, V. M., LIMA, S. S. Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco na Estratégia Saúde da Família. **Aquichán.**, V. 13 N. 2 - Chía, Colombia. p.261-269. Ago, 2013.

FONTELLES, M.J. *et al.* **Metodologia Da Pesquisa Científica**: Diretrizes Para Elaboração De Um Protocolo De Pesquisa. 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. acesso em: 10.11.2018

GOMES, A.G. *et al.* Expectativas e sentimentos de gestantes solteiras em relação aos seus bebês. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.399-411, 2015.

GRANGEIRO, G.R.; DIOGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p.105-111, mar, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**.5. ed. São Paulo:Atlas,2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.192-207, ago. 2014.

LEVORATO, C.D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência Saúde Coletiva**. 2014.

MAGALHÃES, Y.M. *et al.* **Perfil das gestantes em acompanhamento pré-natal em uma estratégia saúde da família em Campina Grande-PB**. Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências de Saúde. Disponível em http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA1_ID780_13052017161726.pdf. Acesso: 18 de set. 2018.

MARTINS, Q. P. M. *et al.* Conhecimento de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **Rev.Sanare**, Sobral, v. 14, n. 2, p.65-71, jul. 2015.

MATERNAL AND CHILD SURVIVAL PROGRAM. **Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva**: Resumo destaques e mensagens principais da Recomendação Global para atendimento Pré-natal de rotina de 2016 da Organização Mundial da Saúde. Disponível: < <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBriefA4PG.pdf>>. Acesso: 4 de nov de 2018.

NICÉSIO, M.G. *et al.* Perfil de gestantes atendidas na atenção primária em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Rev. de iniciação científica da LIBERTAS**. São Sebastião do Paraíso, v. 8, n.1, ago. 2018.

NUNES, J.T. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.252-261, jun. 2016.

OLIVEIRA; R.G. **Blackbook enfermagem**. 1º ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.816p.

OLIVEIRA, M.A.M. *et al.* Gestantes Tardias de Baixa Renda: Dados Sociodemográficos, Gestacionais e Bem-Estar Subjetivo. **Psicologia - Teoria e Prática**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.69-82, 29 dez. 2014.

PACHECO, A.J. **Vacinação das gestantes no pré-natal- revisão integrativa de literatura**. Campos Gerais/ Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de especialização em atenção básica na saúde da família. Minas Gerais, 2011.

PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1º ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 720 p.

PASSARINHO, N.; FRANCO, L. **Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz**. 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

PEIXOTO, C.R. *et al.* Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Rev. Min. Enferm.**; 16(2): 171-177,abr./jun.,2012.

PESQUISA NACIONAL EM SAÚDE. **PNS 2013**: em dois anos, mais da metade dos nascimentos ocorreram por cesariana. 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/9653-pns-2013-em-dois-anos-mais-da-metade-dos-nascimentos-ocorreram-por-cesariana>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

POLGLIANI, R.B.S. *et al.* Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 36, n. 6, p.269-275, jun. 2014.

RAMALHO, T.S. **Intervenção do enfermeiro frente ao pré-natal tardio na estratégia de saúde da família Santo Antônio do Mucuri - Malacachetas/MG**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Teófilo Otoni, 2014. 34f.

RASMUSSEN, V. S. *et al.* Conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais em gestantes adolescentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [s.i], v. 40, n. 4, p.52-57, 2011.

ROCHA, R.; SILVA, D.K.F.; BONFIM,C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. Enferm. UERJ**. 2011 Jan-Mar; 19(1):114-20

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

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em municípios de grande porte. **Rev. de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 6, p.977-984, dez. 2014.

SAMPAIO, A.F. *et al.* High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.559-566, set. 2018.

SANTOS, K. T. dos *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Nov. 2018.

SANTOS, T. M. M. G. dos; ABREU, A. P. S. B.; CAMPOS, T. G. AVALIAÇÃO DOS REGISTROS NO CARTÃO DE PRÉ-NATAL DA GESTANTE. **Rev. de Enferm. UFPE**, v. 7, n. 11, p.2939-2945, jul. 2017.

SCHNNYDER, J.K.H. **A importância da consulta de enfermagem no pré-natal da gestante de baixo risco**. UFSC.Florianópolis.2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ. **Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Pará**,2012.Disponível: <<http://www.sopape.com.br/data/conteudo/arquivo/z65planodeaçoaredecegonha.pdf>> Acesso: 20 de agosto de 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: **manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Rev. Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. 103, p.805-816, 2014.

SILVA, E.P, OLIVEIRA, M.L, SILVA, R.G.M de L., CORDEIRO, E.L, CASSILHAS, A.P.P, MONTEIRO, S. Fatores relacionados ao abandono das consultas de pré-natal em puérperas de uma maternidade do município de Olinda-Pe. **Rev. de trabalhos acadêmicos**. 2013.Disponível:<<http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=view&path%5B%5D=864&path%5B%5D=656>>. Acesso em: 04 Nov. 2018.

SOUZA, N.A. *et al.* Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciência Saúde**, São Luís, v.15, n.1, p. 28-38, jan-jun, 2013.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 3, p.1-11, 2017.

VIDAL, S. A.; SAMICO, I. C.; FRIAS, P. G.; HARTZ, Z. M. A. Estudo exploratório de custos e conseqüências do prénatal no Programa Saúde da Família. **Rev. de Saúde Pública**, vol. 45, n. 3, p. 467-74, 2011.

VIEIRA, T.S. Planejamento familiar para adolescentes: Potencialidades e limitações. Ciência e desenvolvimento. **Rev. Eletr. da Fainor**. Vitória da conquista: Bahia.v6,n.1.jan.-jun.2013.

APÊNDICE

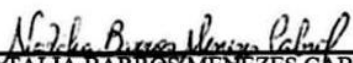
APÊNDICE A: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO
ESTADO DO PARÁ (CESUPA)****AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, NATALIA BARROS MENEZES CABRAL, responsável técnica da UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA RIACO DOCE, venho por meio desta informar a V.Sa que autorizo as discentes Aldebaram Mariana Abreu da Silva e Carlene Leandro Tavares, alunas de bacharelado em enfermagem a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada **“PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PA”**, sob orientação da Prof.^a doutoranda Paula Sousa da Silva Rocha, dando-lhes consentimento para realizar o trabalho nesta unidade bem como identificar o nome da instituição na pesquisa durante o período, dias e horários preestabelecidos pelo cronograma da referida pesquisa e estando também ciente e concordando com os acessos aos prontuários e a publicação dos resultados encontrados.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Belém, 07 de dezembro 2018.


NATALIA BARROS MENEZES CABRAL
Enfermeira – Responsável Técnica

APÊNDICE B: TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
 ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

TÍTULO: " PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PA"

As pesquisadoras abaixo se comprometem em garantir e preservar as informações dos formulários que serão preenchidos no setor da Estratégia Saúde da Família Riacho Doce, garantindo a confidencialidade dos usuários. Concordam que as informações coletadas serão utilizadas no projeto acima descrito e apresentados em eventos científicos e artigos. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Orientadora: Prof. ^a doutoranda Paula Sousa da Silva Rocha TELEFONE: (91) 988805313	Assinatura <i>Paula Sousa da S. Rocha</i>
1. Aldebaram Mariana Abreu da Silva TELEFONE: (91) 988596510	<i>Aldebaram Mariana A. Silva</i>
2. Carlene Leandro Tavares TELEFONE: (91)982812256	<i>Carlene Leandro Tavares</i>

Belém, 21 de dezembro de 2018.

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ – CESUPA
ARÉA DAS CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TÍTULO: “PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”

QUESTIONÁRIO**1. Identificação da Gestante:**

1.1 código da gestante:

1.2 Idade:

1.3 Idade gestacional:

1.4 Estado civil:

casada solteira outro.

1.5 Escolaridade:

Analfabeta Ensino médio completo

Ensino fundamental incompleto Ensino superior incompleto

Ensino fundamental completo Ensino superior completo.

Ensino médio incompleto

1.7 Renda Familiar:

sem renda 2 a 4 salários

até 1 salário > 5 salários.

2. Histórico de Saúde da gestante:

2.1 Menarca:

2.2 Número de gestações: _____

2.3 Número de partos: _____

2.4 Já teve aborto? () não () sim, quantos? _____

2.5 Usava algum método contraceptivo (camisinha, contracepção hormonal oral e injetáveis)? () não () sim, e qual? _____

2.6 antecedentes familiar: () não () sim, qual? ()HAS ()Diabetes ()outro

2.7 realizado vacinação do período gestacional () não () sim.

APÊNDICE D: TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ – CESUPA
ARÉA DAS CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu, Paula Sousa da Silva Rocha, docente do Curso Bacharelado em Enfermagem, vinculada à Instituição de Ensino Superior Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, aceito orientar o trabalho intitulado “ Perfil epidemiológico das gestantes que iniciaram o pré-natal em uma estratégia saúde da família”, de autoria das acadêmicas de enfermagem: Aldebaram Mariana Abreu da Silva e Carlene Leandro Tavares, regularmente matriculada no Curso de Bacharelado de Enfermagem.

Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo Comitê de Ética em Pesquisas – CEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, 30 de Agosto de 2018.

Paula Sousa da Silva Rocha

Paula Sousa da Silva Rocha

APÊNDICE E: ARTIGO PARA SUBMISSÃO**PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PA.****PROFILE OF WOMEN CARRIED OUT IN A FAMILY HEALTH STRATEGY IN BELÉM-PA.**

Aldebaram Mariana Abreu da Silva*
Carlene Leandro Tavares*
Paula Sousa da Silva Rocha**

RESUMO:

A assistência do pré-natal constitui a assistência médica e de enfermagem prestada à mulher durante toda a gestação, compreendendo um conjunto de cuidados e condutas que propõem-se em colaborar para soluções tanto maternas quanto perinatais mais favoráveis ao proporcionar a identificação precoce das complicações próprias da gestação. Essa pesquisa tem como objetivo traçar o perfil das gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa exploratória, retrospectiva de análise documental com abordagem quantitativa, onde foram avaliados os prontuários de setenta e quatro gestantes matriculadas em uma ESF em Belém-Pará. Foi possível analisar o perfil geral das gestantes. Conclui-se com base no conhecimento do perfil dessas gestantes, os profissionais de saúde devem repensar em ações direcionadas para essa público-alvo, em especial na realização de atividades educativas que auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável.

Descritores (DsCS): Gestante; Pré-natal; Perfil epidemiológico.

ABSTRATC:

Prenatal care is medical and nursing care provided to women throughout pregnancy, with the help of a set of care and practices that propose collaboration for the earliest mothers and mothers. of gestation. This research aims to trace the profile of pregnant women attended by a health team. This is an exploratory, retrospective study of documentary analysis with the quantitative ones, where the collection charts and four matrix pregnant women were evaluated at a FHS in Belém-Pará. It was possible to analyze the general profile of pregnant women. It is concluded based on the knowledge about the meaning of such initiatives, in which the health professionals should be responsible for actions directed to the target public, especially in the accomplishment of educational activities that help the development of a healthy gestation.

Descriptors (DsCS): Pregnant; Prenatal; Epidemiological profile.

INTRODUÇÃO

Uma das fases mais importante na vida de qualquer mulher é a gestação que corresponde ao período que antecede ao parto, ou seja, o desenvolvimento do embrião. O período gestacional é um momento que se caracteriza por apresentar mudanças físicas sendo acompanhadas de alterações fisiológicas e emocionais. Visando isso, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da portaria/ GM Nº 569 de 2000, que a gestante tem o dever e o direito de ter assistência pré-natal (PN) digna e qualificada durante todo o período do parto, nascimento e puerpério¹.

Destaca-se como fator primordial tanto para proteção quanto para prevenção a eventos adversos no período gestacional, a atenção do pré-natal, por possibilitar a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações do binômio mãe-feto. A não realização ou realização inadequada dessa assistência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil².

Para atender os princípios de integralidade e melhorar a assistência pré-natal em nosso país o Ministério da Saúde implantou no ano de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que determina que os municípios brasileiros deverão vencer esse desafio e atender as recomendações mínimas para ofertar uma assistência de qualidade, através de ações como: estabelecer a cobertura universal, favorecer e promover precocemente o início cuidado pré-natal, implementar ações preventivas e curativas por meio de uma rede de saúde integrada, realizar no mínimo seis consultas e garantir a periodicidade destas, realização de procedimentos clínico-laboratoriais e a promoção de atividades educativa³.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada no Brasil, em 2006, como um sistema assistencial com finalidade de reestruturar a atenção primária à saúde. Para que a ESF atue em consonância com os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessária à atuação de uma equipe multiprofissional. Cada equipe da ESF será responsável pelo acolhimento e acompanhamento da gestante de sua microárea e a captação deverá ocorrer até o quarto mês de gestação, pelo Agente

Comunitário de Saúde (ACS) ou através da procura direta da mulher com suspeita de gravidez, acessando diretamente a equipe de saúde⁴.

A importância de se conhecer a população atendida pela ESF, como as gestantes, permite o planejamento das ações, a definição das prioridades e das intervenções, direcionando-as da maneira que mais se adequa ao perfil identificado⁵. Desta forma, o objeto de estudo da presente pesquisa trata-se da identificação do perfil das gestantes atendidas por uma equipe da uma Estratégia Saúde da Família na cidade de Belém, Pará.

Este estudo surgiu através do contato com as gestantes nas consultas de pré-natais, onde foi possível observar a realidade da assistência pré-natal no município, onde detectamos alguns pontos frágeis como as dificuldades na realização da prática da assistência do pré-natal conforme as orientações do PHPN e também notamos que algumas mulheres não têm o conhecimento da importância da realização do acompanhamento pré-natal.

O objetivo deste estudo é traçar o perfil das gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará.

MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de uma pesquisa exploratória, retrospectiva de análise documental com abordagem quantitativa, que terá a finalidade de identificar o perfil das gestantes, realizado em uma estratégia saúde da família na cidade de Belém-Pará, que atende 2.170 habitantes e possui 80 gestantes matriculadas no programa de pré-natal, o estudo foi realizado no ano de 2018. Os sujeitos da pesquisa foram compostos por 74 gestantes, cadastradas na ESF prontuários de gestantes, que iniciaram o pré-natal no ano de 2018, cadastradas na ESF do Richo Doce e atendidas pelas equipes 1 e 2. Foram excluídas do estudo gestantes portadora de doenças mentais e, que esteja caracterizada como gestação de alto risco.

Os dados qualitativos provenientes dos prontuários foram submetidos à análise do teste do Qui-quadrado de aderência⁶. Foi previamente fixado o nível alfa =0.5 (Erro alfa 5%) para rejeitar a hipótese de nulidade. O projeto bioestatístico foi realizado no software dEasygner e o programa BioEstat versão 5.3 foi usado para aplicação dos testes de hipótese.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética do Centro Universitário do Estado do Pará, conforme os preceitos ético-legais, a pesquisa atendeu as normas da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, onde obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Pará. Sob parecer nº:3.189.267 CAAE: 08052318.6.0000.5169. Para manter o anonimato das informações coletadas, foram mantido em anonimato as identidades das participantes por meio de utilização de códigos como: A1, A2, A3, A4,... seguindo a ordem da coleta de dados dos prontuários.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os objetivos da pesquisa e, os resultados encontrados com base nos prontuários das gestantes, foram possíveis emergir a categoria: Perfil geral das gestantes. Participaram da pesquisa 74 gestantes cadastradas na ESF localizada na cidade de Belém-Pa.

Tabela 1 – Perfil geral das gestantes atendidas por uma equipe da estratégia de saúde da família, no bairro do Guamá na cidade de Belém-Pa, ano 2018.

Característica	N	%	p-valor
Estado civil			0.0058*
Casada	17	23.0	
Solteira	36	48.6	
Estável	17	23.0	
SIC	4	5.4	
Renda familiar			<0.0001*
Sem renda	4	5.4	
Até 1 salário	38	51.4	
2 a 4 salários	17	23.0	
>5 salários	0	0.0	
SIC	15	20.3	
Idade da menarca			0.0330*
9	2	2.7	
10	1	1.4	
11	7	9.5	
12	8	10.8	
SIC	56	75.7	
Número de partos			0.7133
Nenhum parto	28	37.8	
Um parto	23	31.1	
Dois partos	23	31.1	
Antecedentes familiares			0.2332
HAS	17	23.0	
DM	9	12.2	
HAS + DM	17	23.0	

Gemelaridade	19	25.7	
Outros	12	16.2	
Trimestre gestacional			<0.0001*
1º trimestre	41	55.4	
2º trimestre	29	39.2	
3º trimestre	4	5.4	

*Qui-quadrado de tendência

Fonte: Elaborado pelos autores.

A tabela 1 expõe as características gerais das gestantes com ênfase no estado civil, renda familiar, idade da menarca, número de partos, antecedentes familiares e trimestre gestacional. As características predominantes se diz respeito ao estado civil, renda familiar e trimestre gestacional dessas mulheres, evidenciou-se respectivamente, que mais da metade são solteiras (48.6%), a renda familiar dessas mulheres de até 1 salário (51.4%), e iniciaram o pré-natal no 1º trimestre gestacional (55.4%). Em relação ao número de parto (37.8%) não apresentavam nenhum parto, e um parto quanto dois partos apresentaram os mesmos resultados (31.1%). No que se refere o resultado da idade da menarca, observou-se de forma expressiva que a maioria dos protuários estavam sem informações coletas (75,7%).

No que se refere ao estado civil nota-se o maior percentual foi de gestantes solteira (48,6%) é um aspecto importante a ser considerado, pois além da desvantagem psicológica, a ausência do pai, em geral, traz menor estabilidade econômica para a família, mulheres solteiras apresentaram risco três vezes maior para não realização do pré-natal quando comparadas as que apresentam uma relação estável, sendo esta matrimonial ou de união estável. A falta de contato com o pai do bebê, juntamente com baixa escolaridade materna, contribuíram tanto para a não procura por atendimento quanto para realização de menor número de consultas na gestação⁷.

Em relação à renda familiar, pode-se afirmar que as mulheres possuem baixo poder econômico, visto que a maioria relatou (51,4%) ter renda de até 1 salário mínimo e algumas relataram que não possuíam nenhum tipo de renda (5,4%). Analisar este dado é importante, visto que representa um indicador de saúde, já que menores condições econômicas remetem a uma maior restrição de acesso aos serviços de saúde e é considerado um fator de risco para complicações

durante o período gestacional. Assim, a renda é um fator que poderá influenciar no planejamento da gestação, bem como na realização do pré-natal⁸.

No que se refere às mulheres do grupo em relação a idade da menarca, obteve-se o resultado de que (75,7%) não apresentavam informações no prontuário. Porém, dos resultados coletados a idade da menarca aos 11 anos apresentavam (9,5%) e aos 12 anos (10,8%). Essa falta de informação de dado da idade da menarca nos prontuários analisados se torna prejudicial para estudos a partir do momento que idade da menarca estar intimamente relacionada com o início sexual precoce, atualmente, os adolescentes estão começando precocemente a vida sexualmente ativa que tem como consequência o aumento, de maneira significativa, os riscos de adquirirem uma infecção sexualmente transmissível (IST) e/ou uma gravidez não planejada⁹.

Em relação aos antecedentes familiares das gestantes analisadas os resultados que mais rotineiros foram: gemelaridade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) combinada com Diabetes Mellitus (DM) e apenas HAS, evidenciou-se que respectivamente, (25,7%) possuíam casos de gemelaridade na família, seguido da HAS combinada DM (23%), e (23%) apenas HAS. É fundamental que os antecedentes familiares sejam observados e devidamente registrados, visto que essas informações sinalizam um possível fator de risco por ser uma predisposição para o desenvolvimento de algumas doenças prejudiciais no período gravídico, tais como o diabetes gestacional e a Síndrome Hipertensivas Específicas da Gravidez (SHEG), aumentando as chances de uma gravidez de alto risco¹⁰.

No que se refere ao início do pré-natal, os dados revelam que (55,4%) das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, (39,2%) iniciaram no segundo trimestre e (5,4%) iniciaram no terceiro trimestre. Nota-se que (44,6%) das gestantes atendidas iniciaram tardiamente a assistência do pré-natal, o que se torna extremamente nocivo à saúde do binômio mãe-feto, pois a atenção do pré-natal destaca-se como fator essencial para promover saúde materna e fetal, rastrear possíveis eventos adversos e manuseio clínico das intercorrências o mais precocemente possível. Assim, tem como consequência a diminuição da morbimortalidade materna infantil¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que é importante adotar medidas educacionais sobre a importância do pré-natal, para que melhorias na saúde das gestantes possam ser alcançadas em longo prazo. A fim de diminuir as taxas de morbimortalidade materna infantil. Logo, o profissional da saúde precisa aproximar-se das gestantes e da comunidade como um todo de maneira acolhedora e humanizada, desenvolvendo atividades centradas na atenção primária e estratégias de educação em saúde, com foco na promoção e prevenção da saúde. Conseqüentemente, por meio deste estudo, almeja-se contribuir para que os profissionais da saúde reflitam sobre a importância do perfil da gestante na esfera referente à saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Urgência e emergência materna: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: ministério da saúde, 2011.
2. LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.192-207, ago. 2014.
3. CORRÊA, MD. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, p. 24-32, julho, 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cad. de Atenção Básica nº 32**. Brasília. 2013a
5. MAGALHÃES, YM. *et al.* **Perfil das gestantes em acompanhamento pré-natal em uma estratégia saúde da família em Campina Grande-PB**. Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências de Saúde. Disponível em http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA1_ID780_13052017161726.pdf. Acesso: 18 de set. 2018.
6. AYRES, M. *et al.* BioEstat 5.3:Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas. **Publicações Avulsas do Mamirauá**, 5. ed. Belém – PA. 2007.
7. ROSA, CQ. *et al.* Fatores associados à não realização de pré-natal em municípios de grande porte. **Rev. de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 6, p.977-984, dez. 2014.
8. OLIVEIRA, MAM. *et al.* Gestantes Tardias de Baixa Renda: Dados Sociodemográficos, Gestacionais e Bem-Estar Subjetivo. **Psicologia - Teoria e Prática**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.69-82, 29 dez. 2014.

9. SOUZA, NA. *et al.* Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciência Saúde**, São Luís, v.15, n.1, p. 28-38, jan-jun, 2013.
10. SANTOS, TMMG *et al.* Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Rev. de Enferm.** UFPE, v. 7, n. 11, p.2939-2945, jul. 2017.
11. NUNES, JT. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.252-261, jun. 2016.

ANEXO

ANEXO A: PARECER DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PA.

Pesquisador: Paula Sousa da Silva Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08052318.6.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.189.267

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, retrospectiva de análise documental com abordagem quantitativa, que terá a finalidade de identificar o perfil das gestantes que são atendidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, na cidade de Belém do Pará. Será realizado através da análise de prontuário das gestantes atendidas na unidade. Serão incluídas 80 gestantes (prontuários), matriculadas na ESF e que iniciaram as consultas e que estiveram em acompanhamento pré-natal no ano de 2018 e atendidas pela equipe 1. Serão excluídos os prontuários de gestantes que estejam com informações incompletas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil das gestantes atendidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil socioeconômico das gestantes e identificar o histórico de saúde das gestantes.

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-9544

E-mail: cep@cesupa.br

Continuação do Parecer: 3.189.267

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios estão adequados.

Riscos:

Os riscos que permeiam esta pesquisa são: as participantes da pesquisa terem suas informações reveladas e para minimizar este risco de quebra de sigilo, serão mantidas em anonimato as identidades das participantes por meio de utilização de códigos como: A1, A2, A3, A4... seguindo a ordem da coleta de dados dos prontuários.

Outros riscos dessa pesquisa para instituição podem ser de molhar, rasgar, danificar os prontuários, e para evitar as participantes se comprometem em usar luvas, máscaras, jaleco, e qualquer outro EPI necessário para evitar danos aos materiais

Benefícios:

Esta pesquisa trará o enriquecimento do meio científico por meio da grande magnitude, uma vez que este poderá ser publicada no intuito de chegar a toda sociedade, por meio de publicação sob a forma de artigo e apresentação na instituição de ensino superior e em eventos científicos, permitindo a identificação do perfil dessas gestantes, trazendo mais debates a saúde pública que visando a orientação e melhoria da qualidade assistencial. A intenção de tal pesquisa possibilitará o aprofundamento sobre o tema já que irá servir como alerta, pois conhecendo as causas, podemos minimizar os problemas apontando soluções, melhorar o planejamento das ações, assim como uma melhor intervenção dentro das competências dos profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um tema interessante e relevante e a metodologia proposta é adequada para os objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram corretamente anexados a folha de rosto, aceite institucional e TCUD

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-9544

E-mail: cep@cesupa.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA**



Continuação do Parecer: 3.189.267

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1280152.pdf	27/02/2019 19:34:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	27/02/2019 19:31:16	Paula Sousa da Silva Rocha	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_esf.pdf	27/12/2018 10:45:54	Paula Sousa da Silva Rocha	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_AO_CEP.pdf	27/12/2018 10:32:03	Paula Sousa da Silva Rocha	Aceito
Outros	TCUD.pdf	27/12/2018 10:31:30	Paula Sousa da Silva Rocha	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	27/12/2018 10:29:31	Paula Sousa da Silva Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 11 de Março de 2019

Assinado por:
PATRICK ABDALA FONSECA GOMES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-9544

E-mail: cep@cesupa.br