

Artigo original

PERSPECTIVAS EPIDEMIOLÓGICAS DO PRÉ-NATAL: UMA INVESTIGAÇÃO REALIZADA NA IV MEGA-AÇÃO DA FACENE/FAMENE

Mônica Dias Palitot¹
Allyson Kennedy Pereira de Sousa²
Francisco de Assis Toscano de Brito³
João Rodrigues Junior⁴
John Allexander de Oliveira Freitas⁴
José Jackson Garrido de Andrade⁴

RESUMO

O pré-natal é um processo de extrema importância e deve ser encarado como um procedimento *sine qua non* para todas as gestantes, independente de idade, classe social, raça ou região, pois somente a partir desse acompanhamento será possível detectar problemas tanto na mãe quanto no bebê. Devido à importância deste assunto resolveu-se realizar na IV Mega-Ação Social organizada pela FACENE/FAMENE, a coleta de dados através de questionário padronizado para a averiguação de informações junto às mulheres grávidas, ou mães, sobre o pré-natal por elas realizado. Trata-se de um estudo descritivo, realizado no mês de novembro 2006, durante a IV Mega-Ação das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança. Foram entrevistadas nesse dia 93 mulheres que já haviam tido filhos ou estavam grávidas. Foi utilizado um formulário estruturado com perguntas abertas e fechadas. As mulheres foram informadas sobre o objetivo do estudo e com suas anuências, as entrevistas foram realizadas. Os dados estão apresentados de forma descritiva, mediante frequência absoluta e relativa. As entrevistadas variavam na faixa etária entre 16 a 68 anos. Com relação ao grau de escolaridade, 72%, possuíam o ensino fundamental incompleto. A partir da análise dos resultados observou-se que 84% afirmaram ter realizado o pré-natal, e destas, 56% realizaram o pré-natal em hospitais. Com relação aos abortos ocasionados por motivos naturais foram prevalentes 81%. A anemia (53,7%) foi o problema de saúde mais citado pelas mulheres; relacionado ao tipo de parto, 64% afirmaram que foi natural. Quando se questionou sobre os sintomas da depressão 4,5% afirmaram tê-los apresentado durante a gestação. A partir dos dados coletados observou-se que o índice de realização do pré-natal no grupo pesquisado foi satisfatório, embora o índice de aborto ainda seja muito alto, o que alerta para a necessidade de um acompanhamento mais contundente.

Palavras-chave: Pré-natal. Sintomas. Assistência.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Prof^a de Psicologia, Epidemiologia e Metodologia da Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa-PB.

² Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Prof. da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa-PB.

³ Mestre em Políticas Públicas pelo PPGSS/UFPB. Prof. de Sociologia e de Antropologia Filosófica da FACENE, João Pessoa-PB.

⁴ Discentes do 6º Período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa-PB.

INTRODUÇÃO

O pré-natal é um tema de extrema importância tanto para as mulheres quanto para as políticas públicas de saúde brasileira. Sendo assim, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza ser primordial o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, ou seja, ir além dos procedimentos clínicos transcendendo os limites físicos, incorporando a informação e a educação na rotina do atendimento, com vista à promoção da saúde (BRASIL, 2000).

Segundo Davin (2003), a assistência pré-natal reúne um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde das gestantes e do feto. O pré-natal é um acompanhamento da evolução da gestação, geralmente realizado pelo obstetra, procurando cuidar da saúde da mulher e do bebê até que o parto ocorra. Contudo, esse processo vai além do cuidar da saúde física, pois é durante o pré-natal que a mulher recebe orientações sobre sua gravidez, os cuidados que deve ter nesse período, a nutrição, exercícios, trabalho de parto, parto, aleitamento e outros temas. Esse deve ser também um momento para que ela possa conversar sobre suas dúvidas e seus medos, de ter um apoio.

Para Neme e Maretti (2000), a assistência ao pré-natal deve ser realizada a partir da organização de serviços que, mesmo parecendo simples, são fundamentais, tais como: 1- dar início à assistência no primeiro trimestre da gestação, a fim de permitir, precocemente, ações preventivas, educativas e terapêuticas; 2- realizar o controle periódico, contínuo e extensivo da população-alvo para que seja facilitado o fluxo de informações com os serviços de saúde no sistema de referência e contra-referência, exigindo-se, assim: ficha pré-natal, cartão da gestante e mapa de registro diário das ocorrências; 3- pessoal devidamente treinado e capacitado (médicos e enfermeiros); 4- área física ampla e adequada; 5- instrumental e equipamentos mínimos; 6- apoio laboratorial mínimo; 7- avaliações periódicas das ações da assistência prodigalizadas, a fim de se considerar mudanças estratégicas e funcionais. Para tanto, considerar os resultados obtidos em relação a morbiletalidade materna e perinatal da população

assistida; 8- reserva de medicamentos básicos.

Nessa pesquisa, um dos aspectos abordados no questionário aplicado diz respeito ao local onde a mulher realizou ou realiza o seu pré-natal, se em hospital ou postos de saúde. Contudo, não se realizou, nesse momento, uma averiguação desses locais a fim de constatar se os mesmos obedecem à organização dos serviços preconizados por Neme e Maretti (2000).

O pré-natal está relacionado, sobretudo, com a prevenção, pois no decorrer deste, torna-se possível detectar patologias que poderão intervir no bem-estar físico e psicológico tanto da mãe quanto do bebê e, a partir de então, tomar as providências necessárias para o restabelecimento e/ou o não-aparecimento de problemas futuros.

Tendo em vista a escassez de pesquisas realizadas na região Nordeste, e sobretudo na Paraíba, objetivou-se, a partir deste estudo, averiguar como está sendo, ou foi, a realização do pré-natal pelas mulheres de uma classe econômica menos favorecida da cidade de João Pessoa, e quais os problemas de saúde por elas detectados durante o pré-natal. Nossa pesquisa teve a participação de 95 mulheres, que já fizeram ou estão fazendo o pré-natal, e que se encontravam presentes na IV Mega-Ação Social da FACENE/FAMENE.

Veremos que no Brasil, apesar de ter ocorrido um grande avanço, ainda existem vários aspectos que devem ser melhorados com relação às políticas de saúde pública, e nesse contexto encontramos os exames periódicos do pré-natal. Assim, esperamos que esses resultados possam auxiliar na melhoria desse serviço.

OBJETIVO GERAL

Verificar, junto às mulheres, mães ou gestantes, que participaram da IV Mega-Ação Social da FACENE/FAMENE, realizado em novembro de 2006, dados epidemiológicos sobre a realização do pré-natal.

Objetivos Específicos

- Averiguar o nível de escolaridade das mulheres mães ou gestantes que participaram da IV Mega-Ação

Social da FACENE/FAMENE, realizada em novembro de 2006 e que fizeram o pré-natal.

- Analisar quais os sintomas mais presentes durante esse pré-natal.
- Verificar onde foi realizado esse pré-natal.
- Obter informações que possam auxiliar os gestores na melhoria do atendimento às gestantes no pré-natal realizado no sistema de saúde pública.

O PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A história demonstra que o pré-natal é um procedimento recente em nossa sociedade, pois até as primeiras décadas do século XX as gestantes não eram levadas a hospitais para terem seus filhos, e pouco se estudava sobre o que se passava com o bebê enquanto ele estava dentro do útero, sendo nutrido pelo cordão umbilical. Só após a Segunda Guerra Mundial, a saúde das mães e do feto, durante a gestação e o parto, passaram a ser mais valorizados.

O grande marco desse avanço foi sem dúvida a descoberta da ultra-sonografia na década de 70, técnica que finalmente permitiu a visualização do organismo do bebê e a forma como ele se desenvolve no ambiente intra-uterino. Já na década de 80, foram desenvolvidos exames de retirada do líquido amniótico (amniocentese) e diferentes tipos de análises de sangue e sorológicos, proporcionando uma avaliação mais precisa das condições físicas da mãe e do feto.

Segundo Tanaka (1995), a preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gravidez revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade. Contudo, o que podemos observar no Brasil é que o acesso ao pré-natal ainda traz diferenças quanto à região, escolaridade e residência.

Dados da Pesquisa Nacional de

Demografia e Saúde (PNDS) em 1996, da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) 14,3% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam à pesquisa não haviam recebido nenhuma consulta de pré-natal, sendo 7,6% na cidade e 30,3% no campo. As diferenças regionais estão bem claras quando temos índices como o do Rio de Janeiro, que apresentava a menor taxa de mulheres sem cobertura pré-natal, de 3,8%, em contraste com a falta de consultas para 25,2% das mulheres nordestinas e 17,1% das mulheres na Região Norte.

Ainda, segundo o PNDS, relacionado à escolaridade temos que 42,6% das mulheres sem pré-natal eram analfabetas e 27% haviam cursado apenas de um a três anos de estudo, totalizando 69,6%. Isto é, as mulheres que tinham problemas de acesso ao pré-natal estavam nos locais e regiões mais pobres e tinham menos possibilidade de educação formal, convergindo diferentes graus de exclusão social.

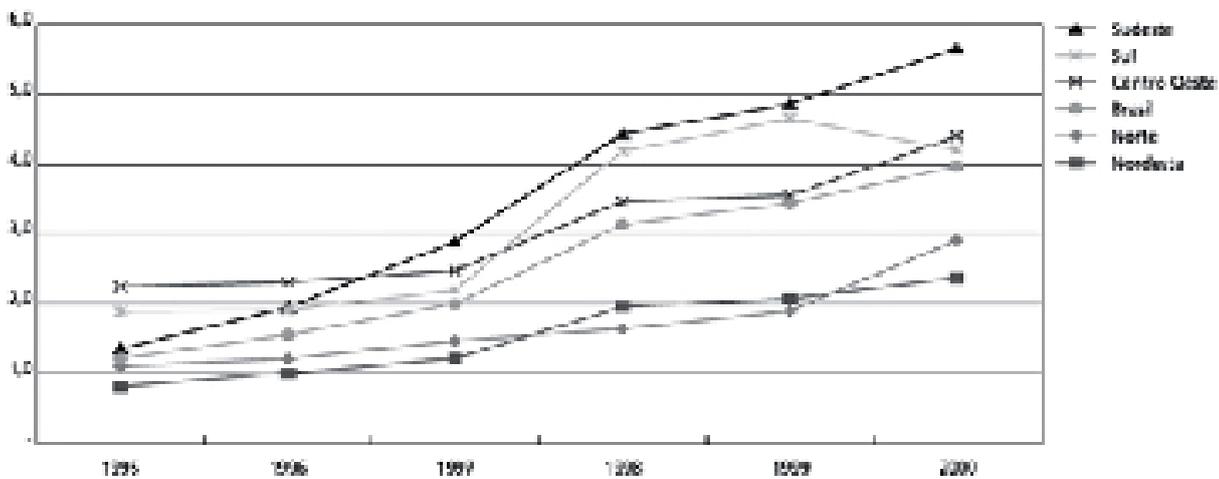
Cecatti (2004) observou que os dados coletados na PNDS em 1996 apresentavam aspectos semelhantes aos declarados no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) nos últimos anos. Em 1997, 49,8% e em 1998, 49,5% das mulheres declararam ter realizado mais de sete consultas de pré-natal. As desigualdades regionais permanecem: no Sudeste, o percentual encontrado é de 58,6%; e de 38,6% na região Norte.

Nos anos de 1997 e 1998 houve um aumento significativo na realização do pré-natal, tendo em vista a inclusão do seu acompanhamento no conjunto de ações básicas que deveriam ser desenvolvidas pelos municípios (Figura 1). Embora o número absoluto de consultas tenha aumentado, a razão nacional em 2000 era de quatro e, para que todas as mulheres conseguissem realizar seis consultas, seria necessário um incremento de mais de cinco milhões de consultas de pré-natal por ano. Esse crescimento de 50% para o país deveria representar um aumento de 105% para a Região Norte e de 150% para os estados do Nordeste. (Ibidem)

Vianna (2001) demonstra que em pesquisas recentes sobre as desigualdades de saúde no Brasil encontra-se entre os indicadores de qualidade selecionados,

Figura 1

Relação entre o número de consultas de pré-natal e parto. Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e Regiões de 1995 a 2000.



Relação prenatal / partos

Fonte: Ministério de Saúde. DATASUS

o percentual de mulheres que receberam pelo menos seis consultas de pré-natal. Indicando que na correlação entre taxa de pobreza e cobertura pré-natal, os autores afirmam que esta é inversamente proporcional, ocorrendo, no entanto, interferência de outros fatores. O resultado dessa correlação apontou que a maioria dos estados com cobertura de pelo menos seis consultas de pré-natal apresentava um nível econômico compatível com o esperado para a realização dessas consultas e que a cada redução de 10% na taxa de pobreza haveria o aumento de 7% na cobertura pré-natal, ratificando o vínculo entre assistência e renda.

Com a implementação e avanço da assistência ao pré-natal na rede pública de saúde, principalmente, a recomendação é que esse acompanhamento tenha início assim que a gestação seja diagnosticada, para que se possa, além de fortalecer a adesão da gestante ao pré-natal, seja possível, também, diagnosticar possíveis fatores de risco. Os dados da PNDS apontam que 66% das mulheres iniciaram o pré-natal até o terceiro mês. As diferenças em relação às regiões e localização são as mesmas que as encontradas para a questão do acesso: assim, a taxa de captação precoce rural é de 45,7% e a urbana de 72,7%, e as regiões Nordeste e Norte apresentam as menores taxas, de 51,9% e 55,7% respectivamente.

(Ibidem)

Embora tenha havido um grande avanço quanto à conscientização junto às mulheres da necessidade de realização do pré-natal, e da implementação deste junto à atenção básica de saúde, ainda podemos observar a existência de diferenças quanto ao grau de escolaridade, regionalização e condições de atendimento diferenciadas nas zonas urbanas e rurais.

Faz-se mister também a implantação de um atendimento multidisciplinar às gestantes, pois o pré-natal envolve, além das transformações físicas, mudanças em outros níveis, como o psicológico. Portanto, acreditamos que a assistência à mulher na gestação só deveria ser considerada como concluída após a consulta puerperal, pois então seria possível detectar alterações, tais como a depressão e a anemia.

Pré-Natal sob a óptica da responsabilidade da(o) enfermeira(o)

Segundo Gaio (2004), os objetivos principais da consulta pré-natal são a avaliação e estado de saúde materno e fetal, a identificação de fatores de risco que possam alterar o equilíbrio da gravidez e a determinação da idade gestacional. A partir dessa análise inicial deve ser definido um plano de acompanhamento onde deve

ser realizado por meio de monitoramento contínuo da sala de materno e fetal, no sentido de ampliar o grau e complexidade de atendimento sempre que necessário.

Relacionado ao papel da enfermagem é de suma importância que no pré-natal a(o) enfermeira(o) fique atenta(o) para interpretar a percepção que a gestante está tendo com relação a aspectos, como: família, mudanças físicas, psicológicas e sociais, pois esta é uma experiência única que envolve várias dimensões. O profissional de enfermagem deve estar sempre atento à realidade do cliente e não se preocupar apenas em impor o seu conhecimento, pois, caso isto aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Uma comunicação eficiente entre profissionais e paciente é a base para a eficiência de qualquer tratamento, e sobretudo para o empenho da mulher no seu auto-cuidado.

Na primeira consulta, como preconiza Barros (2002), estabelecem-se as primeiras reações, positivas e negativas entre a gestante e o profissional. Dessa forma, é fundamental que o profissional conquiste a confiança e simpatia da gestante, recebendo-a de maneira atenciosa para que se estabeleça um vínculo que auxilie no sucesso e na continuidade da assistência; o envolvimento do companheiro e/ou da pessoa significativa para a gestante nesse processo é também imprescindível.

A primeira consulta deve acontecer, preferencialmente, entre seis a oito semanas (ou em qualquer idade gestacional); pode ser realizada na unidade básica de saúde, em hospitais ou por meio da visita domiciliar. Nessa consulta deve ser efetuado um plano de acompanhamento da gravidez, obedecendo aos intervalos de 4 semanas até a 32ª semana de gravidez; 2ª semana da 32ª a 36ª semana de gestação.

Segundo Resende e Montenegro (2003), devem ser solicitados na primeira consulta pré-natal alguns exames de rotina, tais como: hemograma completo; tipagem sanguínea (quando não realizado anteriormente); glicemia de jejum; VDRL (sorologia para Lues); Sorologia para HIV; EQU e uro-cultura e o citopatológico cervical e exame direto de secreção vaginal.

Além desses existem vários exames diagnósticos que podem ser usados para

completar a história e o exame físico da gestante. Contudo, cada instituição tem seus exames padronizados, que devem ser realizados em todas as gestantes. Caso haja a necessidade de outros exames, podem ser acrescentados, de acordo com as necessidades de cada paciente (BRANDEN, 2000).

Com o término dos exames físicos e a conclusão da história de saúde, a(o) enfermeira(o) deve analisar os dados e formular os diagnósticos de enfermagem pertinentes. Dentro das possibilidades, deve envolver a paciente no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem apropriados, pois essa participação irá originar uma sensação de responsabilidade, preservará a livre escolha da mulher e reforçará sua capacidade de solucionar problemas (idem).

Após as avaliações e não tendo sido constatado risco na gravidez, o intervalo entre as consultas pode seguir o calendário-padrão com intervalos de quatro semanas até a 32ª e duas semanas até a 36ª semana. A partir disso, as consultas devem ser agendadas com intervalos de uma semana até a ocorrência do parto. Nas consultas subseqüentes, os procedimentos adotados pelos profissionais de uma forma multidisciplinar deverão envolver: a leitura do prontuário; anamnese atual; cálculo da anotação da idade gestacional; exame físico geral e obstétrico; determinação de peso; medida da pressão arterial; inspeção das mucosas; inspeção das mamas; mensuração da altura uterina e da circunferência abdominal; palpação obstétrica; ausculta dos batimentos cardíacos fetais; pesquisa de edema; toque vaginal, exame especular e outros, se necessário; acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados; realização de ações e práticas educativas; agendamento de consultas subseqüentes.

Na maioria das vezes, cabe ao profissional da enfermagem a responsabilidade de orientar a paciente e sua família sobre os riscos potenciais durante o período pré-natal e a promoção de saúde necessária para a mãe e o feto.

Segundo Barros (2002), é papel também da enfermagem conhecer os hábitos alimentares da gestante e de avaliar se ela está realizando uma ingestão alimentar em quantidade e qualidade suficientes

para as necessidades aumentadas durante a gestação; para tal é necessário que a gestante relate quais os alimentos ingeridos nas 24 horas diárias, em quais quantidades, como os alimentos são distribuídos nas refeições, em que horário são realizadas e quais os intervalos entre elas.

É de fundamental importância na assistência pré-natal as recomendações alimentares, levando-se em conta a realidade da gestante, como os fatores socio-culturais, econômicos, hábitos e tabus alimentares, entre outros, especialmente nas gestantes que relatam uma dieta inadequada em relação à quantidade e à qualidade alimentar, os autores sugerem então que nesses casos as consultas sejam remarcadas em intervalos menores que os fixados no calendário habitual. Para a avaliação do estado nutricional da gestante, além dos fatores citados, utiliza-se um nomograma e um gráfico de ganho ponderal, que deve se situar entre oito e doze quilos para uma gestante normal.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo:

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal.

Área de Estudo

O estudo foi realizado no decorrer da IV Mega-Ação Social, evento promovido pelas Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança, em novembro de 2006, com as mulheres presentes ao evento, que tivessem filhos ou que estavam grávidas. Seguindo os preceitos éticos da Resolução nº 196/96 CNS/MS, que trata da pesquisa com seres humanos, a todas as mulheres foi esclarecido os objetivos do estudo e solicitado a sua participação espontânea. Trata-se de uma amostra de conveniência, por ser um evento que propicia a presença de inúmeras mulheres advindas de uma parcela mais carente da população.

População de Estudo

O estudo teve como população mulheres que se encontravam grávidas ou que já tinham filhos, perfazendo um total de

95 mulheres, com idade variando entre 16 e 79 anos, sendo que 03 questionários foram desprezados por conter problemas que poderiam influenciar nos resultados da pesquisa.

Fontes de Dados

Os dados foram coletados através de um questionário apresentado às mulheres, havendo coleta de dados referente à realização ou não do pré-natal durante a gestação, grau de escolaridade, idade, número de filhos, se fumante ou não, se havia abortado ou não (em caso afirmativo, se natural ou provocado), sintomas mais presentes durante a gravidez e local onde foi ou está sendo realizado o pré-natal.

Plano de análise

Para análise foram utilizadas tabelas com distribuição das frequências das variáveis. Para a apresentação dos dados de forma tabular foi utilizado o Excel 2000, produzido pela Microsoft Office e o programa Bioestat versão 4.0.

RESULTADO E DISCUSSÃO

As análises evidenciaram que o atendimento nos serviços públicos de saúde, a baixa escolaridade materna e a ausência de companheiro são fatores associados ao uso inadequado dos cuidados pré-natais. Delvaux *et al.* (*apud* ALMEIDA, 2005), estudando as barreiras para o cuidado pré-natal na Europa, concluíram, de forma semelhante, que o pré-natal inadequado foi proporcionalmente maior entre mulheres com renda não regular, com baixo nível educacional, com menos de 20 anos, solteiras e que não planejaram a gravidez.

O Brasil tem avançado muito no que diz respeito à saúde pública e à implementação do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. Tem sido um dos grandes responsáveis pela diminuição, dos ainda altíssimos índices de mortalidade materna e infantil. Podemos assim observar que grande parcela das mulheres tem se preocupado em realizar o acompanhamento durante a gestação. Como demonstrado no gráfico acima, de uma amostra de 95 mu-

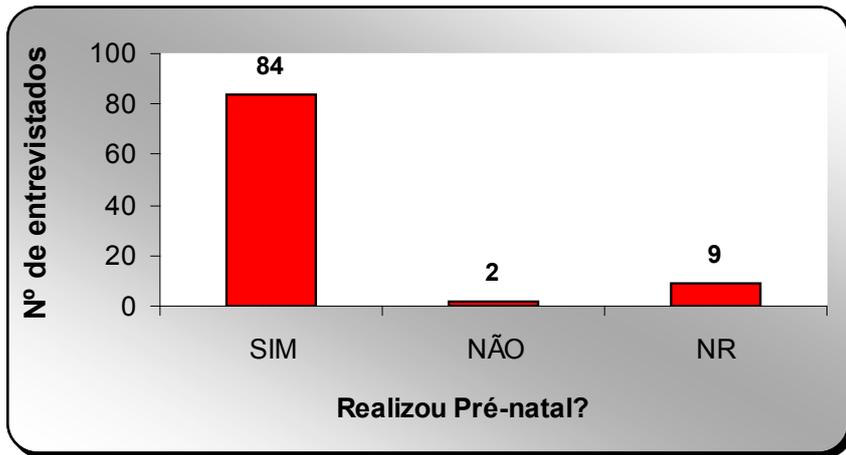


Figura 1- Mulheres presentes na IV Mega Ação Social com relação à realização do pré-natal.

lheres, 84 realizaram o pré-natal, enquanto apenas 02 não o fizeram. Da amostra, 09 não responderam à questão.

contínuo e perseverante junto à população para que o pré-natal seja realizado nas próprias Unidades, diminuindo assim as superlotações das maternidades.

Ao qu
onde foi re
afirmou te
mais especi
o PSF ficou
de 30 mulh
pergunta.
com a imp
Saúde da
procura ain
devendo-se

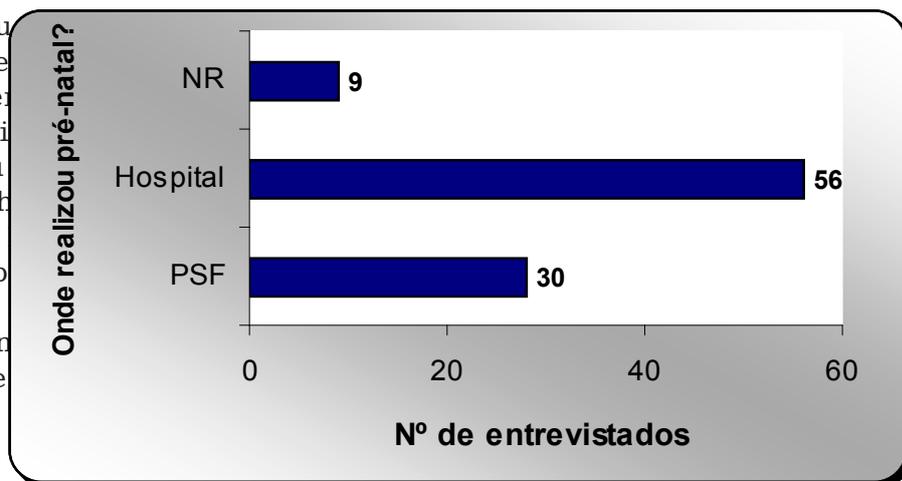


Figura 2- Local onde foi realizado o pré-natal segundo as mulheres pesquisadas.

4% declara-
da realiza-
aram estar
casadas, 26% disseram encontrar-se
separadas; 16% afirmaram manter união
estável; 1% declarou estar viúva e 1% não
respondeu. Podemos observar nesta amostra
que a maioria está solteira, e também grande
parte das mulheres está separada, um total
de 57%, ocasionando uma nova realidade
na nossa sociedade, que é a mulher como

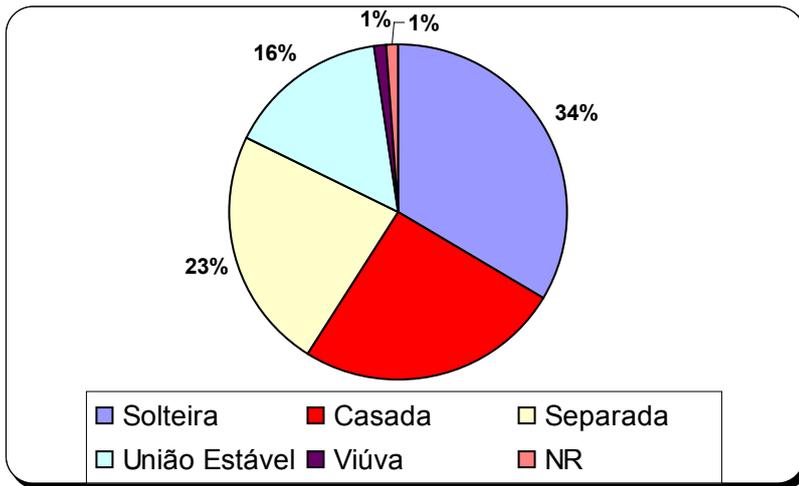


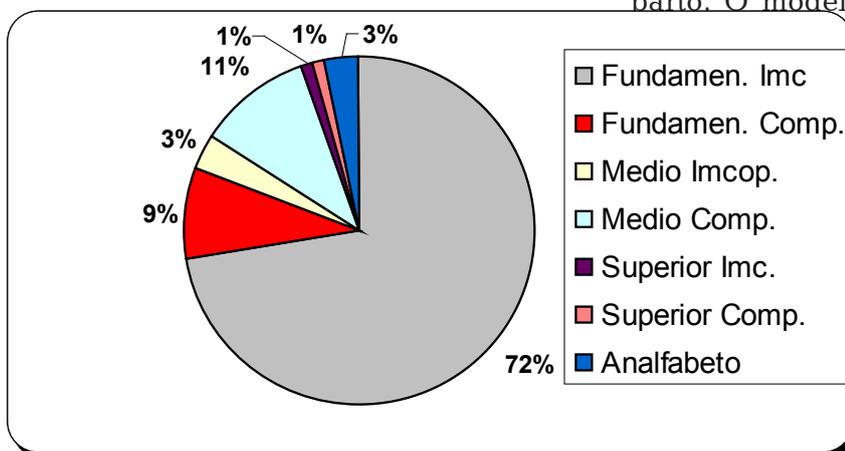
Figura 3- Situação do Estado civil das mulheres pesquisadas.

responsável e provedora do lar e dos filhos, criando-os sem a presença do pai. Dados estatísticos demonstram ser cada vez mais comum, filhos de mães solteiras ou de pais se-parados. Esta situação também faz emergir problemas como a depressão pós-parto, e como foi afirmado anteriormente por Delvaux *et al.*, poderá acarretar um pré-natal inadequado.

Neste gráfico temos a confirmação de inúmeras pesquisas realizadas quanto ao grau de escolaridade das pessoas pertencentes a uma camada mais pobre da população, com 72% das mulheres que afirmaram não ter concluído o ensino fundamental; 9% afirmaram ter concluído o ensino fundamental; 11% declararam ter o ensino médio completo; 3% disseram não ter completado o ensino médio; 3% admitiram ser analfabeta e apenas 1% das entrevistadas declarou ter o ensino superior

completo e a mesma quantidade declarou não ter concluído o curso superior.

Não foi possível, neste momento, questionar os motivos da não-conclusão dos estudos. Mas evidencia-se neste resultado a importância de uma comunicação clara e objetiva por parte dos profissionais, para que as recomendações possam ser seguidas de forma adequada.



Ao questionamento relacionado ao tipo de parto realizado pelas mulheres, a maioria (64%) disse ter sido normal, reforçando um incentivo dado pelo Governo Federal para a realização desse tipo de parto. O modelo oferecido pelo SUS é o incentivo, do parto normal, com a participação da mulher bastante

no Brasil, temos o convênios de parto típico mais adequados a cada cenário.

Figura 4- Nível de escolaridade das mulheres sujeitos da pesquisa.

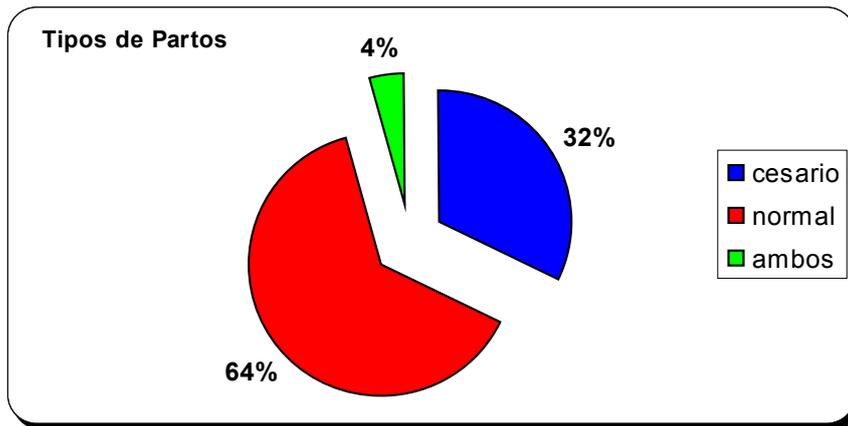


Figura 5- Tipo de parto realizado pelas mulheres pesquisadas.

rio: para as mulheres do SUS em geral e dos convênios mais baratos, o modelo mais recorrente seria o parto vaginal com os procedimentos do parto típico, sem o recurso a peridural, e eventualmente a cesárea.

No entanto, estudos indicam que nos serviços em que as mulheres podem negociar mais, os modelos mais prevalentes seriam o da cesárea (eletiva, negociada no pré-natal, ou indicada com menos ou mais critério no decorrer do parto) e, na minoria dos casos, do parto vaginal típico com a peridural. Mesmo na classe menos favorecida, como é o caso dos sujeitos desta pesquisa, temos a presença de um significativo número de cesarianas, tendo em

vista que 32% das mulheres responderam ter tido filhos através desse tipo de parto, enquanto 4% afirmaram ter tido filhos em ambas as modalidades.

Das mulheres pesquisadas que já haviam sofrido aborto, 81% disseram ter sofrido aborto espontâneo, natural. Enquanto 19% disseram ter provocado o aborto. Pesquisas demonstram que aproximadamente 25% de toda gravidez termina em aborto durante as primeiras 16 semanas, estimam os médicos. Como alguns ocorrem num tempo ainda menor (por volta de 20 dias), existem mulheres que abortam sem nem saber que estavam grávidas.

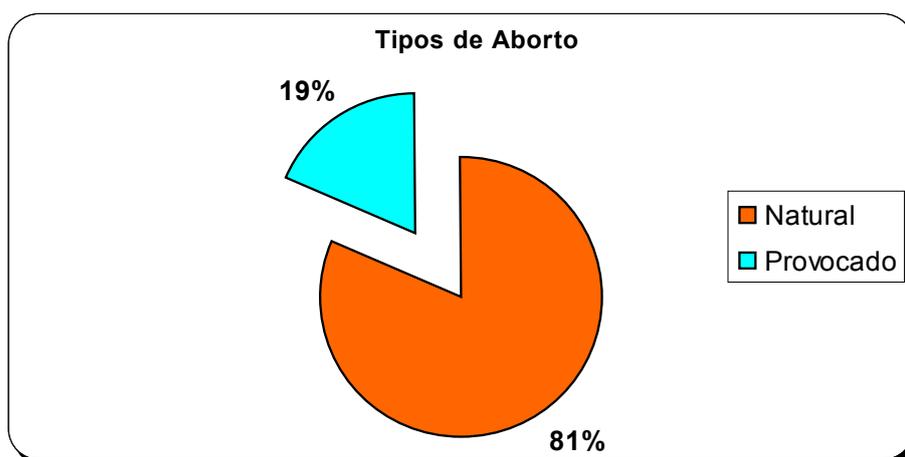
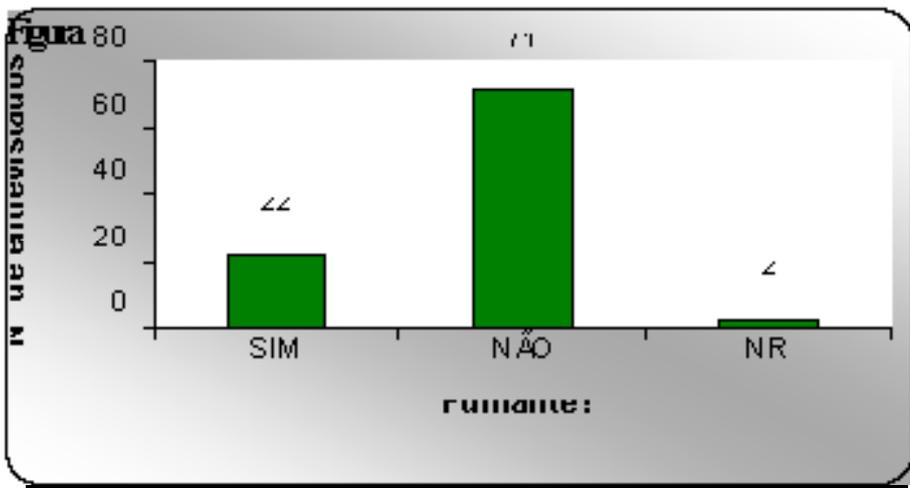


Figura 6- Incidência do aborto e tipo de aborto ocorrido nas mulheres pesquisadas.

Do total das mulheres pesquisadas durante a Mega-Ação Social, a maioria respondeu não ser fumante (71%), enquanto 22% responderam fazer uso do cigarro. Do total, 02 não responderam. Estamos vivenciando uma época de campanhas antitabagismo, tendo em vista os males que o cigarro acarreta. No caso das mulheres grávidas e fumantes, o cigarro afetará principalmente ao feto que poderá nascer com várias seqüelas decorrentes do cigarro.



mas propostos pelo ma prevalência da significativo, 53,7%. anemia foi referida como a principal causa ou consequência, com a desnutrição. Conforme pesquisas, a anemia durante a gravidez é um dos principais problemas de saúde de muitos países em desenvolvimento, onde as mulheres, a malária e outras

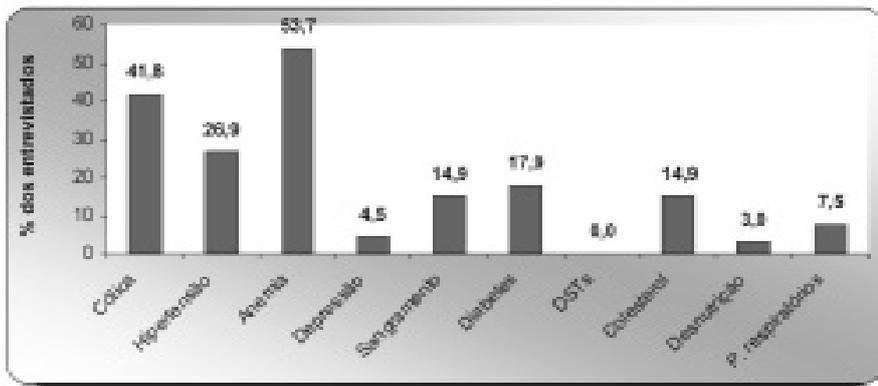


Figura 8- Sintomas mais freqüentes durante a gravidez, segundo as mulheres pesquisadas.

infecções parasitárias contribuem para uma maior morbidade e mortalidade materna e perinatal.

As cólicas aparecem em segundo lugar em 41,8 % das mulheres, dores estas que podem estar relacionadas a inúmeras causas e é o tipo de sintoma que alerta a mulher grávida no 1º trimestre, que é hora de procurar o seu médico. Em alguns casos, as cólicas e dores abdominais são sintomas que poderão ser observados durante toda a gestação, e sem nenhuma repercussão à

gravidez.

Em terceiro lugar aparece a hipertensão com 26,9%, o diagnóstico da hipertensão, principalmente da crônica, é de suma importância na prevenção de quadros como os de descolamento prematuro da placenta, causa importante de óbitos maternos e fetais. Como doença oligo ou assintomática, sua detecção torna indispensável o uso de uma técnica muito simples e de baixíssimo custo, a aferição da pressão arterial em todas as consultas de

pré-natal.

Em seguida temos a presença do diabetes com 17,9%; sangramento e colesterol empastados com 14,9%; 7,5% com problemas respiratórios; 4,5% disseram ter tido sintomas de depressão; 3% sofreram de desnutrição e não houve a presença de nenhum relato de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reputamos esta pesquisa como sendo de suma importância, pois revela informações reais de uma parcela da população a quem são dirigidas as políticas públicas de saúde, no caso da nossa amostra, mulheres residentes em alguns bairros da periferia de João Pessoa, que se encontravam presentes durante a IV Mega-Ação Social da FACENE/FAMENE, evidenciando a necessidade da realização do pré-natal como uma condição *sine qua non* para o desenvolvimento de uma gravidez saudável tanto para a mãe quanto para o filho. Alguns resultados obtidos vêm a corroborar os índices de outras pesquisas realizadas em âmbito nacional, tais como as questões que abordam as condições sociodemográficas.

Os resultados obtidos demonstraram que mais de 80% das mulheres pesquisadas realizaram o pré-natal, mas embora seja um percentual relativamente alto, o ideal é que se atinjam os 100%. Verificou-se também que relacionado ao local onde foi realizado o pré-natal, o hospital ainda se encontra em primeiro lugar, embora a tendência natural seja as mulheres virem a realizar mais no PSF, tendo em vista a disponibilidade deste nos bairros. Com relação aos sintomas apresentados durante a gestação detectou-se a presença da anemia, desnutrição e problemas respiratórios que podem ter a sua origem no fato das condições de moradia e alimentação a que está sujeita.

Quanto ao aborto observou-se, infelizmente, um alto índice de abortos espontâneos, demonstrando ainda mais a necessidade da realização de um pré-natal bem feito, para que se possa evitar esse fato tão doloroso para todos, e especialmente para a mãe.

Os resultados obtidos corroboraram o conhecimento existente a respeito da

hipertensão, que é tida como um dos maiores agravos à saúde da mulher durante a gestação, ocasionando, inclusive, um elevado número de óbitos tanto da mãe quanto do nascituro. Contudo, durante o pré-natal, esta poderá ser detectada, tratada e acompanhada até o parto, evitando assim danos maiores. Os índices de depressão nesse contexto também nos alertam para a sua presença e a necessidade de acompanhamento psicológico à mulher durante toda a gestação, tendo em vista que a depressão pós-parto se inicia, muitas vezes, ainda no período da gravidez, sendo necessário tentar minimizar o sofrimento que esta causa.

Também foi possível observar que, embora o parto natural ou normal seja o incentivado para as mulheres e ser o mais presente nas de classe social mais baixa, temos um grande avanço no número de cesarianas também nessa camada da população. Faz-se então urgente campanhas educacionais de incentivo e estímulo ao parto normal, tendo em vista os baixos riscos que representam para a mulher e a possibilidade de vivenciar na sua totalidade todos os nuances que envolvem este momento único que é o nascimento do filho.

Os resultados alcançados nesta pesquisa demonstram, sobretudo, a importância de oferecer uma assistência pré-natal de qualidade, visando a promover a saúde de forma integral, especialmente em comunidades carentes, onde prevalecem os fatores de risco. Somente assim poderemos diminuir os números de mortalidade materna e infantil que ainda assolam e preocupam o país.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Solange Duarte de Mattos; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;17(1):15-25.
- BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Enfermagem obstétrica e ginecologia**: guia para prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002.
- BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. Rio de Janeiro: Reichman e Afonso, 2000.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**: 1996. Rio de Janeiro: A Sociedade, 1997.
- CECATTI, José Guilherme. Pré-natal no Brasil e o programa do pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil**, set. 2004,

**EPIDEMIC PERSPECTIVES OF THE PRENATAL: AN INVESTIGATION ACCOMPLISHED IN
IV MEGA-ACTION OF FACENE/FAMENE**

ABSTRACT

The prenatal is a process of extreme importance and it should be faced as a procedure *sine qua non* for all the pregnant women independent of age, social class, race or area, because only starting from this accompaniment it will be possible to detect problems in the mother and in the baby. Due to importance of this subject we decided to accomplish in organized social IV Mega-action for FACENE/FAMENE, the collection of data through questionnaire standardized close to for the verification of information the pregnant women, or mothers, on the prenatal for them accomplished. It is a descriptive study accomplished in the month of November 2006, during the accomplishment of IV Mega Action of University of Medicine and Nursing New Hope. They were interviewed in the day 93 women that you/they had already had children or that were pregnant. A form was used structured with open and closed questions. The women were informed on the objective of the study and with your approval, the interviews were accomplished. The data are presented in a descriptive way, by absolute and relative frequency. The interviewees varied in the age group among 16 to 68 years. With relationship to the education degree, 72%, it possesses the incomplete fundamental teaching. Starting from the analysis of the results we observed that 84% affirmed to have accomplished the prenatal and of these, 56% it accomplished the prenatal in hospitals. With relationship to the caused abortions them for natural reasons they were prevalentes-81%. The anemia (53,7%) it was the problem of health more mentioned by the women; related to the type of childbirth, 64% they affirmed that was natural. When we questioned on the symptoms of the depression 4,5% she affirmed to have introduced them during the gestation. Starting from the collected data we observed that the index of accomplishment of the prenatal in the researched group was satisfactory, although the abortion index is still very loud, what it alerts for the need of a more contusing accompaniment.

Key-Word: Prenatal. Symptoms. Attendance.

vol. 4.

DAVIN, Rejane Maria Barbosa. Orientação no pré-natal quanto ao trabalho de parto: benefícios a parturientes. **Revista Nursing**. Rio de Janeiro, fev. 2003.

GAIO, Déa Susana Miranda. Assistência pré-natal e puerpério. In: DUCAN, BB; SCHIMT, MI; GIUGLIANI, ERJ. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARIANI NETO, Corintio e TADINI, Valdir. **Obstetrícia e ginecologia**. São Paulo: Roca, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal. **Manual Técnico**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 66p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde: relatório de gestão 2000-2002**. Brasília (DF): O Ministério; 2002.

NEME, Bussamara. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Savier, 2000.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SEMUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 4, n. 3, Recife jul./set. 2004.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta *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 Mater. Infant.**, Recife, 5 (4): 463-469, out. / dez., 2005 463.

TEDESCO, José Júlio de Azevedo. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 1999.

VIANNA, Sólton Magalhães *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília (DF), 2001.