

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

LUÍSA ZADRA PASSBERG

**CARACTERIZAÇÃO E PERFIL PSICOSSOCIAL DE GESTANTES EM
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO CENTRO DE SAÚDE SANTA MARTA -
PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre

2017

LUÍSA ZADRA PASSBERG

**CARACTERIZAÇÃO E PERFIL PSICOSSOCIAL DE GESTANTES EM
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO CENTRO DE SAÚDE SANTA MARTA -
PORTO ALEGRE/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à
Atividade TCC II, do curso de Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

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

Porto Alegre

2017

Às três mulheres da minha vida: Viviane, Maria Eunice e Lourdes, minhas fontes de amor, conhecimento e inspiração. A vocês, dedico todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por me transmitir os valores essenciais da vida e por me oportunizar uma educação de qualidade, que resultou em quem sou e onde estou hoje. Obrigada Viviane, Cidiomar, Lourdes, Maria Eunice, Frederico e Ana Lúcia por estarem sempre disponíveis, por torcerem e vibrarem pelo meu sucesso e por apoiar-me em minhas decisões, indicando o melhor caminho a se tomar quando foi preciso. Sem vocês, nada disso seria possível. Amo vocês, de coração.

Aos meus irmãos, Lorenzo e Bernardo, pelo carinho e também pelo companheirismo de sempre. Saibam que vocês tem uma irmã orgulhosa de quem vocês estão se tornando, e que ama vocês demais. Sou extremamente feliz e grata por ter vocês comigo.

Ao amor da minha vida, Douglas, pela parceria, amor, cuidado e carinho, e também pelo incentivo e apoio em todos os momentos. Meus dias são muito mais felizes contigo. Obrigada por sempre estar ao meu lado e por torcer por mim. Obrigada por ser muito além do que os olhos podem ver. Agradeço também à minha sogra, Zilda, por todo o carinho e pela preocupação em me acolher tão bem em sua casa após noites de estudo.

Às minhas amigas, em especial àquelas que foram essenciais na trajetória da minha formação. Obrigada Giovana, Évelin, Rafaele, Giulia e Karla por serem amor, apoio e incentivo, e por nunca saírem do meu lado. Vocês tornaram essa caminhada muito mais feliz e tranquila. Sei que a nossa parceria é para a vida inteira, e sou muito feliz por isso.

À minha professora orientadora, Anne Marie, pela parceria, confiança, e, principalmente, por toda a dedicação para comigo. À professora Virgínia, pelo carinho e grandes oportunidades concedidas. Vocês são exemplos de profissionais, que me permitem acreditar, presenciar e lutar por uma enfermagem mais correta e humana. Sou infinitamente grata a vocês, do fundo do meu coração. Obrigada por me inspirarem e por me fazerem chegar até aqui.

“Nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Coralina

RESUMO

Estudo quantitativo transversal, que teve como objetivo caracterizar as gestantes que realizam acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde Santa Marta, localizado em Porto Alegre/RS, em relação ao seu perfil sociodemográfico, hábitos de vida e perfil psicossocial no pré-natal. O projeto foi aprovado pela COMPEAQ da Escola de Enfermagem/UFRGS e CEP da SMS/POA. A amostra foi constituída por 37 gestantes, cujos dados foram coletados na carteira de pré-natal e com auxílio de instrumentos de coleta. Quanto aos resultados, obtidos por testes de tendência central, verifica-se que a idade média da amostra é de 26,76 anos; a mediana de renda familiar é correspondente a R\$2.000,00. A maioria, 32,43%, possui ensino médio completo; 67,57% são solteiras; 72,97% possuem ocupação. O número de gestações varia de uma a quatro, sendo que 59,46% são nulíparas. O número de filhos varia de zero a três; os partos vaginais e as cesáreas variam de zero a dois; 18,92% das mulheres haviam tido abortos. A idade gestacional média encontrada foi de 30 semanas e 6 dias; a média de consultas do pré-natal atual é de 6,03. A gestação não foi planejada por 67,57% das mulheres, porém 54,05% informam estar muito satisfeitas. Fazem uso de cigarro 8,11% das gestantes e 10,81% afirmam ingerir bebidas alcoólicas na gestação. Identifica-se um baixo nível de estresse; adequada percepção de apoio do companheiro e de outras pessoas, porém uma baixa autoestima (média=24,19). Os enfermeiros possuem papel fundamental na detecção de riscos aos quais as mulheres estão expostas e, assim, torna-se indispensável a avaliação integral das gestantes, considerando os aspectos físicos, sociais, psicológicos e biológicos.

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivos gerais	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Acompanhamento pré-natal	12
3.2 Perfil psicossocial no pré-natal	16
3.2.1 Estresse	16
3.2.2 Autoestima	18
3.2.3 Apoio social	19
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Local do estudo	22
4.2.1 Centro de Saúde Santa Marta	22
4.3 População e amostra	23
4.4 Coleta dos dados	24
4.5 Análise dos dados	26
4.6 Aspectos éticos	26
5 RESULTADOS	28
6 DISCUSSÃO	37
7 CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS, CLÍNICOS E COMPORTAMENTAIS	70
ANEXO A – PERFIL PSICOSOCIAL NO PRÉ-NATAL (PPP)	72
ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO NA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS	76
ANEXO C – REGISTRO NO CAAE	78

1 INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada como uma experiência única e intensa, que acarreta em significativas alterações na vida de uma mulher e sua família: tais mudanças envolvem tanto os aspectos fisiológicos relacionados à gravidez, como também os de ordem emocional e social (PICCININI *et al.*, 2008). Sabe-se que uma boa vivência desse momento possui efeitos marcantes sobre a mulher e o feto, e, assim, a adequada assistência por profissionais de saúde faz-se fundamental, uma vez que auxilia os envolvidos com as adaptações necessárias, reduzindo tensões e estresse, e aumentando o sentimento de segurança (BRASIL, 2013b; PICCININI *et al.*, 2012).

O acompanhamento pré-natal tem como principal objetivo proporcionar o desenvolvimento da gestação, levando ao nascimento de um bebê saudável, sem causar danos à saúde da mãe. A realização de um pré-natal de qualidade permite uma visão integral sobre as mulheres, possibilitando aos profissionais de saúde a detecção de situações de risco, bem como a realização de intervenções adequadas frente às mesmas (BRASIL, 2013a). Apesar disso, a morbimortalidade materna e perinatal mantêm-se com altos índices no Brasil, sugerindo que a qualidade desta atenção permanece insatisfatória (BRASIL, 2012).

Segundo estudo realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, a realização do acompanhamento pré-natal no país foi de 98,7%, tendo assim uma cobertura beirando o universal, porém, sem adequação da assistência: cuidados e procedimentos considerados indispensáveis para um bom desfecho gestacional, como orientações necessárias ao desenvolvimento da gestação, exames de rotina e número mínimo de consultas previstas, permanecem com uma cobertura mais baixa (VIELLAS *et al.*, 2014). É recomendado pelo Ministério da Saúde que os profissionais realizem ações de atenção integral, pautadas na promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades apresentadas pela mulher e familiares, proporcionando assim um atendimento humanizado e formador de vínculos (BRASIL, 2013a).

Peixoto e colegas (2012) afirmam que apesar de a gestação ser um processo fisiológico, necessita de acompanhamento qualificado para que intercorrências e/ou desfechos desfavoráveis sejam prevenidos. Na maior parte dos casos, a gestação não implica em resultados desfavoráveis; porém, algumas gestantes, devido às características biológicas, socioeconômicas e sociais, apresentam uma maior probabilidade de apresentá-los, e assim, constituem o grupo denominado “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012; PEIXOTO *et al.*, 2012).

Nesse sentido, o acompanhamento pré-natal visa preservar tanto a saúde materna quanto a fetal, resultando posteriormente em um bom desenvolvimento infantil. Porém, dois principais desfechos gestacionais em relação ao neonato fazem com que o país ainda enfrente a alta morbimortalidade já citada anteriormente, sendo eles o baixo peso ao nascer e a prematuridade (THIENGO *et al.*, 2012). O baixo peso ao nascer é caracterizado como peso de nascimento menor que 2.500g, sendo considerado o fator isolado mais influente sobre a sobrevivência nos primeiros anos de vida (TOURINHO; REIS, 2013), enquanto a prematuridade é definida como o nascimento que ocorre antes da 37ª semana de gestação, tornando-se, assim como o baixo peso ao nascer, um desfecho determinante para maiores taxas de hospitalização, infecções, retardo de crescimento e déficit neuropsicológico, entre outros (ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007).

Considerando que dentre as variáveis que influenciam em tais desfechos gestacionais estão o estado nutricional materno, tabagismo e uso de substâncias entorpecentes, condições socioeconômicas desfavoráveis, menor escolaridade, insalubridade ambiental, dentre outros, mostra-se a importância de um acompanhamento pré-natal efetivo, no qual os profissionais possam identificar riscos, definir estratégias e intervir para a prevenção de resultados desfavoráveis, reduzindo tanto os riscos quanto os custos para a saúde pública (TOURINHO; REIS, 2013). Nesse sentido, torna-se indispensável a avaliação das questões relativas ao perfil sociodemográfico e psicossocial das gestantes.

O perfil psicossocial no pré-natal pode ser mensurado, segundo a literatura, por meio da avaliação dos níveis de estresse, da autoestima, e do apoio recebido pelo parceiro(a) e pelas demais redes sociais de gestantes (CURRY; CAMPBELL; CHRISTIAN, 1994; JESSE; REED, 2004; WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015). O instrumento que possibilita a caracterização desse perfil foi desenvolvido nos Estados Unidos, no ano de 1994, por Curry, Campbell e Christian, e traduzido, adaptado e validado para uso no Brasil por Weissheimer e Mamede (2015). É possível identificar, durante o período gestacional, possíveis desequilíbrios dos constructos que contemplam esse perfil, que podem trazer prejuízos à saúde da mulher, e conseqüentemente ao feto.

Tendo em vista a influência do perfil psicossocial durante a gestação, sabe-se que tais desequilíbrios predispoem a comportamentos considerados de risco: uso do tabaco e álcool, consumo exagerado de alimentos, sedentarismo, aumento dos níveis de estresse e surgimento de problemas emocionais, fazendo com que essa mulher seja desestimulada a realizar o autocuidado necessário, entre outros (MORANDIN, 2010). Conforme evidenciado pela literatura, o apoio social e emocional é considerado um dos principais fatores de proteção para

tais riscos e distúrbios. Estudos realizados por Piccinini e colegas (2012) e por Silva e Brito (2010), demonstram que as gestantes destacam o apoio recebido pelo companheiro como fundamental, influenciando em seu estilo de vida.

É esperado que os profissionais responsáveis pelo acompanhamento pré-natal, como integrantes de uma equipe interdisciplinar, estejam aptos a receber e acolher as mulheres gestantes (DUARTE; ANDRADE, 2006). Aos enfermeiros, cabe principalmente a responsabilidade de assumir papel de educador, compartilhando saberes, auxiliando com possíveis dificuldades encontradas, além de envolver a mulher na busca pela realização do autocuidado para um melhor desenvolvimento da gestação e qualidade de vida (FELICE *et al.*, 2007; MORANDIN, 2010). Além disso, cabe a detecção de comportamentos de risco aos quais as mulheres estão expostas, situação na qual deverá intervir, auxiliando a gestante para a mudança de conduta, conseqüentemente favorecendo o nascimento de uma criança mais saudável (WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015).

Portanto, a enfermagem precisa considerar os diferentes estilos de vida, assim como aspectos sociais, psicológicos e biológicos, respeitando os valores, culturas, crenças e práticas dos indivíduos (WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015). Porém, apesar das evidências, o acompanhamento pré-natal está ainda focado nas necessidades físicas, deixando a integralidade do cuidado em segundo plano, podendo ter como resultado um desfecho desfavorável (JESSE; ALLIGOOD, 2002; WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015).

Nesse contexto, no qual existe grande cobertura, porém baixa qualidade pré-natal, muitas vezes sem a abordagem integral da gestante, podendo resultar em prejuízos a saúde do binômio mãe-feto, esse estudo vem ao encontro de um questionamento que visa compreender a realidade de uma determinada área do município de Porto Alegre, para que a mesma possa ser melhorada: quais as características sociodemográficas, hábitos de vida e níveis de estresse, de autoestima e de apoio recebido pelas gestantes do Centro de Saúde Santa Marta?

Este estudo representa um subprojeto, o qual 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. O presente estudo visa aprofundar o conhecimento sobre as características das gestantes que realizam acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde Santa Marta, localizado no município de Porto Alegre/RS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar as gestantes que realizam acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde Santa Marta, localizado no município de Porto Alegre/RS.

2.2 Objetivos específicos

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

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Acompanhamento pré-natal

A partir do diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil, e com a conquista crescente de espaço pelas mesmas dentro da sociedade, através de movimentos sociais e feministas, firmando-se como sujeitos com necessidades específicas, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com base no Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), de 1983 (BRASIL, 2004a). Segundo o Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (S.D.), tal política tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde da mulher, e busca consolidar avanços principalmente no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, dando destaque a ações de cuidado durante a gestação.

Porém, ainda hoje em dia a mortalidade materna, considerada a morte decorrente de complicações na gestação, parto e puerpério, é alta em nosso país. Em 2013, a taxa foi de 69 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, o que em números absolutos significa 2.100 mortes evitáveis (WHO, 2014). Já em 2010, era esperado um máximo de 47 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (SZWARCOWALD *et al.*, 2014). Mesmo que o Brasil tenha diminuído essa taxa em 43%, está longe dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Organização Mundial da Saúde, que prevê a redução de 75% da mortalidade materna (SAY *et al.*, 2014). Szwarcwald e colegas relacionam as altas taxas de morte com a qualidade precária dos serviços de saúde existentes, aumento do número de cesarianas desnecessárias, e também a desintegração entre os cuidados do pré-natal e da assistência ao parto (SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

O acompanhamento pré-natal é realizado desde o século XIX, sendo desenvolvido para auxiliar na redução dos altos índices de mortalidade infantil e materna, e contribuir para a formação de recém-nascidos mais saudáveis (BRASIL, 2001). A assistência prestada desde sua criação tem sido voltada a fatores fisiológicos do processo de evolução da gestação, sendo as questões emocionais e sociais negligenciadas ou deixadas em segundo plano, o que explica em parte a sua qualidade precária. A criação no ano de 2000 do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde, no qual o respeito aos direitos reprodutivos e a perspectiva da humanização em saúde aparecem como elementos estruturadores, valorizando os aspectos psicossociais e a inclusão do parceiro e família

durante o ciclo gravídico-puerperal, surgiu como uma busca de melhoria para tal situação (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; SILVA; BRITO, 2010).

O Ministério da Saúde indica que a assistência qualificada ao pré-natal deve ocorrer através da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; do estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de qualidade, desde atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006). O acompanhamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, objetivando acolher essa gestante com agilidade, definindo a necessidade de cuidado demandado por ela no momento (BRASIL, 2013a).

As consultas de acompanhamento pré-natal de risco habitual, ou seja, que não possui fatores de risco que indiquem necessidade de acompanhamento de alto risco, podem ser realizadas tanto nas unidades de saúde, como também durante visitas domiciliares feitas pelos profissionais de tais unidades. É estabelecido um mínimo de seis consultas durante a gestação, as quais geralmente são realizadas intercalando-se cuidados médicos e de enfermeiros. A periodicidade das consultas é definida em função dos períodos gestacionais que determinam um maior risco materno e fetal; sendo assim, até a 28ª semana de gestação as consultas devem ser realizadas mensalmente, da 28ª até a 36ª semana quinzenalmente e, a partir daí, semanalmente até a 41ª semana de idade gestacional. A maior frequência de consultas durante o final da gestação visa à avaliação das intercorrências comuns desse período, como o trabalho de parto prematuro, ruptura prematura das membranas fetais, e até mesmo o óbito fetal (BRASIL, 2013a).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), para que o acompanhamento ocorra com êxito, são indispensáveis os seguintes procedimentos: abordagem da história clínica da gestante, realização do exame físico e de exames complementares. Durante a história clínica, deverá haver uma investigação adequada e cuidadosa dos aspectos sócio-epidemiológicos, dos antecedentes familiares e também pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual. Durante o exame físico, são considerados essenciais a avaliação nutricional, a aferição da pressão arterial, a palpação abdominal e percepção de movimentação fetal, a medida da altura uterina, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, a verificação da presença de edema, e também o exame ginecológico e das mamas.

A seguir, é apresentado o quadro com os exames complementares de cada trimestre do acompanhamento pré-natal.

Quadro 1. Exames complementares do pré-natal de baixo risco.

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, 2013a.

Algumas gestantes apresentam determinados fatores de risco que aumentam significativamente a probabilidade de intercorrências durante a gravidez e também de óbito materno e/ou fetal, sendo consideradas, assim, gestantes de alto risco. Nesse sentido, é necessário que tais fatores sejam identificados o mais precocemente possível, sendo o acolhimento com classificação de risco, o exame físico e de rotina indispensáveis nesse processo. É fundamental reforçar que os fatores devem ser avaliados também ao longo de todo período gestacional (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, os fatores de risco podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos às características apresentadas durante as consultas. A caracterização de uma situação de risco implica em encaminhamento dessa gestante para a realização de um pré-natal em ambulatório especializado, referência para atendimentos nessas situações; porém, a Unidade Básica de Saúde continua responsável pelo seguimento da gestante encaminhada (BRASIL, 2013a).

Dentre os fatores de risco para os quais deve haver consideração dos profissionais de saúde em relação ao encaminhamento dessa gestante para atendimento ambulatorial, estão fatores relacionados às condições prévias e história reprodutiva anterior, e também à gravidez atual. Cardiopatias, nefropatias, endocrinopatias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças autoimunes, hematológicas e psicológicas, alterações genéticas, ginecopatias, infecções (HIV, toxoplasmose, sífilis, hepatites), antecedentes de trombose venosa profunda, uso abusivo de drogas, entre outros, caracterizam alguns dos fatores prévios; abortamentos, infertilidade, morte intrauterina ou perinatal, doenças hipertensivas da gestação encontram-se entre a história reprodutiva anterior; por último, restrição de crescimento intra-uterino, poli ou oligodrâmnio, malformação fetal, gemelaridade, infecção urinária de repetição ou pielonefrite, anemia grave, diabetes gestacional, desnutrição extrema, baixo peso extremo ou obesidade mórbida, distúrbios hipertensivos, doenças infecciosas, entre outros, são considerados fatores de risco relacionados à gravidez atual (BRASIL, 2013a).

Existem, porém, alguns fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da atenção básica, como idade menor do que 15 e maior do que 35 anos, esforço físico excessivo, situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, Índice de Massa Corpórea (IMC) que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade, ganho ponderal inadequado, infecção urinária, entre outros. Tais situações exigem um maior cuidado dos profissionais, e também a avaliação criteriosa de gravidade, para que, se necessário, essa gestante seja encaminhada ao alto risco (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2012).

Dentre os passos para a realização de um acompanhamento pré-natal de qualidade, descritos pelo Ministério da Saúde (2013, p. 38), encontra-se: "Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico". Dessa maneira, identifica-se o reconhecimento da necessidade da atenção aos aspectos psicossociais dessas mulheres, confirmado pelo fato de que a maioria dos estudos converge para a ideia de que a gestação é um período de grandes transformações na vida das gestantes e familiares, o que demanda uma escuta e atenção qualificada por parte dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo (BRASIL, 2013a).

As gestantes, seus companheiros(as) e familiares devem sentir-se acolhidos, apresentando uma relação de confiança com o profissional de saúde que os acompanha, seja na unidade básica ou no ambulatório, o qual deve compreender as demandas, expectativas, dúvidas, tratando-os com respeito e solidariedade, livre de julgamentos. Os

profissionais devem proporcionar espaços de diálogos e reflexões, esclarecendo as mulheres, companheiros(as) e familiares sobre o processo da gestação, parto e puerpério. Além disso, deve haver uma investigação mais aprofundada sobre as condições emocionais da gestação, sobre o contexto em que ela ocorreu, sobre suas possíveis repercussões na vida das gestantes e familiares, sobre as redes de suporte que essa gestante apresenta, incluindo a nível familiar, sempre incentivando a participação ativa dos mesmos no processo. Sendo assim, a equipe de saúde do pré-natal possui importante papel, devendo ficar alerta para sinais e sintomas demonstrados, e muitas vezes nem percebidos pelas mulheres. O pré-natal constitui-se em uma grande oportunidade de promover, proteger, prevenir e assistir adequadamente a gestante, seus familiares e a criança que está por vir (BRASIL, 2013a).

3.2 Perfil Psicossocial no Pré-natal

Curry, Campbell e Christian (1994), ao elaborarem o Perfil Psicossocial no Pré-natal (PPP), basearam-se em um modelo teórico que propunha uma relação entre os fatores psicossociais das gestantes e seus desfechos gestacionais. Segundo as autoras, comportamentos como baixa autoestima, poucas relações de apoio social, assim como altos níveis de estresse podem influenciar no resultado da gestação, seja de forma direta ou indireta. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de atenção por parte dos profissionais de saúde para além das necessidades clínicas obstétricas, considerando também os aspectos físicos, emocionais e sociais presentes na gestação (MORANDIN, 2010).

Sendo assim, os constructos que contemplam o PPP serão explorados nesse item, de forma a permitirem sua compreensão e o entrelaçamento dos mesmos com o período gestacional.

3.2.1 Estresse

Segundo Donadio e Vargas (2014), o estresse é o estado resultante da percepção de estímulos, sejam eles internos ou externos, que levam a uma alteração do estado de homeostase corporal de um indivíduo. Dessa maneira, o estresse pode ser considerado um conjunto de respostas, sejam elas fisiológicas, psicológicas ou comportamentais, feitas pelo organismo em reação a um estímulo, também denominado estressor (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011). Esse processo de produção do estresse visa uma adaptação do indivíduo,

que deve buscar soluções e condutas adequadas frente à situação em que se encontra (DONADIO; VARGAS, 2014; MORANDIN, 2010).

Tiran e Chummun (2004) defendem que se os níveis de estresse forem leves a moderados, é considerado “benigno”, pois aumenta a capacidade de enfrentamento individual; porém, um aumento significativo em tais níveis pode trazer prejuízos, afetando também o feto, no caso de gestantes. Sendo assim, o estresse demasiado que ocorre durante a gestação pode resultar em repercussões tanto maternas quanto fetais, levando à deterioração da saúde e bem-estar do binômio (MORANDIN, 2010; TIRAN; CHUMMUN, 2004; WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015).

Durante a gestação, é comum haver algum nível de estresse percebido pela mulher e seus familiares, decorrente principalmente da nova condição em que se encontram, para a qual deve ocorrer uma adaptação social, familiar, física, e também a nível hormonal, no caso da mulher. Segundo a literatura, 80% das gestantes relatam ter sofrido ao menos um evento estressante durante essa fase de suas vidas (THIENGO *et al.*, 2012). Porém, agravantes como má situação econômica, violência, abuso de substâncias e problemas de saúde podem fazer com que o enfrentamento e adaptação materna, cruciais para o bom desenvolvimento e resultado da gestação, sejam prejudicados (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

O estresse durante o período pré-natal expõe a mulher e o feto a altos níveis de adrenalina, noradrenalina e cortisol, resultando no desgaste do organismo e redução da imunidade a longo prazo (SEGATO *et al.*, 2009). Além disso, Romero, Figueroa e García (1999) descrevem que tal descarga de catecolaminas pode resultar em aborto espontâneo, restrição de crescimento intra-uterino, ruptura prematura de membranas, má nutrição fetal e hipertensão materna. Sendo assim, altos níveis de estresse materno podem ocasionar desfechos gestacionais como o baixo peso ao nascer e a prematuridade (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

Quando exposto ao estresse materno, o feto ainda pode responder com maior predisposição a doenças mentais, alergias e asma, e também com uma maior probabilidade de apresentar problemas temperamentais e comportamentais ao longo do tempo (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011). A mulher gestante, quando submetida a altos níveis de estresse, pode passar a adotar certos comportamentos considerados de risco para lidar com o seu dia-a-dia, como consumo de álcool, drogas e tabaco, redução do autocuidado, consumo exagerado de alimentos, sedentarismo, entre outros. Além dos danos à saúde materna e do risco de gerar complicações como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, tais comportamentos ainda contribuem com a morbimortalidade perinatal, podendo resultar em restrição de crescimento

intra-uterino, trabalho de parto prematuro, entre outros (MORANDIN, 2010; TIRAN; CHUMMUN, 2004; WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015).

Em estudo realizado por Jesse, Kim e Herndon (2014) as participantes relataram baixos níveis de estresse durante a gestação e maior nível de satisfação quando há um suporte por parte dos parceiros ou de outras pessoas. A compreensão do organismo de uma gestante como um grande sistema biopsicossocial interconectado, torna-se então, primordial para os profissionais das redes de atenção em saúde que irão acompanhá-la no período pré-natal. É essencial que tais profissionais compreendam como as modificações biopsicossociais influenciam na gestação dessas mulheres, e qual a percepção e expressão do nível de estresse pela qual as mesmas passam no período pré-natal, tornando a assistência mais integral, e não tão biomédica.

3.2.2 Autoestima

Segundo Jesse, Kim e Herndon (2014), a autoestima é compreendida como a avaliação que o indivíduo faz e costumeiramente mantém em relação a si próprio, expressando uma atitude em relação a si mesmo. O termo atitude, utilizado por Rosenberg em 1965, inclui os fatos, as opiniões, assim como os valores e orientações favoráveis ou não de um indivíduo em relação a algum objeto, ou a si mesmo (ROSENBERG, 1965). Schroevers, Ranchor e Sanderman (2003), defendem que a autoestima consiste em um importante recurso pessoal, e que se relaciona com o funcionamento psicológico, tendo a baixa autoestima uma importante associação com sintomas depressivos.

Curry, Campbell e Christian (1994) ao estudarem a autoestima para fundamentá-la como um constructo do Perfil Psicossocial do Pré-natal, citaram estudos que relacionaram uma maior autoestima na gestação com a realização de adequados cuidados pré e pós-natais, com uma maior sensação das mulheres gestantes de controle sobre suas vidas, e também com uma maior satisfação em suas relações sociais. As autoras ainda encontraram resultados de complicações neonatais relacionadas a uma baixa autoestima, como menor Apgar no quinto minuto de vida. Sendo assim, concluiu-se que a autoestima adequada favorece os comportamentos de saúde considerados benéficos, causando impacto sobre a gestação e seus resultados (CURRY; CAMPBELL; CHRISTIAN, 1994; WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015).

Já em 1990, Bowlby afirmava que a condição de gerar um bebê é um desafio, cujo sucesso depende do estado emocional do indivíduo, e que está diretamente associado à qualidade da autoestima e seu nível de confiança (BOWLBY, 1990). Raphael-Leff (1997)

observa que, durante a gestação, a rápida mudança da forma corporal e também a perda da sua imagem, assim como a alteração de papéis que ocorre dentro da família e também da sociedade, predispõem as mulheres a terem impressões por vezes distorcidas da autoestima. Maçola, Vale e Carmona (2010) dizem que, ao se entregar aos desafios da maternidade, quanto melhor o estado emocional da mulher, maior sua chance de sucesso nessa missão.

Em estudo realizado na cidade de Pelotas/RS por Dias e colegas (2008), foi constatada relação entre gestantes com menor autoestima e alguns fatores, tais como: baixa escolaridade, baixo nível econômico, ausência de emprego, o não planejamento da gestação ou perceber a gestação como desencadeadora de alto risco para a mãe e/ou bebê, histórico de três ou mais gestações, existência de eventos estressores, tabagismo e uso de drogas (DIAS *et al*, 2008). As gestantes adolescentes, em virtude das dificuldades próprias da faixa etária, também apresentam mais chances de baixa autoestima (MOREIRA; SARRIERA, 2006).

O pré-natal constitui-se de um momento oportuno para verificar a autoestima da gestante; é nesse momento que podem e devem ser abordados problemas potenciais e/ou reais associados ao período gestacional (CAVALCANTE; SOUZA; LOPES, 2013), devendo-se ter um maior cuidado com as gestantes submetidas a fatores de risco para a baixa autoestima, citados anteriormente. Dessa maneira, os profissionais contribuirão na assistência adequada à mulher, reduzindo comportamentos de risco e evitando repercussões negativas durante o curso da gestação, e também em seu desfecho posteriormente.

3.2.3 Apoio social

O apoio é fundamental ao longo do desenvolvimento humano, tendo destaque durante períodos de transição e de mudança, como a gravidez (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Conceitos de apoio social e apoio emocional por vezes acabam se misturando, contudo, o apoio emocional é visto como sendo relativo à atitude emocional positiva, sendo atrelado às relações mais íntimas, como as familiares (MOTTA; CREPALDI, 2005). Por sua vez, o apoio social, segundo Guimarães e Melo (2011, p.55) pode ser definido como “um sistema de relações interpessoais com ênfase na disponibilidade de ajuda em situações de necessidade”, no qual as gestantes contam, entre outros, com familiares e amigos.

Durante as múltiplas adaptações requeridas pelas significativas mudanças de vida que surgem com a gestação, a expectativa e percepção de apoio insuficiente têm um impacto nocivo no bem-estar psicológico materno (ELSENBRUCH *et al.*, 2007). Somado a estes riscos, 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 sem complicações (THIENGO *et al.*, 2012; KONRADT *et al.*, 2011). Em contrapartida, a presença de apoio dos amigos e familiares tem sido largamente apontada por reduzir ou mesmo eliminar os fatores de risco citados anteriormente, uma vez que representam para as gestantes uma fonte de apoio e estímulo para superar dificuldades (RAMOS; CUMAN, 2009; MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

Guimarães e Melo (2011) observaram em seu estudo que gestantes com maior disponibilidade de apoio teriam propensão a comportamentos mais saudáveis, com abandono de práticas prejudiciais à saúde, maior adesão ao pré-natal, incluindo o uso de serviços de saúde na detecção precoce de problemas relacionados à gestação. Somado a isso, outros estudos demonstram que mulheres que receberam apoio durante o período da gestação apresentaram poucos casos de hospitalizações antes do parto, de bebês nascidos com baixo peso ou que precisassem de cuidados intensivos nas primeiras semanas de vida, e também pouca necessidade de cesarianas (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

Rapoport e Piccinini (2006) trazem que, após pesquisas verificarem que embora as gestantes nomeiem as próprias mães como fonte de apoio, o apoio do companheiro apresentou-se como mais impactante no bem-estar materno. Segundo os autores, é possível que o relacionamento conjugal seja a fonte principal de apoio, devido à frequência e intensidade da relação. Ser solteira, divorciada ou não possuir uma relação harmoniosa com o pai do bebê deixa as mulheres mais propensas a elevados níveis de estresse, baixa autoestima, uso inadequado de álcool e tabaco, entre outras atitudes desfavoráveis ao seu e ao bem-estar do feto durante a gravidez (GHOSH *et al.*, 2010; RAPOPORT; PICCININI, 2006).

Nesta etapa da vida, o esperado é que o casal ofereça auxílio um para o outro, e dessa forma o apoio conjugal se traduziria pelo carinho, encorajamento e assistência recebidos do parceiro. Um casal que troca apoio, provavelmente compartilha conselhos e assistência em relação às tarefas, auxiliando um ao outro (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Ao realizar estudos com as gestantes, autores perceberam que as mesmas reconhecem e verbalizam a importância do apoio companheiro, sendo este citado como indispensável (RAPOPORT; PICCININI, 2006; PICCININI *et al.*, 2012; SILVA; BRITO, 2010; PESAMOSCA; FONSECA; GOMES, 2008; FIGUEIREDO; MARQUES, 2011; PICCININI *et al.*, 2004a; GHOSH *et al.*, 2010).

As mulheres sentem-se mais seguras, valorizadas e incentivadas a seguir as orientações dos profissionais de saúde quando o pai do bebê é participativo na gravidez. O

companheiro pode participar tanto de forma direta, indo as consultas e exames, mas também de forma indireta, oferecendo-se como uma figura de suporte para a gestante e expressando seu envolvimento, através de verbalizações, gestos, carinhos ou pelo simples fato de se mostrar presente e interessado (PICCININI *et al.*, 2004a; FIGUEIREDO; MARQUES, 2011).

Por todas as razões acima referidas, a caracterização do perfil psicossocial durante o acompanhamento pré-natal de gestantes, com a avaliação dos níveis de estresse, da autoestima, e do apoio recebido pelas redes sociais torna-se indispensável, favorecendo o trabalho dos profissionais de saúde envolvidos, tornando o cuidado em saúde mais integral e de qualidade, e visando à diminuição dos riscos de complicações tanto materna quanto fetal.

4 METODOLOGIA

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 aos objetivos do estudo de descrever variáveis e seus padrões de distribuição (NEWMAN *et al.*, 2008).

4.2 Local do estudo

A coleta de dados deste estudo foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro de Saúde Santa Marta. Tal serviço de atenção à saúde está inserido na Gerência Distrital Centro do município de Porto Alegre (Rio Grande do Sul), juntamente com o Centro de Saúde Modelo e a Unidade de Saúde Santa Cecília, que segundo a Prefeitura Municipal e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), representam 5,46% da área do município, com 19,64% da população - aproximadamente 276.799 habitantes e 126.127 domicílios.

4.2.1 Centro de Saúde Santa Marta

Inaugurado no ano de 1942, o Centro de Saúde Santa Marta foi um dos serviços pioneiros de atenção primária à saúde no município de Porto Alegre/RS. Situa-se na Rua Capitão Montanha, número 27, bairro Centro. Além de prestar assistência à comunidade em todas as etapas do ciclo vital, a unidade funciona como campo de estágio para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), recebendo alunos de diversos cursos da área da saúde, como enfermagem, odontologia, serviço social entre outros.

Atualmente, o Centro de Saúde conta com serviços de Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Consultório de Rua, Centro de Especialidades, Oftalmologia do Hospital Vila Nova, além de setores de dermatologia, de cuidado com a saúde da criança, idoso e trabalhador, e de acompanhamento e tratamento de pacientes ostomizados. Além disso, no local faz-se a distribuição orientada de medicamentos básicos e controlados, e realização de exames de raio-X dentário, eletroencefalograma, eletrocardiograma e audiometria.

Segundo informações do censo do IBGE de 2010, somadas as populações atendidas pela UBS e USF, o Centro de Saúde atende a aproximadamente 112.569 pessoas, sendo que dentre elas existem em torno de 34.059 mulheres em idade fértil, aqui consideradas como mulheres com idade entre 10 e 49 anos. Dentre suas ações voltadas para saúde da mulher, estão programas como o planejamento familiar, pré-natal, Pré-nenê, acompanhamento no puerpério, atenção à mulher no climatério, além da realização de visitas domiciliares.

4.3 População e amostra

A população compreendia todas as gestantes cadastradas no Centro de Saúde Santa Marta, entretanto não há registro fidedigno do número de gestantes que fazem acompanhamento pré-natal no local. Nesse sentido, a coleta de dados estendeu-se até haver repetição na abordagem das gestantes que já faziam parte da amostra, e então se decidiu interromper a coleta, tendo em vista também a questão do tempo disponível para tal. Não foi possível realizar coleta na ESF Santa Marta em virtude das dificuldades de abordagem às gestantes, que envolveram questões organizacionais da pesquisadora e da unidade, e também questões gerenciais. Sendo esta uma amostra não probabilística, de conveniência, não houve aleatoriedade na escolha das gestantes: todas foram convidadas. Conforme sugerido pela literatura, entretanto, há ciência da necessidade de cautela nas generalizações além da amostra dos resultados obtidos (HABER, 2001).

Foram seguidos os critérios de inclusão: gestantes que fazem acompanhamento pré-natal no local de abrangência desse estudo, com idade igual ou superior a 18 anos, e com Idade Gestacional (IG) igual ou superior a 16 semanas. Foram critérios de exclusão: gestantes sabidamente usuárias de drogas, aquelas com diagnóstico de malformação fetal, e também as gestantes sem condições de responder os questionários em qualquer das etapas de coleta de dados.

Sendo assim, a amostra deste estudo é composta por 37 gestantes, que preencheram plenamente os critérios de inclusão estabelecidos. Foram excluídas, obedecendo aos critérios de exclusão, um total de seis gestantes, cinco devido à IG menor de 16 semanas, e uma por ser usuária de drogas. Além disso, cinco gestantes recusaram-se a participar da pesquisa.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu através da abordagem da gestante que estava em sala de espera da UBS para consulta de pré-natal, quando a mesma foi convidada a participar do estudo. No caso de aceite da gestante, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), foi realizada consulta à carteira de pré-natal da gestante. Foi utilizado um instrumento (APÊNDICE B) que permitiu a caracterização sociodemográfica das gestantes, assim como a obtenção de dados obstétricos, clínicos e comportamentais, abordando variáveis como: idade, estado marital, ocupação, renda familiar média, 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 na carteira de pré-natal foram solicitadas às gestantes.

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 no Pré-natal, *Prenatal Psychosocial Profile* (PPP), é uma escala do tipo Likert, com 44 itens divididos em quatro subescalas.

A subescala de estresse é composta de 11 frases, às quais a gestante teve de responder o quanto cada uma das situações explicitadas lhe causa estresse. As sentenças relacionam problemas do dia-a-dia, como preocupações financeiras, com alimentação, transporte e contas, problemas de moradia, problemas relacionados à família ou à perda recente de alguém, problemas relacionados à gestação atual, situações de abuso ou violência, problemas com álcool e drogas, problemas com o trabalho ou com amigos, ou ainda sobre sentir-se sobrecarregada. As respostas possíveis, e respectivos valores atribuídos a elas, são: “nenhum estresse” (1); “algum estresse” (2); “estresse moderado” (3); “estresse intenso” (4). Os escores podem variar de 11 a 44, sendo que maiores valores significam maior nível de estresse. Conforme a literatura, resultados iguais ou maiores de 24 são considerados como estresse intenso (CURRY *et al.*, 2006).

A subescala de avaliação do apoio repete a mesma série de frases duas vezes, pois verifica o apoio recebido do companheiro(a) 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 têm 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/ela, tolerar altos e baixos, levar

a sério preocupações, dizer coisas que tornam a situação clara e fácil de ser compreendida, e também deixar claro que estará por perto. As respostas foram dadas através de uma escala que varia 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 percebe receber de seu companheiro(a) e/ou de outras pessoas. Os escores variam de 11 a 66, sendo que maiores valores indicam maior satisfação com o apoio recebido do companheiro(a) e/ou de outras pessoas. Os estudos que utilizaram o PPP (CURRY, 1998; CURRY; BURTON; FIELDS, 1998; CURRY *et al.*, 2006; 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) não mencionam um ponto de corte para a subescala que avalia o apoio. Assim, considerando um escore máximo de 66 pontos como “apoio social plenamente satisfatório” e um escore mínimo de 11 pontos como “apoio social inexistente”, optou-se por considerar como um escore de apoio satisfatório, tanto daquele recebido pelo companheiro(a) como por 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. A gestante teve de marcar se concorda ou não com as sentenças descritas, e as respostas possíveis e seus respectivos escores são: “concordo completamente” (1); “concordo” (2); “discordo” (3); “discordo completamente” (4). As frases trazem questionamentos quanto aos sentimentos de valor e qualidades, sentir-se fracassada, quanto a 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, e também sobre achar que controla a própria vida ou não. Uma vez que algumas sentenças estão redigidas propositalmente de forma negativa, foi previsto que as respondentes se sentissem confusas no momento de preencher o instrumento e, assim, pensassem melhor ao escolher suas respostas. Ao somar os escores, é necessário que as frases redigidas de forma afirmativa (ou seja, os itens A, B, D, F, G e K) sejam computadas de forma reversa, uma vez que maiores escores significam maior autoestima. Os valores totais possíveis variam de 11 a 44. Também não é referido um ponto de corte para a subescala de autoestima na literatura que utilizou o PPP (CURRY, 1998; CURRY; BURTON; FIELDS, 1998; CURRY *et al.*, 2006; 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). Entretanto, em 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 consulta aos dados contidos na carteira de pré-natal, e após a consulta já agendada da gestante com o pré-natalista, quando a coletadora e a gestante se dirigiram a um ambiente com privacidade para aplicação dos instrumentos. O PPP, na maior parte das vezes, foi autoaplicável, havendo aplicação pela coletadora para melhor compreensão da gestante, quando necessário. O tempo de preenchimento do mesmo foi de cerca de 10 minutos. Houve auxílio de bolsista de iniciação científica para a aplicação dos instrumentos para um total de quatro gestantes, em dias nos quais a coletadora não pôde estar presente.

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, mediana, 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 principal, ao qual esse estudo está vinculado, foi aprovado 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 e aprovado 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).

Estando os objetivos deste subprojeto todos contemplados no projeto acima mencionado, este não foi encaminhado à COMPESQ/EENF para nova avaliação. Foi encaminhada ao CEP da SMS da Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS a solicitação de adequação do cronograma, estando o mesmo atualizado.

No desenvolvimento deste projeto, foram respeitados os devidos aspectos éticos, observando-se rigorosamente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tais aspectos mencionados referem-se, especialmente, à manutenção da privacidade e dos direitos de cada participante do estudo.

Esta pesquisa trará como benefício a melhoria da assistência no pré-natal e também ao recém-nascido. Os riscos previstos são mínimos, unicamente relacionados à inconveniência do tempo gasto para o preenchimento dos formulários e de resposta ao PPP, que em geral é de 10 minutos no total.

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 pela pesquisadora envolvida. 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 de pesquisa tanto neste TCC, quanto na forma de artigos foram e serão tomadas medidas de maneira a não permitir a identificação das participantes; os instrumentos de coleta de dados serão mantidos sob guarda da pesquisadora responsável (professora orientadora) por cinco anos e, após, destruídos.

5 RESULTADOS

Os resultados a seguir representam os dados coletados com as 37 gestantes que preencheram plenamente os critérios de inclusão estabelecidos neste estudo.

A Tabela 1 refere-se à caracterização sociodemográfica da amostra. A idade média das gestantes foi de 26,76 anos, e a renda média corresponde a R\$2.325,80. A maioria das gestantes, 12 (32,43%), possui ensino médio completo, seguido pelo ensino superior incompleto citado por 11 gestantes (29,73%). Quanto à situação conjugal, 25 (67,57%) gestantes são solteiras, e a maior parte da amostra disse residir com familiares, sendo, dentre estes, citados tios, primos, pais, sogros, cunhados, irmãos, entre outros. Em relação à ocupação, 10 (27,03%) gestantes estavam desempregadas, enquanto as outras 27 (72,97%) exercem atividades diversas.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.

Variável	Média/Mediana	Desvio Padrão	
Idade em anos	26,76/26	±6,4	
Renda familiar	R\$2.325,80/R\$2.000,00	±1.171,90	
Variável		N	%
Escolaridade	Ensino fundamental completo	05	13,51
	Ensino fundamental incompleto	05	13,51
	Ensino médio completo	12	32,43
	Ensino médio incompleto	01	2,70
	Ensino superior completo	03	8,11
	Ensino superior incompleto	11	29,73
Situação conjugal	Casada	04	10,81
	Solteira	25	67,57
	União estável	07	18,92
	Separada	01	2,70
Com quem mora	Companheiro	11	29,73
	Companheiro e filhos	06	16,21
	Companheiro, filhos e outros	03	8,11
	Pais e irmãos	03	8,11
	Outros	14	37,84
Ocupação	Desempregada	10	27,03
	Estudante	04	10,81
	Do lar	03	8,11
	Secretária/Assist.Adm./Assist.Financ.	03	8,11
	Vendedora	03	8,11

Cozinheira	02	5,41
Téc. Enfermagem	02	5,41
Operadora de caixa	02	5,41
Autônoma	02	5,41
Gerente de bar	01	2,70
Recepcionista	01	2,70
Garçone	01	2,70
Farmacêutica	01	2,70
Psicóloga	01	2,70
Cabeleireira	01	2,70

A Tabela 2 apresenta dados referentes à história obstétrica pregressa das gestantes que compõem a amostra.

Tabela 2 - História obstétrica pregressa da amostra. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.

Variável	Média/Mediana	Intervalo	
Número de gestações (média)	1,86	1-4	
Número de filhos (mediana)	0	0-3	
Variável		N	%
Número de gestações	Primigestas	19	51,35
	2	09	24,32
	3	04	10,81
	4	05	13,51
Número de filhos	Nulíparas	22	59,46
	1	07	18,92
	2	07	18,92
	3	01	2,70
Número de partos vaginais	1	07	29,16
	2	05	41,67
Número de cesáreas	1	03	12,50
	2	02	16,67
Número de abortos [Ocorrência em sete (18,92%) gestantes]	1	05	71,43
	2	02	28,57

Como se pode ver, o número de gestações variou de uma a quatro, sendo a média de gestações correspondente a 1,86. A maioria (51,35%) das gestantes é primigesta, acarretando também em uma maior porcentagem de nulíparas (59,46%). O número de filhos da amostra

teve intervalo de zero a três, sendo a mediana igual a zero. A quantia de partos vaginais variou de zero a dois, tendo a média igual a 0,46; também o número de cesáreas teve intervalo entre zero e dois, porém com a média igual a 0,19, número inferior a média de nascimentos por via vaginal. Dentre as 37 mulheres entrevistadas, sete (18,92%) sofreram abortos, aqui não diferenciados entre espontâneos ou provocados, tendo cinco mulheres (71,43%) sofrido um aborto, e duas (28,57%) dois abortos.

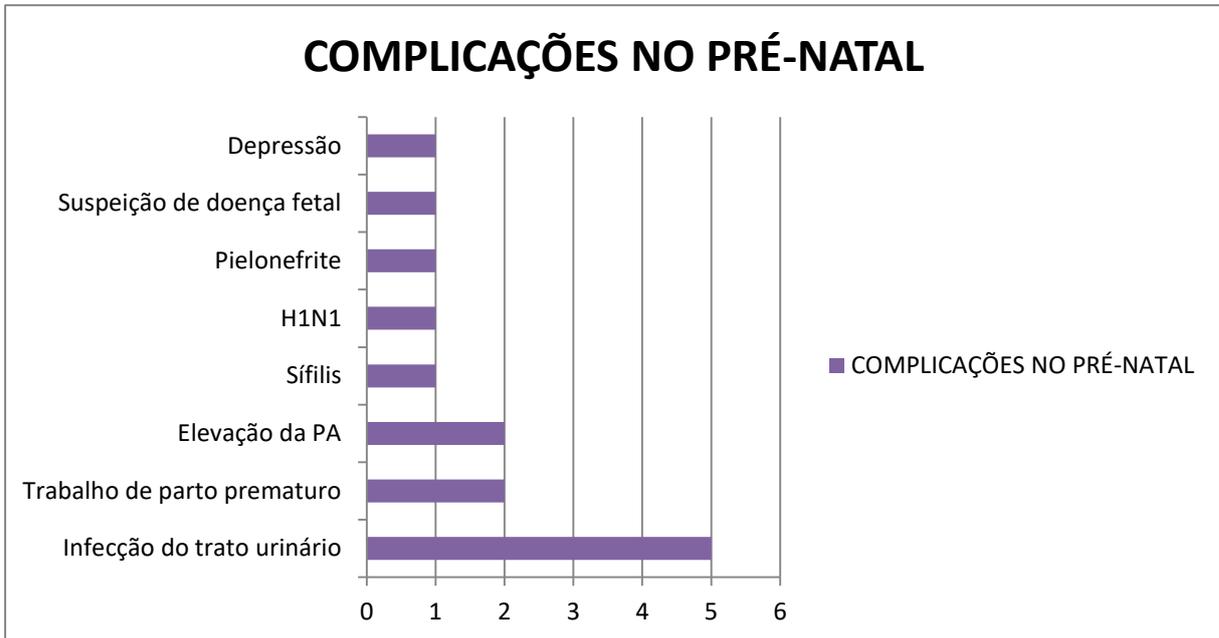
A Tabela 3 apresenta a história obstétrica atual da amostra. A idade gestacional média foi de 30 semanas e 6 dias (± 6 semanas+4dias). O número médio de consultas pré-natal encontrado foi de 6,03, variando entre o mínimo de duas e o máximo de 14 consultas, e a idade gestacional (IG) média de início de acompanhamento pré-natal identificada foi de 13 semanas. Complicações durante o pré-natal ocorreram em nove (24,32%) gestantes, e a maioria (72,97) fazia uso de alguma medicação.

Tabela 3 - História obstétrica atual da amostra. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.

Variável	Média	Desvio Padrão
Idade gestacional	30 semanas+6 dias	± 6 semanas+3dias
Idade gestacional de início de pré-natal	13 semanas	± 6 semanas+2dias
Variável	Média	Intervalo
Número médio de consultas pré-natal atual	6,03	2-14
Variável	Resultado	N (%)
Complicações	Sim	09 (24,32)
	Não	28 (75,68)
Uso de medicações	Sim	27 (72,97)
	Não	10 (27,03)

O Gráfico 1 mostra as complicações durante o pré-natal apresentadas pelas gestantes. A maior parte das complicações envolve o aparelho urinário, sendo cinco (13,51%) infecções do trato urinário (ITU) e uma (2,70%) pielonefrite. Duas (5,41%) gestantes disseram ter passado pelo processo de trabalho de parto prematuro (TPP), que foram sedados em hospital; também duas (5,41%) disseram ter episódios de elevação da pressão arterial (PA) durante a gestação. Outras complicações como sífilis, H1N1, depressão e suspeição de doença fetal foram citadas.

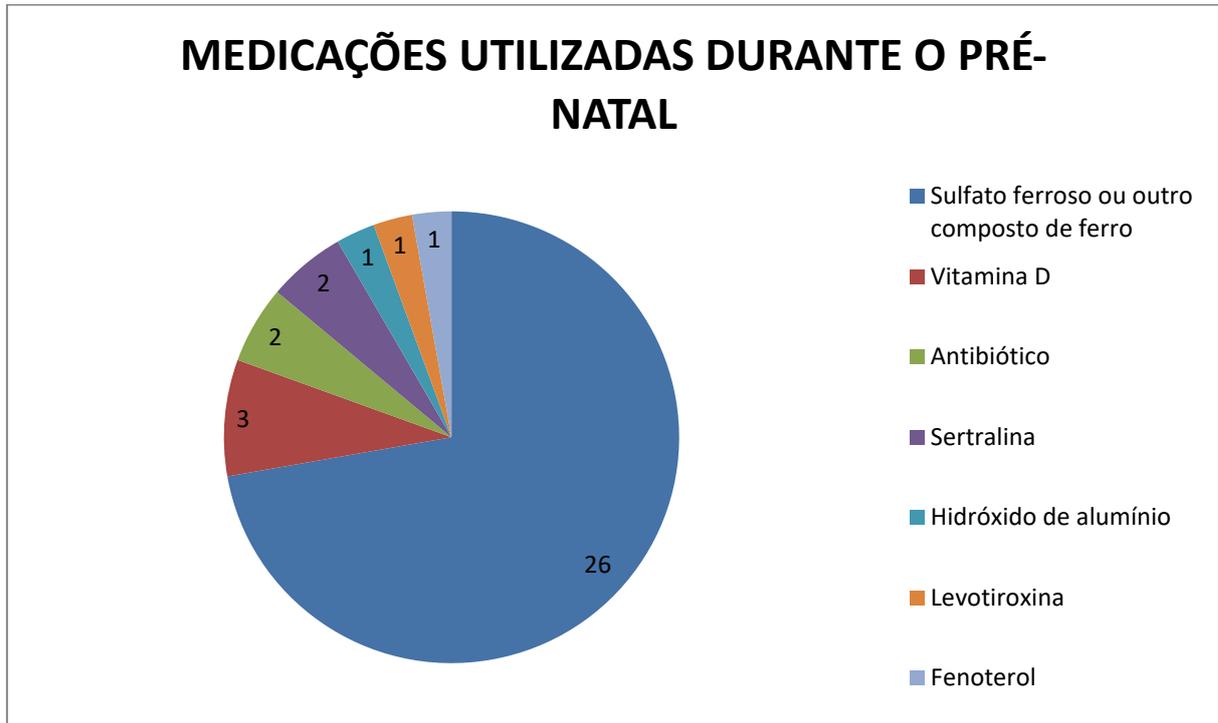
Gráfico 1 - Complicações durante o pré-natal. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.



* PA – pressão arterial.

O Gráfico 2 apresenta os fármacos utilizados pelas 27 gestantes que afirmaram fazer uso de algum tipo de medicação durante o pré-natal. O sulfato ferroso, ou outro composto de ferro, é utilizado por quase a totalidade (96,30%) dessas mulheres. Também foi citado o uso de medicação antidepressiva (Sertralina), para reposição hormonal (Levotiroxina), antibióticos, broncodilatadores e inibidores do trabalho de parto prematuro (Fenoterol), antiácidos (Hidróxido de alumínio), além de suplementos, como a vitamina D.

Gráfico 2 – Medicamentos utilizados durante o pré-natal. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.



A Tabela 4 traz o resultado de algumas medidas e exames de rotina realizados no pré-natal. Nesse sentido, aborda o acompanhamento do ganho ponderal, da PA e da medida da altura uterina, e também exames como o hemograma, exame comum de urina (EQU) e urocultura, além de testes diagnósticos para diferentes infecções sexualmente transmissíveis.

Para avaliação do peso, foram considerados o peso anterior, ou seja, o peso das mulheres prévio à gestação, ou, caso essa informação não fosse conhecida, o peso verificado na primeira consulta pré-natal, além do peso atual, aferido na consulta realizada no dia da coleta de dados. Nesse sentido, viu-se que o aumento de peso das mulheres durante a gestação foi correspondente a 7,83kg. Da mesma forma, os dados coletados sobre a PA sistólica e diastólica também foram aqueles da primeira e da última consulta, e, enquanto a média da sistólica aumentou cerca de 5,54mmHg, não houve alteração da média da pressão diastólica. O valor médio relativo à altura uterina encontrado, considerando a medida realizada na última consulta pré-natal, foi de 30,34cm.

Para todos os exames laboratoriais, foram considerados os valores dos exames mais recentes registrados na carteira de pré-natal.

Em relação ao hemograma, observou-se uma hemoglobina média de 11,82g/dl e um hematócrito médio de 37,35%. A glicemia média foi igual a 74,66mg/dl.

Tabela 4 - Medidas aferidas e exames realizados no pré-natal. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.

Variável	Média
Peso atual (kg)	73,25
Peso anterior (kg)	65,42
PA* sistólica atual (mmHg)	107,97
PA sistólica anterior (mmHg)	102,43
PA diastólica atual (mmHg)	65,27
PA diastólica anterior (mmHg)	65,27
Altura uterina média (cm)	30,34
Hemoglobina média (g/dl)	11,82
Hematócrito médio (%)	37,35
Glicemia (mg/dl)	74,66

Variável	Resultado	N	%
HIV	Reagente	0	0
	Não reagente	37	100%
VDRL	Reagente	2	5,41%
	Não reagente	35	94,59%
Toxoplasmose IgG	Reagente	14	37,85%
	Não reagente	22	59,45%
	Não informado	01	2,70%
Toxoplasmose IgM	Reagente	0	0
	Não reagente	37	100%
HbSAg	Reagente	0	0
	Não reagente	37	100%
Exame comum de urina (EQU)	Sem particularidades	34	91,89%
	Bacteriúria	3	8,11%
Urocultura	Ausência de crescimento microbiano	31	83,78%
	Crescimento microbiano	5	13,52%
	Não informado	1	2,70%

*PA - pressão arterial.

Ainda na Tabela 4, verifica-se que os testes anti-HIV apontaram resultados não reagentes na totalidade das gestantes da amostra, o mesmo acontecendo com o teste relacionado à sorologia para hepatite B (HbSAg). Quanto ao VDRL, testagem para a sífilis, encontraram-se dois resultados reagentes (5,41%). A sorologia para a toxoplasmose, dividida em Imunoglobulina G (IgG) e Imunoglobulina M (IgM), apresentou resultado IgM não reagente para a totalidade das gestantes, indicando que nenhuma estava com a infecção,

enquanto 14 (37,85%) gestantes tiveram resultados reagentes para IgG, apontando um contato antigo com a doença.

Os exames comuns de urina (EQU) não apontaram particularidades em 34 (91,89%) gestantes, enquanto três (8,11%) informaram bacteriúria. Quanto à urocultura, não houve crescimento microbiano na urina de 31 (83,78%) mulheres, e cinco (13,52%) mostraram crescimento de *Escherichia Coli* ou *Enterococcus*.

A Tabela 5 apresenta algumas percepções das mulheres sobre a gestação atual, como a satisfação e preocupações das mesmas em relação ao gestar, e também em relação ao planejamento da gravidez. Os dados mostram que uma maior porcentagem das mulheres (67,57%) afirmou não ter planejado engravidar, porém também a maioria (54,05%) diz estar muito satisfeita com a gestação. Sobre a existência ou não de preocupações com a gestação, 23 (62,16%) reconhecem apresentá-las.

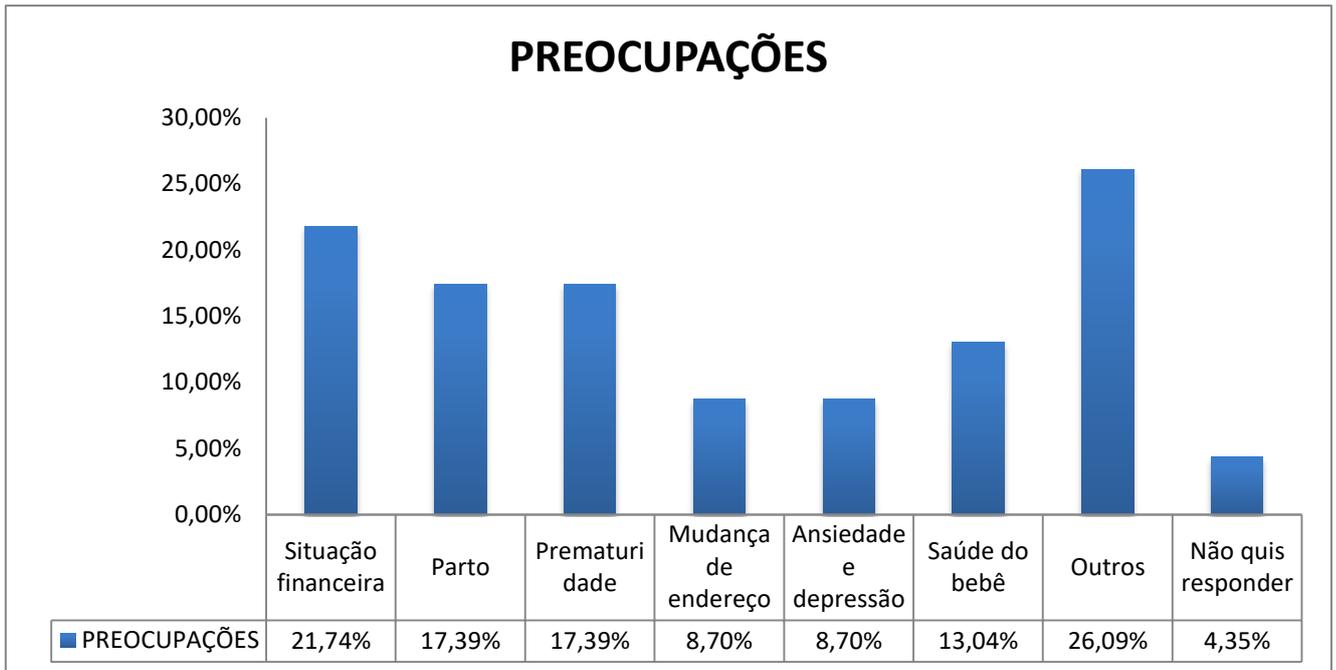
Tabela 5. Percepções sobre a gestação. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.

Variável	Resultado	N	%
Planejamento da gestação	Sim	12	32,43%
	Não	25	67,57%
Satisfação com a gestação	Muito satisfeita	20	54,05%
	Satisfeita	16	43,24%
	Indiferente	1	2,71%
	Insatisfeita	0	0
Preocupações com a gestação	Sim	23	62,16%
	Não	14	37,84%

O Gráfico 3 demonstra as preocupações durante a gestação citadas pelas mulheres. Dentre as 23 gestantes que disseram ter preocupações, cinco (21,74%) temem em virtude de sua situação financeira ou de sua família; quatro (17,39%) dizem ter preocupações com o momento do parto, incluindo a percepção de dor ou existência de intercorrências; também quatro (17,39%) afirmam ter receio ao nascimento prematuro. Duas (8,70%) gestantes afirmaram estar passando por mudança de endereço recente, tendo declarado preocupação com essa situação, e outras duas (8,70%) sofrem e/ou temem sofrer de ansiedade e depressão durante a gestação e/ou após o nascimento. Em relação à saúde do bebê, três (13,04%) mulheres sentem medo de o bebê apresentar problemas, como malformações ou doenças após o nascimento. Outras preocupações estão presentes em seis (26,09%) gestantes, e incluem o medo de precisar passar por cesariana, circular de cordão, data do nascimento e criação do

bebê e também amamentação. Uma (4,35%) gestante afirmou ter preocupações, porém não quis citar quais são. As mulheres tiveram a liberdade de mencionar todas as preocupações percebidas durante a sua gravidez atual.

Gráfico 3. Preocupações citadas pelas gestantes. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.



A Tabela 6 trata sobre alguns hábitos de vida das mulheres, como uso de cigarro, álcool e drogas durante a gestação. Quanto ao cigarro, três (8,11%) gestantes afirmaram fazer uso, sendo que duas delas utilizam até seis cigarros, e uma até oito cigarros ao dia. Dentre as 37 gestantes da amostra, quatro (10,81%) afirmaram ingerir bebidas alcoólicas na gravidez, sendo que três (75%) informaram que faziam uso apenas de cerveja, uma vez por semana, enquanto uma não informou a bebida consumida e nem a frequência. As quatro mulheres que ingerem bebidas alcoólicas na gestação não informaram a quantidade ingerida. Nenhuma gestante pertencente à amostra deste estudo utiliza drogas, visto que o uso de drogas foi definido como critério de exclusão da pesquisa.

Tabela 6 – Hábitos de vida da amostra. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.

Variável	Resultado	N	%
Uso de cigarro	Sim	03	8,11%
	Não	34	91,89%
Ingesta de álcool	Sim	04	10,81%
	Não	33	89,19%
Uso de drogas	Sim	0	0
	Não	37	100%

A seguir, na Tabela 7, são apresentados os escores encontrados referentes ao PPP. A subescala do estresse apontou um escore médio da amostra igual a 18,24 pontos, considerando a variação de 11 a 44; o escore médio do apoio do companheiro foi de 57,34 pontos, dentre uma variação de 11 a 66, sendo que cinco (13,51%) gestantes relataram a ausência de companheiro no momento; a média de apoio de outras pessoas encontrada foi de 52,73 pontos, também considerando uma variação de 11 a 66; por último, a autoestima apresentou um escore médio de 24,19 pontos, dentre a variação de valores de 11 a 44.

Tabela 7. Escores relativos às subescalas do PPP. Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre/RS, 2017.

Variável	Escore
Escore médio estresse	18,24
Escore médio apoio companheiro*	57,34
Escore médio apoio outras pessoas	52,73
Escore médio autoestima	24,19
Escore médio total PPP	144,76

* Um total de cinco (13,51%) gestantes não tem companheiro.

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados em relação à caracterização sociodemográfica da amostra mostram um predomínio de gestantes adultas jovens, com alguma escolaridade, e renda familiar média entre dois e três salários mínimos. Em sua maioria são solteiras, considerando a Declaração de Estado Civil, e moram com diferentes familiares ou apenas com o companheiro. Observou-se que, apesar de predominarem nesse estudo mulheres que exercem atividades remuneradas, muitas estavam desempregadas no momento da pesquisa ou não realizavam serviços que trouxessem remuneração.

É sabido que o processo de gestação que ocorre em idade reprodutiva precoce ou tardia interfere negativamente na morbimortalidade perinatal. Resultados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância revelaram maiores desfechos desfavoráveis em filhos de mulheres com menos de 20 e acima dos 35 anos de idade (SCOCHI, 2002). Das gestantes entrevistadas, três tem idade inferior a 20 anos, e cinco superior aos 35. Nesse sentido, a grande parte da amostra é composta por gestantes adultas jovens, que fogem aos riscos associados à idade materna.

Assim como a idade, a escolaridade materna é considerada fator de risco pelo Ministério da Saúde, estando diretamente relacionada com a adesão às consultas pré-natal (BRASIL, 2004b). Nesse sentido, é considerado fator de risco uma escolaridade menor do que cinco anos de estudo regular (BRASIL, 2006). A grande maioria das mulheres pesquisadas tem o ensino médio completo ou o superior incompleto, indicando pelo menos nove anos de estudo. Tais achados mostram escolaridade superior à encontrada em um estudo realizado com gestantes no Rio de Janeiro, no qual a maioria (29,6%) das mulheres disse ter apenas o ensino fundamental completo; 27,1% o ensino médio; enquanto 4,9% alcançaram o ensino superior (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006).

No que se refere à renda familiar média da amostra, a mesma alcançou resultados superiores em relação à renda média do município de Porto Alegre, que corresponde a R\$1.722,37 segundo dados do DATASUS (2010a). Sendo assim, a diferença chega a ser superior em R\$ 603,00. Porém, como citado anteriormente, parte importante da amostra (45,95%) não exerce atividades remuneradas, sendo a maior parte da renda proveniente de companheiros ou outros familiares. Entretanto, deve-se observar que quatro dentre estas mulheres são estudantes, e concentram suas atividades no processo de aprendizagem. Estudo traz que, muitas vezes, o que ainda interfere na participação das mulheres no mercado de trabalho são as responsabilidades com a casa e com os filhos, além de rendas insuficientes que

não compensam a saída de casa e a insuficiência de creches (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006). Apenas duas gestantes da amostra trabalham em funções que exigem ensino superior completo.

Sobre a situação conjugal da amostra, a mesma revelou que a maior parte das gestantes é solteira, considerando a Declaração de Estado Civil; porém, muitas delas dizem ter companheiro fixo, que na grande maioria dos casos é o pai do bebê que irá nascer. Tal resultado confere com o censo demográfico de 2010, que mostra uma queda do número de casamentos civis nas últimas décadas e um crescimento das uniões consensuais (IBGE, 2010).

Os achados referentes à história obstétrica progressiva da amostra mostram que a maioria das mulheres são primigestas e, conseqüentemente, nulíparas. Houve, dentre as mulheres que já haviam passado por uma ou mais gestações anteriores, maior prevalência de parto vaginal [17 (70,83%)], em relação às cesáreas, que foram realizadas em sete (29,17%) dos nascimentos. O número de abortos dentre as mulheres da amostra alcançou resultados de 18,92%, mostrando-se, assim, um evento relativamente frequente.

O Brasil ocupou por algum tempo a posição de campeão mundial em número de cesarianas, cirurgia que transforma, quando não bem indicada, eventos fisiológicos em doença, consumindo para a sua realização recursos do sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz que taxas de operação cesariana maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal; sendo assim, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos (OMS, 2015). Porém o Ministério da Saúde, após análise das características da população obstétrica brasileira, identifica uma taxa ideal de cesarianas entre 25 e 30% para o país (BRASIL, 2016a).

No ano de 2015, segundo dados do DATASUS, a região Sul do Brasil registrou um total de 245.942 operações cesarianas, e apenas 160.441 partos vaginais. Tais resultados mostram que a via alta de nascimento alcançou porcentagens de aproximadamente 60% nessa localidade do Brasil (DATASUS, 2015). Os dados encontrados no presente estudo, no qual se verifica uma porcentagem de operações cesarianas correspondente a 29,17%, são superiores ao recomendado pela OMS, porém dentro do esperado pelo Ministério da Saúde (OMS, 2015; BRASIL, 2016a). É sabido que o número de cesarianas é superior entre mulheres com maior poder aquisitivo (BARROS *et al.*, 2006), e assim, tendo em vista o poder socioeconômico da amostra, tal resultado encontrado parece dentro do esperado.

O abortamento caracteriza-se como a interrupção da gestação antes das 22 semanas de IG, ou com peso fetal inferior a 500g (BRASIL, 2013a). Dados trazem que aproximadamente

15 a 20% das gestações diagnosticadas resultam em abortamento (FREITAS *et al.*, 2011). Ocorreram nove (24,32%) situações de abortamento dentre as mulheres que fazem parte do estudo, número superior em relação ao estimado acima. Estudo realizado no Ceará aponta ocorrência de aborto em 16,9% de sua amostra (GONÇALVES *et al.*, 2012), resultado também inferior ao encontrado na presente pesquisa. Fatores de risco relacionados ao abortamento não provocado incluem endocrinopatias (diabetes, tireoidopatias), hipertensão, anemia e sífilis na gestação; além dessas, o uso de tabaco e álcool aumenta o risco relacionado ao aborto (BRASIL, 2013a). Tais fatores estiveram presentes dentre as mulheres pesquisadas, e podem, assim, estar envolvidos com essa alta incidência.

Os resultados encontrados em relação à história obstétrica atual da amostra mostram uma IG média de 30 semanas e seis dias, correspondente ao terceiro trimestre da gestação. A IG média de início do pré-natal encontrada foi de 13 semanas, evidenciando o ingresso no pré-natal na primeira semana do segundo trimestre. Ao analisar de forma a considerar o início do pré-natal conforme o trimestre verificou-se que 23 (62,12%) o fizeram antes de 12 semanas de gestação; 11 (29,73%) entre 12 semanas e um dia até 24 semanas; e duas (5,40%) com mais de 24 semanas de IG. Não foi possível obter essa informação com uma das gestantes.

O Ministério da Saúde traz que o principal indicador do prognóstico ao nascer é o acesso à assistência pré-natal de qualidade, e, nesse sentido, o início precoce do acompanhamento é essencial (BRASIL, 2013a). Importante observar que duas mulheres referiram problemas e atraso para ingresso no pré-natal em decorrência do endereço onde residem, caracterizando uma falha no sistema de captação da população.

Em relação ao número de consultas, é preconizado pela OMS que sejam feitas no mínimo seis para garantia de um acompanhamento adequado (BRASIL, 2013a), número alcançado pela amostra do estudo. Sabe-se que existe relação entre o grau de escolaridade da mãe e o número de consultas de pré-natal (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006; QUEIROZ *et al.*, 2005), e, além disso, 97,29% das gestantes disseram estar muito satisfeitas ou satisfeitas com a atual gestação. Sendo assim, é esperado que as mulheres comparecessem às consultas, com o objetivo de assegurar o desenvolvimento saudável da gestação. Porém, o resultado de 6,03 consultas é inferior ao encontrado em outros estudos, realizados no Ceará e em Minas Gerais, que acharam um número médio de consultas de 7,5 e 6,4, respectivamente (GONÇALVES *et al.*, 2012; COUTINHO *et al.*, 2003)

As mulheres da amostra, em sua maioria, não apresentaram quaisquer complicações durante o período gestacional. Porém, complicações como ITU, pielonefrite, TPP, aumento da

PA, sífilis, H1N1, depressão e suspeição de doença fetal foram citadas por nove gestantes. A ITU é caracterizada como a presença e replicação de bactérias no trato urinário, provocando danos aos tecidos que o compõem. Mudanças anatômicas e fisiológicas que ocorrem no trato urinário do organismo materno, dentre estas a redução da atividade peristáltica, aumento do débito urinário e redução do tônus vesical, além do pH mais alcalino encontrado na urina, predispõem à transformação de mulheres bacteriúricas assintomáticas em gestantes com ITU sintomáticas. A *Escherichia coli* é o uropatógeno mais comum, responsável por aproximadamente 80% dos casos de ITU (DUARTE *et al.*, 2008).

A pielonefrite, segundo Kass (1962), decorre muitas vezes de bacteriúrias assintomáticas, que, pela ausência de sinais clínicos, não são devidamente tratadas. Nesse sentido, mostra-se a importância da realização de exames de urina durante os três trimestres do acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2013a), com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce de infecção, evitando complicações como a pielonefrite. Tal complicação é a forma mais grave de ITU em gestantes, podendo acometer até 2% desse segmento populacional (DUARTE *et al.*, 2008), indo de acordo ao encontrado neste estudo, que teve uma proporção de 2,70% dentre a amostra.

Dentre as complicações das ITU, destacam-se o trabalho de parto pré-termo, devido à resposta inflamatória produzida, recém-nascidos de baixo peso, ruptura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino, além de casos de paralisia cerebral, retardo mental e óbito (DUARTE *et al.*, 2008). Dentre a amostra do presente estudo, três gestantes apresentaram crescimento da bactéria *Escherichia coli* em placas de urocultura, enquanto duas tiveram como microrganismo causador o *Enterococcus*, que ainda segundo Duarte e colegas (2008) são grandes responsáveis por casos de ITU.

O TPP, por sua vez, é aquele que ocorre entre 22 semanas e 36 semanas e seis dias de idade gestacional. Sua incidência é maior nos países em desenvolvimento em relação aos desenvolvidos, chegando a valores entre 10 a 15% e 5 a 7% respectivamente (BORBOLATO; CARDOSO, 2015). Segundo Rezende e Montenegro (2011), dentre os fatores de risco para o TPP encontram-se a baixa escolaridade, doença materna prévia, como HAS e diabetes, extremos de idade materna, parto pré-termo prévio, tabagismo, uso de drogas, ITU, entre outros, sendo alguns desses encontrados na presente amostra.

No caso de presença de contrações uterinas regulares, porém sem modificação cervical, indica-se o repouso, devendo-se também fazer a investigação e tratamento da causa de base, como, por exemplo, a ITU. Quando há a persistência das contrações, no entanto, as mulheres devem ser encaminhadas ao seu hospital de referência, para que sejam utilizadas

medicações tocolíticas, com o intuito de sedar o TPP (BORBOLATO; CARDOSO, 2015). As duas gestantes da amostra que disseram ter passado pelo TPP tiveram de ser encaminhadas para que o mesmo pudesse ser suprimido em ambiente intra-hospitalar. Segundo estudo, em 2004 o Rio Grande do Sul foi o estado com o maior número de nascimentos prematuros, alcançando a porcentagem de 8,5% de todos os nascimentos (TABILE *et al.*, 2016).

Em relação à hipertensão arterial sistêmica (HAS), que está entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil, sabe-se que a mesma pode ocorrer na gestação em sua forma preexistente, a HAS crônica, ou de forma induzida pela gestação, a qual é diagnosticada após as 20 semanas de idade gestacional, e caracterizada como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, ou na sua forma mais grave, a síndrome de HELLP (CARVALHO *et al.*, 2014). É considerada hipertensão arterial na gravidez a constatação de uma PA sistólica igual ou superior a 140mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 90mmHg (FREITAS *et al.*, 2011).

Ainda segundo Freitas e colegas (2011), acredita-se que cerca de 6 a 22% das gestantes apresentem alterações hipertensivas. Tal constatação está próxima ao encontrado neste estudo, no qual foi identificado aumento dos níveis pressóricos em 5,41% das gestantes, as quais não tiveram o diagnóstico de hipertensão ou de pré-eclâmpsia até o momento da coleta de dados. Em geral, o aumento dos níveis pressóricos que ocorrem na hipertensão gestacional são leves, não interferindo no desempenho da gestação, enquanto na pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP ocorrem outras manifestações mais graves (FREITAS *et al.*, 2011).

A sífilis, citada como complicação por uma gestante, é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, e existe em três fases, caracterizada em primária, secundária e terciária. A sífilis primária é evidenciada por uma ferida denominada cancro duro, geralmente indolor, que acomete o local de entrada do microrganismo no corpo; na sífilis secundária ocorre erupção cutânea (exantema) em uma ou mais áreas do corpo, enquanto a sífilis terciária danifica órgãos internos do organismo, a partir da inflamação e destruição de tecidos e ossos (BRASIL, 2010). Tal doença é sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não devidamente tratada. Pode ser transmitida, além do contato sexual, através de transfusões sanguíneas, ou verticalmente, pela via transplacentária, resultando na sífilis congênita (COSTA *et al.*, 2010).

A transmissão ao feto pode ocorrer em qualquer momento da gestação, por gestantes portadoras de sífilis anterior à gravidez, quando não tratadas, ou pelas que contraíram a infecção durante a gestação. Os desfechos do recém-nascido variam de acordo com a fase da

gestação em que ocorreu a infecção: no último trimestre de gestação, a criança apresentará maior probabilidade de nascer assintomática (COSTA *et al.*, 2010); infecções em fases iniciais resultam em abortamento, nascimentos prematuros ou seguidos de morte. O recém-nascido com sífilis congênita pode apresentar lesões ricas em treponemas na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus (BRASIL, 2010).

Estudo realizado em Belo Horizonte, de 2001 a 2008, encontrou como fatores de risco para a transmissão da sífilis por via transplacentária a cor parda ou preta da mãe, baixa escolaridade materna e também a ausência de pré-natal. Estudos realizados em outros países, como Bolívia e Estados Unidos, além dos fatores descritos acima, associaram a baixa renda familiar à sífilis congênita (LIMA *et al.*, 2013). Segundo dados do DATASUS, no ano de 2012, o Rio Grande do Sul apresentou 747 casos confirmados de sífilis congênita, ficando atrás somente do Rio de Janeiro, São Paulo e Ceará (DATASUS, 2012). Tal achado pode refletir uma melhora no sistema de notificação, como também a manutenção da transmissão vertical da doença (LIMA *et al.*, 2013).

No mundo, estima-se que existam aproximadamente 1,8 milhão de gestantes infectadas pela sífilis, e que dessas, menos de 10% sejam devidamente diagnosticadas e tratadas (DOMINGUES *et al.*, 2014a). Estudo no Rio de Janeiro encontrou a prevalência de sífilis na gestação igual a 1,9% (DOMINGUES *et al.*, 2013), pouco menor à encontrada no presente estudo, de 2,70%. A única gestante que apresentou a sífilis como complicação na gestação foi devidamente tratada, assim como o seu parceiro, fazendo com que possíveis reinfecções fossem evitadas.

Tanto a gestação quanto o puerpério são períodos da vida da mulher que envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas, entre outras, as quais podem refletir diretamente na saúde mental (CAMACHO *et al.*, 2006). Uma gestante da amostra relatou o diagnóstico de depressão durante a gestação. Estudo mostra que a gestação e o puerpério são os períodos de maior prevalência de transtornos mentais que acometem as mulheres, sendo que aproximadamente um quinto dessas apresenta depressão nesses períodos (PEREIRA; LOVISI, 2008). Estima-se uma prevalência de depressão na gravidez correspondente a 7,4% no primeiro, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre (BENNETT *et al.*, 2004).

A depressão na gestação leva a queda na qualidade de vida das mulheres afetadas, influenciando ainda em maiores índices de depressão puerperal. Além disso, estudos relacionam a depressão a intercorrências obstétricas como pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, náuseas e vômitos, entre outras (LIMA; TSUNECHIRO, 2008). Tais resultados

mostram a necessidade de atenção à saúde mental durante o pré-natal, e a criação de políticas públicas voltadas à saúde mental na gestação e puerpério (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Infecção pelo vírus H1N1 foi citada por uma gestante. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2010 foram notificados 9.383 casos de influenza no Brasil, sendo, dentre esses, 9,2% confirmados como casos de influenza A/H1N1. Nesse mesmo ano, a região Sul do Brasil registrou a segunda maior proporção de casos confirmados (2.578), perdendo apenas para a região sudeste (DATASUS, 2010b). As gestantes estão entre os grupos de maior risco para infecção pelo vírus influenza A/H1N1, devido às alterações que surgem no sistema imunológico decorrentes da gravidez, sendo esse um estado de suscetibilidade a diversos patógenos, como vírus, bactérias e parasitas (PASTORE; PRATES; GUTIERREZ, 2012).

As principais complicações decorrentes da infecção pelo H1N1 na gestação, segundo estudo, foram síndrome do desconforto respiratório, embolia e edema pulmonar, pneumonia bacteriana, insuficiência renal e morte; enquanto em relação ao recém-nascido, a infecção implicou em partos prematuros, sofrimento e óbito fetal (SALEEBY *et al.*, 2009). A gestante pertencente a amostra que contraiu a infecção pelo H1N1 não havia feito a vacina recomendada, porém realizou o tratamento após infecção.

Também foi citado por uma gestante a suspeição de doença fetal. Porém, a mesma não confirmou o diagnóstico e tampouco sabia informar qual anomalia estava presente, indicando apenas que estava relacionada aos pulmões do bebê.

Observou-se que grande parte da amostra fazia uso de medicação durante o período da coleta de dados. Estudos trazem que, em diversos países, a porcentagem de mulheres que utilizam algum medicamento durante a gravidez alcança números entre 80% (ANDRADE *et al.*, 2004; BONASSI *et al.*, 1994). Dentre os medicamentos mais frequentemente prescritos para gestantes durante o pré-natal estão o sulfato ferroso, escopolamina e ampicilina, conforme identificado por pesquisa feita em Pelotas, no Rio Grande do Sul (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Tais resultados estão próximos aos encontrados neste estudo, que identificou o uso de medicamentos por 72,97% das mulheres, número pouco menor em relação ao citado acima. Além disso, os medicamentos mais utilizados pela amostra foram o sulfato ferroso ou outro composto de ferro, seguido por vitaminas, antibióticos e antidepressivos. O uso de sais de ferro e vitaminas durante a gestação é considerado uma intervenção de rotina em alguns locais (MENGUE *et al.*, 2001), o que pode justificar o uso dos mesmos por grande parte das

gestantes do Centro de Saúde Santa Marta, respectivamente 70,27% e 8,11% dentre todas as participantes.

Outros medicamentos citados tem seu uso justificado devido às intercorrências verificadas durante o acompanhamento pré-natal. Cinco gestantes citaram episódios de ITU, uma de pielonefrite, e uma relatou sífilis, que são infecções obviamente tratadas com antibióticos, porém apenas duas estavam fazendo uso de antibiótico no momento da coleta de dados. Em relação ao TPP, citado por duas gestantes, apenas uma fazia uso de fenoterol. Chama atenção o fato de que duas gestantes citaram aumento da PA, sendo que nenhuma utilizava medicações anti-hipertensivas. Além disso, uma gestante relatou depressão, enquanto duas faziam uso de antidepressivos.

Sendo assim, podemos pensar que esse número reduzido de medicações para tais problemas seja decorrente de tratamentos realizados anteriormente, pois as gestantes foram questionadas sobre intercorrências ocorridas durante toda a gestação, enquanto somente os medicamentos em uso no momento da pesquisa foram indagados. Em relação a não utilização de anti-hipertensivos, estudo traz que faltam pesquisas que possam avaliar os riscos *versus* benefícios dessas medicações na gestação, fazendo com que a escolha de utilizá-los ou não seja baseada mais na experiência pessoal e no consenso dos médicos pré-natalistas (FREIRE; TEDOLDI, 2009). Além disso, a maioria das mulheres de baixo risco não necessita de medicação anti-hipertensiva durante a primeira metade da gestação, devido à redução fisiológica da PA neste período. Sendo assim, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado quando ocorrer aumento pressórico que possa provocar complicações maternas (JAMES; NELSON-PIERCE, 2004).

A decisão de oferecer tratamentos medicamentosos às gestantes, segundo estudo, é um processo decisório completo, que envolve a interação entre a paciente, família e profissionais da saúde. Essa decisão sempre deve levar em conta a relação risco-benefício da droga utilizada. A sertralina, nesse sentido, é um antidepressivo seguro para ser utilizado na gestação (CAMACHO *et al.*, 2006). Tendo em vista que apenas uma gestante citou o diagnóstico de depressão, enquanto duas utilizavam sertralina, pode-se pensar na possibilidade de uma história clínica que indicasse o tratamento com antidepressivos em ambas. Além disso, não se deve excluir o fato de que ainda existe um tabu muito grande sobre os transtornos depressivos na gestação, como se a mulher devesse estar radiante pelo nascimento de um filho, e ela fosse culpada, assim, de uma espécie de ingratidão (IACONELLI, 2005). Tal situação fazer com que algumas mulheres prefiram não falar abertamente sobre o diagnóstico.

Durante o acompanhamento pré-natal, o exame físico da gestante inclui a avaliação da PA em todas as consultas, assim como o peso e a medida da altura uterina, segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Hare e Karn, em 1929, foram os autores da primeira publicação sobre os padrões de PA durante a gestação. Eles verificaram que a PA sistólica era menor na gestação, quando comparada com mulheres não grávidas, apresentando valores mais baixos entre a 21^a e 28^a semanas. Também Henry, em 1936, observou níveis mais baixos de PA, relatando que a diastólica era também mais baixa na gestante do que na mulher fora da gravidez. Essa diminuição da PA durante a gestação ocorre devido à diminuição acentuada da resistência vascular periférica, decorrente das alterações bioquímicas nos vasos maternos, induzidas pelo sistema das prostaglandinas (RUDGE; BEREZOWSKI, 1994).

O valor médio das PA foi verificado no presente estudo com base na aferição realizada na primeira consulta de pré-natal, e também na última, aqui consideradas a PA anterior e atual, respectivamente. Viu-se que as médias mantiveram-se praticamente inalteradas, sendo a PA sistólica anterior média igual a 102,43mmHg, e a atual correspondente a 107,97mmHg; enquanto a diastólica foi igual a 65,27mmHg em ambas as medidas. Deve-se observar, nesse caso, que as aferições foram realizadas durante a gestação, sendo os níveis pressóricos anterior ao pré-natal não interrogados. Tais valores também indicam uma pressão ótima, longe do diagnóstico de HAS, feito com níveis tensionais igual ou superiores à 140/90mmHg, conforme discutido anteriormente.

Considerando-se que a doença hipertensiva na gravidez constitui uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, como já observado em parágrafos anteriores, a avaliação dos níveis da PA é imprescindível no exame clínico da gestante durante o pré-natal. Tem-se assim, o objetivo de diagnóstico precoce, para que intervenções possam ser realizadas (OLIVEIRA; ARCURI, 1997).

A avaliação do peso visa determinar a velocidade de ganho do mesmo na gestação. Sabe-se que o adequado ganho de peso, relacionado ao estado nutricional satisfatório, confere melhor prognóstico gestacional, sendo o ganho de peso insuficiente associado ao baixo peso ao nascer e prematuridade, enquanto o excesso à macrosomia fetal, complicações no parto, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia (VITOLLO; BUENO; GAMA, 2011).

As diretrizes do Instituto de Medicina Americano (2009) recomendam ganhos de peso diferenciados segundo o estado nutricional materno. Sendo assim, para as gestantes com baixo peso, o ganho durante a gestação deve variar de 12,5 a 18kg; para as eutróficas, é considerado adequado o ganho de 11,5 a 16kg; no caso de sobrepeso, o ganho total

apropriado varia de 7 a 11,5 kg; e para aquelas com obesidade, a recomendação é o aumento entre 5 a 9 kg (BRASIL, 2013a). Tendo em vista que o aumento de peso médio da amostra foi de 7,83kg, verifica-se que o mesmo está adequado ao ganho de mulheres com sobrepeso, porém o IMC, parâmetro usado para definir adequação do peso, não foi investigado nesta pesquisa. Sendo assim, não é possível afirmar que o ganho de peso está dentro dos padrões esperados. Porém, sabe-se que a prevalência de excesso de peso já é considerada um problema de saúde pública no Brasil, pois se apresenta elevada em todos os estágios da vida. Em mulheres, essa prevalência foi estimada em 48% (VITOLLO; BUENO; GAMA, 2011).

A medida da altura uterina é um procedimento simples que visa prioritariamente a avaliação do crescimento fetal, porém também permite o auxílio na identificação de gestações gemelares, mola hidatiforme ou de alterações de volume do líquido amniótico (FREIRE *et al.*, 2006). Os valores encontrados, segundo recomendações do Ministério da Saúde, devem ser anotados em um gráfico de curvas de crescimento da altura uterina em relação à idade gestacional, sendo considerados limites de normalidade curvas entre o percentil 10, inferiormente, e percentil 90, na parte superior (BRASIL, 2013a).

Tal medida faz parte do exame físico obstétrico a partir do segundo trimestre de gestação, no qual o útero já saiu da cavidade pélvica, e assim é possível avaliá-lo. É feita colocando-se o ponto zero da fita métrica no bordo superior da sínfise púbica, enquanto a outra mão distende a fita até o fundo uterino. O comprimento em centímetros corresponde aproximadamente à idade gestacional em semanas, a partir da 20ª semana (SANTO; MORETTO, 2005). Observa-se que, na amostra, a altura uterina média encontrada corresponde a 30,34cm, e é compatível com a idade gestacional média da amostra, de 30 semanas e seis dias.

Como princípio da Rede Cegonha, e considerando os 10 passos para a realização de um pré-natal de qualidade disponibilizado pelo Ministério da Saúde, faz-se necessária também a requisição, realização e avaliação de exames preconizados durante o período gestacional. Dentre estes exames, devem ser solicitados: hemograma, glicemia de jejum, VDRL, anti-HIV, Toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg) e exame de urina e urocultura (BRASIL, 2013a).

A gestação acarreta em mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, e dentre estas alterações está o aumento do volume plasmático materno, com vistas a suprir a demanda do sistema vascular hipertrofiado, junto à elevação da massa eritrocitária, sendo que essa última aumenta em proporções menores em relação ao plasma (FERREIRA; MOURA;

JUNIOR, 2008). Por conta desta hemodiluição, frequentemente há a queda fisiológica dos níveis de hematócrito e hemoglobina.

A anemia na gestação, considerando o exposto acima, é configurada com níveis de hemoglobina mais baixos que os existentes fora da gestação (MONTENEGRO; SANTOS; REZENDE-FILHO, 2015). A anemia gestacional é definida como nível de hemoglobina (Hb) inferior a 11g/dl, podendo ainda ser classificada como leve, com níveis de Hb variando de 10-10,9g/ dl, moderada, com Hb em uma faixa de 8-9,9g/dl, e grave, quando a Hb é igual ou menor a 8g/dl (BRASIL, 2012). O resultado encontrado no presente estudo, que levou em consideração a hemoglobina média da amostra, e obteve resultado igual a 11,82g/dl, indica ausência de anemia. Ainda segundo o Ministério da Saúde, a conduta nesses casos baseia-se em manter a suplementação de ferro, tendo em vista que a deficiência dessa substância é a principal causa desencadeadora de anemia na gestação (BRASIL, 2012). Como discutido anteriormente, 26 gestantes da amostra utilizam sulfato ferroso ou algum outro composto de ferro.

Assim como a hemoglobina, em decorrência da expansão do volume plasmático em proporções maiores em relação à massa eritrocitária, o hematócrito também diminui durante a gestação, chegando a valores entre 31 a 33%. Tais alterações tendem a retornar aos valores pré-gravídicos no puerpério, entre 6 a 8 semanas de pós-parto (SOUZA; BATISTA FILHO; FERREIRA, 2002). Tendo em vista que o valor médio do hematócrito da amostra foi igual a 37,35%, o mesmo é considerado acima do esperado para a gestação, refletindo valores próximos aos esperados para mulheres não grávidas, e também uma adequada porcentagem de glóbulos vermelhos presente por quantidade de sangue.

O diabetes mellitus (DM) inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por um estado de hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação (GROSS *et al.*, 2002). De acordo com estudos, é uma situação clínica frequente, que acomete cerca de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos, e 0,3% das gestantes (MALERBI; FRANCO, 1992; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2001).

Tal estado de hiperglicemia associa-se à gestação em duas situações: quando a mulher com diabetes engravida, caracterizando a diabetes pré-gestacional, ou quando a mulher apresenta alterações de tolerância à glicose diagnosticada durante a gravidez, sendo essa a diabetes mellitus gestacional (DMG). O diagnóstico é feito a partir da medida da glicemia de jejum, exame complementar necessário no pré-natal: no caso de resultado maior de 110mg/dl, o diagnóstico será de DMG (BRASIL, 2013a); para resultados abaixo de 85mg/dl faz-se novo rastreamento após as 20 semanas de idade gestacional; enquanto para resultados entre 85 a

109mg/dl, há a exigência do TTG, teste oral de tolerância a glicose (FREITAS *et al.*, 2011). O resultado encontrado na amostra, correspondente a 74,66mg/dl, indica uma glicemia média adequada, e assim, ausência de DMG.

Fatores de risco para o desenvolvimento de DMG incluem idade maior de 25 anos, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação, história familiar de diabetes, história prévia de DMG, entre outros. O diabetes na gestação está associado com desfechos desfavoráveis tanto maternos quanto fetais, como abortamento, morte intrauterina, malformações e macrosomia (FREITAS *et al.*, 2011). Nenhuma gestante da amostra referiu o desenvolvimento de tal intercorrência.

A sífilis, infecção já discutida anteriormente, porém que volta à tona quando se abordam os exames complementares que devem ser solicitados no pré-natal, é diagnosticada através do exame laboratorial denominado VDRL. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização do VDRL na primeira consulta e, sendo negativo no primeiro teste, a repetição do mesmo no terceiro trimestre e também no momento anterior ao parto (COSTA *et al.*, 2010). Em relação à amostra da pesquisa, todas as gestantes possuíam resultados do VDRL registrados na carteira de pré-natal, sendo que, dentre estas, duas (5,41%) apresentaram resultado reagente. Esse resultado é superior ao encontrado em estudo realizado de 2011 a 2012, com 23.894 mulheres brasileiras, que identificou 1,02% de prevalência em sua população de gestantes (DOMINGUES *et al.*, 2014a).

O tratamento preconizado para casos positivos de VDRL é a administração de penicilina benzatina intramuscular na dose de 2.400.000 UI para o indivíduo e sua parceria sexual, caso exista (COSTA *et al.*, 2010). Ambas as gestantes realizaram o tratamento, e informaram que seus parceiros também foram tratados.

O HIV, Vírus da Imunodeficiência Humana, é o patógeno responsável pela AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, uma das principais epidemias existentes no mundo, caracterizada pela disfunção do sistema imunológico, levando o indivíduo a contrair infecções oportunistas (LIMA *et al.*, 2017). De acordo com o Ministério da Saúde, entre 2007 e 2016 foram registrados no SINAN 136.945 casos de infecção pelo vírus HIV no Brasil, totalizando 92.142 casos em homens e 44.766 casos em mulheres. Em relação à população obstétrica, no período de 2000 a 2016, foram notificadas 99.804 gestantes infectadas com o vírus HIV, sendo que a região Sul ficou atrás somente da região Sudeste no número de notificações. Ainda segundo o Ministério da Saúde, a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos (BRASIL, 2016b).

A infecção pelo HIV nas mulheres gestantes possui o agravante relacionado à transmissão vertical, e sabe-se que cerca de 90% das crianças infectadas pelo vírus HIV foram contaminadas através dessa forma de contágio (FREITAS *et al.*, 2011). Segundo estudo, a maior parte dos casos de contaminação ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, enquanto os restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação. Além disso, há o risco de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno (LIMA *et al.*, 2017).

Os principais fatores de risco associados à transmissão do HIV são: exposição a secreções que contenham o vírus, como através do ato sexual em preservativos e reutilização de seringas e agulhas contaminadas, além da manipulação de instrumentos perfuro-cortantes (SANTOS; SOUZA, 2012). Assim como o VDRL, os resultados do teste anti-HIV estavam presentes em todas as cadernetas de pré-natal analisadas neste estudo, porém nenhuma o apresentou reagente. O Ministério da Saúde também recomenda a realização dessa testagem no primeiro trimestre da gestação, e a repetição no terceiro trimestre e no momento antes do parto (BRASIL, 2013a). Os casos positivos devem ser tratados com terapias antirretrovirais, e as mulheres encaminhadas ao pré-natal de alto risco (FREITAS *et al.*, 2011).

A toxoplasmose caracteriza-se como a infecção pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Dentre as formas mais comuns de contágio está o contato com gatos, ingestão de verduras mal lavadas e carnes mal cozidas. Tal doença é autolimitada e benigna em indivíduos imunocompetentes, sendo assim muitas vezes assintomática (KRAVETZ; FEDERMAN, 2005; TABILE *et al.*, 2015); porém, quando produz sintomas, os mesmos são inespecíficos e autolimitados, como febre, cefaleia, mal-estar e apatia. A primoinfecção pelo protozoário na gestação pode levar ao acometimento fetal, provocando abortamento, retardo do crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e a síndrome da toxoplasmose congênita (TABILE *et al.*, 2015).

Todas as gestantes devem realizar o exame sorológico para pesquisa de anticorpos Imunoglobulina G (IgG) e Imunoglobulina M (IgM), sendo esse indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). De acordo com os resultados de IgG e IgM, pode-se considerar que: gestantes que apresentam IgG reagente e IgM não reagente passaram por uma infecção antiga, tendo exposição ao parasita em momento anterior à gestação, e assim são consideradas imunes. Uma possível infecção recente é considerada no caso de IgM e IgG reagentes, e nos casos de fase inicial da infecção o IgM estará reagente e o IgG não reagente. Nessa última situação, deve ser realizada nova sorologia, para descarte de um possível falso-positivo.

Gestantes com ambas as sorologias não reagentes estão suscetíveis à infecção, sendo consideradas de risco (MITSUKA-BREGANÓ; LOPES-MORI; NAVARRO, 2010).

Mulheres com IgG reigente e IgM não reigente raramente transmitirão o toxoplasma ao feto, porém aquelas com infecção aguda ou reativação da doença decorrente da imunossupressão podem transmitir o organismo através da via transplacentária (TABILE *et al.*, 2015; MITSUKA-BREGANÓ; LOPES-MORI; NAVARRO, 2010). A taxa de transmissão aumenta com a idade gestacional, sendo a infecção no terceiro trimestre mais grave. Recém-nascidos acometidos pela doença apresentam coriorretinite, cegueira, convulsões, podendo também ter atraso no desenvolvimento, microcefalia, meningoencefalite, icterícia, entre outros problemas (TABILE *et al.*, 2015).

O tratamento depende da idade gestacional em que a mulher se encontra. Para gestantes com menos de 18 semanas, é usada a espiramicina, enquanto após as 18 semanas é utilizado um esquema tríplice, que combina pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico (MITSUKA-BREGANÓ; LOPES-MORI; NAVARRO, 2010). Nenhuma gestante pertencente à amostra deste estudo apresentou resultado IgM reigente, enquanto 14 (37,85%) apresentaram IgG reigente, não necessitando de qualquer tratamento devido à infecção ser antiga. Porém, nestes casos, segundo a literatura, é indicada a avaliação da resposta imunológica das pacientes, para descartar imunossupressão que acarrete em reativação da doença na gestação (MITSUKA-BREGANÓ; LOPES-MORI; NAVARRO, 2010). Fatores de risco para a imunossupressão incluem o HIV e uso de quimioterápicos, ambos não encontrados nas gestantes da amostra.

A hepatite B é causada pelo vírus HBV, transmitido através de relações sexuais desprotegidas, de materiais contaminados com sangue, por exemplo, os materiais perfurocortantes, e também por via vertical. Não existem evidências suficientes que indiquem a contaminação via aleitamento materno, e por isso a OMS não o contraindica (FIGUEIREDO *et al.*, 2016). A hepatite B é a infecção aguda mais comum do fígado, representando um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013a). No Brasil, pelo menos 15% da população já entrou em contato com HVB, e 1% da população apresenta formas crônicas de tal infecção (CRUZ; SHIRASSU; MARTINS, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o antígeno de superfície da hepatite B (HbSAg) deve ser solicitado nos exames de primeiro trimestre pré-natal, e ser repetido no terceiro trimestre. Para as mulheres susceptíveis à infecção pelo HBV, deve ser oferecida a vacinação contra a doença após o primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2013a). Dentre os objetivos da vacinação contra a hepatite B, estão: prevenir a doença aguda e evitar a

cronificação e seu avanço para cirrose ou hepatocarcinoma, além de propiciar a minimização da propagação do vírus (FERREIRA; SILVEIRA, 2006).

Não foram encontradas gestantes com resultados de HbSAg reagentes dentre a amostra. Porém, para casos de mães com resultados positivos e não tratados, o recém-nascido portador pode ter desde quadros assintomáticos até os de hepatite fulminante (FIGUEIREDO *et al.*, 2016). Apesar de todos esses problemas, a hepatite em gestantes, segundo Freitas e colegas (2011) ainda é subestimada, principalmente porque os efeitos sobre os recém-nascidos muitas vezes somente serão percebidos décadas após o nascimento.

Tendo em vista que a Infecção do Trato Urinário (ITU) também é uma relevante complicação do período gestacional, já discutida anteriormente devido à mesma ter sido citada como complicação surgida durante a gestação por algumas mulheres da amostra, o Ministério da Saúde preconiza que sejam coletados exames comuns de urina junto à urocultura em todos os trimestres da gestação. Devido aos casos de bacteriúria assintomática, a solicitação da urocultura é obrigatória, ainda mais considerando-se que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. O tratamento é feito a partir da administração de antibióticos, e, sempre que possível, deve ser guiado pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma (BRASIL, 2013a). As cinco gestantes que citaram episódios de ITU na gestação realizaram o tratamento, tendo sido solicitada posteriormente a urocultura de controle.

Em relação ao planejamento e aceitação da gestação e também às preocupações que surgiram com a mesma, viu-se que a amostra deste estudo é composta em sua maioria por mulheres que não planejaram sua gestação, mas que estavam aceitando-a muito bem. Além disso, a maioria das mulheres possuía preocupações em relação a este período. Baixa porcentagem de planejamento da gravidez foi também encontrada em outro estudo, no qual aproximadamente 60% das gestantes disseram não tê-la planejado (GOMES; CÉSAR, 2013), enquanto a presente pesquisa identificou 67,57% de gestações não planejadas. Tais achados podem estar relacionados à falta de acesso aos métodos anticoncepcionais ou também à falha dos mesmos. O baixo índice de uso de métodos contraceptivos é frequente nos países pouco desenvolvidos, como o Brasil, e está fortemente associado às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (PRIETSCH *et al.*, 2011).

A grande aceitação da gravidez neste estudo, sendo que 54,05% das gestantes se descreveram como muito satisfeitas e 43,24% satisfeitas com a gestação, pode estar relacionada com o alto índice de apoio do companheiro e de outras pessoas, que será melhor discutido posteriormente juntamente com os baixos níveis de estresse encontrados. Sabe-se

que a disponibilidade de apoio social facilita uma maternagem responsiva, principalmente sobre condições estressantes, como é a situação de uma gravidez não planejada, promovendo, dessa maneira, um apego entre mãe e bebê (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Além disso, os baixos níveis de estresse podem também estar relacionados ao apoio recebido, pois o mesmo reduz os stress na medida em que representa para as gestantes uma fonte de auxílio e estímulo para superar dificuldades (RAMOS; CUMAN, 2009; MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

Sendo a gestação um evento complexo, com mudanças de diversas ordens e repleta de sentimentos intensos, é esperado que as mulheres tenham preocupações (PICCININI *et al.*, 2004b). Percebeu-se que, neste estudo, a maior parte das preocupações eram relacionadas à situação financeira, receios pelo momento do parto, medo de prematuridade do bebê e saúde do bebê como um todo. Algumas dessas preocupações próprias da gravidez também foram encontradas em estudo realizado em Porto Alegre no ano de 2004, no qual foram citados a saúde fetal, possibilidade de malformações e de nascimentos prematuros. Neste mesmo estudo, as gestantes manifestaram que percebiam tais preocupação como inerentes à gestação, sendo que as mesmas não cessariam em nenhum momento desse período (PICCININI *et al.*, 2004b). Maldonado (1997) traz que as preocupações maternas com a saúde do bebê só chegam ao fim no momento do parto.

Outras preocupações como situação financeira também são comuns na gestação, devido aos custos adicionais que irão surgir com a criação de um bebê. Estudo mostra que gestantes percebem a gravidez como um período de aumento de despesas, começando pelas mudanças necessárias em relação aos hábitos alimentares; além disso, com a chegada do bebê, as preocupações tendem a aumentar, ao mesmo passo em que as despesas também se elevam (LEITE *et al.*, 2014). Além disso, já foi discutida anteriormente a dependência financeira existente na amostra desde estudo, o que pode colaborar para tal preocupação.

O medo do parto foi citado devido à percepção de dor ou existência de intercorrências. Enquanto estudos internacionais mostram a informação como fator de grande relevância para a participação das gestantes nos processos decisórios em relação a sua gestação, estudo brasileiro evidenciou a pouca importância dada a essas informações, o que pode colaborar para o desconhecimento e amedrontamento em relação ao processo de trabalho de parto e parto como um todo (DOMINGUES *et al.*, 2014b). O mesmo estudo mostra ainda que menos de 5% das mulheres pesquisadas utilizaram práticas benéficas recomendadas pela OMS para uma assistência adequada ao trabalho de parto, dentre elas os métodos não farmacológicos para alívio da dor. Nesse sentido, observa-se a necessidade de mudanças no modelo de

atenção ao pré-natal e ao parto, o qual deve ser baseado na troca de informações respaldadas em evidências científicas.

A dificuldade com a amamentação também foi citada como um fator de preocupação. Segundo estudo, aproximadamente 30% das mulheres têm dificuldades para amamentar, sendo a pega correta ao seio o maior obstáculo, resultando em menor tempo de aleitamento. Outros fatores incluem o trauma mamilar e a dor ao amamentar (ROCCI; FERNANDES, 2014). Tal preocupação citada na amostra pode ser advinda de experiência anterior, a qual pode ter levado ao desmame precoce e a apreensão em relação a novos insucessos, ou também ao número de nulíparas da amostra. Nesse sentido, o apoio dos familiares e das equipes de saúde para superar as dificuldades encontradas pode representar a diferença entre o sucesso e o abandono do aleitamento materno (ROCCI; FERNANDES, 2014).

O receio ao desenvolvimento ou agravamento da depressão na gestação ou após o nascimento foi citado por duas gestantes. Conforme discutido anteriormente, mudanças ocorridas durante a gestação fazem com que tais mulheres tenham maior propensão a desenvolvê-la (STEINER; DUNN; BORN, 2003), sendo que a mesma tem importantes efeitos adversos sobre a saúde materna e fetal (SUPPASEEMANONT, 2006; CAMPAGNE, 2004), podendo estender-se ainda para o seu parceiro e/ou família. Nesse sentido, nota-se a importância da abordagem desse assunto durante o acompanhamento pré-natal, com o objetivo de diagnóstico e tratamento precoce.

O protocolo de saúde mental do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomenda como método de rastreamento da depressão na gestação a inclusão de duas perguntas a serem feitas no pré-natal, as quais questionam se durante o último mês a gestante se sentiu frequentemente incomodada por sentimentos de tristeza, depressão ou desesperança e se existe pouco interesse ou prazer em fazer as coisas. No caso de resposta positiva a qualquer das duas questões, deve-se questionar se ela deseja ajuda profissional a esse respeito (NICE, 2007).

Em relação à mudança de endereço, citada por duas gestantes, pode-se pensar no fato de que tornar-se mãe é uma condição vista como uma possibilidade para sair da casa dos pais, com vistas a constituir a sua própria família (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010). Porém, tal situação de morar apenas com o companheiro ou com o este e filhos demanda uma preparação para que este momento ocorra sem stress, visto que envolve uma espécie de separação familiar e também gastos. Além disso, a mudança de endereço pode acarretar em uma quebra de vínculo com a unidade de realização do pré-natal, devido ao atendimento

ocorrer de acordo com a demanda por endereço, o que pode também ser um fato causador de stress e preocupações.

Em relação aos hábitos de vida, como tabagismo e uso de álcool, poucas gestantes afirmaram dependência do cigarro, e também um número escasso disse ingerir bebidas alcoólicas. Sabe-se da relação entre o tabagismo e diversas intercorrências gestacionais: a nicotina presente no cigarro provoca aumento dos batimentos cardíacos do feto, redução de peso, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. Além disso, o risco de abortamento espontâneo é maior nas mães que fumam, como já citado anteriormente (BRASIL, 2013a). O fumo também pode contribuir para a síndrome da morte súbita do bebê após o nascimento (GONÇALVES *et al.*, 2012). O percentual encontrado na amostra, correspondente a 8,11% de fumantes é inferior aos 15,9% identificados entre a população feminina do Sul do Brasil, segundo estudo do IBGE (2009), e também aos 17,5% encontrados em Porto Alegre, no inquérito Vigitel Brasil 2008 (BRASIL, 2009). O uso do tabaco durante a gestação deve ser investigado e tratado com preocupação durante o acompanhamento pré-natal.

Assim como o tabaco, o uso de álcool na gestação acarreta em diversos problemas ao feto. De maneira dose-dependente, associa-se à restrição de crescimento intrauterino, deficiências cognitivas, aumento da morbimortalidade e também à síndrome alcoólica fetal, caracterizada como uma interferência na formação cerebral, podendo acarretar em alterações congênitas, anomalias, retardo e prejuízos no desenvolvimento (GONÇALVES *et al.*, 2012). Estima-se que 20 a 25% das gestantes consumam algum tipo de bebida alcoólica esporadicamente (FREIRE *et al.*, 2005).

O uso de álcool e tabaco traz danos à saúde materna, como doenças cardiovasculares e câncer (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009). Sabe-se que o uso dessas substâncias está fortemente relacionado a níveis de estresse elevados, falta de apoio social e baixa autoestima (GHOSH *et al.*, 2010; RAPOPORT; PICCININI, 2006; MORANDIN, 2010; TIRAN; CHUMMUN, 2004; WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015), o que comprova mais uma vez a importância da avaliação do PPP no pré-natal. De acordo com o Ministério da Saúde, o uso dessas substâncias deve ser desencorajado, tendo em vista que não se tem conhecimento de níveis seguros de consumo (BRASIL, 2006).

Finalmente, considerando os valores obtidos no PPP, viu-se que a amostra é composta por mulheres com baixos níveis de estresse, que percebem elevado apoio do companheiro e de outras pessoas, como amigos e família, porém, com uma baixa autoestima. Curry e colegas (2006) descrevem que o estresse encontrado é considerado intenso quando o mesmo apresenta

valores iguais ou acima de 24 pontos. A média encontrada no presente estudo foi de 18,24 pontos, de um máximo de 44 pontos, semelhante ao encontrado em estudo realizado em São Paulo, o qual identificou escores relacionados ao estresse iguais a 18,7 pontos (MORANDIN, 2010), e também em Porto Alegre, o qual obteve escore correspondente a 18,84 pontos (WEISSHEIMER, 2007).

Quanto ao apoio, tanto em relação ao companheiro quanto a outras pessoas, escores maiores indicam maior satisfação. Conforme descrito anteriormente neste estudo, pesquisas realizadas não indicam um ponto de corte para tal escala; sendo assim, é aqui considerado satisfatório o apoio com pontuação igual ou maiores de 34 pontos, caracterizando a metade do escore, sendo adicionado um ponto. O apoio na amostra, considerando o companheiro e outras pessoas, teve um escore de 57,34 e 52,73 pontos, respectivamente, de um máximo de 66. Nesse sentido, observa-se que as gestantes percebem-se bem apoiadas pelas suas redes sociais, e mais ainda pelos seus companheiros. Valores inferiores a estes foram encontrados no estudo de São Paulo e Porto Alegre, nos quais o apoio do companheiro e de outras pessoas obtiveram escores médios iguais a 51,6 e 50,1; e 53,49 e 50,33 pontos, respectivamente (MORANDIN, 2010; WEISSHEIMER, 2007).

A autoestima, segundo estudo de 2010, é considerada adequada com o escore igual ou maior a 30 pontos (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Sendo assim, o escore médio obtido na amostra, de 24,19 pontos, de um escore máximo de 44, mostra-se baixo. Tais achados revelam que algumas gestantes percebem que situações, como aquelas descritas no instrumento do PPP, colocam a sua autoestima para baixo. Morandin e Weissheimer encontraram em seus trabalhos melhores escores relacionados à autoestima, sendo a média correspondente a 29,2 pontos no estudo de São Paulo, que também se encontra abaixo do esperado, e 32,54 pontos em Porto Alegre, o único considerado satisfatório segundo literatura (MORANDIN, 2010; WEISSHEIMER, 2007; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Os baixos níveis de estresse da amostra podem ser decorrentes de diversos fatores encontrados neste estudo, dentre estes uma renda familiar média satisfatória, a realização de atividades remuneradas por grande parte das gestantes, uma elevada percepção de apoio de suas redes sociais em geral e também do companheiro, baixa porcentagem de complicações no pré-natal, além de uma grande satisfação com a gestação atual. Os valores baixos de estresse, nesse sentido, representam um aspecto positivo ao bem estar das estudadas, tendo em vista que escores elevados estão relacionados a desfechos desfavoráveis, tanto na saúde materna em geral, quanto na gestação (MORANDIN, 2010).

Estressores como dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego e falta de apoio social estão entre os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, além de histórico de transtorno depressivo anterior (CAMACHO *et al.*, 2006), o que foi relatado pela participante do estudo. Além disso, sabe-se que a dificuldade de aceitação da gestação e o não planejamento da mesma podem interferir negativamente no prognóstico (MORANDIN, 2010).

Jesse e Alligood (2002) esclarecem que a baixa autoestima é um fator de risco na gravidez, que interfere na realização do pré-natal, fazendo com que o mesmo seja deficiente. Apesar de uma autoestima considerada insatisfatória, as participantes desse estudo frequentavam as consultas de pré-natal, realizavam os exames solicitados e utilizavam medicações para o tratamento de intercorrências; além disso, poucas faziam uso de substâncias como tabaco e álcool. Morandin identificou em seu estudo associação entre autoestima e: renda, sendo verificado que menores escores relacionavam-se a mais baixas rendas; ocupação, no sentido de que mulheres com ocupações consideradas qualificadas obtiveram maiores escores de autoestima; número de gestações e partos, apontando que multigestas e múltiparas apresentavam escores menores; intercorrências em gestações anteriores, entre outras (MORANDIN, 2010). Weissheimer, por sua vez, viu que uma boa autoestima estava relacionada à percepção de apoio satisfatória (WEISSHEIMER, 2007).

Raphael-Leff (1997), como já citado anteriormente, traz que a mudança da forma corporal e a alteração dos papéis familiares e na sociedade predisõem as gestantes a percepções distorcidas da autoestima. Além disso, tal sub-escala foi a que mais gerou dúvidas no momento da coleta de dados, devido à redação de algumas frases em sua forma negativa. É possível que tais situações estejam relacionadas à identificação de baixo escore, sendo que a última pode ter gerado confusão no momento de assinalar as respostas.

Independentemente dos resultados encontrados, todos os serviços de saúde devem capacitar seus profissionais para lidarem com a temática do estresse, apoio e autoestima no pré-natal. Além disso, é fundamental que disponibilizem redes de apoio apropriadas para encaminhamentos de casos identificados de risco psicossocial (MORANDIN, 2010). Nesse sentido, o cuidado à gestante atingiria, além dos aspectos físicos e biológicos, seus aspectos sociais, emocionais e comportamentais, resultando em um cuidado integral (WEISSHEIMER; MAMEDE, 2015).

7 CONCLUSÕES

Os resultados do estudo forneceram a caracterização sociodemográfica das gestantes que realizam acompanhamento pré-natal na UBS do Centro de Saúde Santa Marta, conhecimento acerca de seus hábitos de vida e avaliação do seu perfil psicossocial no pré-natal, permitindo tecer as conclusões que seguem:

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, os resultados mostram predomínio de gestantes adultas jovens, fora dos riscos de morbimortalidade associados aos extremos de idade materna; solteiras, porém com uniões consensuais entre elas e seus companheiros; com escolaridade que alcança pelo menos nove anos de estudo; com renda familiar média entre dois e três salários mínimos, e que residem com diferentes familiares ou com o companheiro.

Referente à história obstétrica, os achados foram de um grande número de primigestas e nulíparas, e de múltiparas que realizaram mais partos vaginais em relação às cesáreas, porém ainda com uma elevada taxa de partos cirúrgicos, contrariando taxas recomendadas mundialmente. Foi identificado alto número de abortos dentre a amostra, que podem estar relacionados a fatores de risco também encontrados, como tabagismo e hipertensão. A idade gestacional (IG) média identificada foi correspondente ao terceiro trimestre da gestação, e viu-se que a maioria das mulheres iniciou o pré-natal precocemente, de acordo com o recomendado, atingindo o número mínimo de consultas preconizadas para um adequado acompanhamento.

Em sua maioria, as mulheres não apresentaram quaisquer complicações durante o período gestacional. Porém, casos de ITU e de sífilis ocorreram em um número considerável das gestantes, levando-se em consideração taxas encontradas em outros estudos. Também foram encontradas complicações às quais as mulheres tornam-se mais susceptíveis durante a gravidez, como depressão e infecção pela influenza A. Observou-se que a prescrição de sulfato ferroso parece ser rotineira no serviço pesquisado, indo ao encontro do recomendado pela literatura.

As participantes mantém uma média de PA ótima, ganho de peso relativo ao esperado para mulheres com sobrepeso, medida da altura uterina média compatível com a IG média encontrada, níveis de hemoglobina e hematócrito indicando ausência de anemia e glicemia média de jejum adequada. Identificaram-se taxas de resultados VDRL reagentes superiores a outras localidades do Brasil, porém, com tratamento realizado. O alto número de uroculturas apontando crescimento bacteriano era esperado, tendo em vista o grande número de casos de

ITU encontrados, intercorrência frequente na gestação. Observou-se, a partir da análise da carteira das gestantes, que a solicitação dos exames no Centro de Saúde Santa Marta é feita de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A amostra foi constituída em sua maioria por mulheres que não planejaram sua gestação, mas que estavam aceitando-a muito bem, o que pode ser decorrente da alta percepção de apoio do companheiro e de outras pessoas, e baixos níveis de estresse. Além disso, muitas mulheres possuíam preocupações, as quais, muitas vezes, eram próprias da gravidez e consideradas comuns nesse período, ou relacionadas às complicações as quais citaram durante o decorrer do pré-natal. Hábitos de vida considerados não salútares, como o uso de tabaco e álcool, foram identificados em poucas gestantes.

Considerando-se os valores obtidos no PPP, viu-se que a amostra é composta por mulheres com baixos níveis de estresse, que percebem elevado apoio do companheiro e de outras pessoas, porém, que possuem uma baixa autoestima. Os baixos níveis de estresse podem ser consequência de outros resultados encontrados no estudo, dentre os quais estão uma renda satisfatória, bons níveis de escolaridade, elevada percepção de apoio, baixa porcentagem de complicações no pré-natal e grande satisfação com a gestação. Os escores baixos de autoestima encontrados, porém, geraram surpresa neste estudo, tendo em vista os resultados citados acima, e também o cuidado que as mulheres tinham consigo e com a sua gestação. Nesse sentido, acredita-se que tal situação pode estar relacionada a confusões no momento de assinalar as respostas no instrumento, tendo em vista a redação de frases em sua forma negativa e dúvidas geradas.

Os enfermeiros tem participação importante no que se refere à investigação adequada das questões que envolvem os níveis físicos, psicológicos, sociais, emocionais e comportamentais das gestantes atendidas em serviços de atenção à saúde. Porém, para que isso seja alcançado, é necessário que se conheçam os hábitos de vida, além do perfil sociodemográfico e psicossocial dessas mulheres. Nesse sentido, mostra-se a importância da realização de estudos como este, que permitem o conhecimento integral acerca das mulheres em atendimento, para que possam ser identificados riscos ao bem estar materno e fetal, e traçadas intervenções adequadas para cada caso, resultando em melhor assistência, melhor qualidade de vida e melhores indicadores de saúde materno-infantis. Sugere-se, assim, a realização de estudos com objetivos semelhantes em outros locais de assistência à saúde das mulheres.

Tal estudo apresentou limitações no que se refere ao tamanho da amostra: devido a problemas de registro, organizacionais e de tempo, o número da amostra foi

consideravelmente diminuído. Além disso, tendo em vista a inclusão somente de mulheres que faziam o seu acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde Santa Marta, não é possível estender os resultados para outras Unidades de Saúde do município de Porto Alegre.

Como exemplificado anteriormente, outra limitação a ser considerada está relacionada à compreensão das mulheres, no que se refere às afirmações feitas nos instrumentos elaborados e interpretações que podem estar sujeitas erros. Nesse sentido, não se pode excluir a possibilidade de ter ocorrido enganos na hora de assinalar algumas das respostas.

A pouca quantidade de estudos que abordam o PPP também foi considerada limitação do presente estudo. Tal situação dificultou a comparação dos resultados encontrados com outros estudos realizados.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Gestational diabetes mellitus. Clinical Practice Recommendations 2001. *Diabetes Care*, v. 24, Sup:S77-S79, 2001.
- ANDRADE, S. E. *et al.* Prescription drug use in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, v.191, n.2, p.398-407, 2004.
- ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, abr. 2007.
- BARROS, A. J. D. *et al.* Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40 n.3, jun. 2006.
- BENNETT, H. A. *et al.* Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, v.103, n.4, p.698-709, 2004.
- BONASSI S, *et al.* Factors related to drug consumption during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v.73, n.7, p.535-540, 1994.
- BORBOLATO, B. M.; CARDOSO, M. P. O impacto do pré-natal na prevenção do parto prematuro. *Revista Thêma et Scientia*, v. 5, n. 1, jan./jun. 2015.
- BOWLBY, J. **Apego e perda: a natureza do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- 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, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 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.
- 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, 2004a.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais . **Boletim Epidemiológico – HIV – AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 25 set. 2016.
- CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiq. Clín.*, v.33, n.2, p.92-102, 2006.
- CAMPAGNE, D. M. The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, v.116, n.2, p.125-130, 2004.
- CARVALHO, A. C. *et al.* Vivenciando a gestação com hipertensão arterial no pré-natal. *R. Interd.*, v. 7, n. 3, p. 99-111, jul/ set. 2014.
- 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, vol. 5, no 6, p. 977-83, 2013.
- COSTA, M. C. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *An Bras Dermatol.*, v.85, n.6, p. 767-85, 2010.
- COUTINHO, T. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n.10, nov./dez. 2003.
- CRUZ, C. R. B.; SHIRASSU, M. M.; MARTINS, W. P. Comparação do Perfil Epidemiológico das Hepatites B e C em um Serviço Público de São Paulo. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 43, n. 3, 2009.
- CURRY, M. A. *et al.* Nurse case management for pregnant women experiencing or at risk for abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, Thousand Oaks, CA, v. 32, n. 2, p. 181-192, 2006.
- CURRY, M. A. The interrelationships between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, Thousand Oaks, CA, v. 27, p. 692-699, 1998.
- CURRY, M. A.; BURTON, D.; FIELDS, J. The prenatal psychosocial profile: a research and clinical tool. *Research in Nursing & Health*, Hoboken, NJ, v. 21, p. 211-219, 1998.

CURRY, M. A.; CAMPBELL, R. A.; CHRISTIAN, M. Validity and reliability test of the prenatal psychosocial profile. *Research in Nursing & Health*, Hoboken, New Jersey, v.17, p127-135, 1994.

DATASUS. Indicadores de morbidade. **Casos confirmados de sífilis congênita segundo Unidade de Federação**. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0111.def>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

DATASUS. Indicadores de morbidade. **Frequência de influenza pandêmica segundo Região de notificação**. 2010b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/influbr.def>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

DATASUS. Indicadores demográficos. **Nascidos vivos – Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

DATASUS. Indicadores socioeconômicos. **Renda média domiciliar per capita – Rio Grande do Sul**. 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendars.def>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

DIAS, M. S. *et al.* Auto-estima 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, 2008.

DOMINGUES, R. M. S. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascido no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v.48, n.5, p. 766-774, 2014a.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, Sup:S101-S116, 2014b.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.47, n.1, fev. 2013.

DONADIO, M. V. F.; VARGAS, M. H. M. Efeitos do estresse no período gestacional em diferentes modelos experimentais: uma revisão da literatura. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 12, n. 41, p. 81-86, jul./set. 2014.

DUARTE, G. *et al.* Infecção urinária na gravidez. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.30, n.2, fev. 2008.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, abr. 2006.

ELSENBRUCH, S. *et al.* Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, v. 22, n. 3, mar. 2007.

FELICE, E. A. S. *et al.* Assistência pré-natal no programa de saúde da família. *CuidArte Enfermagem*, v. 1, n. 1, jul/dez. 2007.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Prevenção das hepatites virais através de imunização. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. S55-66, 2006.

FERREIRA, H. S.; MOURA, F. A.; JÚNIOR, C. R. C. J. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes da região semi-árida do Estado de Alagoas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.30, n.9, set. 2008.

FIGUEIREDO, I. R. *et al.* Hepatite B congênita: uma revisão. *Rev Med Saúde*, Brasília, v.5, n.2, p.322-332, 2016.

- FIGUEIREDO, M. G. A. V., MARQUES, A. C. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. *Cogitare Enferm.*, v. 16, n. 4, p. 708-713, 2011.
- FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v.93, n.6, dez. 2009.
- FREIRE, D. M. C. *et al.* Curva da altura uterina por idade gestacional em gestantes de baixo risco. *Rev Bras Ginecol Obstet.* Rio de Janeiro, v.28, n.1, 2006.
- FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.31, n.7, jan./jul. 2009.
- FREIRE, T. M. *et al.* Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, Rio de Janeiro, v.27, n.7, 2005.
- FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia.** Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 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.*; v.13, p 327–338, Aug 2010.
- GOMES, R. M. T.; CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, abr./jun. 2013.
- GONÇALVES, M. L. *et al.* Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu – CE. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, v. 25, n.4, abr./jun. 2012.
- GROSS, J. L. *et al.* Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, São Paulo, v.46, n.1, fev. 2002.
- 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.
- HABER, J. Amostragem. In: LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: método, avaliação crítica e utilização.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, cap.10, p. 140-155, 2001.
- HARE, D. C.; KARN, M. N. An investigation of blood pressure, pulse rate, and the response to exercise during normal pregnancy, and some observations after confinement. *Q.J.Med.*, v. 22, p. 381-404, 1929.
- HENRY, J. S. The effect of pregnancy upon the blood pressure. *Br.J.Obstet.Gynaecol.*, v. 43, p. 908- 24, 1936.
- HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.14, n.1, p.151-157, jan./mar. 2010.
- IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, v.41, n.4, jul./ago. 2005.
- Institute of Medicine (US). **Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines.** Washington, DC: National Academies Press; 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 – Tabagismo.** Rio de Janeiro: IBGE; 2009. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42980.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 25 set. 2016.
- JAMES, P. R.; NELSON-PIERCE, C. Management of hypertension before, during and after pregnancy. *Heart*, v.90, n.12, p.1499-1504, 2004.
- JESSE, D. E. *et al.* Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *Journal of Midwifery and Women's Health*, v. 50, n. 5, p. 405-410, 2005.
- 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 for Women International*, Philadelphia, PA, v. 23, p. 587-599, 2002.
- JESSE, D. E.; KIM, H.; HERNDON, C. Social support and self-esteem as mediators between stress and antepartum depressive symptoms in rural pregnant women. *Research in Nursing & Health*, [s.l.], vol.37, n. 3, p. 241–252, 2014.
- JESSE, D. E.; SEAVER, W.; WALLACE, D. C. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery*, s.l., v. 19, p. 191-202, 2003.
- JESSE, D. E.; REED, P. G. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, Thousand Oaks, CA ,v.33, n. 6, p. 739-747, nov.-dec. 2004.
- JOHNSTON, B. D. *et al.* Expanding developmental and behavioral services for newborns in primary care: effects on parental well-being, practice and satisfaction. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 26, n. 4, p. 356-366, 2004.
- KASS, E. H. Pyelonephritis and bacteriuria. A major problem in preventive medicine. *Ann Int Med.*, v.56, n.1, p.46-53, 1962.
- KONRADT, C. E. *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011.
- KRAVETZ, J. D.; FEDERMAN, D. G. Toxoplasmosis in pregnancy. *The American Journal of Medicine*, v. 118, p. 212-218, 2005.
- LEITE, M. G. *et al.* Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.19, n.1, p. 115-124, jan./mar. 2014.
- LIMA, M. G. *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, fev. 2013.
- LIMA, M. O. P.; TSUNECHIRO, M. A. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.32, n.4, p.530-536, 2008.
- LIMA, S. K. S. S. *et al.* Caracterização das gestantes com HIV/AIDS admitidas em hospital de referência. *SANARE*, Sobral, v.16, n.1, p. 45-51, jan./jun. 2017.
- 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, vol. 44, no. 3, p. 570-7, 2010.
- MALDONADO, M T. P. **Psicologia da gravidez**. 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes. 1997.

- MALERBI, D.; FRANCO, L. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care*, v.15, n.11, p.1509-1516, 1992.
- MENGUE, S. S. *et al.* Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.5, out. 2001.
- MITSUKA-BREGANÓ, R.; LOPES-MORI, F. M. R.; NAVARRO, I. T. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas. Londrina: EDUEL, 2010. **Rotina para toxoplasmose adquirida na gestação**. pp. 31-38.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- MONTENEGRO, C. A. B.; SANTOS, F. C.; REZENDE-FILHO, J. Anemia e gravidez. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr./jun. 2015.
- MORANDIN, K. M. M. **Avaliação do Perfil Psicossocial das gestantes atendidas na rede básica de saúde do município de Catanduva – SP**. 2010. 136f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, SP.
- MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Preditores de saúde e bem-estar psicológico em adolescentes gestantes. *Psico-UFS*, v. 11, n. 1, p. 7-15, jan-jun, 2006.
- MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.15, n. 30, jan./apr. 2005.
- MOTTA, G. C. P.; ECHER, I. C.; LUCENA, A. F. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 4, jul-ago 2010.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Antenatal and postnatal mental health the NICE guideline on clinical management and service guidance**. United Kingdom: Alden Press; 2007.
- NEWMAN, T. 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.
- OLIVEIRA, S. M. J. V.; ARCURI, E. A. M. Medida da pressão arterial em gestante. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 49-55, jul. 1997.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.
- PASTORE, A. P. W.; PRATES, C.; GUTIERREZ, L. L. P. Implicações da influenza A/H1N1 no período gestacional. *Sci Med.*, v.22, n.1, p.53-58, 2012.
- PEIXOTO, C. *et al.* Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 171-177, abr./jun. 2012.
- PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. Psiq. Clín.* V.35, n.4, p. 144-153, 2008.

- PESAMOSCA, L. G.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *REME Rev Min Enferm.* v. 12, n. 2, p. 182-188, 2008.
- PICCININI, C. A. *et al.* Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu Bebê. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v.20, n.3, p.223-232, set./dez. 2004b.
- PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol. estud.*, Maringá, v.13, n.1, jan./mar. 2008.
- PICCININI, C. A. *et al.* O Envolvimento Paterno durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 3, p.303-314, 2004a.
- PICCININI, C. A. *et al.* Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v.28, n.1, jan./mar. 2012.
- PRIETSCH, S. O. M. *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1906-1916, out. 2011.
- QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v.58, n.6, nov./dez. 2005.
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, vol. 13, no. 2, p. 297-304, 2009.
- RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: a história interior.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p.85-96, abr. 2006.
- ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm.*, v.67, n.1, p. 22-27, jan./fev. 2014.
- 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, set. 2011.
- ROMERO, R. M. D.; FIGUEROA, V. D. A.; GARCÍA, R. S. Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana.* Cidade do México, v. 54, n. 1, p. 27-31, enero-febrero, 1999.
- ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image.** Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.
- RUDGE, M. V. C.; BEREZOWSKI, A. T. Adaptação do organismo materno à gravidez. In: NEME, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Savier, 1994. cap. 6, p. 31-7.
- SALEEBY, E. *et al.* H1N1 Influenza in pregnancy: cause for concern. *Obstet Gynecol.*, v.114, n.4, p.885-891, 2009.
- SANTO, L. C. E.; MORETTO, V. L. **Pré-natal.** In: *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula/* Organizado por Dora Lúcia de Oliveira. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p.109-137.
- SANTOS, R. C. S.; SOUZA, M. J. A. HIV na gestação. *Estação Científica (UNIFAP)*, Macapá, v. 2, n. 2, p. 11-24, jul./dez., 2012.
- SAY, L. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Glob Health*, v. 2, p. e323-e333, jun. 2014.
- SCHROEVERS, M. J.; RANCHOR, A. V.; SANDERMAN, R. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer

patients and individuals from the general population. *Social Science and Medicine*, Great Britain, v.57, p. 375-385, 2003.

SCOCHI, M. J. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 24, n. 3, p. 803-809, 2002.

Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Sem data (S.D.). Disponível em: <www.spm.gov.br/assuntos/.../INSTRUMENTO_PNAISM_PNPMversaoWeb1.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

SEGATO, L. *et al.* Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Rev Educ Fís/UEM*, v. 20, n. 1, p. 121-9, 2009.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, sept./oct. 2004.

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*, v. 11, n. 3, p.95-102, 2010.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.131-139, jan./fev. 2001.

SOUZA, A. I.; BATISTA FILHO, M.; FERREIRA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, São José do Rio Preto, v.24, n.1, mar. 2002.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.40, n.3, set. 2006.

STEINER, M.; DUNN, E.; BORN, L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord*, v.74, p.67-83, 2003.

SUPPASEEMANONT, W. Depression in pregnancy: drug safety and nursing management. *Am J Matern Child Nurs*, v.31, n.1, p.10-15, 2006.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, Sup: S71-S83, 2014.

TABILE, P. M. *et al.* Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.60, n.3, p.168-172, jul./set. 2016.

TABILE, P. M. *et al.* Toxoplasmose Gestacional: uma revisão da literatura. *Rev Epidemiol Control Infect.* , v.5, n.3, p.158-162, 2015.

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, vol.61, n. 4, 2012.

TIRAN, D.; CHUMMUN, H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *Complementary therapies in Nursing Midwifery*, v. 10, suppl. 1, p. 162-167, 2004.

TOURINHO, A. B.; REIS, L. B. S. M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. *Com. Ciências Saúde*, v. 22, n. 4, p. 19-30, 2013.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, Sup: S85-S100, 2014.

VÍTOLO, M. R.; BUENO, M. S. F.; GAMA, C. M. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p.13-19, 2011.

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, DC., v. 16, p. 216-224, 2006.

WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile.** Tese (doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2007.

WEISSHEIMER, A. M.; MAMEDE, M. V. Prenatal Psychosocial Profile: translation, cross-cultural adaptation and validation to its use in Brazil. *Midwifery*, v. 31, p. 1157–1162, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **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: 05 nov. 2016.

YU, M. S. *et al.* Unique perspectives of women and their partners using the prenatal psychosocial profile. *Journal of Advanced Nursing*. v. 67, n. 8, p. 1767-1778, 2011.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: O BAIXO PESO AO NASCER RELACIONADO AO PERFIL PSICOSSOCIAL NO PRÉ-NATAL DE GESTANTES DE UMA GERÊNCIA DISTRITAL 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 projeto de pesquisa que se intitula O BAIXO PESO AO NASCER RELACIONADO AO PERFIL PSICOSSOCIAL NO PRÉ-NATAL DE GESTANTES DE UMA GERÊNCIA DISTRITAL DE PORTO ALEGRE/RS.

Os objetivos são relacionar o desfecho baixo peso ao nascer com os níveis de estresse, da autoestima, do apoio recebido pelo parceiro(a) e pelas demais redes sociais de gestantes de uma Gerência Distrital de Saúde de Porto Alegre/RS, caracterizar o perfil psicossocial e sociodemográfico dessas gestantes, conhecer seus hábitos de vida, e identificar se possuem fatores de risco gestacional.

O estudo é coordenado pela professora Anne Marie Weissheimer, e faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Gostaríamos de no momento lhe fazer algumas perguntas, através de dois formulários, bem como coletar algumas informações em seu prontuário. Solicitamos sua autorização para fazermos contato por telefone, depois que o bebê nascer, para colhermos algumas informações sobre o nascimento e o 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 benefício a melhoria da assistência no pré-natal e também ao bebê. Não acreditamos que há riscos na sua participação, já que nenhum procedimento será realizado. O inconveniente previsto é o tempo gasto para o preenchimento dos formulários, que em geral é de 30 minutos; espera-se que a entrevista por telefone demore em torno de 10 minutos.

Agradecemos sua colaboração, estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelos telefones (51) 33085428 ou 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, cujos telefones são (51) 3289 2770 e 3289 2770.

Anne Marie Weissheimer
Coordenadora do Estudo

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo.

Nome completo: _____

Documento identificação: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS, CLÍNICOS E COMPORTAMENTAIS

Unidade: _____ Número formulário: _____

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- 1) Nome: _____ Iniciais: _____
- 2) N° prontuário da família: _____
- 3) N° prontuário gestante: _____
- 4) Telefone para contato: _____ Telefone para recado: _____
- 5) Endereço: _____

- 6) Data da coleta dos dados: _____
- 7) Idade da gestante (anos): _____
- 8) Escolaridade (até que série estudou): _____
- 9) Cor / raça: (1) BRANCA (2) PRETA (3) PARDA (4) AMARELA (5) INDÍGENA
(6) OUTRA: _____
- 10) Estado marital: (1) CASADA (2) SOLTEIRA (3) UNIÃO ESTÁVEL
(4) SEPARADA (5) SEM COMPANHEIRO(A)
- 11) 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: _____
- 12) Ocupação: _____
- 13) Renda familiar aproximada (em reais): _____

B) DADOS OBSTÉTRICOS:

- 14) Idade gestacional (semanas): _____
- 15) DUM: _____
- 16) Número de gestações: _____
- 17) Paridade: _____ (88) NSA
- 18) Parto vaginal: _____ Cesárea: _____ (88) NSA
- 19) Abortos: _____ (88) NSA
- 20) Parto prematuro anterior: (1) SIM (2) NÃO (88) NSA
Idade gestacional (em semanas): _____
- 21) Data do intervalo entre o término da gestação anterior e o início desta (em meses):

- 22) Número de consultas pré-natal (inclusive hoje): _____
- 23) Idade gestacional em que iniciou o pré-natal (em semanas): _____
- 24) Alguma complicação na gestação: (1) SIM (2) NÃO
Qual: _____
- 25) Uso de medicação no momento: (1) SIM (2) NÃO
Qual: _____
- 26) Pré-natal nas gestações anteriores: (1) SIM (2) NÃO (88) NSA
- 27) Complicações nas gestações anteriores: (1) SIM (2) NÃO (88) NSA
Quais: _____
- 28) Gestação planejada: (1) SIM (2) NÃO

- 29) Satisfação com a gestação: (1) MUITO SATISFEITA (2) SATISFEITA
 (3) INDIFERENTE (4) INSATISFEITA
- 30) Há alguma preocupação em relação à gestação: (1) SIM (2) NÃO
 Qual: _____

C) DADOS CLÍNICOS E COMPORTAMENTAIS:

- 31) Peso atual (em kg): _____
- 32) Peso anterior à gestação ou ao iniciar PN (em kg): _____
- 33) Pressão arterial atual: sistólica _____ diastólica _____
- 34) Pressão arterial na primeira consulta: sistólica _____ diastólica _____
- 35) Altura uterina na data da coleta de dados (em cm): _____
- 36) 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: _____
 QUE: _____ Urocultura: _____
- 37) Usa cigarro de tabaco na gestação: (1) SIM (2) NÃO
 Quantos em 24 horas: _____
- 38) Usa bebida alcoólica na gestação: (1) SIM (2) NÃO
 Qual: _____
 Com que frequência: _____
 Quantas doses em 24 horas: _____
- 39) Usa alguma droga na gestação: (1) SIM (2) NÃO
 Qual: _____
 Com que frequência: _____
 Quantidade em 24 horas: _____

Observações: _____

Coletadora: _____

ANEXO A

PERFIL PSICOSOCIAL NO PRÉ-NATAL (PPP)

Unidade: _____ Número formulário: _____

O PPP consiste de três escalas separadas que medem o estresse, o apoio social e do parceiro(a), e a autoestima.

AVALIAÇÃO DO ESTRESSE

Vários fatores podem causar estresse e preocupação. Por favor, marque o número correspondente à resposta apropriada, para cada uma das frases abaixo:

(1) NENHUM ESTRESSE

(2) ALGUM ESTRESSE

(3) ESTRESSE MODERADO

(4) ESTRESSE INTENSO

“O quanto (cada frase) causa estresse ou preocupação no momento para você?”

	NENHUM	ALGUM	MODERADO	INTENSO
A. Preocupações financeiras (por exemplo: alimentação, moradia, saúde, transporte).	1	2	3	4
B. Outras preocupações com dinheiro (por exemplo: contas, etc).	1	2	3	4
C. Problemas relacionados à família (companheiro, filhos, etc.).	1	2	3	4
D. Ter de mudar de endereço, mesmo que tenha sido recentemente ou que acontecerá no futuro.	1	2	3	4
E. Perda recente de alguém especial.	1	2	3	4
F. Gestação atual.	1	2	3	4
G. Estar sofrendo violência/abuso: sexual, emocional, ou física.	1	2	3	4
H. Problemas com álcool e/ou drogas.	1	2	3	4
I. Problemas no trabalho (por exemplo: ter sido despedida, etc).	1	2	3	4
J. Problemas relacionados aos amigos.	1	2	3	4
K. Sentir-se geralmente sobrecarregada.	1	2	3	4

AVALIAÇÃO DO APOIO

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

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(a)**.

Apoio do companheiro(a):

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/ela.	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/ela 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 COMPLETAMENTE

(2) CONCORDO

(3) DISCORDO

(4) DISCORDO COMPLETAMENTE

	CONCORDO COMPLETA- MENTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO COMPLETA- MENTE
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	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.

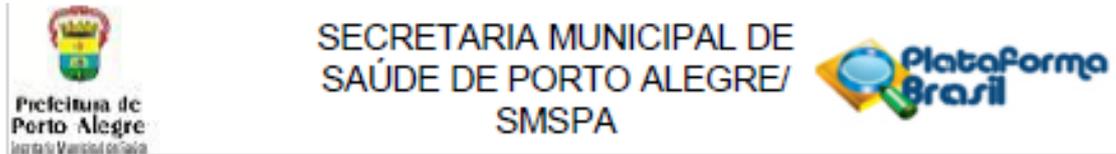
Aspectos éticos e regulatórios: adequação do projeto às normas e diretrizes vigentes, sobretudo resolução CNS 466/12. Há referência quanto à apresentação à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e Comitê de Ética da SMS/POA e uso de TCLE.

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 **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

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 atuavam 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



**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