

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GABRIELA DOS SANTOS SALVALAGGIO

**CARACTERIZAÇÃO E PERFIL PSICOSSOCIAL DE MULHERES EM
ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NO CENTRO DE SAÚDE MODELO EM
PORTO ALEGRE/RS**

**Porto Alegre
2017**

GABRIELA DOS SANTOS SALVALAGGIO

**CARACTERIZAÇÃO E PERFIL PSICOSSOCIAL DE MULHERES EM
ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NO CENTRO DE SAÚDE MODELO EM PORTO
ALEGRE/RS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharel em
Enfermagem realizado na escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como
requisito para aprovação no curso.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anne Marie Weissheimer.

**Porto Alegre
2017**

AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradeço a Deus, que me deu inspiração para escolher seguir o caminho da enfermagem.

A minha família, meus pais Rejane e Elói e ao meu irmão Bruno, que sempre apoiaram minhas decisões e me incentivaram nos momentos de dificuldade e desespero ao longo da graduação.

A minha orientadora Anne Marie por ter aceitado o convite para me orientar, pelo estímulo, pela paciência, sensibilidade e delicadeza durante a construção deste trabalho.

Aos meus amigos Edson, Manoela, Letícia, Karen e Nilson, que contribuíram para que esses cinco anos de estudo fossem os melhores.

Ao meu companheiro Charles, por estar do meu lado neste momento e torna-lo ainda mais especial com a chegada da nossa filha, Maria Olívia.

RESUMO

A gestação é um período caracterizado pelas mudanças, deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que vai além das alterações fisiológicas envolvidas, englobando alterações físicas, sociais e emocionais. Este trabalho faz parte de um projeto maior, e tem como objetivo caracterizar as gestantes que realizam pré-natal no Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, e especificamente caracterizar o perfil sócio demográfico, conhecer hábitos de vida e avaliar o perfil psicossocial. Trata-se de um estudo quantitativo, realizado entre os meses de junho e setembro de 2017, tendo composto a amostra 22 gestantes que realizaram consulta de pré-natal no Centro de Saúde Modelo. As informações foram coletadas por meio de questionários, com entrevista realizada na sala de espera da unidade; foram analisadas e são apresentadas através de estatística descritiva. A amostra tem em média 28 anos de idade, está com 25 semanas e 2 dias de idade gestacional; na sua maioria (54,55%) é primigesta, iniciou o pré-natal com 10 semanas e 5 dias de idade gestacional. Nenhuma gestante fuma, usa álcool ou drogas; nenhuma apresentou resultado reagente para HIV, sífilis ou hepatite. Apenas uma não tem companheiro; a grande maioria (90,9%) não planejou a gestação, mas mostra-se satisfeita (54,55%) ou muito satisfeita (45,45%) com ela. Já entre os resultados de avaliação psicossocial, a autoestima foi o único fator que não apresentou escore satisfatório. Identificar as características destas gestantes contribui na melhora da assistência, norteia a abordagem e diminui os riscos de desfechos negativos.

DeCs: Cuidado pré-natal; enfermagem obstétrica, estresse relacionado a aspectos da vida; apoio social; autoestima.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	OBJETIVOS	09
2.1	Objetivos gerais	09
2.2	Objetivos específicos	09
3	REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1	Acompanhamento pré-natal	10
3.2	Perfil psicossocial no pré-natal	12
3.2.1	Estresse	13
3.2.2	Apoio social	14
3.2.3	Autoestima	15
4	MÉTODO	17
4.1	Tipo de estudo	17
4.2	Campo do estudo	17
4.2.1	Centro de Saúde Modelo	17
4.3	População e amostra	18
4.4	Coleta dos dados	19
4.5	Análise dos dados	21
4.6	Aspectos éticos	21
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	27
7	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	33
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (TCLE)	39
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados sociodemográficos, obstétricos, clínicos e comportamentais	40
	ANEXO A – PERFIL PSICOSOCIAL NO PRÉ-NATAL (PPP)	42
	ANEXO B - REGISTRO NO SISTEMA DE PESQUISA UFRGS	46
	ANEXO C – REGISTRO CAAE	48

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período caracterizado pelas mudanças na vida da mulher, principalmente para mães primíparas. As alterações fisiológicas envolvidas nesta condição são acompanhadas de sentimentos ambivalentes, tais como momentos de emoções positivas e também de medo, ansiedade e sintomas depressivos. As características socioeconômicas e culturais influenciam na gestação e para que seu desfecho seja satisfatório é necessário acompanhamento pré-natal de qualidade, a fim de evitar riscos à saúde da mãe e do bebê (JESSE; KIM; HERNDON, 2014; PEIXOTO et al., 2012; PICCININI et al., 2012; RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

No Brasil, cerca de 98% das gestantes realizam acompanhamento pré-natal, mostrando uma cobertura elevada de atendimento, porém deve ser considerada a qualidade da consulta por completo desde as orientações fornecidas até a avaliação física realizada. O pré-natal de qualidade, assegurado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) objetiva acolher a mulher desde o início da gravidez contribuindo para uma gestação segura, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006; VIELLAS et al., 2014).

No Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012a), está descrito que a gestação deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que vai além das alterações fisiológicas envolvidas, englobando alterações de cunho físico, social e emocional. Entretanto, apesar de ser uma experiência saudável para a mulher, um grupo de gestantes com características particulares apresentam nesta condição maior risco de desfecho desfavorável para si e para o feto, estas são as classificadas como “gestantes de alto risco”.

O atendimento pré-natal objetiva a avaliação e identificação das situações de risco e problemas de forma a impedir um resultado desfavorável. Uma assistência pré-natal deficiente pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido, pois uma gestação em bom andamento pode a qualquer momento apresentar risco, isso durante o desenvolvimento da gestação ou durante o trabalho de parto, conseqüentemente provocando um desfecho desfavorável a mãe ou ao bebê (BRASIL, 2012a).

Um dos principais desfechos neonatais responsáveis por uma alta taxa de morbimortalidade infantil no país é a prematuridade, o que gera preocupação durante a gestação (THIENGO et al., 2012). A prevenção da prematuridade, considerada ainda como um desafio pela obstetrícia, atualmente consegue alcançar alguns resultados através do

diagnóstico e tratamento de infecções genitais e de trato urinário, também com a adaptação laboral da grávida de risco (BRASIL, 2012a).

A influência de fatores sociodemográficos, biológicos e hábitos de vida correspondem a 30% dos nascimentos prematuros, comprovando o envolvimento de outros fatores como os psicossociais. Níveis baixos de apoio do companheiro, de apoio social, de autoestima e de altos níveis de estresse durante a gestação requerem olhar diferenciado do profissional de saúde (GUIMARÃES; MELO, 2011; NUNES, 2009). Para qualificar o atendimento pré-natal é necessário que se avalie o perfil psicossocial das gestantes a partir de sua divisão em quatro constructos: níveis de estresse, níveis de autoestima, suporte recebido do parceiro e das demais redes de apoio social (JESSE; REED, 2004; WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015).

Weissheimer e Mamede (2015) realizaram a tradução, adaptação e validação do instrumento *Prenatal Psychosocial Profile (PPP)*. Tal instrumento foi desenvolvido por Curry, Campbell e Christian (1994), nos Estados Unidos, que possibilita a avaliação dos quatro constructos do perfil psicossocial das gestantes atendidas em consultas de pré-natal em unidades de saúde brasileiras, permitindo que, indiretamente, possa ser identificado o risco para comportamentos de risco durante a gestação e permitindo que estes possam ser modificados durante o pré-natal.

A prática da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica. O processo de enfermagem é um método, através do qual essa estrutura é posta a prática pelo profissional. A participação da gestante nesse processo é essencial, pois oferece ao profissional enfermeiro subsídios para o levantamento e validação dos dados, expressando seus reais problemas, realizando troca de informações, de expectativas e de experiências. Sendo assim possível a elaboração de um plano de cuidados adequado e estabelecer resultados alcançáveis (GOUVEIA; LOPES, 2004).

Visto como as experiências da gestante e o ambiente em que vive podem influenciar no desfecho gestacional, as normas de assistência devem permitir ao enfermeiro a identificação adequada dos problemas, tais como comportamentos de risco aos quais estão expostas; assim como contribui para qualificação do atendimento pré-natal e para nortear os procedimentos terapêuticos e diagnósticos necessários, educando a gestante para a mudança de conduta, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida da mãe e do bebê (BRASIL, 2012a; WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015).

Nesse contexto, no qual existe cobertura pré-natal, mas ainda não com a qualidade desejada, o profissional acaba pecando na investigação das questões psicossociais da gestante, resultando em prejuízos a mesma e ao bebê. Motivado por estas questões este estudo se

propõe a realizar a caracterização sociodemográfica e dos fatores psicossociais (níveis de estresse, níveis de autoestima, suporte recebido do parceiro e das demais redes de apoio social) das mulheres em atendimento pré-natal, para tentar conhecer o contexto no qual estas gestantes estão inseridas e adotar práticas de cuidado em saúde adequadas às necessidades encontradas.

Este estudo representa um subprojeto que está vinculado ao projeto principal intitulado “Perfil Psicossocial no Pré-natal e desfechos gestacionais de mulheres em atendimento Pré-natal na Gerência Distrital Centro de Porto Alegre”, que tem por objetivo conhecer o perfil psicossocial no pré-natal de gestantes em atendimento na Gerência Distrital Centro de Porto Alegre/RS, assim como seus variados desfechos gestacionais, relacionando-os posteriormente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar as gestantes que realizam pré-natal no Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre.

2.2 Objetivo específico

- Caracterizar o perfil sociodemográfico destas gestantes;
- Conhecer hábitos de vida destas gestantes;
- Avaliar o perfil psicossocial no pré-natal destas gestantes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Acompanhamento pré-natal

A assistência pré-natal começou no século XIX, com o objetivo de desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as taxas de mortalidade infantil por meio da institucionalização do atendimento ao parto. Nesta época, o atendimento visava à promoção de saúde do bebê, deixando em segundo plano os cuidados e as necessidades da mulher. Desde sua criação, o pré-natal está mais centrado nos fatores fisiológicos do processo de evolução da gestação, favorecendo menos as questões emocionais e sociais da gestante. Para transformar essa realidade foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que vincula, formalmente, o pré-natal ao parto e puerpério, prevendo a valorização de aspectos psicossociais e a inclusão do parceiro e da família durante o ciclo gestatório (BRASIL, 2001; SILVA; BRITO, 2010).

O Brasil ainda não conseguiu atingir a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) referente à mortalidade materna. Em 2013, a taxa foi de 69 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, isso em números absolutos mostra que são 2.100 mortes evitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Mesmo que o Brasil tenha diminuído esta taxa em 43%, está longe dos 75% estabelecido pelo ODM (SAY et al., 2014). Com o objetivo de tentar reverter esse quadro, o Ministério da Saúde (MS) já tem desenvolvido, há algum tempo, ações que objetivam diminuir os índices de morte materna, adotando um número mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre gestacional (BRASIL, 2006; PICCININI et al., 2012).

Para desenvolver uma assistência pré-natal qualificada e humanizada é necessário que haja inovação do olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a gestante em sua totalidade considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual ela vive; estabelecer novas bases para o relacionamento, criar e fortalecer o laço dos diversos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos. Uma assistência qualificada deve ocorrer quando a equipe de saúde incorpora condutas acolhedoras, desenvolvendo ações educativas, preventivas e evitando intervenções desnecessárias. Fazer a detecção precoce das situações de risco gestacional estabelecendo vínculo entre o pré-natal e o local de realização do parto, facilita o acesso a

serviços de qualidade desde atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006).

A assistência às gestantes deve ser realizada por profissionais capacitados e aptos a realizarem uma avaliação dinâmica com a investigação das situações de risco, é importante obter informações sobre o histórico obstétrico prévio, diagnóstico de alguma doença típica da gestação como a pré-eclâmpsia e a diabetes mellitus, entre outras situações que possam ser relevantes para que a equipe possa planejar a intervenção adequada. As avaliações realizadas durante as consultas de pré-natal, incluindo o que a gestante relata sobre seu estado emocional e seu nível de ansiedade, permitem que o profissional, junto com a equipe possam interferir efetivamente na gestação para que a mesma desenvolva sem particularidades (BRASIL, 2004).

É indispensável na consulta de pré-natal a avaliação física da gestante e das condições do feto (avaliação nutricional - peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção da dinâmica uterina, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema. Exames ginecológicos (avaliação a genitália externa, a vagina e o colo uterino) serão realizados de acordo com as necessidades de cada mulher e conforme a idade gestacional. De acordo com o Ministério da Saúde, o intervalo entre as consultas de atendimento pré-natal são mensais até a 28ª semana de gestação, quinzenais entre a 28ª e a 36ª semana e semanais até o termo. Se o parto não ocorrer até a 41ª semana, a gestante deve ser encaminhada para sua maternidade de referência. Com o intuito de desenvolver um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde realize os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, assim como quando da realização dos exames clínico e obstétrico (BRASIL, 2012a).

No quadro a seguir estão listados os exames complementares solicitados a gestante na consulta de pré-natal em seus respectivos trimestres.

Quadro 1: Exames complementares do pré-natal.

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: BRASIL, 2013.

A gestação é um evento que oferece a mulher um “risco habitual”, quando somada a fatores que podem trazer riscos aumenta a probabilidade de evolução desfavorável, sendo esta classificada como “gestação de risco”. Esses fatores podem ser identificados em qualquer momento da assistência pré-natal. O pré-natal de alto risco cobre cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, isso mostra que neste grupo são maiores as intercorrências e óbito materno e/ou fetal (BRASIL, 2012).

3.2 Perfil psicossocial do pré-natal

Conforme observado por Jesse e Reed (2004), os fatores psicossociais englobam os quatro construtos seguintes: estresse, apoio do companheiro, apoio social e autoestima. Será explorado cada um destes construtos de modo que permita melhor a compreensão sobre os

mesmos, o envolvimento e a forma que estes se apresentam durante o período gestacional. Segundo Guimarães e Melo (2011), os fatores psicossociais possuem envolvimento no desfecho da prematuridade, gestantes com maior disponibilidade de apoio apresentam comportamentos mais saudáveis, adotando medidas preventivas e aderindo a tratamentos quando necessário. Esse apoio contribui para que mulheres dificilmente abandonem os cuidados com a gravidez.

3.2.1 Estresse

Seyle foi o primeiro estudioso a usar o termo estresse, em 1936, e o definiu como uma resposta do corpo a qualquer demanda que o forçasse a adaptar-se a uma mudança. O estresse compreende todos os efeitos considerados não-específicos de fatores como mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que podem agir em nível hormonal sobre o corpo, gerando alterações fisiológica e psicológicas. Esses fatores são denominados estressores quando tratamos de sua característica de produzir estresse (CORREIA et al., 2011; RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

A gravidez é um período que provoca modificações físicas e psíquicas na mulher, estando associada a uma maior fragilidade da sua saúde mental. O estresse materno é um conceito amplo que inclui o estresse percebido, os sintomas depressivos, a discriminação racial, eventos estressantes da vida, além daquele especificamente relacionado à gestação (CORREIA et al., 2011). Em um estudo realizado por Jesse, Kim e Herdon (2014) com gestantes, elas relataram baixos níveis de estresse durante este período e maior nível de satisfação quando há um suporte por parte dos parceiros ou de outras pessoas.

O estresse psicológico na gravidez prevê um parto precoce com neonato de menor peso e em níveis de cronicidade e associado à ansiedade aumenta as chances de parto prematuro em cerca de 50%. O estresse também pode induzir à pré-eclâmpsia, uma complicação considerada grave na gravidez e que pode levar ao óbito materno-fetal, isso ocorre porque o estresse somado à gestação eleva os níveis de cortisol devido à redução da sensibilidade linfocitária aos glicocorticoides. Além das implicações maternas, a pré-eclâmpsia pode repercutir no feto provocando o nascimento prematuro e/ou baixo peso ao nascer (GHOSH et al., 2010; MPARMPAKAS et al. 2012; VIANNA et al., 2011).

As mudanças físicas provocadas com a evolução da gestação podem afetar a autoestima das gestantes até a mudança de círculo social, estudos apontam que 80% das gestantes relatam ter sofrido ao menos um evento estressante durante essa fase de suas vidas

Por isso, a adaptação materna a estas mudanças é crucial para um desenvolvimento fetal normal e desfechos saudáveis. A associação do uso de drogas lícitas e ilícitas a outros hábitos não saudáveis, como a alimentação desequilibrada, o sedentarismo, a insegurança, além da presença de estresse e a falta de apoio social, contribuem para um aumento da morbidade e mortalidade perinatal (GHOSH et al., 2010; THIENGO et al., 2012).

Conseguir compreender como as modificações biopsicossociais influenciam na gestação e qual a percepção e expressão do nível de estresse pelo qual essas mulheres passam durante esse período é fundamental, isso serve para que a equipe que atua na atenção primária de saúde possa prestar uma assistência voltada para as necessidades de cada caso.

3.2.2 Apoio social

Receber apoio nas situações do cotidiano é fundamental ao longo do desenvolvimento humano, tendo destaque os períodos de transição e de mudança, como a gravidez (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Difícil de ser definido, o termo apoio social possui muitas especificidades em seu conceito e, por sua vez, acaba sendo confundido com apoio emocional. O apoio emocional é visto, majoritariamente, sendo relativo à atitude emocional positiva, vinculado a relações mais íntimas como as familiares, já o apoio social consiste nos recursos relacionais que o indivíduo dispõe para enfrentar as situações, um sistema de relações interpessoais com ênfase na disponibilidade de ajudar em situações de necessidade. (GUIMARÃES; MELO, 2011; MOREIRA; SARRIERA, 2008).

As mudanças na vida da mulher que surgem no início da gestação, a expectativa e a percepção de apoio insuficiente resultam em um impacto nocivo no bem-estar psicológico materno. Somada a estas circunstâncias, a diminuição da autoestima, o aumento dos níveis de estresse e o surgimento de desequilíbrios emocionais como a depressão gestacional, podem desestimular a mulher a realizar os cuidados necessários para o curso de uma gestação saudável. Por outro lado, a associação positiva entre os mesmos fatores tem ação protetiva e preventiva. O apoio de amigos e familiares, independente da sua composição, tem sido amplamente apontado como fator de redução ou mesmo de eliminação de fatores de risco já citados (GUIMARÃES; MELO, 2011; JESSE; KIM; HERNDON, 2014; PICCININI et al, 2012; RAMOS; CUMAN, 2009; THIENGO et al., 2012).

Segundo Piccinini e colaboradores (2012), foi observado que as gestantes esperam que suas demandas emocionais sejam levadas em consideração durante o PN e este seria um viés possível de ser usado para inserir o cônjuge/companheiro no acompanhamento.

Rapoport e Piccinini (2006) em seus estudos puderam observar que o casal que troca apoio nesta etapa da vida compartilha conselhos e assistência em relação às atividades, auxiliando o outro a desempenhar seu papel de forma responsável. Os mesmos também concluíram que famílias que recebem apoio durante a adaptação com a nova vida apresentaram poucos casos de hospitalizações antes do parto, diminuindo o risco de bebês com baixo peso ao nascer ou que precisem de cuidados intensivos nas primeiras semanas de vida, também reduzindo o número de partos cesáreos.

Os hábitos de vida do companheiro como, por exemplo, o fumo tem influência sobre o estilo de vida da mulher. Gestantes com maior disponibilidade de apoio emocional teriam comportamentos mais saudáveis e maior adesão ao pré-natal fazendo uso dos serviços de saúde na investigação de problemas relacionados à gestação (GUIMARÃES; MELO, 2011; PICCININI et al., 2012; SILVA; BRITO, 2010).

Mesmo com gestantes apontando as próprias mães como fonte de apoio, o companheiro apresentou-se como fonte mais impactante no bem-estar das mesmas, isso se deve provavelmente à frequência e intensidade da relação. Já quando a mulher está solteira, divorciada ou não possui uma relação harmoniosa com o pai do bebê pode torna-las mais propensas a elevação dos níveis de estresse, a baixa autoestima, ao uso de substâncias como álcool e tabaco entre outras atitudes prejudiciais a gravidez (GHOSH et al., 2010; RAPOPORT; PICCININI, 2006).

3.2.3 Autoestima

A autoestima pessoal diz respeito à avaliação que o indivíduo faz e costumeiramente mantém em relação a si, ela expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação em relação à identidade pessoal. Foi observado que a elevação dos níveis de autoestima tem sido considerada como importante preditor de competências maternas e melhora a qualidade na interação mãe/bebê (JESSE; KIM; HERNDON, 2014; SILVA et al, 2010).

Os períodos de gestação e puerpério contemplam um momento delicado de alterações emocionais em que a depressão se manifesta como o transtorno mental mais prevalente e está associado à fatores de risco que podem causar prematuridade, baixo peso ao nascer e afetar o desenvolvimento da criança (SILVA et al., 2010; THIENGO, 2012). Maçola, Vale e Carmona (2010) evidenciaram que quanto melhor o estado emocional da mulher, maiores são suas chances de sucesso em se entregar ao desafio da maternidade. Na cidade de Pelotas/RS, um estudo realizado por Dias e colaboradores (2008), foi constatado a relação entre gestantes com

menor autoestima e fatores como: baixa escolaridade, baixo nível econômico, estar desempregada, a gestação não ser planejada, perceber a gestação como algo que traz alto risco para a mãe e/ou bebê, haver histórico de três ou mais gestações, haver algum evento estressor, fumar 11 ou mais cigarros por dia e fazer uso de algum tipo de droga.

A avaliação adequada e o acompanhamento do estado psicossocial contribui para a investigação das condições sociodemográficas de gestantes no período pré-natal, visando à diminuição dos riscos de complicações materna e fetal. É um momento oportuno para verificar a autoestima e o autoconceito da mulher; é nesse momento que o profissional deve abordar temas relacionados aos problemas potenciais e/ou reais associados ao período gestacional (CAVALCANTE; SOUZA; LOPES, 2013).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi de caráter quantitativo, transversal, cujas medições foram feitas em uma única ocasião, sem que haja um período de seguimento da amostra, atendendo os objetivos do estudo de descrever variáveis e seus padrões de distribuição (NEWMAN et al., 2008).

4.2 Campo de estudos

Foi estudada a Gerência Distrital Centro do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e a coleta de dados se deu no Centro de Saúde Modelo, especificamente na Unidade Básica de Saúde localizada no Centro de Saúde Modelo. Optou-se a Gerência Distrital Centro por diversas razões, entre elas o fato desta Gerência estar integrada ao Eixo dos campos de prática da UFRGS e o fato da proximidade geográfica das Unidades com a Escola de Enfermagem.

4.2.1 Centro de Saúde Modelo

Inaugurado em nove de janeiro de 1942, o Centro de Saúde Modelo situa-se na Rua Jerônimo de Ornellas, nº 55, bairro Santana, é um dos postos mais tradicionais da capital e está próximo de completar 75 anos de atividade prestada à comunidade da Gerência Distrital Centro de Porto Alegre. O Centro de Saúde Modelo abrange tanto os serviços de uma UBS quanto o de uma USF e também funciona como campo de estágio para alunos da UFRGS (PORTO ALEGRE, 2016).

Os serviços prestados no Centro de Saúde podem ser divididos em dois grupos: atendimento ambulatorial básico (clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia, enfermagem, assistente social e nutricionista, onde são realizadas visitas domiciliares, testes do pezinho, verificações de sinais vitais, nebulizações, hemoglicotestes, curativos, vacinas, dispensação de medicações, renovação de receitas, fornecimento de materiais especiais, grupos e programas, entre outros) e atendimento ambulatorial especializado (referencial na prática da acupuntura – ambulatório da dor, homeopatia, fisiologia, cardiologia, saúde mental (psicologia, psiquiatria e neuropsiquiatria) e Serviço de Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (SAOPE)) (PORTO ALEGRE, 2016).

O Centro de Saúde Modelo abrange uma área de atualmente 61.919 domicílios, totalizando uma população de 120.901 pessoas, de onde 68.038 (56,3%) são mulheres. Destas, 37.197 (54,7%) estão classificadas como em idade fértil, definida pelo período entre 10 e 49 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

4.3 População e amostra

Não se obteve a informação do número total de gestantes cadastradas no Centro de saúde Modelo antes de iniciar a coleta, pois não existe um controle absoluto do número de gestantes atendidas na região de abrangência do serviço prestado pelo local. A coleta de dados foi realizada até haver a repetição na abordagem das gestantes em atendimento pré-natal que já faziam parte da amostra, durante o período estabelecido para o mesmo, que se estendeu nos meses de junho a setembro de 2017, visto a viabilidade de seu quantitativo, sendo essa uma amostra não probabilística, de conveniência, não havendo aleatoriedade na escolha das gestantes, ou seja, todas foram abordadas. Conforme sugerido pela literatura, entretanto, há ciência da necessidade de cautela nas generalizações além da amostra dos resultados obtidos (HABER, 2001).

Houve necessidade de interromper a coleta devido ao tempo disponível para tal realização.

Os critérios de inclusão foram: gestantes que façam acompanhamento de pré-natal no Centro de Saúde Modelo, com idade igual ou maior que 18 anos e com idade gestacional já estabelecida como igual ou maior que 16 semanas, definida tanto pela data da última menstruação ou por meio de ecografia obstétrica, dando-se preferência à segunda se houver as duas informações.

Os critérios de exclusão foram: gestantes sabidamente usuárias de drogas, gestantes com diagnóstico de malformação fetal, aquelas sem condições de responderem os questionários em qualquer das etapas de coleta de dados.

Durante o período de coleta, foram abordadas todas as gestantes que se encontravam em sala de espera nos horários de consultas de pré-natal. Concordaram em participar da pesquisa e atendiam a todos os critérios de inclusão, constituindo esta amostra 22 mulheres; sete gestantes apresentaram idade gestacional inferior a 16 semanas; nenhuma participante informou o uso de drogas.

Não foi possível realizar a coleta na ESF do Centro de Saúde Modelo, como inicialmente planejado, pelas dificuldades de abordagem às gestantes e também devido à

organização da unidade e algumas questões gerenciais, como a transição de coordenação, que geraram dificuldades de acesso.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados se deu durante o pré-natal, permitindo trabalhar os objetivos relacionados à gestante.

Durante a coleta, aconteceu a abordagem da gestante que estava aguardando em sala de espera da UBS a consulta de pré-natal, sendo a mesma convidada a participar do estudo. Tendo aceitado em participar, após a leitura e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), foi realizada a coleta de dados com as próprias gestantes para permitir caracterização sociodemográfica das mesmas, com o auxílio de informações contidas na sua carteira de pré-natal, utilizando o instrumento apresentado no apêndice B.

As variáveis coletadas foram: idade, autodenominação da situação conjugal, autodenominação da cor da pele, número de gestações anteriores, número de partos, via de partos, número de consultas de pré-natal, comportamentos e hábitos de vida, entre outros.

Após, foi aplicado o instrumento Perfil Psicossocial no Pré-natal (PPP) (ANEXO A) em sua versão em português, traduzido e validado para uso no Brasil por Weissheimer e Mamede (2015). O Perfil Psicossocial do Pré-natal, *Prenatal Psychosocial Profile* (PPP), é uma escala do tipo Likert, com 44 itens divididos em quatro subescalas.

A subescala de estresse tem em seu cabeçalho uma explicação de que vários fatores podem causar estresse e preocupação. Ela é composta de 11 frases às quais a gestante respondeu o quanto cada uma das situações explicitadas lhe causou estresse. As sentenças relacionam problemas do dia-a-dia das pessoas, como preocupações financeiras com alimentação, transporte; contas por pagar; problemas de moradia; problemas relacionados à família; a perda recente de alguém especial; a gestação atual; situações de abuso ou violência; problemas com álcool e drogas; problemas com o trabalho ou com amigos; sentir-se sobrecarregada. As respostas possíveis (e respectivos valores atribuídos a elas) foram: ‘nenhum estresse’ (1), “algum estresse” (2), “estresse moderado” (3), e “estresse intenso” (4). Os escores podem variar de 11 a 44, maiores valores significam maior estresse. Conforme a literatura, resultados iguais ou maiores que 24 são considerados como estresse intenso (CURRY et al., 2006).

A subescala de avaliação do apoio social repetiu a mesma série de frases duas vezes, pois verificou o apoio social recebido do companheiro e de outras pessoas. A primeira sequência de frases só foi preenchida por aquelas gestantes que têm companheiro (a) e a segunda, por todas as gestantes. Ambas as subescalas possuíam 11 afirmações sobre situações de apoio, como compartilhar vivências; ajudar a manter o ânimo; ajudar a sair de situações difíceis; mostrar interesse em atividades diárias; sair da rotina para fazer coisas importantes; permitir falar de coisas pessoais; demonstrar que valoriza o que é feito para ele/elas; tolerar altos e baixos; levar a sério preocupações; dizer coisas que tornam a situação clara e fácil de ser compreendida; deixar claro que estará por perto. As respostas foram dadas através de uma escala de 1 a 6, com o valor 1 correspondendo à “muito insatisfeita” e o valor 6 correspondendo à “muito satisfeita”. A gestante pôde, assim, graduar a satisfação com o apoio que percebeu receber de seu companheiro e/ou de outras pessoas. Os escores variam de 11 a 66, maiores valores indicam maior satisfação com o apoio social recebido do companheiro e/ou de outras pessoas.

Os estudos que utilizaram o PPP (CURRY, 1998; CURRY et al., 2006; CURRY; BURTON; FIELDS, 1998; JESSE et al., 2005; JESSE; ALLIGOOD, 2002; JESSE; REED, 2004; JESSE; SEAVER; WALLACE, 2003; JOHNSTON et al., 2004; WEISMAN et al., 2006; YU et al., 2011; JESSE, KIM; HERNDON, 2014) não mencionam um ponto de corte para a subescala que avalia o Apoio Social. Assim, considerando um escore máximo de 66 pontos como de ‘apoio social plenamente satisfatório’ e um escore mínimo de 11 pontos como ‘apoio social inexistente’, optou-se por considerar como um escore de apoio social satisfatório, tanto daquele recebido do companheiro como o de outras pessoas, a pontuação igual ou maior a 34 pontos, ou seja, a metade do escore somada a mais um ponto.

A subescala de autoestima também é composta por 11 itens. O cabeçalho explica que todo ser humano carrega consigo mesmo algum tipo de imagem própria e que as afirmações da subescala são frases que, em geral, as pessoas usam para se descreverem. Assim, a gestante marcou se concorda ou não com as sentenças, e as respostas possíveis (e seus respectivos escores) são: “concordo completamente” (1), “concordo” (2), “discordo” (3), e “discordo completamente” (4). As frases referem-se a sentir que tem valor e qualidades; sentir-se fracassada; ser capaz de fazer as coisas tão bem quanto outras pessoas; não ter do que se orgulhar; ter atitude positiva consigo mesma; sentir-se satisfeita consigo mesma; ter mais respeito por si mesma; sentir-se inútil; achar que não é boa que chega; achar que controla a própria vida. Uma vez que algumas sentenças estão redigidas propositadamente de forma negativa, foi previsto que as respondentes se sentissem confusas no momento de preencher o

instrumento e, assim, pensando melhor ao escolher suas respostas. Ao somar os escores, foi necessário que as frases redigidas de forma afirmativa (ou seja, os itens A, B, D, F, G e K) fossem computadas de forma reversa, uma vez que maiores escores significam maior autoestima. Os valores totais possíveis variam de 11 a 44.

Também não foi referido um ponto de corte para a subescala de autoestima na literatura que utilizou o PPP (CURRY, 1998; CURRY et al., 2006; CURRY; BURTON; FIELDS, 1998; JESSE et al., 2005; JESSE; ALLIGOOD, 2002; JESSE; REED, 2004; JESSE, SEAVER; WALLACE, 2003; JOHNSTON et al., 2004; WEISMAN et al., 2006; YU et al., 2011; JESSE, KIM; HERNDON, 2014). Entretanto, um estudo brasileiro que usou a escala de Rosenberg (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010), da qual a subescala de autoestima do PPP é adaptada (CURRY; CAMPBELL; CHRISTIAN, 1994), considerou que a autoestima é considerada como satisfatória com obtenção de escore igual ou maior que 30 pontos.

Conforme descrito anteriormente, a coleta dos dados foi realizada após a consulta dos dados na carteirinha de gestante e após a consulta já agendada da gestante com o pré-natalista, quando a coletadora e a gestante se dirigiram a um ambiente que ofereceu privacidade à gestante. O PPP pôde ser autoaplicável, havendo possibilidade de aplicação pela coletadora para facilitar a compreensão da gestante, se necessário. Conforme experiência anterior de aplicação do PPP, o tempo de preenchimento do mesmo é de cerca de 20 minutos, o que também foi observado durante esta aplicação.

A segunda etapa da coleta de dados, prevista no projeto principal, será realizada através de contato telefônico após o parto, a partir do qual será aplicado um instrumento específico sobre o desfecho gestacional das gestantes da amostra.

4.5 Análise dos dados

Os dados de caracterização sociodemográfica foram analisados e são apresentados através de estatística descritiva, com testes de tendência central, como média, desvio padrão e proporção, além de apresentar os intervalos de algumas variáveis. Os escores do PPP foram apenas somados.

4.6 Aspectos éticos

O projeto obteve aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o registro número

28355 no Sistema de Pesquisa UFRGS (ANEXO B), e está registrado na Plataforma Brasil, conforme avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS, com o registro CAAE número 43010115.8.0000.5338 (ANEXO C).

A coleta de dados aconteceu somente após as aprovações em todas as instâncias, bem como após a apresentação do projeto, seus objetivos e sua logística à Gerência Distrital de Saúde envolvida no estudo e respectivas Unidades de Saúde e Estratégias de Saúde da Família.

Foram respeitados os aspectos éticos, observando-se rigorosamente a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012c) do Conselho Nacional de Saúde. As participantes foram informadas dos objetivos da pesquisa, bem como de seus direitos através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), assinado em duas vias tanto pelas pesquisadoras como pelas participantes.

Esta pesquisa traz como benefício à melhoria da assistência ao pré-natal e também ao recém-nascido. Foram previstos riscos mínimos, já que nenhum procedimento foi realizado. Houve, porém, a inconveniência do tempo gasto para o preenchimento dos formulários e resposta ao PPP, que em geral foi de 20 minutos. Foi esclarecido que as participantes poderiam manifestar seu desconforto e desejo de interromper a coleta de informações a qualquer momento.

Sendo o projeto apreciado e aprovado nas instâncias cabíveis, é relevante ressaltar que qualquer dado somente foi obtido após o esclarecimento às participantes dos objetivos da pesquisa e dos seus direitos, por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, assinado por ela e pelas pesquisadoras envolvidas. A aplicação dos instrumentos de coleta de dados ocorreu em ambiente que permitiu a privacidade da gestante e de sua família; na divulgação dos resultados desta pesquisa foram tomadas medidas de maneira a não permitir a identificação das participantes; os instrumentos de coleta de dados estão mantidos sob a guarda da pesquisadora responsável (professora orientadora), ficarão sob sua responsabilidade por pelo menos cinco anos e, após, destruídos.

5 RESULTADOS

Apresentamos a seguir os resultados dos dados coletados com as 22 gestantes usuárias do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre/RS entre os meses de junho e setembro de 2017.

A Tabela 1 refere-se à caracterização sociodemográfica da amostra. A maioria das gestantes possui ensino médio completo; quase a metade das entrevistadas referem ser casadas e boa parte também afirmam residir com o companheiro.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica. Centro de Saúde Modelo, Porto Alegre/RS, 2017.

VARIÁVEL	RESULTADO
Idade média/mediana (DP*) (em anos)	28 anos ($\pm 5,28$ anos)
Escolaridade	Fundamental – 2 (9,09%) Médio – 10 (45,45%) Médio incompleto – 4 (18,18%) Superior – 5 (22,72%) Superior incompleto – 1 (4,54%) TOTAL - 22 (100%)
Situação conjugal	Casada – 9 (40,90%) Solteira - 5 (22,72%) União estável – 7 (31,81%) Separada - 0 Sem companheiro - 1 (4,54%) TOTAL - 22 (100%)
Moradia	Companheiro - 10 (45,45%) Companheiro e filhos - 6 (27,27%) Companheiro, filhos e outros - 1 (4,54%) Pais e irmãos – 2 (9,09) Outros - 2 (9,09%) Não informou - 1 (4,54%) TOTAL - 22(100%)
Ocupação	Com ocupação - 15 (68,14%) Desocupadas - 3 (13,63%) Total 22 (100%)
Renda familiar média/mediana (DP) [13 informantes (50,09%)]	R\$3.051,85/R\$2.000,00 ($\pm 2.755,86$) Não souberam informar - 9 (40,91%)

*DP - desvio padrão

Quanto à ocupação, uma pequena parcela relatou não possuir uma e algumas das entrevistadas não quiseram informar sobre a sua ocupação. A renda média referida pela metade da amostra é de R\$3.051,85, com mediana de R\$2.000,00 e desvio padrão de R\$2755,86.

Na Tabela 2, são apresentados dados da história obstétrica das entrevistadas. O número médio de gestações destas mulheres foi baixo, a maioria eram primigestas. A

ocorrência de abortos na amostra foi mínima. O número médio de consultas pré-natais realizadas na atual gestação é próximo do ideal, e este acompanhamento foi iniciado em uma idade gestacional considerada adequada. Uma única gestante referiu complicações na atual gestação, por Infecção do Trato Urinário (ITU).

Tabela 2 – História obstétrica. Centro de Saúde Modelo, Porto Alegre/RS, 2017.

VARIÁVEL	RESULTADO
IG média (DP*)	25semanas+ 2 dias (± 8 semanas)
Média de gestações (intervalo)	1,68 (1-4) Primigestas - 12 (54,55%) Duas gestações - 6 (27,27%) Três gestações - 3 (13,63) Quatro gestações - 1 (4,55%)
Mediana de filhos (intervalo)	0 (0-3) Nulíparas - 15 (68,18%) Um - 5 (22,72%) Dois - 1 (4,55%) Três - 1 (4,55%)
Total de partos vaginais (%) (intervalo)	5 (50%) (0-3)
Total de cesáreas (%) (intervalo)	5 (50%) (0-1)
Total de abortos (intervalo) [Ocorrência em 3 (13,63%) gestantes]	5 (0-2)
Média de consultas PN** (intervalo)	5,18 (2-9)
IG*** média do início PN (DP*)	10 semanas+5dias (± 4 semanas+4dias)
Uso de medicação (Presente em 20 gestantes - 90,9%)	Sulfato Ferroso – 19 Vitaminas - 3 Antibióticos - 2 Buscopan™ - 1

*DP - desvio padrão **PN – pré-natal ***IG – idade gestacional

A Tabela 3 traz os resultados encontrados na coleta de dados dos exames físicos e laboratoriais das gestantes.

Os testes para detecção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) tiveram resultados não reagentes (NR) para todas as entrevistadas na investigação de HIV, sífilis e hepatite B. Na investigação para anticorpo reagente para toxoplasmose, grande parte das entrevistadas obtiveram resultado NR para imunoglobulina G (IgG) e a maioria apresentou resultado também NR para imunoglobulina M (IgM). Apenas uma gestante apresentou infecção urinária à urocultura, com contaminação por *Klebsiella*.

Tabela 3 - Exames físicos e laboratoriais. Centro de Saúde Modelo, Porto Alegre/RS, 2017.

VARIÁVEL	RESULTADO
Peso atual médio (em kg)	74,40
Peso anterior médio (em kg)	66,64
Altura uterina média (em cm)	25,52

Hemoglobina média (em g/dl)	12,07
Hematócrito médio (em %)	36,27
HIV	NR=22 (100%)
VDRL	NR=22 (100%)
Toxoplasmose IGG	NR=18 (81,82%) R= 3 (13,63%) NI=1 (4,55%)
Toxoplasmose IGM	NR=21 (95,45%) NI=1 (4,55%)
Glicemia média (em mg/dl)	77,52
HbsAg	NR=22 (100%)
Exame comum de urina	Sem particularidades - 16 (72,72%) Leucocitúria - 5 (22,73%) Hemoglobinúria - 1 (4,55%)

Na Tabela 4, são apresentados os dados referentes à percepção das gestantes em relação à gestação atual.

Tabela 4 - Percepção da gestação. Centro de Saúde Modelo, Porto Alegre/RS, 2017.

VARIÁVEL	RESULTADO
Gestação atual planejada	Sim - 2 (9,10%) Não - 20 (90,90%)
Satisfação com a gestação atual	Muito satisfeita - 10 (45,45%) Satisfeita - 12 (54,55%)
Preocupação com a gestação	Sim - 12 (54,55%) Não - 10 (45,45%)
Tipo de preocupação	Saúde do bebê - 7 Parto - 3 Várias preocupações - 2 Futuro do bebê - 1 Ter pré-eclâmpsia de novo - 1 Idade materna - 1

Quase a totalidade das gestantes não planejou a atual gravidez, mas todas se apresentam satisfeitas ou muito satisfeitas com a gestação. Pouco mais da metade das entrevistadas afirmam ter alguma preocupação com a gravidez, a mais referida é com a saúde do bebê.

Todas as entrevistadas negaram o uso durante a gestação de substâncias como álcool, cigarro e outras drogas.

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos a partir da aplicação do instrumento de avaliação do Perfil Psicossocial do Pré-natal. Na avaliação do estresse, o escore obtido foi satisfatório; nas avaliações de apoio do companheiro e de outras pessoas também foram obtidos escores satisfatórios. Na avaliação da autoestima, o escore obtido foi considerado insatisfatório.

**Tabela 5 - Resultados Perfil Psicossocial do Pré-natal.
Centro de Saúde Modelo, Porto Alegre/RS, 2017.**

VARIÁVEL	RESULTADO
Escore médio estresse	18,82
Escore médio apoio companheiro [não tem companheiro - 1 (4,55%)]	61,67
Escore médio apoio outras pessoas	48
Escore médio autoestima	25,36
Escore médio total PPP	153,85

6 DISCUSSÃO

Foram identificados fatores positivos em relação ao pré-natal no Centro de Saúde Modelo. O primeiro é que 72,71% das mulheres que realizam o atendimento de pré-natal na unidade possuem, pelo menos, o ensino médio completo, ou seja, têm um nível de escolaridade considerado adequado para compreensão e adoção de boas práticas durante a gravidez. Tal número é bem superior ao encontrado em um estudo realizado por Domingues e colaboradores (2013) com gestantes em atendimento SUS no município do Rio de Janeiro, em que apenas 34% da amostra apresentava ensino médio ou mais. Essa diferença pode ter ocorrido porque o bairro Santana, onde se localiza o Centro de Saúde Modelo, é reconhecidamente de classe econômica mais elevada, com bom padrão de vida da população e desconhecemos as características e recursos do local da amostra estudada no Rio de Janeiro.

Porém, outro estudo publicado dois anos depois, também por Domingues e colaboradores (2015), ao entrevistar puérperas das cinco macrorregiões do país que tiveram parto nas redes públicas, mistas ou privadas e que realizaram atendimento pré-natal durante a gravidez, o percentual de gestantes que concluíram o ensino médio ou mais se aproxima ao encontrado na pesquisa, sendo de 72,20%. Neste último estudo, os autores observaram que a Região Sul foi a que obteve mulheres que apresentaram melhores chances de adequação dos componentes de assistência pré-natal, essa adequação é crescente conforme aumentam os anos de estudo e a classe econômica.

O segundo fator positivo é que 68,14% possuem uma ocupação, número também é superior ao encontrado em outros estudos realizados pelo país. Novamente, credita-se esta ocorrência às características do local da unidade, por fazer parte de uma região mais centralizada da cidade que possui diferentes tipos de estabelecimentos (mercados, lojas, bancos, hospitais, escolas, entre outros) facilitando o acesso aos mais variados tipos de serviços (DOMINGUES et al., 2013; DOMINGUES et al., 2015).

Destaca-se a renda familiar média, de R\$3.051,85 e mediana de R\$ 2.000,00, conforme informação de pouco mais da metade da amostra [13(50,45%)], entretanto há um desvio padrão bem importante de R\$ 2.755,00 reais, que mostra uma amplitude de renda bem grande entre as gestantes. Tanto a renda familiar média, quanto o desvio padrão da renda familiar média destas gestantes superam a faixa do salário mínimo nacional vigente, de R\$ 937,00. Uma análise realizada em 2016 sobre o rendimento médio da população porto-alegrense mostra que a média salarial da população era de R\$ 2.391,00 por mês. Em comparação ao ano de 2015, houve uma piora de 7,40%, ou seja, R\$ 191,00 a menos. Nesta

mesma análise, em relação às rendas mensais dos ocupados em Porto Alegre, a dos 25% mais pobres do município apresentou queda de 4,38%, contabilizando renda média mensal de R\$ 851,00. Houve queda também entre os mais ricos, de 8,05%, totalizando uma média mensal de R\$ 5.356,00 (OBSERVA POA, 2017).

Resultados mais recentes sobre o pré-natal adequado realizado no município de Porto Alegre mostram que houve uma melhora de 30,41% no percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal quando comparados os resultados encontrados na primeira avaliação deste indicador, em 2001, que foi de 57,08%, e a análise mais recente, realizada em 2015, com índice de 74,44% (PORTO ALEGRE 2017a).

No bairro Santana, onde se localiza a unidade estudada, a mesma análise da adequabilidade de pré-natal (considerando para tal o número de consultas apenas) apresentou melhora de 9,89%. De igual forma, esta variação foi encontrada comparando resultados encontrados em 2004 (quando a variável foi analisada pela primeira vez) com 74,49%, com o resultado mais recente, obtido no ano de 2012, com 81,85% (PORTO ALEGRE, 2017b). O número médio de consultas realizadas pela amostra foi de 5,18 consultas, com intervalo de 2 a 9 consultas. Entretanto, a idade gestacional média era de 25 semanas e dois dias, não se podendo fazer uma inferência de pré-natal adequado em comparação aos resultados encontrados no Município e no Bairro. Pode-se sugerir que pela idade gestacional média de início do acompanhamento pré-natal das entrevistadas (10 semanas e 5 dias) que, até o desfecho do parto, as gestantes alcancem o número mínimo de sete consultas.

Na investigação para detecção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), todas as gestantes obtiveram resultados negativos para HIV, sífilis e hepatites B e C, sugerindo maior conhecimento por parte das entrevistadas em relação aos métodos preventivos de contração destas doenças. Isso pode ser atribuído ao nível de escolaridade das mesmas, já que 16 (72,71%) têm ao menos o ensino médio completo, e, também, à maior efetividade das políticas de conscientização em saúde implementadas pelo Ministério da Saúde e aplicadas pela unidade. No país foram notificados, entre os anos de 2000 a 2016, 99.804 casos de gestantes infectadas com HIV. A região Sul foi a segunda maior em casos de notificação com um total de 30,8%, perdendo somente para a região Sudeste, com 39,8%. Últimas análises mostram que a taxa de detecção de HIV em gestantes tem aumentado nos últimos dez anos, chegando a 2,7 casos/mil nascidos vivos em 2015, sendo que a região Sul foi a que apresentou maior taxa do país, com 5,9 casos/mil nascidos vivos, número 2,2 vezes maior que a taxa nacional. O Rio Grande do Sul foi um dos seis estados da federação com taxa de detecção de HIV elevada, com 10,1casos/mil nascidos vivos e, Porto Alegre, foi a capital campeã neste

dado, com 22,9 casos/mil nascidos vivos, número 8,4 vezes maior que o nacional e 2,3 vezes maior que a do estado (BRASIL, 2016).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Aids (2016), a faixa etária que apresenta maior caso de gestantes com infecção pelo HIV é entre 20 e 24 anos e, quanto à escolaridade, a maioria das gestantes infectadas possuía da 5ª a 8ª série incompleta.

Quanto à percepção das entrevistadas em relação à gestação atual, apesar de 20 (90,9%) delas referirem não ter planejado engravidar, todas apresentaram um grau de satisfação positivo em relação à gravidez. Cabe ressaltar que 54,54% da amostra é composta por gestantes primigestas, ou seja, estão passando pela experiência da maternidade pela primeira vez e, mesmo sendo algo inédito e não planejado pela maioria, ainda sim é um evento positivo para as mesmas. Em outros estudos realizados com grávidas pelo país, também foi verificado que a maioria das mulheres, independentemente da condição social e financeira, não planejam este momento, porém, quase na totalidade dos casos, a gestação também é bem aceita (ALVES et al., 2013; COELHO et al., 2012; VIELLAS et al., 2014).

O uso de drogas era um dos critérios de exclusão do estudo, mas destaca-se que todas as gestantes referiram não fazer uso de substâncias como álcool e tabaco. Isso pode ser atribuído ao grau de satisfação apresentado pelas entrevistadas em relação à gravidez e pela preocupação com a saúde do bebê, fator bastante mencionado durante as entrevistas. Porém, esta realidade não é uma característica comum a outros atendimentos de saúde. Alves e colaboradores (2013), ao identificar o perfil socioeconômico e comportamental de gestantes no interior do Rio Grande do Sul, constataram que uma pequena parcela das entrevistadas referiu fazer uso de, pelo menos, uma destas substâncias.

Na avaliação do perfil psicossocial, a análise do estresse das gestantes da unidade revelou, através do escore obtido, que o grupo não apresenta estresse intenso até o dia da coleta de dados, com idade gestacional média de 25 semanas e dois dias. Conforme a literatura, resultados iguais ou maiores que 24 são considerados como estresse intenso (CURRY et al., 2006), a amostra estudada obteve escore médio de 18,82. O baixo escore de estresse pode ser atribuído aos resultados positivos obtidos pelos escores de apoio do companheiro e de outras pessoas, achado outrora evidenciado por Jesse, Kim e Herndon (2014).

Conforme apontado na revisão de literatura, optou-se, neste estudo que ao mensurar o apoio recebido do companheiro e/ou de outras pessoas, considera-se que a pontuação igual ou maior a 34 pontos, ou seja, a metade do escore somada a mais um ponto, indica apoio satisfatório.

As gestantes deste estudo obtiveram um escore médio de 61,67 pontos, em um máximo de 66, em relação ao apoio que recebem de seus companheiros, demonstrando sentirem-se bastante apoiadas. Ressalta-se que apenas uma gestante informou não ter companheiro. As características sociodemográficas da amostra, especialmente terem companheiro, alta escolaridade e boa renda familiar, podem ter contribuído positivamente para esse achado.

Entretanto, o escore médio de apoio recebido de outras pessoas que elas consideram em seu meio familiar e de amigas, foi de 48 pontos, bem abaixo do apoio que percebem receber de seus companheiros, mas ainda considerado satisfatório. Infelizmente não foram obtidas mais informações com as gestantes, como, por exemplo, quem são as pessoas que elas consideram integrantes de sua rede de apoio, para poder inferir os motivos desse escore.

Em relação ao escore de autoestima, a pontuação alcançada mostra que esse grupo de gestantes, ao pontuar em média apenas 25,36 não alcançou o escore de pontos considerado satisfatório que é igual ou maior que 30 pontos (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Segundo Dias e colaboradores (2008), quanto maior a faixa etária, a escolaridade e o nível econômico, maior será a autoestima; embora essas características sejam compatíveis com esta amostra, não foi esse o resultado encontrado.

Maçola, Vale e Carmona (2010) observaram que menor escolaridade, a mudança negativa de humor (tristeza e irritabilidade) e a gestação não planejada são fatores que contribuem para autoestima insatisfatória, características que, com exceção do não planejamento da gestação, também divergem das encontradas na amostra desta pesquisa, contrariando novamente os achados da literatura. Resta a possibilidade de inferir que não haver planejado a gestação tenha realmente diminuído a autoestima da amostra.

Além disso, tanto Dias e colaboradores (2008) quanto Maçola, Vale e Carmona (2010) utilizaram a escala de Rosenberg, da qual a subescala de autoestima é adaptada, podendo existir alguma particularidade na amostra desta pesquisa não avaliada nestes dois estudos, uma vez sendo que os mesmos foram realizados em locais com características populacionais diferentes (cidades interioranas) em relação ao da amostra (uma metrópole).

7 CONCLUSÃO

Conhecer as características de uma população é fundamental para implementação de ações preventivas, protetivas e de recuperação na área da saúde. Para tal, o serviço de atenção básica tem papel fundamental por ter maior proximidade com os usuários, o que contribui para o estabelecimento de vínculo entre paciente e o profissional de saúde.

O atendimento pré-natal no Brasil, de modo geral, ainda precisa melhorar, sendo importante qualificar a assistência para obtenção de resultados positivos em indicadores de saúde. Conhecer as características da população atendida norteia ações e serviços, evita o uso inadequado dos recursos e otimiza o atendimento do profissional de saúde.

No Centro de Saúde Modelo, os resultados encontrados referentes às características sócio-demográficas de escolaridade, ocupação e renda das gestantes sugeriram contribuição benéfica para melhor adesão ao serviço de saúde e acesso a informação. Esta contribuição também pode ser observada na análise da investigação de DST's, já que todas as participantes apresentaram resultados negativos para HIV, sífilis e hepatites.

Se tratando de uma experiência intensa e de mudanças, a gravidez mesmo não sendo planejada pela maioria das entrevistadas, foi bem aceita pela totalidade independente de suas condições sociais e financeiras, apresentando também satisfação e preocupação com a saúde do bebê. Tal satisfação e preocupação puderam ser observadas pelo não uso de substâncias nocivas como álcool e tabaco.

Em relação à avaliação dos fatores psicossociais, a partir dos resultados encontrados pode-se considerar que as gestantes do Centro de Saúde Modelo não apresentam estresse intenso, o que pode estar associado aos resultados satisfatórios de apoio recebido do companheiro e de outras pessoas. Mesmo com pontuação inferior ao apoio recebido do companheiro, o apoio recebido de outras pessoas pode ser considerado como satisfatório. O único fator avaliado que não alcançou pontuação satisfatória foi o da autoestima, que de acordo com as características sócio-demográficas e emocionais observadas na amostra que poderiam favorecer melhora da autoestima, divergem em comparação aos achados na literatura.

O profissional enfermeiro tem protagonizado a realização do atendimento pré-natal na rede de atenção básica em conjunto com a equipe de enfermagem, por esta razão, identificar as características da população de gestantes a ser atendida vem a contribuir na melhora da assistência das mesmas, norteia a abordagem e evita ações desnecessárias desde o acolhimento até o atendimento clínico de fato. Esse planejamento aumenta as chances de

adesão das mulheres aos cuidados com a gravidez e diminui os riscos de desfechos negativos durante esta fase.

Este estudo, como já citado anteriormente, está vinculado a um projeto maior onde, em um segundo momento, serão coletados dados sobre os desfechos gestacionais das gestantes da amostra.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.N. et al. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **J. res. fundam. care. online**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 132 – 141, jul./set. 2013. Disponível em :
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2052/pdf_830>.
Acesso em: 31 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de atenção básica nº 32 - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 16 dez.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto-risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites. **Boletim epidemiológico HIV/Aids**. Boletim epidemiológico. Ano 5, n.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: < file:///C:/Users/bruno/Downloads/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2017.

CAVALCANTE, J. C. B.; SOUZA, V. E. C.; LOPES, M. V. O. Baixa autoestima situacional em gestantes: uma análise de acurácia. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 5, n. 6, p. 977-83, nov./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a14v65n6.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415 – 422, jun./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a15.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2017.

CORREIA, D. S. et al. Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 40-47, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n1/a05v32n1>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

CURRY, M. A.; CAMPBELL, R. A.; CHRISTIAN, M. Validity and reliability test of the prenatal psychosocial profile. **Res. nurs. health**, New Jersey, v. 17, n. 2 p. 127-135, Apr. 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8127993>>. Acesso em: 27 set. 2016.

CURRY, M. A.; BURTON, D.; FIELDS, J. The prenatal psychosocial profile: a research and clinical tool. **Res. nurs. health**, New Jersey, v. 21, n. 3, p. 211-219, June 1998. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199806\)21:3%3C211::AID-NUR4%3E3.0.CO;2-K/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3%3C211::AID-NUR4%3E3.0.CO;2-K/epdf)>. Acesso em: 23 dez. 2016.

CURRY, M. A. The interrelationships between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy. **JOGN nurs.**, [S.l.], v. 27, n. 6, p. 692-699, Nov. 1998. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217515335899>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

CURRY, M. A. et al. Nurse case management for pregnant women experiencing or at risk for abuse. **JOGN nurs.**, [s.l.], v. 32, n. 2, p. 181-192, Mar./Apr. 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217515343665>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

DIAS, M. S. et al. Autoestima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2787-2797, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/07.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

DOMINGUES, R. M.S.M. et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p: 953 – 965, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt_1415-790X-rbepid-16-04-00953.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

DOMINGUES, R. M.S.M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, [S.l.], v. 37, n. 3, p: 140 - 147, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003>. Acesso em: 31 out. 2017.

GHOSH J. K. et al. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles county mothers. **Arch. womens ment. health**, [S.l.] v. 13, p 327–338, Aug 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896639/pdf/737_2009_Article_135.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2016.

GOUVEIA H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev. latino-am enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 175-182, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a05.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

GREY, M. Análise inferencial de dados. In: LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: método, avaliação crítica e utilização.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. cap.15, p. 210-221.

GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/08.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

HABER, J. Amostragem. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: método, avaliação crítica e utilização.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. cap.10, p. 140-155, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados demográficos do Censo 2010.** Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918> Acesso em: 27 dez. 2016.

JESSE, D. E. et al. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. **J. midwifery womens health**, [S.l.], v. 50, n. 5, p. 405-410, Sept./Oct. 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952305002436>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

JESSE, D. E.; ALLIGOOD, M. R. Holistic obstetrical problem evaluation (HOPE): testing a theory to predict birth outcomes in a group of women from Appalachia. **Health care women int.**, Philadelphia, v. 23, n. 6-7, p. 587-599, Sept./Nov. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12418981>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

JESSE, D. E.; KIM, H.; HERNDON, C. Social support and self-esteem as mediators between stress and antepartum depressive symptoms in rural pregnant women. **Res. nurs. health**, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 241-252, May. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24797585>>. Acesso em: 27 set. 2016.

JESSE, D. E.; REED, P. G. Effects of spirituality and psychosocial wellbeing on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. **JOGN nurs.**, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 739-747, Nov./Dec. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15561662>>. Acesso em: 27 set. 2016.

JESSE, D. E.; SEEVER, W.; WALLACE, D. C. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. **Midwifery.**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 191-202, Sept. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613803000317>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

JOHNSTON, B. D. et al. Expanding developmental and behavioral services for newborns in primary care: effects on parental well-being, practice and satisfaction. **Am. j. prev. med.**,

[S.l.], v. 26, n. 4, p. 356-366, May 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379703003945>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

MAÇOLA, L.; VALE, I. N.; CARMONA, E. V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 570-7, Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/04.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a16>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

NEWMAN, Thomas B. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NUNES, M. **Características socioeconômicas e demográficas das gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Porto Alegre, RS**. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Porto Alegre, 2009. 46 p.

OBSERVA POA. Observatório da Cidade de Porto Alegre. Estudos e Pesquisas. **Renda média do porto-alegrense teve queda de 7% em 2016**. 2017. Disponível em:<http://observapoa.com.br/default.php?reg=491&p_secao=17>. Acesso em: 21 de nov. 2017.

PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 171-177, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/516>>. Acesso em: 27 set. 2016.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: teor. e pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/04.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto alegre. Saúde. Locais de atendimento. Por região. Centro. **Centro de Saúde Modelo**. 2016b. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=4&p_secao=834>. Acesso em: 27 dez. 2016.

PORTO ALEGRE. Observa Poa. Porto Alegre em análise – Sistema de gestão e análise de indicadores. Cidade de Porto Alegre. Indicadores.. Tema saúde. **Pré-natal adequado**. 2017a. Disponível em: <http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regiao=1_1_100>. Acesso em: 23 out. 2017.

PORTO ALEGRE. Observa Poa. Porto Alegre em análise – Sistema de gestão e análise de indicadores. Bairro Santana. Indicadores.. Tema saúde. **Pré-natal adequado**. 2017b. Disponível em: <http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regiao=99_1_100>. Acesso em: 23 out. 2017.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery rev. enferm.**, [S.l.] v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19783/21851>>. Acesso em: 16 dez. 2016

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.33, n. 9, p. 252-257, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a06v33n9.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The lancet glob. health**, v. 2, n. 6, p. 323-333, June 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract)>. Acesso em: 23 dez. 2016.

SILVA, F. C. B.; BRITO, R. S. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no Pré-natal. **Rev. rene. fortaleza**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 95-102, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a10v11n3.html>. Acesso em: 29 dez. 2016.

SILVA, R. A. et al. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.9, p. 1832-1838, set. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/16.pdf> >. Acesso em: 29 dez. 2016.

THIENGO, D. L. et al. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 214-220, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/04.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suppl.1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

WEISMAN, C. S. et al. Preconceptional health: risks of adverse pregnancy outcomes by reproductive life stage in the Central Pennsylvania Women's Health Study (CePAWHS). **Women's health issues**, Washington, v. 16, n. 4, p. 216-224, July/Aug. 2006. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1049386706000156>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

WEISSHEIMER, A. M.; MAMEDE, M. V. Prenatal Psychosocial Profile: translation, cross-cultural adaptation and validation to its use in Brazil. **Midwifery**, [S.l.], v. 31, n. 12, p. 1157-1162, Aug. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26342854>>. Acesso em: 27 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013.

Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2014. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=>. Acesso em: 23 dez. 2016.

YU, M. S. et al. Unique perspectives of women and their partners using the prenatal psychosocial profile. **J. adv. nurs.**, [S.l.], v. 67, n. 8, p. 1767-1778, Mar. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05628.x/abstract>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: PERFIL PSICOSSOCIAL NO PRÉ-NATAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE MULHERES EM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO DE PORTO ALEGRE/RS

Responsável: Prof^a. Dr^a. Anne Marie Weissheimer

Contato: Telefones – 3308 5428 ou 3308 5422; e-mail: anne.marie@ufrgs.br

Convidamos você a participar deste estudo que tem como objetivos analisar o perfil psicossocial de gestantes em atendimento de pré-natal na Gerência Distrital Centro de Porto Alegre/RS, caracterizar seu perfil sociodemográfico, conhecer seus hábitos de vida, identificar se têm fatores de risco gestacional e conhecer os resultados da gestação.

A pesquisa é coordenada pela professora Anne Marie Weissheimer e faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de alunas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Gostaríamos de, inicialmente, lhe fazer algumas perguntas, através de dois formulários, bem como coletar algumas informações em sua carteirinha de gestante. Solicitamos sua autorização para fazermos contato por telefone, depois que o bebê nascer, para colhemos algumas informações sobre o seu parto e o seu bebê. Garantimos que esses dados serão usados somente para fins de pesquisa, que você não será identificada em momento algum do estudo e que poderá, a qualquer instante, inclusive enquanto estiver preenchendo os formulários, deixar de participar do mesmo sem prejuízo para si ou ao seu atendimento nesta Unidade de Saúde. Ao término da pesquisa, os dados serão publicados ou apresentados em eventos científicos, entretanto sem revelar a sua identidade ou de qualquer pessoa pesquisada. Não há nenhum custo para você participar da pesquisa.

Acreditamos que sua participação trará como benefícios a melhoria da assistência de para outras mulheres durante o pré-natal e também para outros bebês. Os riscos na sua participação são mínimos, já que nenhum procedimento será realizado, porém se sabe que pode ser inconveniente o tempo gasto para o preenchimento dos formulários, que em geral é de 30 minutos. Para a entrevista por telefone se espera demorar em torno de 10 minutos. Se alguma pergunta lhe causar desconforto ou preocupação, fale conosco para que possamos lhe encaminhar para atendimento. Ressaltamos, de novo, que você poderá solicitar que as entrevistas sejam remarçadas ou que deseja desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, se assim achar melhor.

Agradecemos sua colaboração, estamos à disposição para explicar as suas dúvidas pelo telefone (51) 33085422 (Escola de Enfermagem da UFRGS), ou e-mail anne.marie@ufrgs.br. Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, que poderá esclarecer outras dúvidas por meio do telefone (51) 3289 5517 ou e-mail cep-sms@sms.prefpoa.com.br

Anne Marie Weissheimer
Coordenadora do Estudo

Após ter lido e compreendido as informações acima, ao assinar este documento em duas vias, ficando com uma delas para mim, CONCORDO em participar desta pesquisa e AUTORIZO a utilização dos dados para o presente estudo.

Nome completo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS

Unidade _____ Data de coleta dos dados: ____/____/____

A) Dados de identificação:

- 1) Iniciais: _____
- 2) Número do formulário: _____
- 3) Telefone para contato: _____ Telefone para recados: _____
- 4) Idade da gestante (anos) _____
- 5) Escolaridade (até que série estudou): _____
- 6) Situação conjugal: (1) CASADA (2) SOLTEIRA (3) UNIÃO ESTÁVEL
(4) SEPARADA (5) SEM COMPANHEIRO(A)
- 7) Com quem mora: (1) COMPANHEIRO(A) (2) COMPANHEIRO(A) E FILHOS
(3) COMPANHEIRO(A), FILHOS E OUTROS FAMILIARES
(4) PAIS E IRMÃOS (5) OUTROS Quem: _____
- 8) Ocupação: _____
- 9) Renda familiar aproximada (em reais): _____

B) Dados obstétricos:

- 10) Idade gestacional (semanas): _____
- 11) DUM: ____/____/____
- 12) Número de gestações: _____
- 13) Paridade: _____ (88) NSA
- 14) Parto vaginal: _____ cesárea: _____ (88) NSA
- 15) Abortos: _____ (88) NSA
- 16) Parto prematuro anterior: (1) SIM (2) NÃO (88) NSA
Idade gestacional (em semanas): _____
- 17) Data do intervalo entre o término da gestação anterior e o início desta (em meses): _____
- 18) Número de consultas de pré-natal (inclusive hoje): _____
- 19) Idade gestacional em que iniciou pré-natal (em semanas): _____
- 20) Alguma complicação na gestação atual: (1) SIM (2) NÃO
Qual? _____
- 21) Uso de medicação no momento: (1) SIM (2) NÃO
Qual? _____
- 22) Pré-natal nas gestações anteriores? (1) SIM (2) NÃO (88) NSA
- 23) Complicações nas gestações anteriores? (1) SIM (2) NÃO (88) NSA
Quais? _____
- 24) Gestação atual planejada: (1) SIM (2) NÃO
- 25) Satisfação com a gestação: (1) MUITO SATISFEITA (2) SATISFEITA
(3) INDIFERENTE (4) INSATISFEITA
- 26) Há alguma preocupação em relação à gestação: (1) SIM (2) NÃO
Qual: _____

C) Dados clínicos e comportamentais:

- 27) Peso atual (em kg): _____
- 28) Peso anterior à gestação ou ao iniciar PN (em kg): _____
- 29) Pressão arterial atual: sistólica _____ diastólica _____
- 30) Pressão arterial na primeira consulta: sistólica _____ diastólica _____
- 31) Altura uterina na data da coleta de dados (em cm): _____
- 32) Exames laboratoriais (resultados mais atuais em relação à data da coleta dos dados):
Hg: _____ Ht: _____
Anti-HIV: _____ VDRL: _____
Toxo IgG: _____ Toxo IgM: _____
Glicemia: _____ Anti-HBSAg: _____
EQU: _____ Urocultura: _____
- 33) Usa cigarro de tabaco na gestação: (1) SIM (2) NÃO
Quanto em 24 horas: _____
- 34) Usa bebida alcoólica na gestação: (1) SIM (2) NÃO
Qual: _____
Com que frequência: _____
Quantas doses em 24 horas: _____
- 35) Usa alguma droga na gestação: (1) SIM (2) NÃO
Qual: _____
Com que frequência: _____
Quantidade em 24 horas: _____

Observações: _____

Coletadora: _____

Avaliação do apoio

A próxima série de perguntas é sobre o quanto você está satisfeita com o apoio que você recebe de seu companheiro e/ou de outras pessoas. Em primeiro lugar, você tem um companheiro?

1. Não (*não responda essa parte, passe para o item Apoio de outras pessoas*)
2. Sim

As frases abaixo descrevem vários tipos de apoio. Em uma escala de 1 a 6, com o número **1** correspondendo a ' **muito insatisfeita**' e o número **6** correspondendo a ' **muito satisfeita**', solicito que você marque na tabela o número que corresponde a quanto você se sente satisfeita com o apoio que recebe do seu **companheiro**.

Apoio do companheiro:

A. Compartilha vivências comigo.	1	2	3	4	5	6
B. Ajuda a manter meu ânimo.	1	2	3	4	5	6
C. Me ajuda a sair de situações difíceis.	1	2	3	4	5	6
D. Mostra interesse em minhas atividades diárias e problemas.	1	2	3	4	5	6
E. Sai de sua rotina para fazer coisas especiais e importantes para mim.	1	2	3	4	5	6
F. Me permite falar de coisas que são bastante pessoais e particulares.	1	2	3	4	5	6
G. Demonstra para mim que valoriza o que eu faço para ele.	1	2	3	4	5	6
H. Tolera meus "altos e baixos" e meus comportamentos inesperados	1	2	3	4	5	6
I. Me leva a sério quando eu tenho preocupações.	1	2	3	4	5	6
J. Me diz coisas que tornam minha situação mais clara e fácil de ser compreendida.	1	2	3	4	5	6
K. Deixa claro que ele estará por perto se eu precisar	1	2	3	4	5	6

Por favor, agora leia as mesmas frases e responda o quanto você se sente satisfeita em relação ao apoio que recebe de **outras pessoas**:

Apoio de outras pessoas:

A. Compartilha vivências comigo.	1	2	3	4	5	6
B. Ajuda a manter meu ânimo.	1	2	3	4	5	6
C. Me ajuda a sair de situações difíceis.	1	2	3	4	5	6
D. Mostra interesse em minhas atividades diárias e problemas.	1	2	3	4	5	6
E. Sai de sua rotina para fazer coisas especiais e importantes para mim.	1	2	3	4	5	6
F. Me permite falar de coisas que são bastante pessoais e particulares.	1	2	3	4	5	6
G. Demonstra para mim que valoriza o que eu faço para ele.	1	2	3	4	5	6
H. Tolerar meus “altos e baixos” e meus comportamentos inesperados	1	2	3	4	5	6
I. Me leva a sério quando eu tenho preocupações.	1	2	3	4	5	6
J. Me diz coisas que tornam minha situação mais clara e fácil de ser compreendida.	1	2	3	4	5	6
K. Deixa claro que ele estará por perto se eu precisar	1	2	3	4	5	6

Avaliação da autoestima

Todos nós carregamos conosco algum tipo de imagem de nós mesmos. As frases abaixo são frases que geralmente as pessoas usam para se descreverem. Por favor, leia cada uma e marque abaixo o número que indica o quanto você concorda ou não se a frase descreve você, conforme os números abaixo:

(1) Concordo plenamente

(2) Concordo

(3) Discordo

(4) Discordo plenamente

	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
A. Você sente que é uma pessoa de valor, ou pelo menos que é igual aos outros.	1	2	3	4
B. Você sente que tem um grande número de qualidades.	1	2	3	4
C. No final das contas, você sente que é um fracasso.	1	2	3	4
D. Você se sente capaz de fazer as coisas pelo menos tão bem quanto a maioria das pessoas.	1	2	3	4
E. Você sente que não tem muito do que se orgulhar.	1	2	3	4
F. Você tem uma atitude positiva consigo mesma.	1	2	3	4
G. De modo geral, você se sente satisfeita consigo mesma.	1	2	3	4
H. Você queria ter mais respeito por si mesma.	1	2	3	4
I. Às vezes, você se sente inútil.	1	2	3	4
J. Às vezes, você acha que não é boa que chega.	1	2	3	4
K. Você acha que controla a sua vida.	1	2	3	4

ANEXO B
APROVAÇÃO DO PROJETO NA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA UFRGS

Projeto N°: 28355 **Título:** PERFIL PSICOSSOCIAL NO PRE-NATAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE MULHERES EM ATENDIMENTO PRE-NATAL NA GERENCIA DISTRITAL CENTRO DE PORTO ALEGRE/RS

Área de conhecimento: Enfermagem Obstétrica **Previsão de início:** 01/03/2015 **Previsão de conclusão:** 15/07/2017

Situação: Projeto em Andamento

Origem: Escola de Enfermagem **Projeto Isolado com linha temática:** Enfermagem no cuidado á mulher

Local de Realização: não informado

Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 06/02/2015

Projeto: PERFIL PSICOSSOCIAL NO PRÉ-NATAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE MULHERES EM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO DE PORTO ALEGRE/RS

Pesquisador responsável: ANNE MARIE WEISSHEIMER

Aspectos científicos:

Título: Compreensível, conciso e reflete o conteúdo do projeto.

Introdução: Apresenta claramente o problema do estudo, abordando a dimensão epidemiológica e assistencial, bem como conceitua e define termos importantes para o entendimento da proposta de pesquisa.

Objetivo: Congruentes com o problema de pesquisa exposto.

Método: O método é apropriado para alcançar o objetivo proposto.

Delineamento: A proposta de um estudo quantitativo, longitudinal está adequada ao que se propõe o projeto.

População: gestantes cadastradas realizando pré-natal nas quatro Unidades de Saúde. Explicita critérios de inclusão e exclusão da amostra e cálculo da amostra.

Análise dos dados: Considerada adequada ao objetivo e ao delineamento do estudo.
Instrumentos de coleta de dados: Adequado para responder ao objetivo proposto.

Cronograma: Compatível com a proposta do estudo.

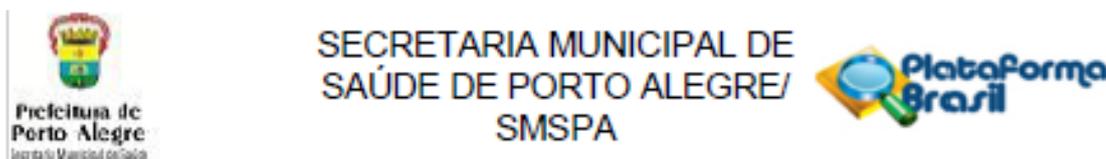
Orçamento: Exequível.

Referências: São atualizadas e seletivas para o tema.

Aspectos éticos e regulatórios: adequação do projeto às normas e diretrizes vigentes, sobretudo resolução CNS 466/12. Há referência quanto à apresentação à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e Comitê de Ética da SMS/POA e uso de TCLE.

COMENTÁRIOS GERAIS: Projeto relevante do ponto de vista assistencial. Demonstra exequibilidade e potencial de conhecimento útil para a melhoria da qualidade da assistência prestada com proposições de futuras intervenções ao cuidado pré- natal.
Projeto Aprovado.

ANEXO C REGISTRO NO CAAE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERFIL PSICOSSOCIAL NO PRÉ-NATAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE MULHERES EM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO DE PORTO ALEGRE/RS

Pesquisador: Anne Marie Weissheimer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43010115.8.0000.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.531.915

Apresentação do Projeto:

O presente projeto trata-se de um estudo quantitativo, longitudinal que tem como objetivo maior estabelecer e analisar o Perfil Psicossocial no Pré-natal de gestantes de uma Gerência Distrital de Saúde de Porto Alegre/RS. O mesmo resultará em 4 subprojetos - trabalhos de conclusão de curso (TCC) - da Enfermagem da UFRGS. A coleta de dados se dará em duas etapas distintas. A primeira, durante o pré-natal, permitirá trabalhar os objetivos relacionados à gestante, e a segunda, no pós-parto, permitirá coletar dados dos desfechos gestacionais. Na primeira etapa, acontecerá a abordagem da gestante que estiver em sala de espera da UBS ou da USF para consulta de pré-natal, quando a mesma será convidada a participar do estudo. Será utilizado um instrumento que permitirá caracterização sociodemográfica das gestantes, com variáveis como idade, autodenominação do estado marital, autodenominação da cor da pele, número de gestações anteriores, número de partos, via de partos, número de consultas de pré-natal, comportamentos e hábitos de vida, entre outros. Aquelas informações não disponíveis no prontuário e na carteira de pré-natal, serão solicitadas às gestantes. Após, será aplicado o instrumento Perfil Psicossocial no Pré-natal (PPP) em sua versão em português, traduzido e validado para uso no Brasil por Weissheimer (2007). O PPP pode ser autoaplicável, havendo possibilidade de aplicação pela coletadora para

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar		
Bairro: Centro Histórico	Município: PORTO ALEGRE	CEP: 90.010-040
UF: RS		
Telefone: (51)3289-5517	Fax: (51)3289-2453	E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSA



Continuação do Parecer: 1.531.915

facilitar a compreensão da gestante, se necessário. Conforme experiência anterior de aplicação do PPP, o tempo de preenchimento do mesmo é de cerca de 20 minutos.

A segunda etapa, a ser coletada até 45 dias após o parto, será realizada através de contato telefônico, considerando as informações obtidas na primeira etapa em relação à data provável do parto. Será aplicado um questionário com questões fechadas sobre o desfecho gestacional, com informações da data do nascimento (permitindo calcular idade gestacional do recém-nascido conforme o método de Capurro), tipo do nascimento, intercorrências no parto e nascimento, sexo do bebê, peso ao nascimento, escore de Apgar, data da alta hospitalar, necessidade de internação hospitalar do bebê ou da mãe, motivos desta internação, entre outras.

Será realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Santa Marta, Santa Cecília, no Centro de Saúde Modelo e nas Unidades de Saúde da Família localizadas na UBS Santa Marta e no Centro de Saúde Modelo que a compõe. Pretende-se coletar os dados da totalidade das gestantes cadastradas no período de coleta de dados (de 01 março a 31 de maio de 2015), visto a viabilidade de seu quantitativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Conhecer o perfil psicossocial no pré-natal de gestantes em atendimento na Gerência Distrital Centro de Porto Alegre/RS.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico destas gestantes;
- Conhecer hábitos de vida destas gestantes;
- Identificar os fatores de risco gestacionais destas gestantes;
- Caracterizar o estresse destas gestantes;
- Caracterizar o apoio recebido do companheiro por estas gestantes;
- Caracterizar o apoio recebido de outras pessoas por estas gestantes;
- Caracterizar a autoestima destas gestantes;
- Conhecer os desfechos gestacionais destas gestantes;
- Relacionar os desfechos gestacionais encontrados com os fatores de risco gestacionais destas gestantes;
- Relacionar os desfechos gestacionais com os níveis de estresse, de apoio social do companheiro, de apoio social de outras pessoas e de autoestima destas gestantes.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.531.915

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer CEP SMSPA 1.035.390 de 24/03/2015.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: UFRGS

Área: Enfermagem

Nível: Trabalho que resultará em quatro TCCs

Pesquisador responsável: Anne Marie Weissheimer

Alunas: Deborah Dias Garcia, Evelyne Duarte de Amorim Silva, Lívia Bastos Bischoff, Sara Ariana Machado Boff Sberze Sengik

Local do estudo: Unidades Santa Marta, Santa Cecília, Modelo (GD Centro)

Numero de participantes 184

Período: fev 2015 a set 2015

Emenda 1: Durante o ano de 2015, devido a questões próprias das alunas do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS, que atuariam como coletadoras dos dados, NÃO foi possível realizar a coleta dos dados. Assim, através de emenda, solicitamos a alteração do cronograma de pesquisa conforme apresentado no espaço pertinente. Assim, já foi excluída uma das pesquisadoras envolvidas, porém ainda não incluídos os nomes de novos envolvidos com a coleta de dado, a serem selecionados entre alunos de iniciação científica da UFRGS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o parecer de aprovação do CEP SMSPA nos locais de realização do estudo.

Enviar relatórios semestrais e relatório final, ao término do estudo, para o CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

 Prefeitura de Porto Alegre Instituto Municipal de Saúde	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA	
--	---	---

Continuação do Parecer: 1.531.915

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_694167 E1.pdf	07/04/2016 12:14:32		Aceito
Outros	ciência gerência.PDF	09/03/2015 11:15:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/02/2015 10:55:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO finalizado SMS.pdf	09/02/2015 10:52:45		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada001.pdf	09/02/2015 10:51:09		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 05 de Maio de 2016

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
 (Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar			
Bairro: Centro Histórico	CEP: 90.010-040		
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3289-5517	Fax: (51)3289-2453	E-mail: cep_sms@hotmail.com	