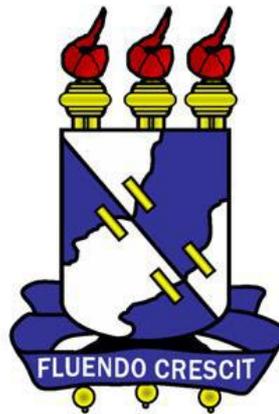


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



BRUNA TEIXEIRA DOS SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA GESTANTE DE
ALTO RISCO E SUA RELAÇÃO COM O PRENATALISTA**

Aracaju
2014

BRUNA TEIXEIRA DOS SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA GESTANTE DE
ALTO RISCO E SUA RELAÇÃO COM O PRENATALISTA**

Monografia apresentada ao
Colegiado de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe
como exigência parcial para a
graduação no curso de
Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Júlia Maria Gonçalves Dias

Aracaju
2014

Bruna Teixeira dos Santos

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA GESTANTE DE
ALTO RISCO E SUA RELAÇÃO COM O PRENATALISTA**

Monografia apresentada ao
Colegiado de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe
como exigência parcial para a
graduação no curso de
Medicina.

Data ____/____/____

Bruna Teixeira dos Santos

**Aracaju
2014**

Bruna Teixeira dos Santos

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA GESTANTE DE
ALTO RISCO E SUA RELAÇÃO COM O PRENATALISTA**

Monografia apresentada ao
Colegiado de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe
como exigência parcial para a
graduação no curso de
Medicina.

Aprovada em ____/____/____

Orientadora: Prof. Dra. Júlia Maria Gonçalves Dias

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

**Aracaju
2014**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família querida, meu pai João e minha mãe Célia que sempre estiveram ao meu lado me apoiando em cada passo e etapa durante minha trajetória de vida. A meus irmãos Cíntia, Fernanda, Ricardo, Mariana, Guilherme e Gabriel que compartilham momentos inesquecíveis comigo.

Agradeço em especial a minha cunhada e amiga-irmã Leisi por ter auxiliado diretamente, mesmo com todas as adversidades de seu dia a dia, com presteza e dedicação.

Agradeço aos momentos de descontração vivenciados com os meus colegas Emanuelle, Camila, Fabiana e Antônio Carlos. Foram imprescindíveis para amenizar esse momento de estresse.

A Bruna Karolline que me ajudou sempre prestativa, disposta e com um sorriso no rosto, com a obtenção dos dados para análise e nas traduções.

Agradeço a minha querida orientadora, Dr^a Julia, pela paciência, compreensão, por sempre me receber com tanta simpatia, estando sempre pronta a realmente me orientar.

A todos os meus professores do curso de Medicina, em especial aos preceptores do internato.

E principalmente às mulheres, que se dispuseram de livre vontade em ser entrevistadas e a ajudar a esta pesquisa.

*“Tenha coragem de seguir o seu próprio coração e a sua intuição.
Eles de alguma maneira já sabem o que realmente você quer se tornar.
Todo o resto é secundário.”*
Steve Jobs

RESUMO

Caracterização epidemiológica da gestante de alto risco e sua relação com o prenatalista.

Objetivo: Caracterizar o perfil socioeconômico das gestantes de alto risco atendidas em serviço de pré-natal na cidade de Aracaju, Sergipe, e compará-lo com o do grupo controle. Método: Estudo transversal e prospectivo. As amostras do alto risco foram colhidas no Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher e as do grupo controle foram colhidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) Manoel de Souza Pereira, USF Augusto Franco e USF Celso Daniel no período de janeiro a março de 2014 na cidade de Aracaju/SE. Amostra da pesquisa teve um total de 200 pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise estatística foi realizada inicialmente utilizando-se frequências absolutas (n) e relativas (%) para a descrição do perfil da amostra, e para as variáveis quantitativas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão). Para avaliar a associação entre as variáveis de interesse e excluir as variáveis consideradas confundidoras foi realizado um teste de regressão linear. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa cujo protocolo foi CAAE nº 26764814.6.0000.5546. Resultados: O risco gestacional foi observado com mais prevalência nas gestantes que possuíam doença crônica anterior à gestação (74%), nas pacientes que o pré-natalista não tirou dúvidas sobre o risco gravídico (57,44%) e nas pacientes com condições de moradia ruim (81%). Conclusão: Risco durante a gravidez ocorre com maior frequência em pacientes com história de doença crônica anterior a gestação, gestantes que não foram esclarecidas sobre seus riscos gravídicos e em gestantes que possuíam condições de moradia ruins.

Palavras-Chave: Cuidado pré-natal; gravidez de alto risco; fatores socioeconômicos; pessoal de saúde.

ABSTRACT

Socioeconomic characterization and importance of the relationship between obstetrician and high risk pregnant women

Purpose: To characterize the socioeconomic profile of high-risk pregnant women seen at prenatal service of Aracaju city, Sergipe, and compare it with the control group. **Methods:** Cross-sectional prospective study using high risk samples collected in Center for Integrated Health Care for Women and the control group were collected in the Family Health Units (FHU) Manoel de Souza Pereira, FHU Augusto Franco and FHU Celso Daniel in the period from January to March 2014 in the city of Aracaju / SE. Survey sample had a total of 200 patients who signed the Free Informed Consent Term (FICT). Statistical analysis was performed initially using absolute (n) and relative frequencies (%) for the description of the profile of the sample; and for quantitative variables, measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation) were used. To evaluate the association between the variables of interest and exclude confounder variables a test of linear regression was performed. The study was approved by the Ethics Committee in Research whose protocol was CAAE No 26764814.6.0000.5546. **Results:** The gestational risk was observed with more prevalence in pregnant women who had chronic disease before pregnancy (74%), in patients whose obstetrician did not take doubts about pregnancy risk (57.44%) and in patients with bad housing conditions (81%). **Conclusion:** Risk during pregnancy occurs more frequently in patients with chronic disease prior to pregnancy, pregnant women who were not made aware of their pregnancy risks and in pregnant women who had bad housing conditions.

Key-words: Prenatal Care, high risk pregnancy, socioeconomic factors, health personnel

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis socioeconômicas.....	54
Tabela 2. Variáveis obstétricas.....	55
Tabela 3. Tabela de associação.....	57

SUMÁRIO

I. Introdução.....	10
II. Revisão de literatura	12
III. Referências Bibliográficas	25
IV. Normas para a publicação.....	31
V. Artigo.....	38
VI. Anexos.....	50

I. INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico e, na maioria dos casos, ocorre sem intercorrências. Entretanto, há uma pequena parcela de gestantes, que, por serem portadoras de alguma doença ou estarem inseridas em um contexto social precário, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe. Esta parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (GOMES, 2001).

Entende-se por gestação de alto risco aquela em que existem maiores possibilidades de ocorrer complicações que ponham em risco a saúde ou a vida da mãe e/ou do feto com relação à média geral de todas as gestações (BRASIL, 2010).

Conhecer, sob o enfoque dessas gestantes, o acontecimento da concepção, a programação e o desejo de ter um filho, mesmo tendo conhecimento de que eram portadoras de um agravo anterior a gestação, poderia contribuir com os profissionais da saúde para a melhoria do cuidado e da assistência às gestantes (DOURADO; PELLOSO, 2007).

As normas de assistência devem permitir a identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresenta, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência os mesmos serão realizados. Assim, o controle pré-natal de uma gestante de risco poderá ser diferente daquela que não apresente risco (BRASIL, 2001).

O pré-natal tem a função de identificar riscos aos quais a gestante está submetida e promover a maternidade segura. O conceito de risco está associado a probabilidades. Assim, a realidade epidemiológica da região deverá ser levada em consideração. A ausência de controle pré-natal, por si só, pode incrementar o risco para a gestante ou para o recém-nascido (BRASIL, 2000).

A morbimortalidade materna e perinatal continuam muito elevadas no Brasil. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis (BRASIL, 2001).

Existem vários fatores geradores de risco gestacional. Alguns destes podem estar presentes mesmo antes da ocorrência da gestação. Assim, é importante que as mulheres em idade fértil tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar. É importante lembrar que uma gestação que está ocorrendo sem problemas pode se tornar de risco a qualquer momento. Por isto, há a necessidade de reclassificar a gestante em toda consulta pré-natal e durante o trabalho de parto (BRASIL, 2010).

Fatores de risco observados antes da gestação: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, condições clínicas preexistentes. Fatores de risco que surgiram durante a gestação atual: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doença obstétrica na atual gestação e intercorrências clínicas (BRASIL, 2000).

Todos os profissionais de saúde que lidam com gestante devem ficar atentos à existência destes fatores de risco e devem ser capazes de avaliá-los clinicamente e prestar um primeiro atendimento e encaminhar ao serviço de alto risco quando houver necessidade. O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma doença na tentativa de minimizar os danos causados à gestante e ao feto (BRASIL, 2001).

Fatores sociais podem interferir no curso da gestação. Para isto, a gestante deve ser acompanhada e avaliada se a gestação foi desejada, se o parceiro aceita a gestação, se a moradia é adequada, se a gestante está em contato com produtos teratogênicos e condições de trabalho e renda da família da gestante (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o presente estudo buscou caracterizar o perfil socioeconômico das gestantes de alto risco atendidas em serviço de pré-natal na cidade de Aracaju, Sergipe, e compará-lo com o do grupo controle. Além disso, o atual trabalho visa determinar a frequência de achados socioeconômicos em gestantes de alto risco e grupo controle, determinar a frequência de dados relacionados à gestação e atendimento pré-natal em gestantes de alto risco e grupo controle e associar as variáveis de alto risco com o grupo controle.

II. REVISÃO DA LITERATURA

Um breve histórico sobre o pré-natal no Brasil:

A história nos mostra que, até pouco tempo, a saúde da gestante e do feto era deixada em segundo plano. Por isto, o pré-natal é um acontecimento recente na história da saúde. Até as primeiras décadas do século XX, as gestantes não eram encaminhadas a hospitais ou maternidades para terem seus filhos e havia pouco interesse no estudo do que se passava com o bebê enquanto ele estava dentro do útero. Foi após a segunda guerra mundial que a saúde da mãe e do feto passou a ser mais valorizada (CARDOSO et al., 2007).

O pré-natal tal como conhecemos atualmente surgiu nos anos 70 graças ao encontro fortuito de quatro inovações técnicas: a amniocentese, a visualização dos cromossomos humanos, as pesquisas dos marcadores séricos durante a gestação e a ecografia obstétrica (LOWY, 2011).

Após duas décadas da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) a assistência à saúde da mulher continuava com muitas questões a serem resolvidas. Para a melhoria da saúde da gestante, a área técnica da saúde da mulher em conjunto com a secretaria de assistência à saúde e secretaria executiva elaborou um plano em três etapas que tinha como objetivo diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais. Na primeira, aumentou a remuneração do parto normal, instituiu um limite máximo para o pagamento de cesáreas por hospital. Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação do Sistema Educacional de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco com o objetivo de melhorar a sua assistência. A terceira etapa tratava especificamente da atenção pré-natal enfocando a qualidade da assistência, e o acesso, também considerado um indicador da qualidade da atenção (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito, em 1994, o conceito de saúde reprodutiva evoluiu, ganhando enfoque prioritário os indicadores relativos à morbidade, à mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina. Esse conceito abre novos horizontes sobre o processo saúde-doença, ampliando a cidadania das mulheres para além da maternidade (BRASIL, 2010).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com os objetivos de incentivar ações direcionadas à diminuição da morbi-mortalidade materna, melhora dos resultados perinatais, tendo como prioridade a humanização do atendimento. Em suas diretrizes, fica enfatizada a importância de avaliar a qualidade do cuidado prestado (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

O interesse, a preocupação e os cuidados com os acontecimentos que ocorrem durante a gestação refletem o respeito à cidadania da mulher e, conseqüentemente, o grau de desenvolvimento de uma sociedade. Contudo, o que observamos no Brasil é que o acesso ao pré-natal ainda difere de acordo com a região, escolaridade e residência da gestante (ARAÚJO et al., 2005).

Durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil abordaram exclusivamente o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo. Entretanto, na década de 80, com o crescimento alarmante da AIDS e as modificações no padrão de procriação, os tópicos como sexualidade e contracepção aumentaram sua relevância em relação à gravidez e ao parto (DOURADO e PELLOSO, 2007).

Observou-se um aumento do número de consultas de pré-natal nos anos de 1997-1998 quando foi incluído o acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser implementadas pelos municípios (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Historicamente a assistência pré-natal aumentou seu grau de importância na atenção à saúde da população. O pré-natal abrange um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das mulheres grávidas, do feto em formação e dos recém-nascidos além de proporcionar o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de alterações obstétricas que venham a acontecer ou de enfermidades previamente existentes. Por isto, é necessário que se inicie o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada para poder haver o fortalecimento da adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco (CARVALHO, ARAÚJO, 2007; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

O sucesso do pré-natal dependerá bastante da atuação do profissional pré-natalista, que deve ser competente para orientar adequadamente a gestante, reconhecendo a tempo os problemas ocorridos durante a gestação e conduzindo-os com propriedade. Humano, e ter empatia para entender e viver com a mulher as emoções da gravidez, orientando-a e esclarecendo as dúvidas para diminuir as tensões. E dedicado ao ponto de dispensar todo o tempo necessário para um atendimento adequado (CARDOSO et al., 2007).

Gravidez: conceito, diagnóstico e modificações no organismo da mulher

A gravidez é um fenômeno fisiológico que exige adaptação do organismo materno voltado para o desenvolvimento saudável do conceito devendo durar entre 40 e 42 semanas e, por isso mesmo, sua evolução se dá normalmente, sem intercorrência (FREITAS et al., 2001).

O diagnóstico da gravidez pode ser realizado na unidade básica de saúde e deve ser feito quando ocorrer achados clínicos (amenorreia, náuseas, congestão mamária, ausculta dos batimentos cardíacos do feto, palpação dos seguimentos do feto) ou quando houver os seguintes resultados de exames: HCG (dosagem de gonadotrofina coriônica humana) e de ultrassonografia (identificação do saco gestacional, vesícula vitelina, batimentos cardíacos do feto) (BRASIL, 2000).

Após o diagnóstico de gravidez, deve-se proceder o início do pré-natal, registrando o nome, a idade, o endereço da gestante, data da última menstruação, a idade gestacional, o trimestre da gestação no momento de início do pré-natal, avaliação nutricional da gestante. Neste momento, deve ser fornecido o cartão da gestante preenchido e solicitar o cartão de vacinas para averiguar se está completo ou não. Se não estiver completo, orientar quanto à necessidade de tomar as vacinas necessárias (BRASIL, 2000).

Na primeira consulta, também serão solicitados os exames de adesão ao pré-natal (hemograma completo, tipagem sanguínea e fator Rh, se necessário, solicitar teste de Coombs indireto, sorologia para sífilis, anticorpos anti HIV 1 e 2, sorologia para rubéola e toxoplasmose, sumário de urina, glicemia de jejum, teste de tolerância a glicose oral, citologia oncótica), prescrito ácido fólico (se a paciente estiver no início da gestação) e esclarecer quanto à importância de uma alimentação saudável. Os maiores objetivos das consultas devem ser definir o estado de saúde da mãe e do feto, determinar a idade gestacional e iniciar um plano de cuidado obstétrico continuado (FREITAS et al., 2001).

O corpo da mulher durante o período gestacional sofre uma série de modificações com o objetivo de adequá-lo às necessidades orgânicas próprias do complexo materno-fetal e do parto. Inicialmente estas alterações se devem às ações hormonais provenientes do corpo lúteo e da placenta e, a partir do segundo trimestre, também ao crescimento uterino (REIS, 1993).

O útero sofre alterações de hipertrofia e dilatação, necessitando de um aumento da vascularização devido a um maior aporte sanguíneo, enquanto que na placenta, ocorre pelo seu aumento progressivo, havendo um incremento do fluxo sanguíneo uteroplacentário com a evolução da gestação, o que demanda, também, um aumento do número de vasos sanguíneos (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002).

A pressão arterial sistêmica diminui durante a gestação pela grande redução na resistência periférica total, secundária, a vasodilatação sistêmica e a formação de uma circulação uteroplacentária de baixa resistência. Isto ocorre até o início do primeiro trimestre, quando sofre ligeira elevação, permanecendo, contudo, em níveis inferiores aos pré-gestacionais. No último trimestre, entretanto, este perfil se altera devido ao volume uterino aumentado obstruir parcialmente e gradualmente o retorno venoso através da veia cava inferior. Assim, o débito cardíaco diminui e a resistência vascular total aumenta e as pressões arteriais sistólica, diastólica e média também aumentam (REZENDE, 2011).

As mudanças adaptativas cardiocirculatórias têm o objetivo de maximizar o fluxo uteroplacentário e suprir as perdas decorrentes do parto. Há aumento progressivo no volume sanguíneo. O volume do plasma aumenta mais do que a massa de células vermelhas, o que causa uma anemia relativa, com redução de 12% no hematócrito. O aumento do volume sanguíneo acompanha-se de aumento do débito cardíaco de 30-50%, que ocorre em função do aumento da frequência cardíaca, do aumento no volume sistólico e da diminuição da resistência periférica (NOGUEIRA; REIS; REIS, 2001).

A função pulmonar na gestação é afetada por mudanças nas vias aéreas, na caixa torácica e na mecânica respiratória. Nas vias aéreas ocorrem hiperemia, edema de mucosa, hipersecreção e friabilidade. Estas alterações são predominantes no terceiro trimestre e causam sintomas secundários como epistaxe, obstrução nasal e mudanças na voz. O útero gravídico eleva o diafragma com diminuição progressiva da capacidade respiratória residual funcional. Também há o aumento significativo na ventilação, iniciando no primeiro trimestre e alcançando 20-40% no termo (NOGUEIRA; REIS; REIS, 2001).

A função respiratória sofre alterações fisiológicas importantes na gravidez, resultantes da ação hormonal, principalmente da alta porcentagem de progesterona no sangue e do aumento do volume uterino. As modificações funcionais visam dar atendimento às crescentes necessidades metabólicas do binômio materno-fetal (REIS, 1993).

Na gestante, ocorre uma redução progressiva da pressão no esfíncter inferior do esôfago, talvez devido ao aumento da progesterona sérica e aumento do volume uterino. A posição do estômago é deslocada, levando a uma diminuição da eficiência da cárdia. Associado a isto, há aumento progressivo da produção de suco gástrico propiciando a ocorrência do refluxo gastroesofágico que leva a um quadro de pirose e pode evoluir para esofagite (NOGUEIRA; REIS; REIS, 2001).

A função renal na gravidez é alterada em decorrência do aumento da filtração glomerular, o que altera os parâmetros de normalidade das provas de função renal. O sistema urinário sofre importantes alterações fisiológicas e anatômicas durante uma gestação normal. O rim aumenta de tamanho (cerca de um cm) e de peso. Ocorre dilatação dos cálices renais, da pelve e dos ureteres, o que pode ser observado já no primeiro trimestre e persiste por até três a quatro meses após o parto. A dilatação do sistema coletor pode levar à estase urinária e aumentar o risco de infecção do trato urinário. Estas modificações decorrem de alterações hormonais (progesterona) e mecânicas (compressão dos ureteres e das artérias ilíacas pelo crescimento uterino) (SASS et al., 2007).

Uma série de significativas alterações funcionais, que ocorre durante a gestação, determina alterações da função tireoideana. No início da gestação, níveis aumentados de estrógeno determinam aumento das concentrações séricas da proteína transportadora de T4 (TBG), tanto por estímulo de sua síntese quanto pela produção da isoforma desta proteína que é degradada mais lentamente no fígado. Como consequência, há aumento do hormônio estimulador da tireoide (TSH) que favorece o aumento das concentrações séricas de T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina) totais. No primeiro trimestre da gestação há estimulação direta da tireoide materna pelas concentrações elevadas de gonadotrofina coriônica (hCG). Este aumento temporário inibe o eixo hipotálamo-hipófise. Na maioria das gestações, esse efeito estimulatório da hCG sobre a tireoide é de curta duração e geralmente não detectável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2004).

Durante toda a gestação, ocorre modificação do metabolismo dos hormônios tireoideanos maternos por meio de sua desiodação pela placenta. A tireoide normal não demonstra qualquer dificuldade em responder a essas alterações funcionais. No entanto, isso não ocorre quando a capacidade funcional da glândula estiver comprometida por doença tireoidiana ou quando a gravidez ocorrer em mulheres saudáveis, mas que residam em áreas deficientes de iodo (MACIEL e MAGALHÃES, 2008).

A gestação é um evento biologicamente natural e, por isso mesmo, o transcorrer de sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrência. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrem algum agravo ou desenvolvem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Estas são chamadas de gestantes de alto risco. Na assistência pré-natal, a gestação de alto-risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto (BRASIL, 2010; REZENDE, 2011).

Pré-natal de alto risco:

Etimologicamente, a palavra risco é derivada do vocábulo “riscare”, significando ousar. Seria uma opção e não um destino. Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e do feto ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BERNSTEIN, 1997). Ricci (2008) complementa este conceito afirmando que a gestação de alto risco é aquela em que existe um distúrbio que ameaça a vida da mulher ou do feto. O distúrbio pode ser em decorrência exclusiva da gravidez ou pode ser uma alteração que já existia antes da mulher engravidar.

É reconhecido que a gravidez e o parto são influenciados por inúmeros fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis para a população (PRIMO; AMORIM; CASTRO, 2007).

O Ministério da Saúde classifica os fatores de risco em quatro grandes grupos: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual; e as intercorrências clínicas. A ausência de assistência pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido (BRASIL, 2010).

O risco gravídico deve ser encarado em seus dois aspectos, ou seja: o risco materno e o fetal. Por suas características a presença de fatores que elevam o risco materno sempre determina uma correspondente elevação do risco fetal e em contra partida o risco fetal pode crescer sem afetar o risco materno (MENEZES et al., 1998).

Há evidências de que os níveis de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica e pré-natal. Ainda que exista controvérsia, pesquisas sugerem que a assistência pré-natal pode contribuir para a redução da ocorrência de prematuridade e do baixo peso ao nascer (CARVALHO e ARAÚJO, 2007).

A avaliação de risco não é tarefa fácil. O conceito de risco está associado a probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido. Ainda persistem dúvidas de como discriminar os tipos de risco gestacional (BRASIL, 2000).

Para que haja uma melhor assistência às gestantes, há o interesse em estudar e traçar o perfil das mulheres assistidas, para reconhecer suas individualidades e identificar fatores de risco e intercorrências que poderiam ser evitados e tratados (SILVA e PELLOSO, 2009).

Risco pela idade:

Tradicionalmente têm-se a visão de que o risco de morbidade obstétrica é maior na adolescência (menores de 15 anos) se comparado à gestação na idade adulta. À medida que a gravidez na adolescência começou a ser estudada, ficou evidenciado que o risco aumentado nesta faixa etária se deve menos à idade do que ao nível socioeconômico. Os avanços da medicina tornaram as gestações mais seguras em qualquer época da vida reprodutiva, e aliados a progressos sociais, nutricionais e educacionais, permitiram que fatores comprovadamente de risco fossem reduzidos diminuindo a mortalidade materna. Mulheres muito jovens e muito “idasas” são, entretanto, consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações de gravidez, parto e perinatais. Entretanto, a idade por si só, não acarreta risco para a gestante e para o feto (DEMOZZI et al., 2012).

As gestações, tanto nas mulheres com idade de 40 anos, quanto nas adolescentes, apresentam aumento de risco de restrição de crescimento, sofrimento fetal e óbito intra-útero (BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSON, 2005).

Risco relacionado à cor da pele:

As desigualdades raciais tornam-se expressão de disparidades sociais, sendo fatores condicionantes da maior dificuldade de acesso aos serviços e cuidados de saúde. O efeito protetor em relação ao óbito neonatal para os filhos de mulheres brancas é fato documentado na literatura, ainda quando controlado pelas condições socioeconômicas (CARVALHO et al., 2007).

Estudo multicêntrico e retrospectivo realizado no Reino Unido confirmou que a raça negra é fator predisponente ao parto pré-termo e salientou que os recém nascidos dessas mães necessitam de um menor tempo de internação hospitalar e tem maior maturidade fetal quando comparados aos recém nascidos de brancas européias (PATEL et al., 2004).

Risco relacionado ao estado civil:

O suporte social recebido antes e durante a gestação, principalmente o oferecido pelo cônjuge, parece ser determinante para o bem-estar mental da gestante, visto que sua ausência tem sido associada à manifestação de sintomas depressivos na gravidez. Além disso, problemas no relacionamento conjugal também parecem estar associados à prevalência da

depressão durante a gestação. Mulheres solteiras ou divorciadas estão entre as que apresentam mais sintomas depressivos nesse período (PEREIRA e LOVISI, 2008).

Em relação ao parto, a experiência das gestantes solteiras parece ser mais sofrida do que para as gestantes casadas. Os relatos das solteiras são mais carregados de ansiedade, sofrimento, temores de morte e desamparo, comparados aos relatos das casadas. Além disso, a experiência do parto parece ser diferente entre as mães solteiras registrando-se maior incidência de complicações de parto e de somatizações, tais como arritmia, alteração do pulso e até hemorragia (LIMA e SAMPAIO, 2004).

A ausência de parceiro fixo é um fator de risco para a gestação, mesmo a gravidez sendo desejada (BRASIL, 2006). Conforme Magalhães et al. (2006), evidências demonstram que a gestação evolui melhor quando o companheiro compartilha da gravidez.

A situação conjugal instável é um fator de risco na gravidez e um agravante para as complicações obstétricas, como o parto pré-termo, o baixo peso da criança ao nascer e o aumento da mortalidade perinatal, pois a gestante não tem a oportunidade de assumir e dividir a responsabilidade pela vida do filho com seu parceiro (DOURADO e PELLOSO, 2007).

Risco relacionado ao nível de escolaridade da gestante:

A escolaridade reflete as condições socioeconômicas da mãe e de sua família e está associado ao maior risco de morte neonatal (MORAIS NETO e BARROS, 2000).

Osis (1993) informa que quanto maior o índice de escolaridade da mãe, maior é o controle do pré-natal, melhor é o seguimento das normas, mais precocemente a gestante inicia o pré-natal e maior é o número de consultas.

A pobreza e a baixa condição educacional estão intimamente relacionadas com as más condições habitacionais, de higiene, alimentares, estando diretamente ligados a altas taxas de morbidade e mortalidade infantis, influenciando, por consequência, na qualidade de vida do ser humano (AUMANN e BAIRD, 1996).

Entre os aspectos sociodemográficos que poderão interferir no processo de assistência pré-natal, pesquisadores afirmam que a baixa escolaridade da gestante poderá trazer malefícios para a qualidade da assistência pré-natal e merece maior atenção dos gestores e profissionais de saúde. A baixa escolaridade aumenta o risco obstétrico e dificulta a adesão da gestante ao pré-natal o que favorece um cuidado ineficaz (RASIA e ALBERNAZ, 2008).

Escolarizar a população, de uma forma geral, não só aumenta a renda, mas também diminui a natalidade o que favorecerá a melhoria da qualidade de vida daquelas pessoas (LOPES e PONTILLI, 2007).

Risco relacionado à baixa renda familiar:

A baixa renda familiar é apontada como um fator de risco para as gestantes, pois esta contribui para uma alimentação deficiente, além das preocupações econômicas relacionadas desde o enxoval do bebê, a sua sobrevivência, aumentando a sua ansiedade e a tensão nervosa da gestante. A insuficiência econômica é considerada também, como um dos fatores que contribui para a diminuição dos intervalos entre partos, aumento de gravidez na adolescência, resultados perinatais ruins e alto índice de morbi-mortalidade materna (BRASIL, 2000).

Risco relacionado à drogadição e intoxicação química da gestante:

Desfechos indesejáveis da gestação como baixo peso ao nascer, prematuridade e malformações congênitas são importantes fatores de risco para a mortalidade infantil. Por sua vez, tais desfechos adversos podem ser influenciados por uma série de fatores durante a gestação, tais como, desnutrição, stress, fumo, uso de drogas ilícitas e exposição a substâncias químicas (SILVA e TOCCI, 2002).

Dentre as substâncias químicas que podem ocasionar desfechos adversos da gravidez, destacam-se os agrotóxicos. Estudos experimentais em ratos e camundongos têm evidenciado uma série de alterações no desenvolvimento intra-uterino, cujos danos são observados somente *a posteriori*. Os estudos em seres humanos ainda são contraditórios, mas indicam um maior risco destes desfechos em recém-nascidos cujas mães se expuseram a agrotóxicos (CAMARGO, 2010).

Durante a gravidez e a lactação, não se recomenda a utilização de qualquer tipo de química capilar para tingimento, permanente ou alisamento, mesmo henna. Não há unanimidade quanto à segurança no uso dessas técnicas e substâncias em relação ao conceito, porém - sabe-se que o risco é maior para os profissionais que aplicam os produtos químicos sem o uso de luvas e máscaras, que conferem proteção adequada. Há relato de casos de neuroblastoma e alterações congênitas cardiovasculares provocadas pela exposição da mãe às tinturas, tanto permanentes como tonalizantes. Alguns autores consideram a henna mutagênica e capaz de deixar resíduo no couro cabeludo (ABRAHAM et al., 2009).

Produtos de limpeza são amplamente usados pelas gestantes. A principal composição destes produtos é de surfactante (detergentes e tensoativos). A sua função é incrementar o efeito do agente de limpeza e diminuir a tensão da superfície da água. Os detergentes são considerados responsáveis por um conjunto de problemas de pele entre trabalhadores em limpeza. Além deles, são empregados produtos que contenham pH ácido ou alcalino, removedores de esmalte e “amaciantes” muitos deles são prejudiciais a saúde e provocam efeitos ambientais adversos. Muitos perfumes e fragrâncias são alergênicos, o mesmo se pode dizer a respeito dos corantes e pigmentos. O hipoclorito de sódio é classificado como corrosivo e pode causar muitos efeitos danosos à saúde (dermatite alérgica de contato) devido à exposição a este produto. Os formaldeídos e os glutaraldeídos são bem conhecidos como alergênicos e também foram identificados como causadores de asma ocupacional (CORRÊA, 2005).

A cafeína é um alcalóide que atua como estimulante do sistema nervoso central e está presente em uma gama de alimentos (café, guaraná, refrigerantes à base de cola, cacau, chás) e remédios (inibidores do apetite, analgésicos, antigripais). Desde o início dos anos 70, alguns estudos têm sugerido a associação entre o consumo materno de cafeína e redução do crescimento fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, aborto espontâneo e malformações (PACHECO et al., 2007). Entretanto, de acordo com estudos mais recentes, não foi demonstrada associação entre ingestão moderada de cafeína e crescimento fetal (BICALHO e BARROS FILHO, 2002).

Risco relacionado à qualidade de vida:

De acordo com a Declaração Universal Dos Direitos Humanos, todos têm direito a padrão de vida capaz de assegurar para si e para sua família saúde e bem estar. É incluído no quesito bem estar, o acesso à alimentação, vestuário, habitação, serviços de saúde e segurança quando se tem os meios de subsistência fora do seu controle (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 1998).

O tema habitação é analisado quando se quer aferir a qualidade de vida de uma população, seja pela sua estrutura física (suficiência de espaço para os moradores, durabilidade de suas construções), seja por questões de saúde e saneamento básico (acesso aos serviços de água, tratamento de esgoto, coleta de lixo, iluminação elétrica), seja ainda, pela ótica da segurança da posse (propriedade da moradia) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2012).

Durante a gestação, a mulher fica mais sensível em decorrência das alterações hormonais, principalmente nos casos de gravidez de alto risco, fazendo-se necessário durante todo o processo gestacional o apoio de familiares. Nesse caso, a moradia própria colabora com o aprimoramento da qualidade de vida familiar (REZENDE e SOUZA, 2012).

Sanear quer dizer são, sadio, saudável. Portanto, pode-se concluir que saneamento equivale à saúde. Não a saúde encontrada em hospitais, e sim a saúde preventiva reduzindo a procura da população pelos serviços de postos de saúde e hospitais, pois diminui a chance de contágio de diversas doenças (RIBEIRO e ROOKE, 2010).

A análise da qualidade da moradia deve considerar densidade, condições de abastecimento de água, saneamento, iluminação, pavimentação e conforto. Saneamento básico é o controle de todos os fatores do meio físico que possam exercer efeitos nocivos sobre o bem estar físico e mental do homem. Um dos princípios da lei número 11.445/2007, que estabelece diretrizes para o saneamento básico, é a universalização dos serviços de saneamento básico, para que todos tenham acesso ao abastecimento de água de qualidade e em quantidade suficientes às suas necessidades, à coleta e tratamento adequado do esgoto e do lixo, e ao manejo adequado da água das chuvas (BRASIL, 2007).

O acesso à energia elétrica é indispensável para o desenvolvimento das atividades humanas e melhoria da qualidade de vida de uma sociedade e é uma das condições para atendimento ao princípio de dignidade humana. No momento que se implanta um sistema de distribuição de energia elétrica, a população local imediatamente passa a contar com inúmeros benefícios tanto do ponto de vista de maior conforto doméstico quanto de aumento de melhores possibilidades de emprego e produtividade (VIEIRA, 2011).

O abastecimento de água por rede geral no domicílio, o esgotamento sanitário por rede coletora de esgoto ou fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto e a coleta diária de lixo são fundamentais para uma vida saudável (IBGE, 2012).

A densidade de moradores por dormitório é um dos indicadores que expressa a qualidade de vida na moradia. O censo demográfico de 2000 considera como adequado o domicílio particular com até dois moradores por dormitório (IBGE, 2004).

Risco relacionado ao hábito sexual:

Comportamento sexual de risco compreende o sexo desprotegido e o fato de manter relação sexual com múltiplos parceiros (XAVIER, 2005).

Com relação a esse comportamento, estudos nacionais e internacionais indicam que a iniciação sexual precoce se relaciona com um padrão de risco. É sabido que a iniciação precoce da vida sexual acarreta não só mais parceiros ao longo da vida, mas também chances maiores de doenças sexuais e gestação não planejada. A educação sexual pode ajudar a minimizar os riscos da iniciação sexual precoce. A AIDS tem destaque especial neste contexto, pois é considerada um dos mais graves e complexos problemas de saúde pública nos dias de hoje (XAVIER, 2005; HUGO et al., 2011).

A idade precoce da primeira relação sexual, a multiplicidade de parceiros e a desconsideração ao uso de preservativos nas relações sexuais são importantes fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis (CARRET et al., 2004).

Outra relação que vem sendo estudada é entre o sexo desprotegido e o uso de álcool e outras drogas. O uso de drogas vem sendo associado a maior vulnerabilidade ao comportamento sexual de risco e, por consequência, DSTs e gravidez não planejada (XAVIER, 2005).

Risco relacionado à falta de planejamento familiar:

Planejamento familiar é antes de tudo um direito humano onde um casal deve escolher livremente sobre o momento de ter filhos ou não. Almeja-se que esta escolha seja consciente, evitando o desgaste de uma gestação não planejada ou até mesmo indesejada. A função da equipe de saúde é o aconselhamento dos métodos contraceptivos e a facilitação do seu acesso à população (VIEIRA, 2010).

De acordo com a regulamentação que trata do planejamento familiar, lei número 9.263 de janeiro de 1996 entende-se como planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996).

A gravidez deve surgir quando planejada, desejada e entre um casal com competência afetiva, econômica e social para sustentar, ou seja, a perspectiva de uma gravidez deve se dar num contexto de planejamento, estabilidade econômica e afetiva. Uma gravidez não planejada revela invariavelmente a exposição, a pelo menos, uma situação de risco: o sexo desprotegido (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010).

A principal causa da gravidez não planejada é a não utilização de métodos contraceptivos. Isso ocorre mais corriqueiramente nos países pouco desenvolvidos e está associada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a desorganização desses serviços ou a

outros fenômenos sociais como abuso sexual. Sendo assim, a gravidez indesejada é uma questão relacionada ao direito fundamental da mulher sobre a sua fertilidade (PRIETSCH et al., 2011).

As gestações não planejadas podem ter como fatores de risco: o biológico, o psicossocial e o econômico. Os fatores de risco biológico implicam sobre a saúde da mulher e de seu conceito, pois em mulheres que planejam a gravidez há mais cuidado durante o período pré-natal do que aquelas que não a planejaram. Além do mais, as gestantes que não planejaram sua gravidez estão mais propensas ao uso de drogas que as gestantes que planejaram a gravidez. Em termos de riscos psicossociais, as mudanças oriundas da gestação podem acarretar sentimentos de rejeição já que os riscos econômicos surgem quando a capacidade produtiva da gestante fica diminuída reduzindo a geração de renda e dificultando a mobilidade social ascendente (CIANTELLI et al., 2012).

Risco relacionado à falta de acompanhamento pré-natal:

A assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio mãe-feto durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal (COSTA e SOUZA, 2002).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gestação, assegurando, ao final da gravidez, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. O Ministério da Saúde preconiza a captação precoce da gestante com a realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias do início da gestação e a realização mínima de seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2006).

O pré-natal quando iniciado precocemente proporciona a possibilidade de investigar amplamente as possíveis intercorrências da gestação e intervir a tempo, oferecendo à gestante segurança e confiabilidade. Além de oferecer exames que possibilite investigar doenças como sífilis e AIDS. O pré-natal também oferece a oportunidade da gestante orientar-se, tirar dúvidas, sanar a ansiedade, avalia o estado de desenvolvimento do feto, orienta o preparo das mamas, estimula o aleitamento materno e a oportunidade de trocar experiências entre as gestantes através dos grupos, prática muito comum no Programa de Saúde da Família (PSF) (FARIA JÚNIOR e ANDRADE, 2005).

Os desfechos perinatais são resultantes de uma complexa rede de fatores que inclui determinantes biológicos, socioeconômicos e assistenciais. A assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (DOMINGUEZ et al., 2012).

O pré-natal não pode consistir apenas em um repasse de informações à gestante. O pré-natalista deve levar em consideração que cada mulher é um sujeito único e que carrega consigo sua própria cultura, traduzida por meio de suas vivências, medos, dúvidas, crenças e expectativas. Quando a equipe de saúde não está empenhada para a importância da criação do vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

III. REFERÊNCIAS

ABRAHAM, L. S. et al. Hair care: a medical overview (parte 2). **Surgical & Cosmetic Dermatology**. 1(3):130-136; 2009.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 43(1):98-104, 2009.

ARAÚJO, B. F. et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do hospital geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira Saúde Matern. Infant**. Recife, 5 (4): 463-469, out./dez., 2005.

AUMANN, G. M. E.; BAIRD, M. M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. (Orgs). **Alto risco em obstetrician: um enfoque multidisciplinar**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 13-36.

BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. **Nelson: Tratado de Pediatria**. 17 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

BERNSTEIN, P. L. **Desafio dos deuses: a fascinante história do risco**. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 1997.

BICALHO, G. G.; BARROS FILHO, A. Z. Peso ao nascer e influência do consumo de cafeína. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 36 (2): 180-7, 2002. Disponível em:<www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 10 mar 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. 3 edição – Brasília: Secretaria de políticas de saúde – SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

_____. **Gestante de alto risco**: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Lei nº 11445 de 2007. Diretrizes para o Saneamento Básico. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111445.htm. Acesso em: 22 abr 2014.

BRASIL, Lei nº 9263 de janeiro de 1996. Regulamentação que trata do planejamento familiar. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 15 mai 2014.

CAMARGO, A. M. **Defeitos congênitos e exposição a agrotóxicos no Brasil**. UFRJ: Rio de Janeiro, 2010. 63f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CARDOSO, A. M. R. et al. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? **Diálogos possíveis**. Universidade de Brasília - Departamento de saúde coletiva. Jan/Jun 2007. Disponível em: <www.fsba.edu.br/dialogospossiveis>. Acesso em: 28 mar 2014.

CARRET, M. L. V. et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Revista Saúde Pública**. Pelotas, RS; 38(1):76-84, 2004.

CARVALHO, P. I. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiol Serv Saúde**. 2007; 16:185-94.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, 7 (3): 309-317, jul./set., 2007.

CERQUEIRA-SANTOS E. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan./mar. 2010

CIANTELLI G. L. et al. A gravidez não planejada em um bairro periférico de Sorocaba-SP. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. Sorocaba, SP. v. 14, n. 1, p. 19-21, 2012.

CORRÊA, L. M. L. **Saneantes domissanitários e saúde**: um estudo sobre a exposição de empregadas domésticas. UFRJ: Rio de Janeiro, 2005. 94f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva)- Programa de pós-graduação em saúde coletiva, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2005.

COSTA, M. S.; SOUZA, T. O. **Adesão ao pré-natal**: a reprodução de um conceito. Monografia para conclusão de curso de graduação de enfermagem da Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2002.

DEMOZZI, K. et al. A gestação nos extremos reprodutivos. In: VI Mostra interna de trabalhos de iniciação científica. **Anais eletrônico**. CESUMAR: Paraná, 2012.

DOMINGUEZ, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 28(3): 425-437, mar, 2012.

DOURADO, V. G., PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm**. 2007; 20(1): 69-74

FARIA JÚNIOR, G. F.; ANDRADE, M. A baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes do PSF Niágara configurando uma situação de risco para a gestação. **Informe-se em promoção de saúde**. v.1, n.1. s/p, 2005.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

GOMES, R., CAVALCANTI, L. F., MARINHO, A. S. N., SILVA, L. G. P.da. O sentido do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Julho, 2001. 9(4):62-7. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acesso em 10 jan 2014

HUGO, T. D. O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: um estudo de base populacional. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27(11):2207-2214, nov, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores do desenvolvimento sustentável**. Dimensão social – Habitação. Brasil, 2004.

_____. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica número 29. Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, G. S. P.; SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Revista Brasileira Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, jul.- set. 2004.

LOPES, J. L.; PONTILLI, R. M. Renda familiar e educação como fatores condicionantes do aumento da taxa de fecundidade: uma análise para o Paraná. In: ENCONTRO DE ECONOMIA PARANAENSE, 5., 2007, Curitiba. **Artigos Aceitos...** Campo Mourão: Faculdade Estadual de Ciência e Letras de Campo Mourão, 2007. p. 1-16. Disponível em: <http://www.ecopar.ufpr.br/artigos/a5_008.pdf>. Acesso em: 22 ago 2013.

LOWY, I.; **Detectando más formações, detectando riscos:** dilemas do diagnóstico pré-natal. Horizontes antropológicos, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 103-125, jan./jun. 2011.

MACIEL, L. M. Z.; MAGALHÃES, P. K. R. **Tireoide e gravidez.** Arq Bras Endocrinol Metab 2008. 52/7.

MAGALHÃES, D. R. B. et al. Assistências pré-concepcional e pré-natal. In: ALVES FILHO, N. et al. (Orgs.). **Perinatologia básica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 37-51.

MENEZES, A. M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, Rs, 1993. **Revista saúde pública.** 32 (3): 209-16, 1998.

MORAIS NETO, O. L.; BARROS, M. B. A. Fatores de risco para a mortalidade neonatal e pós-natal na região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. **Cadernos de saúde pública.** 2000; 16 (2): 477-485.

NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; REIS, P. A. S. **A paciente gestante:** na unidade de terapia intensiva. Simpósio: Medicina intensiva-4 parte capítulo V. Ribeirão Preto. 34: 123-132, abr./jun. 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos:** adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

OSIS, M. J. D. et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda

- no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 27(1), 1993.
- PATEL, R. R. et al. **Does gestation vary by ethnic group?** A London-based study of over 122.000 pregnancies with spontaneous onset of labour. *Int Epidemiol*. 2004; 33 (1): 107-13.
- PACHECO, A. H. R. N. et al. Consumo de cafeína entre gestantes e a prevalência do baixo peso ao nascer e de prematuridade: uma revisão sistemática. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(12):2807-2819, dez 2007.
- PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista Psiquiatria Clínica**. 2008;35(4):144-53.
- PRIETSCH, S. O. M. Gravidez não planejada no extremo sul do país: prevalência e fatores de risco. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27(10):1906-1916, out, 2011.
- PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. **Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade**. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007, abr/jun; 15(2): 161-7.
- RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Mater. Infant**. 2008; 8(4):401-10.
- REIS, G.F.F. Alterações Fisiológicas Maternas da Gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. 43: 1: 3- 9. 1993.
- REZENDE, J; MONTENEGRO, C. A. B. **Obsterícia Fundamental**. 12º edição. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011. 724p.
- REZENDE, C. N.; SOUZA, J. C. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher**. *Psicólogo in formação*, ano 16, jan./dez. 2012
- RIBEIRO, J. W.; ROOKE, J. M. S. **Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública**. Trabalho de conclusão de curso em especialização em análise ambiental na Universidade Federal de Juiz de Fora. 2010
- RICCI, S. S. **Enfermagem materna-neonatal**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.
- SASS, N. et al., **Hipertensão arterial e nefropatias na gestação diretrizes e rotinas assistenciais**. Universidade Federal de São Paulo. 2 ed. São Paulo, 2007.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CESATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira Saúde Matern. Infant**. Recife, 4 (3): 269-279, jul./set., 2004.

- SILVA, G. F.; PELLOSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do noroeste do estado do Paraná. **Revista Esc Enferm USP**. 2009; 43 (1): 95-102.
- SILVA, T. P., TOCCI, H. A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Rev Enferm**. UNISA 2002; 3: 50-6.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Tireoide, doenças da: utilização dos testes diagnósticos**. Projeto Diretrizes. AMB/CFM, 2004.
- SOUZA, A. I.; FILHO, M. B.; FERREIRA, L.O.C. **Alterações hematológicas na gravidez**. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**. 2002,24(1): 29-36.
- VIEIRA, S. M. **Planejamento familiar na estratégia de saúde da família**. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG: Belo Horizonte, 2010.
- VIEIRA, D. M. **Obstáculos à universalização do acesso ao serviço público de distribuição de energia elétrica no meio rural brasileiro**. Trabalho de conclusão de curso de especialista em controle de regulação apresentado ao instituto Serzedello Corrêa-ISC/TCU. Brasília. 2011.
- XAVIER, A. C. M. **Comportamento sexual de risco na adolescência: aspectos familiares associados**. Instituto de Psicologia. Programa de pós-graduação em psicologia do desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

IV. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

REVISTA ENFERMAGEM UERJ

Normas para Publicação

Política Editorial

A Revista Enfermagem UERJ, criada em 1993, é um veículo de difusão científica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Seu principal objetivo é publicar trabalhos originais e inéditos de autores brasileiros e de outros países, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem, da Saúde e ciências afins. É uma revista trimestral, que publica resultados de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura e discussão de temas atuais e relevantes para os campos aos quais se destina.

Caracteriza-se como periódico internacional, abrangendo predominantemente os países da América Latina e Caribe, embora também tenha circulação nos Estados Unidos, Canadá, França, Suécia, Portugal e Espanha.

A proposta editorial da Revista vem ao encontro das tendências contemporâneas de integração e complementaridade de áreas de conhecimento, que levam em conta a vocação da Enfermagem para a diversidade e para a articulação das diferentes áreas. Adota a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver), conforme matéria publicada pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e disponível em <http://www.icmje.org/>.

O processo editorial da Revista Enfermagem UERJ visa a apresentar à comunidade científica textos que representem uma contribuição significativa para a área.

A abreviatura de seu título é Rev enferm UERJ, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

Submissão do Manuscrito

1. A submissão dos manuscritos é feita on-line no site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>

2.O nome completo de cada autor, sua instituição de origem, país, e-mail e síntese da biografia devem ser informados nos metadados e no corpo do artigo, logo abaixo dos títulos.

3.Os autores deverão enviar documento de Transferência de Direitos Autorais e Declaração de Responsabilidade. Estes documentos deverão ser elaborados conforme modelos da Revista (disponível na página web da Revista), digitalizados no formato PDF e anexados no processo de submissão.

4.Os conceitos emitidos no manuscrito são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

5.Caso a pesquisa envolva seres humanos, os autores deverão apresentar, também, declaração de que foi obtido consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou o estudo. Este documento deverá ser digitalizado no formato PDF e anexado no processo de submissão.

6.O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às condições anteriores; caso contrário, todo o material será devolvido para adequação.

7.Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todos os seus autores, sem exceção, deverão ser assinantes da Revista.

Procedimentos da Comissão Editorial

1.Os Editores recebem o material encaminhado para publicação e fazem uma primeira apreciação, no que se refere à adequação dos textos às normas de publicação e, se considerados potencialmente publicáveis, serão encaminhados para dois Consultores Ad Hoc.

2.Os autores são comunicados sobre o recebimento do manuscrito pelo Editor, através de e-mail. Os autores deverão ficar atentos à confirmação de recebimento, que será enviada pela Secretaria da Revista para o mesmo e-mail de remessa ou outro expressamente indicado.

3.Os Consultores Ad Hoc emitem seus pareceres em três modalidades: aceito sem alterações; recomendando modificações ou recusando a publicação do manuscrito. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões, devendo cumpri-las num prazo de 30 dias, a partir do seu recebimento. Em caso de recusa, os autores serão notificados das razões que justificam a decisão. Os manuscritos recusados poderão ser reapresentados à Revista, desde que sejam amplamente reformulados, sendo considerados como contribuição nova. Cópias dos pareceres serão enviadas aos autores, exceto quando houver restrição expressa por parte do Consultor. Os originais não publicados serão destruídos após seis meses da finalização da tramitação editorial.

4.A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Conselho Editorial, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.

5.Após aprovação do Conselho Editorial, será comunicado aos autores o volume e o fascículo da Revista no qual o artigo será publicado.

6.No caso de aceitação para publicação, os Editores reservam-se o direito de introduzir pequenas alterações no texto, figuras e tabelas para efeito de padronização, conforme parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes.

7.O processo de avaliação por pares utiliza o sistema de blind review, preservando a identidade dos autores e consultores. As identidades dos autores serão informadas ao Conselho Editorial apenas na fase final de avaliação.

Direitos autorais

A Revista Enfermagem UERJ detém os direitos autorais de todas as matérias publicadas. A reprodução total dos artigos em outras publicações requer autorização por escrito dos Editores. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita dos Editores e dos autores.

A reprodução de outras publicações pela Revista deverá obedecer aos seguintes critérios. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução na Revista Enfermagem UERJ. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido.

Composição do Manuscrito

A Revista Enfermagem UERJ adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol, inglês ou francês e apresentar as referências como última seção.

Os textos deverão ser apresentados dentro de uma das seguintes modalidades:

Artigo de Pesquisa - Investigação baseada em dados empíricos, que utilize metodologia científica e incluam introdução, referencial teórico, metodologia, resultados e discussão, conclusão - limitados a 3.500 palavras;

Estudo Teórico - Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas - limitados a 3.000 palavras;

Artigo de Revisão - corresponde à análise de um corpo abrangente e extenso de investigações, relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento da enfermagem e da saúde - limitados a 3.000 palavras;

Atualidade - Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde; intercâmbio de opiniões entre editores e leitores sobre trabalhos publicados - limitados a 2.500 palavras.

A contagem de palavras dar-se-á da Introdução ao fim da Conclusão, excluindo-se as referências e quaisquer figuras.

Os textos deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, versão 2007 ou anterior, papel tamanho A4, espaçamento entrelinhas 1,5, sem recuo de parágrafos, fonte Times New Roman tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 2 cm, numeradas, embaixo e à direita, a partir da primeira folha.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve ser encaminhada em um único arquivo, exceção feita às tabelas/figuras.

O arquivo deve conter a seguintes informações em ordem:

Título

Título pleno nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, não devendo exceder 15 palavras. Não deve incluir siglas, nomes de cidades, países ou outras informações geográficas, nem chamadas para notas.

· Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder seis palavras.

Autoria

Nomes dos autores e suas afiliações institucionais

Resumo em Português

O resumo deve ter entre 100 e 150 palavras. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: problema investigado, objetivos do estudo, método de pesquisa contendo características pertinentes da amostra ou grupo de estudo, e procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, campo e período do estudo, resultados relevantes, conclusão ou suas implicações ou aplicações. Os resumos de revisão crítica, de estudo teórico ou de artigo de atualidades devem incluir: tema, objetivo, tese, construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Não inserir chamada para notas.

Palavras-Chave

Devem ser apresentadas quatro palavras-chave, digitadas em letra minúscula (apenas a letra inicial da primeira palavra deverá ser maiúscula) e separadas por ponto-e-vírgula. Devem ser escolhidas palavras que classifiquem o texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico.

Deverá ser dada preferência ao uso de descritores extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (LILACS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MESH), quando acompanharem os Abstracts. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em português, apresentar o Abstract (em inglês) e o Resumen (em espanhol) obedecendo às mesmas especificações para a versão em português, seguidos de keywords e palavras clave, compatíveis e na mesma ordem de inserção das palavras-chave em português.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em inglês, espanhol ou francês, apresentar dois resumos em idiomas diferentes, observando a seguinte ordem: português, inglês, espanhol ou francês.

Corpo do Texto

Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os utilizando uma linha em branco. Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização.

As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser feitas sempre acompanhadas do número respectivo ao qual se referem (não devem ser utilizadas as expressões “a tabela acima” ou “a figura abaixo”). Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

As citações de autores deverão ser feitas conforme os exemplos apresentados na seção final deste texto, observando os Requisitos Uniformes (Estilo Vancouver).

A transcrição na íntegra de um texto de até três linhas deve ser delimitada por aspas e numerada de acordo com a ordem de citação no texto. Uma citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. O tamanho da fonte para citações deve ser 12, como no restante do texto, sem destaque. Não empregar os termos *op. cit.*, *id.*, *Ibidem*. A expressão *apud* é a única a ser utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

A citação de trechos de depoimentos dos entrevistados deverá ser apresentada com recuo de 2,5cm da margem esquerda, em itálico, sem aspas e com a identificação fictícia do depoente (Ex: E1, E2, .)

Referências

Observar o Estilo Vancouver.

Os artigos deverão apresentar o limite mínimo de 10 obras analisadas. A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra; os nomes secundários serão representados por suas iniciais em maiúsculas sem separação entre elas; não fazer destaques para títulos. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Anexos

Apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

Tabelas

O total de tabelas/figuras não deverá exceder a 3 (três) ilustrações.

Apresentar uma tabela por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente, compostas no software MS-Excel versão 2007 ou anterior. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título, e largura de 8cm, 12cm ou 16cm.

A tabela deverá ser digitada utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Figuras

São consideradas como figura todas as ilustrações que não se enquadrem na definição de tabela; portanto, quadros, gráficos, desenhos, fotos, etc. Não são aceitas figuras coloridas ou com fundo reticulado (cinza).

Apresentar uma figura por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente e legenda, compostas nos softwares MS-Excel versão 2007 ou anterior, e arquivos com extensão TIF ou JPG. Não gravar em formato BMP ou compactados.

A figura deverá ser formatada utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Ao usar scanner para reproduzir imagens, utilizar resolução de 300 DPI no modo tons de cinza.

Não serão aceitos arquivos de figuras (gráficos, quadros e ilustrações) ou de tabelas construídos em outros processadores e colados como figura no Word.

Notas

As notas não-bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas em página separada do texto, identificadas e ordenadas por algarismos romanos, (não utilizar o recurso de inserir nota de rodapé, mas apenas digitá-las como parte normal do texto).

Inserir agradecimentos às agências financiadoras, informação e outros, seguidas pelas demais observações relativas ao texto do trabalho.

Exemplos de Citações no Corpo do Texto

Não mencionar os nomes dos autores das citações. Indicar os números das obras conforme lista de referências do texto.

Citação de um artigo/obra

Após a citação, indicar o número sobrescrito da referência - conforme a ordem de menção pela primeira vez no texto.

Por exemplo, o primeiro trabalho mencionado no texto é de autoria de Mauro, Clos e Vargens e deve ser assim citado:

Os estudos relatam avaliações sobre qualidade das revistas científicas¹.

Citação de dois artigos/obras consecutivos

Após a citação, indicar os dois números sobrescritos das referências conforme a ordem de menção pela primeira vez, separados por vírgulas.

Exemplo: . como os índices crescentes de violência urbana^{1,12}.

Citação de artigos/obras diversos não-consecutivos

Devem ser relacionados os números dos autores, em ordem crescente, separados por vírgulas. Achados semelhantes foram confirmados^{4,6,8,10} em 2000.

Para mais de dois artigos/obras consecutivos

Vários especialistas^{1-6, 8-12} têm recomendado.

O traço entre os números significa os autores de 1 a 6 e de 8 a 12.

Citações de trabalho transcritas de fonte primária

A citação de 8. Rodrigues BMRD, localizada na página 33, deve ser transcrita assim:

[...] a fala é a maneira utilizada pelo ator-agente da ação para expressar suas vivências originárias numa relação face a face [...]8:33.

Evitar citações de trabalho discutido em uma fonte secundária

Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitado, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens não devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma de iniciais e sobrenome do emissor e data, entre parênteses.

Ex.: (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

Exemplos de Lista de Referências

A lista é enumerada, observando-se a ordem de menção pela primeira vez no texto, sem qualquer destaque.

Artigo de revista científica

Artigo-padrão

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato. Rev enferm UERJ. 1997; 5:517-20.

No referido exemplo, após o título abreviado do periódico (com um ponto final) especificar: ano da publicação, volume e páginas inicial e final do artigo. A paginação é sequencial por volume/anual.

No caso da paginação não ser sequencial por volume/anual, é obrigatória a especificação do número do fascículo.

Guimarães RM, Mauro MYC. Potencial de morbimortalidade por acidente de trabalho no Brasil - período de 2002: uma análise epidemiológica. *Epístula ALASS (Espanha)*. 2004; 55(2):18-20.

Artigo no prelo

Não informar volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Exemplo:

Oliveira DC. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. *Rev Bras Enferm*. No prelo, 2002.

Texto publicado em revista de divulgação comercial

Madov N. A cidade flutuante. *Veja (São Paulo)* 2002; 35:63.

Neste último exemplo, quando o título da revista for homônimo, deve ser registrado o nome da cidade de sua procedência entre parênteses.

Livro e outras monografias

Indivíduo como autor

Lopes GT, Baptista SS. *Residência de enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade*. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery; 1999.

No exemplo anterior, após a cidade, omitiu-se a sigla do estado entre parênteses por tratar-se de homônimo.

Maldonado MTP. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1990

Livro publicado por um organizador ou editor

Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia (GO): AB Editora; 1998.

Capítulo de livro ou monografia

Abriç JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38.

Livro traduzido para o português

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes; 1979.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Evitar o uso de resumo como referência.

Francisco MTR, Clos AC, Larrubia EO, Souza RM. Prevenção das DST/AIDS na UERJ: indicativos de risco entre estudantes. In: *Resumos do 50o Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1998 out 15-19; Salvador; Brasil. Salvador (BA): ARTE DBC; 1998. p.181.

Trabalho completo publicado em anais de eventos

Santos I, Clos AC. Nascentes do conhecimento em enfermagem. In: *Anais do 9o Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*; 1997 set 6-10; Vitória, Brasil. Vitória (ES): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.68-88.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em revista

Evitar o uso de resumo como referência. Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo, entre colchetes.

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato [resumo]. *Rev enferm UERJ*. 1996; 4:412-3.

Dissertação e Tese não-publicada

Silva MTN. *Sobre enfermagem - enfermeira: o imaginário dos familiares das ingressantes no curso de graduação [tese de doutorado]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Obras antigas com reedição em data muito posterior

Franco FM. Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir; 1946. (Original publicado em 1790).

Autoria institucional

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica: lineamientos para su desarrollo - los contenidos educacionales. Washington (DC): OPS; 1995.

Ministério da Saúde (Br). Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Web Site ou Homepage

Civitas R. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [site de Internet]. Urbanismo e desenvolvimento de cidades. [citado em 27 nov 1988] Disponível em: <http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>.

Artigos consultados em indexadores eletrônicos

Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2000 [citado em 05 set 2000]. 1:1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.

Ao organizarem listas de referências, os autores devem atentar sempre para que o emprego da pontuação esteja uniforme e correto.

Endereço para contato

Revista Enfermagem UERJ

Bd. 28 de Setembro, 157, sala 710.

CEP 20551-030. Vila Isabel - Rio de Janeiro, Brasil

Tel.: (21) 2868-8236 ramais 204 e 205

E-mail: revenf.uerj@gmail.com ou revenf@uerj.br

Web Site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>

V. ARTIGO ORIGINAL

Caracterização epidemiológica da gestante de alto risco e sua relação com o prenatalista

Socioeconomic characterization and importance of the relationship between obstetrician and high risk pregnant women

Características socioeconómicas y la importancia de la relación entre prenatalista con embarazos de alto riesgo

Autores:

Bruna Teixeira dos Santos¹, Bruna Karoline Santos Melo Monteiro², Júlia Maria de Gonçalves Dias³

1. Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email: bruna.teixeira.med@gmail.com. Telefone: (79) 9161-7021. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

2. Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Bruna Karoline Santos Melo Monteiro. Email: brunakaroline2@hotmail.com. Telefone: (79) 9136-1000. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

3. Professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: julia.dias@globocom.com. Telefone (79) 2105-1807. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Germiniano Maia, 773. Bairro Salgado Filho. Aracaju-SE. Telefone: (79) 9161 7021. Email: bruna.teixeira.med@gmail.com

Este trabalho foi desenvolvido com recursos próprios dos autores. Não há conflito de interesses.

Resumo

Estudo transversal e prospectivo objetivando caracterizar perfil socioeconômico das gestantes de alto risco atendidas em serviço pré-natal na cidade de Aracaju, Sergipe, no período de janeiro a março de 2014, e compará-lo com grupo controle. Colheram-se amostras do alto risco no Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher e as do grupo controle foram colhidas em Unidades de Saúde da Família (USF) Amostra da pesquisa teve um total de 200 pacientes que responderam a questionário estruturado. A análise estatística mostrou risco gestacional observado com mais prevalência nas gestantes que possuíam doença crônica anterior à gestação (74%), nas que o pré-natalista não tirou dúvidas sobre o risco gravídico (57,44%) e nas com condições de moradia ruim (81%). Risco durante a gravidez ocorre com maior frequência em gestantes com história de doença crônica prévia, que não foram esclarecidas sobre seus riscos gravídicos e que possuíam más condições de moradia.

Palavras-Chave: Cuidado pré-natal; gravidez de alto risco; fatores socioeconômicos; pessoal de saúde.

Abstract

Prospective cross-sectional study aimed to characterize socioeconomic profile of high risk pregnancies treated at prenatal clinic in the city of Aracaju, Sergipe, in the period of January-March 2014, and compare it with the control group. High risk samples were collected in the Center for Integrated Health Care for Women and the control group was obtained from the Family Health Units (FHU) Survey sample had a total of 200 patients who responded to a structured questionnaire. Statistical analysis showed gestational risk observed with more prevalence in pregnant women who had chronic disease before pregnancy (74%) in that the prenatal doctor answer no questions about pregnancy risk (57.44%) and with that had poor housing conditions (81%). Risk during pregnancy occurs more frequently in women with a previous history of chronic disease and were not informed about their risks gravidic and had poor living conditions.

Key-words: Prenatal Care, high risk pregnancy, socioeconomic factors, health personnel

Abstracto

Objetivo: caracterizar el perfil socioeconómico de la atención del embarazo de alto riesgo en una clínica prenatal en la ciudad de Aracaju, Sergipe, y compararlo con el grupo control. **Método:** Estudio transversal y prospectivo. Las muestras se recogieron en el Centro de alto riesgo para la Atención Integral de la Salud de la Mujer y el grupo de control se cosecharon en las Unidades de Salud de la Familia (USF) Manoel de Souza Pereira, USF USF Celso Augusto Franco y Daniel en el período de enero a marzo 2014 en la ciudad de Aracaju / SE. Muestra de la encuesta tenía un total de 200 pacientes que firmaron el formulario de consentimiento informado (ICF). El análisis estadístico se llevó a cabo inicialmente utilizando absoluta (n) y relativas frecuencias (%) para la descripción del perfil de la muestra, y para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para evaluar la asociación entre las variables de interés y excluir a las variables de confusión considerados se realizó una prueba de regresión lineal. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación cuyo protocolo fue CAAE No 26764814.6.0000.5546. **Resultados:** El riesgo gestacional se observó con más frecuencia en las mujeres embarazadas con enfermedad crónica antes del embarazo (74%) pacientes en el prenatal no aceptó preguntas sobre el riesgo de embarazo (57,44%) y en los pacientes con condiciones malas condiciones de vivienda (81%). **Conclusión:** Riesgo durante el embarazo se produce con más frecuencia en los pacientes con enfermedad crónica antes del embarazo, las mujeres embarazadas que no fueron informados acerca de sus riesgos y gravídica en mujeres embarazadas que tenían malas condiciones de vivienda.

Palabras clave: Atención prenatal, embarazo de alto riesgo, factores socioeconômicos, personal de salud.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico e, na maioria dos casos, ocorre sem intercorrências. Entretanto, há uma pequena parcela de gestantes, que, por serem portadoras de alguma doença ou estarem inseridas em um contexto social precário, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe. Esta parcela constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco.¹

Entende-se por gestação de alto risco aquela na qual existem maiores possibilidades de ocorrer complicações que ponham em risco a saúde ou a vida da mãe e/ou do feto com relação à média geral de todas as gestações.²

As normas de assistência devem permitir a identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresenta, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência os mesmos serão realizados. Assim, o controle pré-natal de uma gestante de risco poderá ser diferente daquela que não apresente risco.³ Um dos desafios para a redução das consequências que o risco gravídico possa gerar é a prevenção dos mesmos ou a sua detecção precoce.

REVISÃO DA LITERATURA

O acompanhamento pré-natal da gestante e do feto é recente na história da saúde. Até as primeiras décadas do século XX, as gestantes não eram encaminhadas a hospitais ou maternidades para terem seus filhos e havia pouco interesse no estudo do que se passava com o bebê enquanto ele estava dentro do útero. Após a segunda guerra mundial, a saúde da mãe e do feto passou a ser mais valorizada.⁴

O pré-natal, tal como conhecemos atualmente, surgiu nos anos 70 graças ao encontro fortuito de quatro inovações técnicas: a amniocentese, a visualização dos cromossomos humanos, as pesquisas dos marcadores séricos durante a gestação e a ecografia obstétrica.⁵ Essa assistência pré-natal tem aumentado seu grau de importância na atenção à saúde da população. O pré-natal abrange um conjunto de atividades que promovem a saúde das gestantes, do feto em formação e dos recém-nascidos além de proporcionar o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de alterações obstétricas que venham a acontecer, ou de enfermidades previamente existentes. Por isto, é necessário que se inicie o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada para poder haver o fortalecimento da adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco.^{6,7}

No ano de 2000, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com os objetivos de incentivar ações direcionadas à diminuição da morbimortalidade materna, melhora dos resultados perinatais, tendo como prioridade a humanização do atendimento. Em suas diretrizes, fica enfatizada a importância de avaliar a qualidade do cuidado prestado.⁶ Contudo, observamos, no Brasil, que o acesso ao pré-natal ainda difere de acordo com a região, escolaridade e residência da gestante.⁸

O sucesso do pré-natal dependerá bastante da atuação do profissional pré-natalista, que deve ser competente para orientar adequadamente a gestante, reconhecendo a tempo os problemas ocorridos durante a gestação e conduzindo-os com propriedade, deve ser também humano, e ter empatia para entender e viver com a mulher as emoções da gravidez, orientando-a e esclarecendo as dúvidas para diminuir as tensões. E dedicado ao ponto de dispensar todo o tempo necessário para um atendimento adequado.⁴

Embora a gestação seja um evento natural e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrência. Há uma parcela pequena de gestantes que apresentam maiores probabilidades de evolução gestacional desfavorável. Estas são chamadas de gestantes de alto risco.^{2,9}

O Ministério da Saúde classifica os fatores de risco em quatro grandes grupos: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual; e as intercorrências clínicas. A ausência de assistência pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido². Ainda que exista controvérsia, pesquisas sugerem que a assistência pré-natal pode contribuir para a redução da ocorrência de prematuridade e do baixo peso ao nascer.⁶

Para que haja uma melhor assistência às gestantes, há o interesse em estudar e traçar o perfil das mulheres assistidas, para reconhecer suas individualidades e identificar fatores de risco e intercorrências que poderiam ser evitados e tratados.¹⁰

A idade por si só, não acarreta risco para a gestante e para o feto.¹¹ Mas, gestações, tanto nas mulheres com idade de 40 anos, quanto nas adolescentes, apresentam aumento de risco de restrição de crescimento, sofrimento fetal e óbito intra-uterino.¹²

A ausência de parceiro fixo também é um fator de risco para a gestação, mesmo a gravidez sendo desejada.¹³ Evidências demonstram que a gestação evolui melhor quando o companheiro compartilha da gravidez.¹⁴

A escolaridade reflete as condições socioeconômicas da mãe e de sua família e está associado ao maior risco de morte neonatal.¹⁵ Quanto maior o índice de escolaridade da mãe, maior é o controle do pré-natal, melhor é o seguimento das normas, mais precocemente a gestante inicia o pré-natal e maior é o número de consultas.¹⁶

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e prospectivo. Entrevistaram-se gestantes oriundas do ambulatório de pré-natal de alto risco do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

(CAISM) e gestantes do grupo controle das Unidades de Saúde da Família (USF) Manoel de Souza Pereira, USF Augusto Franco e USF Celso Daniel no período de janeiro a março de 2014.

Utilizou-se uma amostra de conveniência representada por todas as gestantes de alto risco atendidas, no local selecionado, e todas as gestantes de baixo risco atendidas nos locais de atendimento do pré-natal de baixo risco.

Utilizou-se questionário (Anexo1), que abordava questões como as seguintes variáveis sócio demográficas (idade, estado civil, com quem mora, renda familiar média, quantas pessoas residem na casa, escolaridade, cor da pele, presença de água encanada, luz elétrica, banheiro, teto forrado, serviço de esgotamento sanitário, residência própria da família, ocupação do companheiro, meio de transporte que usa para ir às consultas de pré-natal), dados gestacionais (uso de contraceptivos, planejamento familiar, dificuldade para engravidar, idade gestacional no momento da entrevista, idade gestacional no início do pré-natal, número de gestações prévias, partos anteriores, número de abortos) e dados do pré-natal (número de consultas, profissional responsável, profissional explicou as dúvidas).

A idade gestacional foi calculada a partir da Data da Última Menstruação (DUM) referida pela paciente e confirmada pelo primeiro exame de ultrassonografia realizado até a 12ª semana de gestação. O período de início do pré-natal e o número de consultas realizadas também foram colhidos pelo cartão da gestante. Foram excluídas as gestantes que não estavam com o cartão da gestante em mãos ou que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Os dados coletados foram armazenados em planilha do Excel e confeccionada posteriormente uma máscara do Access para utilização do software de domínio público EPI-INFO versão 7. A análise estatística foi realizada utilizando-se frequências absolutas (n) e relativas (%) para a descrição do perfil da amostra, e para as variáveis quantitativas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão). Para avaliar a associação entre as variáveis de interesse e excluir as variáveis consideradas confundidoras foi realizado teste de regressão linear.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, sob protocolo CAAE 26764814.6.0000.5546.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 209 gestantes, destas, nove foram excluídas por falta de dados. Dentre as gestantes entrevistadas, 100 eram de alto risco e as outras 100 correspondiam ao grupo controle (baixo risco).

A idade média das gestantes entrevistadas, em ambos os grupos, variou entre 21 e 30 anos. Isto indica que a idade não influenciou o risco na maternidade das mulheres estudadas, pois a prevalência de gestantes em risco ocorreu na faixa de idade considerada segura. Tradicionalmente tem-se a visão que o risco de morbidade obstétrica é maior na adolescência se comparado à gestação na idade adulta. À medida que a gravidez na adolescência começou a ser estudada, ficou evidenciado que o risco aumentado nesta faixa etária se deve menos à idade que ao nível socioeconômico. Mulheres muito jovens e muito “idosas” são, entretanto, consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações de gravidez, parto e perinatais.¹¹ A faixa etária predominante foi semelhante em ambos os grupos. (Tabela 1)

A maioria das gestantes informou morar com esposo ou companheiro em ambos os grupos (93% no alto risco e 78% no grupo controle) e a maior parte relata ter união estável. Isto contradiz o que foi encontrado na literatura, a situação conjugal insegura e conflitos familiares fazem parte das características desfavoráveis à gestação.² (Tabela 1)

Houve um predomínio de gestantes com renda baixa em ambos os grupos, 90% do alto risco e 84% do grupo controle informaram ter renda menor que dois salários mínimos. Isso pode justificar um aumento do risco naquela população. Visto que a baixa renda familiar contribui para uma alimentação deficiente, além das preocupações econômicas relacionadas desde o enxoval do bebê à sobrevivência, aumentando a ansiedade materna. A insuficiência econômica é considerada também, como um dos fatores que contribui para a diminuição dos intervalos entre partos, aumento de gravidez na adolescência, resultados perinatais ruins e alto índice de morbimortalidade materna.¹⁷ (Tabela 1)

O tema habitação é analisado quando se quer aferir a qualidade de vida de uma população, seja pela sua estrutura física (suficiência de espaço para os moradores, durabilidade de suas construções), seja por questões de saúde e saneamento básico (acesso aos serviços de água, tratamento de esgoto, coleta de lixo, iluminação elétrica), seja ainda, pela ótica da segurança da posse (propriedade da moradia).¹⁸ A ausência de esgotamento sanitário nas residências das mulheres estudadas (63%) e a ausência de teto forrado (81%) predominaram entre as gestantes de alto risco indicando uma falta de qualidade de moradia que influencia na qualidade de vida daquelas gestantes estudadas e pode interferir no risco gravídico e puerperal. (Tabela 1)

Durante a gestação, a mulher fica mais sensível em decorrência das alterações hormonais, no caso de gravidez de alto risco, fazendo-se necessário durante todo o processo gestacional o apoio de familiares. Nesse caso, a moradia própria colabora com o aprimoramento da qualidade de vida familiar.¹⁹ No nosso estudo, observamos que metade das gestantes de alto risco possuía casa própria da família e que esse número foi um pouco maior no grupo controle (53%). (Tabela 1)

Em relação à escolaridade das gestantes, 46% de gestantes do alto risco e 30% do grupo controle afirmaram ser analfabetas ou possuir o nível fundamental (completo ou incompleto). Essa baixa condição educacional e a pobreza estão intimamente relacionadas com as más condições habitacionais, de higiene, alimentares, estando diretamente ligados a altas taxas de morbidade e mortalidade infantis, influenciando, por consequência, na qualidade de vida do ser humano.²⁰ (Tabela 1)

Quanto ao número de gestações, 62% de ambos os grupos estudados afirmaram uma a duas gestações. Em relação à quantidade de partos, 92% das gestantes de alto risco e 85% das gestantes do grupo controle afirmaram ter entre zero e dois partos. A respeito do quantitativo de abortos, provocados ou não, a maioria de ambos os grupos referiram não ter aborto prévio. (Tabela 2)

Em relação às intercorrências que existiam antes da gravidez, 35% das gestantes de alto risco e 22% das gestantes do grupo controle informaram que já possuíam intercorrências antes de engravidar. (Tabela 2)

A respeito do profissional pré-natalista, 89% das gestantes de alto risco e 60% do grupo controle informaram que eram atendidas por médicos e enfermeiros em consultas intercaladas. (Tabela 2)

Em relação à doença prévia, 26% das gestantes de alto risco e 15% do grupo controle informaram fazer o controle de alguma doença antes da gravidez. (Tabela 2)

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres, a maioria das entrevistadas de ambos os grupos (72% no alto risco e 61% no grupo controle) referiu fazer uso de anticoncepcionais hormonais. Este aspecto é relevante e deve ser valorizado pelos profissionais de saúde no acompanhamento destas mulheres, uma vez que a falta de orientação em relação à contracepção é um dos fatores responsáveis pelas gravidezes indesejadas.²¹ Além disso, o uso de anticoncepcionais hormonais está relacionado à geração de trombose em suas usuárias.²² Talvez esse fato possa ter interferido no aumento do risco das pacientes estudadas. (Tabela 2)

A gravidez deve surgir quando planejada, desejada e entre um casal com competência afetiva, econômica e social para sustentar, ou seja, a perspectiva de uma gravidez se deve dar num contexto de planejamento, estabilidade econômica e afetiva. Uma gravidez não planejada revela invariavelmente a exposição, a pelo menos, uma situação de risco: o sexo desprotegido.²³ Quando entrevistadas, mais da metade das gestantes (55% no alto risco e 67% no grupo controle) afirmaram não ter planejado a atual gestação. A falta de planejamento familiar parece não ter interferido no aumento do risco das gestantes estudadas, pois a falta de planejamento foi maior nas gestantes que compõem o grupo controle. (Tabela 2)

O pré-natal quando iniciado precocemente proporciona a possibilidade de investigar amplamente as possíveis intercorrências da gestação e intervir a tempo, oferecendo à gestante segurança e confiabilidade.²⁴ O Ministério da Saúde preconiza a captação precoce da gestante com a realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias do início da gestação e a realização mínima de seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.¹³ A maioria das gestantes de alto risco (83%) entrevistadas iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre e tinham mais de quatro consultas do pré-natal (86%) sendo que mais da metade (57%) se encontravam no terceiro trimestre da gestação no momento da entrevista. No grupo controle, a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre (74%), mais da metade tinha mais de quatro consultas do pré-natal (51%) sendo que 31% dessas gestantes se encontravam no terceiro trimestre da gestação no momento da entrevista e 3% das entrevistadas ainda não possuíam nenhuma consulta de pré-natal. O fato de mais gestantes do grupo de alto risco ter mais de quatro consultas de pré-natal é explicado pela própria condição de risco gestacional. (Tabela 2)

O pré-natal não pode consistir apenas em um repasse de informações à gestante. O pré-natalista deve levar em consideração que cada mulher é um sujeito único e que carrega consigo sua própria cultura, traduzida por meio de suas vivências, medos, dúvidas, crenças e expectativas. Quando a equipe de saúde não está empenhada para a importância da criação do vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento.²⁵ No presente estudo, a maior parte das gestantes de ambos os grupos que possuem intercorrência na gravidez atual (94% do alto risco e 24% do grupo controle) informou que não recebeu qualquer informação do seu pré-natalista sobre as dúvidas e respostas às suas intercorrências (54% e 15%, respectivamente). 6% das gestantes de alto

risco e 76% do grupo controle informaram que não possuíam intercorrência na gestação atual. (Tabela 2)

No grupo controle observou-se a associação da intercorrência atual com número de abortos prévios, número de gestações e de partos. Esses dados estão diretamente relacionados sexo desprotegido deixando a mulher vulnerável a inúmeras doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, esses dados indicam a falta de planejamento familiar e, a falta deste, também é um fator para gestação de risco. A gravidez deve surgir quando planejada, desejada e entre um casal com competência afetiva, econômica e social para sustentar, ou seja, a perspectiva de uma gravidez deve se dar num contexto de planejamento, estabilidade econômica e afetiva. Uma gravidez não planejada revela a exposição, a pelo menos, uma situação de risco: o sexo desprotegido.²³ Além do mais, gestantes cuja gravidez não foi planejada estão mais propensas ao uso de álcool, drogas, tabaco e à inadequação do ganho de peso durante a gravidez, podendo resultar em malformações fetais, recém nascidos prematuros e/ou de baixo peso.²⁶ (Tabela 3)

No presente estudo houve associação entre a intercorrência atual com a idade das gestantes entrevistadas no grupo controle. As gestações, tanto nas mulheres com idade de 40 anos, quanto nas adolescentes, apresentam aumento de risco de restrição de crescimento, sofrimento fetal e óbito intra-útero.¹² Gestantes de risco são as que se encontraram nos extremos de idade: menores de 15 anos ou menarca há menos de dois anos e maiores de 35 anos.² (Tabela 3)

Além disso, a intercorrência atual também teve relação com o número de filhos nascidos vivos no grupo controle. Há risco pela história reprodutiva anterior nuliparidade e grande multiparidade.²(Tabela 3)

No atual estudo, observou-se associação significativa entre intercorrência atual com condição clínica materna preexistente tanto no grupo controle como no alto risco. Condições como: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e neoplasias, podem interferir no curso da gestação se não tratadas e acompanhadas adequadamente. A condição de ser portadora de doença crônica associada com a intercorrência atual foi mais expressiva no alto risco que no grupo controle.² (Tabela 3)

Também foi encontrado associação significativa entre intercorrência atual e se houve ou não explicação das dúvidas da gestante pelo pré-natalista nos dois grupos estudados. O pré-natal também oferece a oportunidade da gestante orientar-se, tirar dúvidas, sanar a

ansiedade, avalia o estado de desenvolvimento do feto, orienta o preparo das mamas, estimula o aleitamento materno e a oportunidade de trocar experiências entre as gestantes através dos grupos, prática muito comum no Programa de Saúde da Família (PSF).²⁴ A condição de ter explicação do pré-natalista sobre suas dúvidas e a associação com a intercorrência atual foi mais expressiva no grupo controle que no alto risco. (Tabela 3)

No alto risco, houve associação entre intercorrência atual e a variável teto da casa forrado. O fato de o teto da casa ser ou não forrado nos faz pensar na qualidade de moradia da gestante e também na qualidade de vida da mesma, além de refletir indiretamente a renda familiar. (Tabela 3)

CONCLUSÃO

Este estudo verificou que o risco gestacional da população estudada predominou devido às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis (moradia própria, qualidade de moradia, idade, cor da pele da gestante), história reprodutiva anterior (número de gestações, abortos, partos e filhos nascidos vivos), condições clínicas pré-existentes (presença de doenças crônicas) e ausência de pré-natal que sanasse as dúvidas da gestante.

Os resultados desse estudo servem de parâmetros para os profissionais de saúde e os gestores identificarem dados que influenciem direta ou indiretamente o surgimento do risco de um desfecho indesejado. É útil também para ajudar a avaliar o serviço de pré-natal da cidade de Aracaju.

Referências:

1. Gomes R, Cavalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGPda. O sentido do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Rev latinoam enferm.* 2001 Jul; 9(4):62-7.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico.* 5ed. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2010.
3. Ministério da Saúde (BR), *Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

4. Cardoso AMR, et al. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? Diálogos possíveis. Universidade de Brasília - Departamento de saúde coletiva: 2007.
5. Lowy I. Detectando más formações, detectando riscos: dilemas do diagnóstico pré-natal. Horizontes antropológicos. Jan 2011; 17 (35):103-125.
6. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev bras saúde matern infant. 2007 Jul; 7(3): 309-317.
7. Serruya SJ, Lago TG, Cesatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. Rev bras saúde matern infant. 2004 Jul; 4 (3): 269-279.
8. Araújo BF, et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do hospital geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Rev bras saúde matern infant. 2005 Out; 5 (4): 463-469.
9. Rezende J, Montenegro CAB. Obsterícia Fundamental. 12º edição. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.
10. Silva GF, Peloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do noroeste do estado do Paraná. Rev esc enferm USP. 2009; 43 (1): 95-102.
11. Demozzi K, et al. A gestação nos extremos reprodutivos. In: VI Mostra interna de trabalhos de iniciação científica. Anais eletrônico. CESUMAR: Paraná, 2012.
12. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson: Tratado de Pediatria. 17 edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
14. Magalhães DRB, et al. Assistências pré-concepcional e pré-natal. In: ALVES FILHO, N. et al. (Orgs.). Perinatologia básica. 3. edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
15. Morais Neto OL, Barros MBA. Fatores de risco para a mortalidade neonatal e pós-natal na região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. Cad saúde pública. 2000; 16 (2): 477-485.
16. Osis MJD, et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no estado de São Paulo, Brasil. Rev saúde pública. 1993; 27(1).
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. 3 edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

18. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica número 29. Rio de Janeiro, 2012.
19. Rezende CN, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo in formação*. 2012 Jan; 16.
20. Aumann GME, Baird MM. Avaliação do risco em gestantes. In: Knuppel RA, Drukker JE. (Orgs). *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 13-36.
21. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev esc enferm USP* 2006; 40(3):381-8.
22. Siqueira C. Trombose na mulher. Artigo de revisão. *Rev da SOCERJ*. 2002 Jan; 15 (1).
23. Cerqueira-Santos E, et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicol estud*. 2010 Jan 15(1): 73-85.
24. Faria Júnior GF, Andrade M. A baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes do PSF Niágara configurando uma situação de risco para a gestação. *Informe-se em promoção de saúde*. 2005; 1(1).
25. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento. *Rev saúde pública*. 2009; 43(1):98-104.
26. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. *Indicadores do desenvolvimento sustentável. Dimensão social – Habitação*. Brasil, 2004.

VI. ANEXOS

Anexo 1 – MODELO DO FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU

QUESTIONÁRIO

Idade:

- 10 a 20 anos 21 a 30 anos
 31 a 40 anos 41 a 50 anos

Cor da pele:

- branca parda negra
 amarela (oriental) indígena

Estado civil:

- solteira casada viúva
 união está (vive junto) divorciada

Escolaridade:

- nunca estudou/analfabeta
 só assina o próprio nome
 nível fundamental incompleto
 nível fundamental completo
 nível médio incompleto
 nível médio completo
 nível superior incompleto
 nível superior completo

A gestante trabalha fora de casa?

- sim não

Se sim, qual a profissão da gestante?

Se sim, quantos turnos? _____**O companheiro trabalha?**

- Sim Não
 Não tem companheiro

Se sim, qual a profissão do parceiro? _____**Renda média da família (pessoas que residem na mesma casa):**

- menos de 1 salário mínimo
 1 a 2 salários mínimo
 3 a 4 salários mínimo
 mais de 4 salários mínimo

Mora com:

- sozinha pais
 esposo ou companheiro
 amigos parentes
 Outros _____

A residência onde vive é própria da família?

- Sim Não

A residência possui forro (teto forrado)?

- Sim Não

A residência possui banheiro?

- Sim, dentro de casa.
 Sim, fora de casa
 Não possui

A residência possui rede de esgoto?

- Sim Não

A residência possui água encanada?

- Sim Não

A residência possui luz elétrica?

- Sim Não

Quantas pessoas moram na residência (contando com a gestante):

- 1 a 4 5 a 8 Mais de 8

Quantos cômodos tem a residência (contando com o banheiro)?

- menos de 3(de 4 a 6 (mais de 7

Início da vida sexual com:

() antes de 9 anos () 9 a 18 anos

() Depois dos 18 anos

Número de parceiros que já teve:

() 1 a 3 () 4 a 7 () mais de 7

Método contraceptivo:

() nenhum () tabela

() coito interrompido () condom

() pílula () DIU

() Outros _____

A gestação atual foi planejada?

() Sim () Não

História de dificuldade para engravidar?

() Sim () Não

Gestações: _____ Partos: _____

Normal: _____ Cesárea: _____

Fórceps: () Sim () Não

Número de filhos nascidos vivos: _____

Abortos: () sim () não

Se sim: () espontâneo () provocado

Se espontâneo, qual a causa?

Nas gestações anteriores, teve alguma intercorrência durante a gravidez?

() Sim () Não

Se sim, qual intercorrência?

Na gestação atual tem alguma intercorrência?

() Sim () Não

Se sim, qual intercorrência?

O profissional com quem realiza o pré-natal explicou as causas e consequências desta intercorrência na gestação?

() Sim () Não () Não tem intercorrência

Acompanhamento do pré-natal com que profissional da saúde?

() Médico () Enfermeiro

() Auxiliar/Técnico de enfermagem

() Outro _____

Qual o meio de transporte (o mais usado) a gestante utiliza para ir às consultas de pré-natal? _____

Começou o pré-natal quando?

() Primeiro Trimestre

() Segundo Trimestre

() Terceiro Trimestre

Realizou quantas consultas no atual pré-natal?

() Nenhuma

() 1 a 3 () 4 a 7

() Mais de 7

Tem alguma doença prévia ou concomitante à gestação?

() Sim

() Não

Qual?

Anexo 2 – CÓPIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e participar na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado **“Caracterização epidemiológica da gestante de alto risco e sua relação com o prenatalista”** desenvolvido por Bruna Teixeira dos Santos, a quem poderei contactar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (079) 9161-7021 ou e-mail brunatds@yahoo.com.br. Fui informada, ainda, de que o projeto é orientado pela Prof. Dra. Júlia Maria Gonçalves Dias, da Universidade Federal de Sergipe.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o perfil da gestante de alto risco.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista para preenchimento de questionário, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e sua orientadora.

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Aracaju, ____ de _____ de 2014.

Orientadora Prof. Dra. Júlia Maria
Gonçalves Dias CPF: 507.414.894-49

Pesquisadora Principal Bruna Teixeira dos
Santos CPF: 981.842.885-49

Pesquisadora secundária Bruna Karoline
S. M. Monteiro CPF: 035804465-09

Assinatura do participante ou responsável

TABELAS

Tabela 1 – Variáveis socioeconômicas: das gestantes de alto risco e do grupo controle

Colunas1	Colunas2	Colunas3	Colunas4	Colunas5
Mora com				
Amigos	1	1	2	2
Esposo/comp.	93	93	78	78
Pais	6	6	0	0
Sozinha	0	0	3	3
Parentes	0	0	17	17
Renda familiar				
<1 salário mínimo	22	22	18	18
1 a 2 salários mínimos	68	68	65	65
3 a 4 salários mínimos	6	6	15	15
>4 salários mínimos	4	4	1	1
Pessoas que residem na mesma casa				
1 a 4	84	84	67	67
5 a 8	16	16	32	32
Mais de 8	0	0	1	1
Cor da pele				
Branca	19	19	18	18
Parda	57	57	57	57
Negra	24	24	24	24
Indígena	0	0	1	1

Oriental	0	0	0	0
Água encanada				
Não	6	6	4	4
Sim	94	94	96	96
Banheiro (dentro ou fora de casa)				
Não	1	1	1	1
Sim	99	99	99	99
Esgotamento sanitário				
Não	63	63	34	34
Sim	37	37	66	66
Teto forrado				
Não	81	81	70	70
Sim	19	19	30	30
Luz elétrica				
Não	1	1	1	1
Sim	99	99	99	99
Residência própria da família				
Não	50	50	47	47
Sim	50	50	53	53
Companheiro trabalha				
Não	6	6	6	6
Sim	90	90	85	85
Não tem companheiro	4	4	9	9
Escolaridade				
Analfabeta	3	3	2	2
Nível fundamental	43	43	38	38
Nível médio	48	48	50	50
Nível superior	6	6	10	10
Estado civil				
União estável	96	96	86	86
União não estável	4	4	14	14
Meio de transporte mais usado				
Carro/moto	0	0	2	2
A pé	0	0	32	32
Bicicleta	1	1	1	1
Carro	24	24	15	15
Moto	12	12	5	5
Ônibus	63	63	45	45

Tabela 2 – Variáveis obstétricas: das gestantes de alto risco e do grupo controle

	Alto Risco		Grupo Controle	
	N	%	N	%
Gestações				

1 a 2	62	62	62	62
3 a 4	33	33	24	24
5 ou mais	5	5	14	14
Partos				
0 a 2	92	92	85	85
3 a 5	8	8	13	13
Mais de 5	0	0	2	2
Abortos (espontâneo ou provocado)				
Não	76	76	77	77
Sim	24	24	23	23
Parto cesáreo				
0 a 1	86	86	90	90
2 a 3	12	12	8	8
Mais de 3	2	2	2	2
Parto normal				
0 a 1	78	78	80	80
2 a 3	20	20	11	11
Mais de 3	2	2	9	9
Contraceção				
Hormonal	64	64	45	45
Comportamental	1	1	5	5
Horm + Barreira	3	3	9	9
Horm + DIU	0	0	1	1
Barreira	5	5	15	15
Horm + Comp + Bar	0	0	6	6
DIU	1	1	0	0
Horm + comport	5	5	0	0
Nenhum	21	21	19	19
Dificuldade de engravidar				
Não	88	88	90	90
Sim	12	12	10	10
Gestação planejada				
Não	55	55	67	67
Sim	45	45	33	33
Filhos nascidos vivos				
0 a 1	74	74	70	70
2 a 3	23	23	18	18
4 a 5	3	3	12	12
Idade gestacional no momento da entrevista				
Primeiro trimestre	0	0	8	8
Segundo trimestre	43	43	61	61
Terceiro trimestre	57	57	31	31
Idade gestacional quando iniciou o pré-natal				
Primeiro trimestre	83	83	74	74
Segundo trimestre	17	17	26	26

Terceiro trimestre	0	0	0	0
Intercorrência atual				
Não	7	7	78	78
Sim	93	93	22	22
Intercorrências anteriores				
Não	65	65	78	78
Sim	35	35	28	28
Consultas de pré-natal				
1 a 3	14	14	46	46
4 a 7	41	41	43	43
Mais de 7	45	45	8	8
Nenhuma	0	0	3	3
Pré-natalista explicou intercorrência				
Não	54	54	15	15
Sim	40	40	9	9
Não tem intercorrência	6	6	76	76
Profissional pré-natalista				
Enfermeiro	1	1	4	4
Médico	10	10	35	35
Enfermeiro + médico	89	89	60	60
Não tem	0	0	1	1
Doença prévia				
Não	74	74	85	85
Sim	26	26	15	15
Total	100	100	100	100

Tabela 3 – Tabela de associação: das gestantes de alto risco e do grupo controle

	Alto Risco		Grupo controle		
	P	Coefficiente de correlação	p	Coefficiente de correlação	
Aborto	0,537		0	0,004	0,08
Gestações	0,031		0,05	0,004	0,08
Partos	0,423		0,1	0,001	0,1
Cirurgia de útero	0,136		0,02	0,334	0,01
Gestação planejada	0,907		0	0,25	0,01
Filhos nascidos vivos	0,423		0,01	0,001	0,1
Intercorrências anteriores	0,218		0,02	0,503	0
Doenças prévias	0		0,21	0,012	0,06
Contracepção	0,614		0	0,912	0
Dificuldade de engravidar	0,339		0,01	0,339	0,01
Idade gestacional	0,315		0,01	0,404	0,01
Profissional do pré-natal	0,125		0,02	0,283	0,01
Profissional explicou	0,025		0,05	0	0,35
Consultas de pré-natal	0,272		0,01	0,709	0
Idade	0,493		0	0,006	0,07

Estado civil	0,152	0,02	0,032	0,05
Gestante trabalha	0,446	0,02	0,753	0
Companheiro trabalha	0,616	0	0,122	0,02
Cor da pele	0,438	0,01	0,029	0,05
Escolaridade	0,78	0	0,56	0
Renda familiar	0,616	0	0,754	0
Meio de transporte	0,2	0,02	0,162	0,02
Mora com	0,02	0,05	0,628	0
Cômodos	0,365	0,01	0,268	0
Pessoas residem	0,351	0,01	0,707	0
Água encanada	0,493	0	0,883	0
Banheiro	0,785	0	0,059	0,04
Esgoto	0,051	0,04	0,444	0,01
Teto forrado	0,007	0,07	0,835	0,01
Luz elétrica	0,785	0	0,597	0
Residência própria	0,05	0,04	0,036	0,04