

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS/MG
ENFERMAGEM
NATÁLIA ASSALIN LOPES

Biblioteca Monsenhor Domingos Prado Fonseca
N. Class.
Cutter
Anc/Ed.

PRÉ-NATAL: Conhecimentos da gestante frente a sua condição de saúde

NATÁLIA ASSALIN LOPES

PRÉ-NATAL: Conhecimentos da gestante frente a sua condição de saúde

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, como requisito para obtenção do grau de Bacharelado, sob orientação da Prof.^a Ms. Patrícia Alves Pereira Carneiro.

Varginha
2010

NATÁLIA ASSALIN LOPES

PRÉ-NATAL: Conhecimentos da gestante frente a sua condição de saúde

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel pela Banca Examinadora composta pelos membros:

Aprovado em / /

Prof. Ms. Patrícia Alves Pereira Carneiro

Prof. Ms. Renata Souza Zanatelli

Prof. Eps. Izaltina Raquel Lima

Dedico aos meus pais, Darcy e José, a toda a família Assalin e amigos.

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG
BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

Agradeço à Deus por ter permitido que concluísse mais esse grande passo em minha vida, aos meus familiares, a minha orientadora e em especial a minha amiga Taís e aos seus pais, Marcelino e Silvana, que me acolheram em suas famílias com muito carinho. Enfim, agradeço a todos que me apoiaram, não deixando que o desânimo tomasse conta de mim, nos momentos mais difíceis destes quatro anos de faculdade.

“Jesus, tu és a luz dos olhos meus! Jesus,
brilhe esta luz nos passos meus seguindo os
teus!”

Autor desconhecido

RESUMO

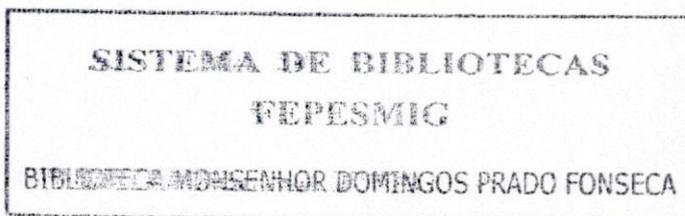
Com o tema, Conhecimentos das gestantes frente ao pré-natal, a presente pesquisa busca avaliar os conhecimentos que as grávidas detêm durante o período de assistência ao pré-natal. Especificamente, reputando se as mesmas são orientadas pelos profissionais de saúde à respeito de sua alimentação, suplementação de ferro, imunização anti-tetênica, saúde bucal, preparação para a amamentação após o parto e se os exames preconizados estão sendo realizados. Trata-se de uma abordagem qualitativa, com método hipotético-dedutivo, do tipo descritivo, cujo referencial teórico foi embasado em publicações nacionais disponíveis em livros, manuais, revistas científicas e internet. A coleta de dados foi aplicada para as gestantes que se encontraram na sala de espera, aguardando a consulta de pré-natal, na Unidade de Saúde Dr. Carlos Dayrell França, do município de Elói Mendes, Minas Gerais. Este estudo justifica-se em mostrar o quanto é importante o atendimento de pré-natal, para que a futura mãe seja melhor informada sobre este período no qual se encontra, fornecendo-a uma assistência de qualidade e humanizada. Além de proporcionar aos profissionais de saúde, uma assistência sistematizada. Os resultados evidenciaram que não há por parte do médico obstetra, responsável pelo atendimento de pré-natal da referida Unidade de Saúde, uma sistematização da assistência. Na maioria das vezes, a educação em saúde das gestantes não é realizada. A minoria só recebe orientações, por que estas são indagadas ao obstetra. O enfermeiro não desempenha nenhuma ação para o atendimento destas grávidas, suas ações são voltadas para o gerenciamento da Unidade. E com isso ele acaba deixando de lado o seu papel de educador em saúde. Fato este, que propicia ainda mais o déficit da qualidade no atendimento as gestantes.

Palavras-chaves: Pré-natal. Enfermagem. Gestação.

ABSTRAT

With the theme, knowledge of pregnant women receive prenatal care front, this research seeks to assess the knowledge that pregnant women has during prenatal care. Specifically, reputando if they are guided by health professionals regarding your diet, iron supplementation, immunization against Teten, oral health, preparation for breastfeeding after delivery and whether the recommended tests are being conducted. This is a qualitative approach with the hypothetical-deductive, descriptive, whose theoretical framework was grounded in national publications available in books, manuals, journals and internet. Data collection was administered to pregnant women who met in the waiting room, waiting for a prenatal consultation, Unit of Health Dr. Charles Dayrell France, the city of Eloy Mendez, Minas Gerais. This study is necessary to show how important the pre-natal care, so that the mother is better informed about this period in which it is, providing the quality care and humane. In addition to providing health professionals, a systematic care. The results showed that there were not part of the obstetrician in charge of the prenatal care of that Unity Health, a care system. In most cases, the health education of pregnant women is not performed. The minority receives guidance only, they are asked by the obstetrician. The nurse does not perform any action for the care of these pregnant women, their actions are geared towards the management of the Unit. And with that he ends up leaving aside their role as health educator. A fact which provides further deficit of quality of care pregnant women.

Key words: Prenatal care. Nursing. Gestation.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 GESTAÇÃO.....	12
2.1 Adaptações fisiológicas na gestação.....	12
2.1.1 Sistema reprodutor.....	13
2.1.2 Sistema endócrino.....	15
2.1.3 Sistema respiratório.....	17
2.1.4 Sistema cardiovascular.....	17
2.1.5 Sistema urinário.....	19
2.1.6 Sistema gastrointestinal.....	19
2.1.7 Sistema musculoesquelético.....	20
2.1.8 Sistema tegumentar.....	21
2.1.9 Sistema imune.....	21
2.2 Modificações psicológicas e sociais.....	21
2.3 Nutrição na gestação.....	22
3 PRÉ-NATAL.....	23
3.1 Primeira consulta.....	24
3.2 Segunda consulta.....	24
3.3 Retornos.....	25
3.4 Exames laboratoriais.....	25
3.5 Atenção à saúde bucal da gestante.....	26
3.6 Vacina anti-tetânica.....	27
3.7 Preparo para a amamentação no pré-natal.....	27
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 Cenário do estudo.....	29
4.2 Participantes, amostra, critérios de inclusão e exclusão.....	29
4.3 Coleta de dados.....	30
4.4 Análise e interpretação dos dados.....	30
4.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	32
5.1 Perfil pessoal e socioeconômico.....	32
5.2 Discussão dos resultados.....	32
5.2.1 Categoria I: A importância do atendimento pré-natal.....	32
5.2.2 Categoria II: A aprendizagem adquirida pelas gestantes durante as consultas de pré-natal.....	33
5.2.3 Categoria III: Exames de rotina do pré-natal.....	34
5.2.4 Categoria IV: Aleitamento materno.....	35
5.2.5 Categoria V: Orientação da gestante.....	35
5.2.5.1 Alimentação durante o período gestacional.....	35
5.2.5.2 Imunização contra tétano.....	36
5.2.5.3 Saúde bucal.....	37

5.2.5.4 Suplementação de ferro.....	37
6 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE A – Ficha de identificação pessoal.....	45
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	46
APÊNDICE C – Termo de consentimento – instituição.....	47
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	48
ANEXO A – Parecer consubstanciado.....	49

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema os conhecimentos da gestante frente ao pré-natal, visando obter informações diretas das gestantes sobre os conhecimentos que elas detêm a respeito dessa nova fase de sua vida. Destacando como problema, quais são os conhecimentos da gestante durante o pré-natal.

Este estudo justifica-se em salientar o quanto é importante a assistência do pré-natal às gestantes. A partir da análise de seu conhecimento, espera-se que a mesma seja melhor orientada sobre este período importantíssimo da sua vida e que receba uma assistência de qualidade, como preconiza o Ministério da Saúde. Além de, por parte dos profissionais da área da saúde, fornecer uma assistência planejada e sistematizada de pré-natal influenciando no bem estar da futura mãe e conseqüentemente de seu filho, tanto na fase intra-uterina quanto após o parto.

O objetivo geral é avaliar os conhecimentos da gestante frente ao pré-natal. De forma específica, este estudo busca saber da gestante: o grau de instrução sobre sua alimentação durante esta fase de sua vida; se os exames gineco-obstétricos e os exames laboratoriais estão sendo realizados; a orientação quanto à suplementação de ferro, se o controle do calendário vacinal está sendo cumprido e se há a preparação e estimulação para a amamentação após o nascimento de seu filho.

Segundo a OMS, a mortalidade materna é classificada como alta em nosso Estado, porém, diante de suas causas, esta pode ser evitável. Neste sentido, o pré-natal exerce fundamental importância nesta ação (MINAS GERAIS, 2005).

Durante este período de acompanhamento, são realizados exames físicos e laboratoriais da mulher para rastreio de patologias e prevenção de intercorrências. Em conjunto, a imunização e a saúde bucal da futura mãe são pontos importantes para serem verificados, e requer atenção (MINAS GERAIS, 2006).

Com o embasamento científico encontrado em livros, revistas e artigos, pode-se desenvolver o referencial teórico deste trabalho, que conta com os capítulos Gestação e Pré-natal.

O período de gestação realiza várias alterações no organismo da grávida, sendo único para cada mulher (SAUNDERS, 2004).

Diante disso, optou-se por explorar conhecimentos como: gestação e pré-natal.

Quanto a gestação, foi abordado as principais modificações que ocorrem em cada sistema do organismo da mesma. Incluindo as adaptações fisiológicas, as modificações psicológicas e sociais e a nutrição na gestação.

As consultas de pré-natal têm como objetivo monitorar o quadro clínico da gestante e de seu filho, identificando possíveis fatores de risco, bem como realizar a educação em saúde desta mulher para garantir o bem estar de ambos, sendo esta de responsabilidade do enfermeiro e do médico obstetra (MINAS GERAIS, 2006).

Já quanto ao pré-natal, foram mencionadas as principais condutas que devem ser estabelecidas para a assistência à grávida, tanto na primeira consulta, segunda consulta e retornos. Além da atenção à saúde bucal desta mulher, vacinação antitetânica e incentivo ao aleitamento materno durante este período de acompanhamento.

As participantes do prezado estudo se caracterizaram por grávidas que se encontram na sala de espera para consulta de pré-natal na Unidade de Saúde Dr. Carlos Dayrell França, do município de Elói Mendes, no período de 11 de agosto a 01 de setembro de 2010, perfazendo uma amostragem de 13 gestantes. Para a coleta de dados, foi realizada uma entrevista individual, com abordagem qualitativa e de caráter hipotético-dedutivo.

2 GESTAÇÃO

A gravidez modifica totalmente o organismo da mulher, por causar várias alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas, que irão mexer com a maioria de suas funções orgânicas. Todavia, cada gestante vivencia este ciclo de uma maneira única, podendo ocorrer diferenças nas gestações (SAUNDERS, 2004).

Logo nas primeiras semanas de prenhez, a mulher começa a sentir essas alterações, revelando que seu organismo já iniciou o desenvolvimento habitual do concepto. Essas mudanças são importantes, porque irão equilibrar o metabolismo materno, promover o crescimento fetal e o preparo para o parto e lactação (idem).

2.1 Alterações fisiológicas durante a gestação

Para Borges et al (apud FERREIRA; BATISTA FILHO; SOUZA, 2002) a gravidez de risco habitual realiza importantes ajustes fisiológicos e anatômicos no organismo da mulher. Certamente, esta é a maior e mais rápida mudança que ocorre no corpo humano, não presenciado em nenhuma outra fase do ciclo vital. Muitos desses ajustes começam desde a implantação do embrião no útero, podendo persistir até o final da lactação. É imprescindível, que a enfermagem tenha conhecimentos sobre essas modificações, para poder planejar adequadamente sua assistência e avaliar o processo-doença propiciado pelo período gestacional.

A gestação também traz acentuadas transformações psicológicas e sociais para a futura mãe. Estas irão influenciar toda a sua dinâmica psíquica individual e suas relações sociais, refletindo na constituição da maternidade e na relação mãe e filho. Para muitos pesquisadores, o período gestacional serve para preparar psicologicamente a mulher para a maternidade (RAPHAEL-LEFF apud LOPES, 2008).

A gravidez e o nascimento do bebê irão mudar para sempre a vida dos futuros pais e é indispensável, que a enfermagem ajude-os a compreender estes momentos, realizando educação em saúde (BRANDEN, 2000).

2.1.1 Sistema Reprodutor

2.1.1.1 Estruturas reprodutoras externas e internas

Os grandes e pequenos lábios, clitóris e intróito vaginal são as principais estruturas reprodutoras externas que serão afetadas pela gestação. Os dois últimos irão aumentar o seu tamanho devido à hipervascularização; já os grandes e pequenos lábios irão crescer em razão da deposição de gorduras em suas estruturas. A tendência é que após o parto estas estruturas voltem ao seu estado pré-gestacional, mas nem sempre isso acontece pelo motivo de haver a perda do tônus muscular ou lesão do períneo. A mulher também poderá apresentar varizes nas regiões perineal e perianal, causadas pela pressão elevada nos vasos (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Para acomodar o feto em desenvolvimento, as estruturas reprodutoras internas se alteram significativamente e podem não voltar ao seu estado anterior, após o nascimento do bebê (*idem*).

2.1.1.2 Ovários

Os folículos ovarianos suspendem o processo de maturação e ovulação, logo depois da fertilização. As vilosidades coriônicas formadas a partir do ovo fertilizado irão produzir o hormônio Gonadotropina Coriônica Humana (hCG), que tem a finalidade de manter o corpo lúteo ovariano (BRANDEN, 2000).

O corpo lúteo tem a função de realizar a síntese dos hormônios progesterona e estrogênio. Em torno da 8ª a 10ª semana de gestação, a placenta já estará formada e a partir daí, ela assume a produção desses dois hormônios. Com isso, o corpo lúteo ovariano inicia sua involução (*idem*).

2.1.1.3 Útero

A possibilidade de o útero aumentar rapidamente o seu tamanho e retornar ao estado pré-gravídico pós o nascimento do bebê, faz com que este acontecimento seja um dos eventos mais admiráveis da gestação (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

O útero, em uma mulher não grávida, constitui-se como uma estrutura quase maciça, com um lúmen capaz de suportar cerca de 10 ml de volume e peso aproximadamente de 70g.

Já em uma gestante, o útero converte em uma cavidade de parede fina, apto a suportar o feto, a placenta e o líquido amniótico. Ao término da gestação, poderá se encontrar 500 a 1000 vezes maior que seu tamanho original, ficando praticamente ao nível do processo xifóide. Entre a 38ª a 40ª semana, por causa do processo de encaixamento (início da descida do feto), a sua altura começa a diminuir (BRANDEN, 2000).

Desde o primeiro trimestre, o útero realiza contrações irregulares e normalmente com ausência de dores. No segundo trimestre, estas contrações (contrações de Braxton Hicks) podem ser detectadas, através de palpções bimanuais, apresentando-se de forma arritmica, inesperadas e esporádicas. A partir das duas últimas semanas, elas poderão ser rítmicas, com freqüência aumentada e ocorrer em intervalos de 10 a 20 minutos (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

2.1.1.4 Vagina

Sob a ação do hormônio estrogênio, a vagina sofre diversas modificações. Este irá estimular a vascularização, proliferação dos tecidos e hipertrofia do tecido epitelial vaginal. Há também o aumento da quantidade de suas secreções, que são esbranquiçadas, espessas, sem odor e ácidas. Esta acidez auxilia a impedir infecções bacterianas, mas não protege contra as infecções fúngicas, que são comumente encontradas nas gestantes (BRANDEN, 2000).

Como acontece com a cérvix e a vulva, a vagina irá adquirir uma coloração azulada em decorrência da hipervascularização. Haverá a hipertrofia dos músculos lisos e relaxamento dos tecidos conjuntivos, para que, durante o parto, haja a dilatação da vagina (idem).

2.1.1.5 Mamas

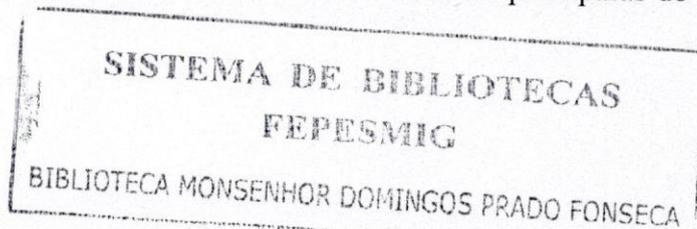
O alvéolo é a estrutura fundamental da mama, que se desenvolve desde a vida intra-uterina (VALADARES, 2002).

Para que aconteça a diferenciação das células alveolares terminais em unidades secretoras de leite, é necessária insulina, prolactina, estrogênio, progesterona e cortisol. A prolactina é um hormônio indispensável durante o período de gestação e após o nascimento do bebê, por que tem a função de estimular o crescimento das mamas, deixando-as mais sensíveis, e promover a produção da caseína (proteína principal do leite). A elevação dos níveis deste hormônio se inicia geralmente a partir da 8ª semana de gestação (idem).

Os mamilos tornam-se maiores, mais eréteis e juntamente com a aréola, escurecidos. A hipertrofia das glândulas sebáceas localizadas nas aréolas cria pequenas elevações, conhecidas como tubérculos de Montgomery. Devido ao aumento da vascularização, as veias permanecem mais visíveis sob a pele das mamas. Com a aproximação do parto e, conseqüentemente da lactação, as mamas ficam pesadas. Algumas mulheres queixam-se de latejo incômodo (BRANDEN, 2000).

As mudanças ocorridas nas mamas são mais intensificadas nas primíparas do que em relação às múltiparas (idem).

2.1.2 Sistema Endócrino



A transferência eficiente entre os produtos nutritivos e metabólicos da mãe ao feto constitui um importante acontecimento na vida intra-uterina (VALADARES, 2002).

Conjuntamente com o sistema nervoso, o sistema endócrino controla todas as funções metabólicas necessárias para promover a saúde maternofetal durante a gravidez (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Serão aqui mencionadas as ações dos principais hormônios envolvidos nos ajustes do organismo materno, durante o período gravídico.

2.1.2.1 Gonadotropina Coriônica Humana (hCG)

É o principal hormônio da gestação, secretado pelo sinciciotrofoblasto e detectado no sangue em níveis elevados, cerca de nove dias após a concepção. A descoberta deste, na corrente sanguínea é o meio mais específico e comum para realizar o teste de gravidez (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

A função da hCG é conservar o corpo lúteo além de sua duração habitual, que normalmente é de cerca de 14 dias, quando não há concepção. Também é responsável por elevar a secreção ovariana de estrogênio e progesterona. A partir do momento que a placenta começa a sintetizar esses esteróides, os níveis de hCG diminuem (idem).

No feto, a hCG promove a secreção de testosterona pelo testículo fetal, desempenhando um papel importante no feto masculino (BRANDEN, 2000).

Ao nível materno, proporciona a estimulação da produção do hormônio relaxina (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

Os receptores da Gonadotropina coriônica humana estão localizados no endométrio e miométrio, tendo o poder de inibir as contrações induzidas pela ocitocina. Por tanto, especialmente no início da gravidez, a hCG é útil para tornar a musculatura uterina mais distendida (idem).

2.1.2.2 Progesterona

O corpo lúteo sintetiza o hormônio progesterona até, aproximadamente a 10^a semana de gestação, depois disso, a placenta assume este papel (VALADARES, 2002).

A progesterona é essencial para a implantação do embrião, auxiliando na produção de glicocorticóides e mineralocorticóides pela glândula supra-renal. Além disso, ela desenvolve ações como redução da tonicidade da musculatura lisa nos órgãos maternos, gerando modificações no estômago, colón, bexiga, ureteres e vasos sanguíneos; estimula o aumento da temperatura e gordura corporal; associa-se aos alvéolos e glândulas mamárias para que aconteça a produção de leite; aumenta a frequência e amplitude respiratória (idem).

2.1.2.3 Estrogênio

A produção de estrogênio se eleva com a gravidez. O estrogênio tem a função de gerar o constante crescimento do miométrio uterino, preparando-o para o trabalho de parto; promove também, o desenvolvimento do sistema ductal mamário. Em associação com a relaxina, desenvolve o relaxamento dos ligamentos pélvicos. Sendo sintetizado pelo corpo lúteo no início da gravidez, sob a ação da hCG. Mais tarde, a placenta se encarrega desta função (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

2.1.2.4 Lactogênio Placentário Humano (hPL)

O hPL ou somatomamotrofina coriônica humana (hCS) é produzido pelo siciotrofoblasto e mais tarde, pela placenta. Sendo detectado na corrente sanguínea a partir da 4^a semana de gestação (idem).

Este hormônio é responsável pela lipólise e fornece à futura mãe uma quantidade adicional de glicose. Porém, no decorrer da gestação e em conjunto com o estrogênio, progesterona e cortisol inibe a ação da insulina (BRANDEN, 2000).

2.1.2.5 Relaxina

É um considerável hormônio, cuja ação está diretamente relacionada ao miométrio, promovendo o relaxamento do mesmo. Por tanto, na primeira fase da gestação irá funcionar como um calmante uterino, impedindo assim, o abortamento espontâneo. Mas no período final da gravidez, facilitará a passagem do feto através do canal vaginal (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

2.1.3 Sistema Respiratório

As alterações bioquímicas e mecânicas no sistema respiratório acontecem em todas as fases da gestação, em resposta às modificações hormonais. Com o decorrer dos trimestres, este acontecimento propiciará a troca gasosa, facilitando a oxigenação sanguínea nos pulmões (BRANDEN, 2000).

Normalmente estas alterações não ocorrem nos primeiros meses de gravidez. Porém, no terceiro trimestre em diante, a frequência respiratória pode acelerar em cerca de 2 movimentos/minuto, por causa da elevação dos níveis de progesterona (idem).

Já as modificações anatômicas, são em decorrência da aproximação do útero gravídico ao diafragma, que deslocará 4 cm para cima, aproximadamente (VALADARES, 2002). Há também o aumento de cerca de 2 cm do diâmetro transversal da caixa torácica e alargamento do ângulo subcostal (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

2.1.4 Sistema Cardiovascular

A gravidez modifica o sistema cardiovascular de uma forma tão distinta, que se não fosse este fato, as mudanças acontecidas seriam consideradas patológicas e até mesmo potencialmente fatais. Todavia, durante a gestação essas adaptações são necessárias para que a gestação evolua favoravelmente (BRANDEN, 2000).

O coração sofre um pequeno aumento de tamanho, em consequência ao aumento do volume sanguíneo e débito cardíaco, voltando ao tamanho pré-gravídico logo após o parto. Este órgão irá se deslocar para cima e girar em seu eixo longitudinal, devido ao crescimento do útero. O deslocamento dependerá da posição e do tamanho do útero, da firmeza dos músculos abdominais e do formato do abdome (idem).

Nesta fase da vida da mulher, o volume sanguíneo se eleva consideravelmente e esse aumento dependerá do tamanho da mulher, número de gestações e partos anteriores (em média 1200 ml para nulíparas e 1500ml para múltíparas), se é gestação única ou gemelar (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

A hipervolemia começa a partir do primeiro trimestre (em torno da 6^a a 8^a semanas), se eleva rapidamente no segundo, reduz a velocidade de aumento no terceiro e estabiliza na 32^a a 34^a semanas. Após o nascimento do bebê, o volume sanguíneo volta aos valores anteriores à gravidez, entre a 6^a a 8^a semana do puerpério. Esta hipervolemia é importante para suprir as necessidades do útero, que se encontra extremamente vascularizado e dilatado; para proteger a mãe e seu filho dos efeitos nocivos da diminuição do retorno venoso na posição supina e ereta; resguardar a mãe das perdas sanguíneas provocadas pelo parto; permitir a dissipação de calor gerado pela aceleração do metabolismo, através da pele. Conjuntamente, aumentará os níveis de plasma e massa eritrocitária (idem).

Alteram-se também os fatores de coagulação (FERREIRA; BATISTA FILHO; SOUZA, 2002). Isso é importante para evitar hemorragias maternas durante e após o parto (BRANDEN, 2000).

É imprescindível ressaltar que a expansão da massa eritrocitária é menor que a expansão do volume plasmático, ou seja, as concentrações de hemoglobina e hematócrito estarão reduzidas, diminuindo, portanto, a viscosidade sanguínea. Essa hemodiluição gera uma “anemia fisiológica”, induzindo os valores do hematócrito de 31% a 33% e hemoglobina 11g/dl (FERREIRA; BATISTA FILHO; SOUZA, 2002).

Para impedir que ocorram confusões no diagnóstico de anemia durante o período gestacional, é determinado o limite de 11g/dl para hemoglobina, independente da idade gestacional (AMORIM; MELO, 2009).

Na segunda metade da gravidez, as necessidades de ferro são cada vez mais exigidas. Contudo, grande parte das mulheres não dispõe de reservas que consigam suprir estas quantidades. Então, é necessário que haja a administração exógena, para que se atinjam os níveis desejáveis de ferro. Quando não há a devida complementação, a concentração de hemoglobina e hematócrito maternos decrescem consideravelmente, à medida que se eleva o volume plasmático. O desenvolvimento do feto não é prejudicado, porque a placenta transporta o ferro da mãe ao bebê em quantidades suficientes para que este mantenha a sua quantidade de hemoglobina normal, mesmo quando a mulher apresenta uma anemia ferropriva grave. A deficiência de ferro aumenta o risco de parto pré-termo e abortamento (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

Essa hipervolemia eleva o fluxo cardíaco e conseqüentemente, o volume de ejeção sistólica. Após o 6º mês de gravidez, ocorre o aumento da freqüência cardíaca em torno de 10 a 15 batimentos/minuto devido à queda da resistência periférica (CHISTÓFALO; MARTINS; TUMELERO, 2003).

Depois das 32ª semana de gestação, há a tendência de diminuição do débito cardíaco em conseqüência à compressão do útero gravídico sobre a veia cava inferior. Com isso, haverá também o comprometimento do retorno venoso (VALADARES, 2002).

A bulha 1 (B1) tende a apresentar um desdobramento pronunciado e cada um de seus componentes tende a ser intensificados. Por isso, em certas gestantes pode-se ouvir uma bulha 3 (B3) a partir da 20ª semana (BRANDEN, 2000).

2.1.5 Sistema Urinário

Os rins, bexiga e ureteres passam por extremas mudanças estruturais e funcionais, atrasando a passagem da urina pelos ureteres, que provocará hidronefrose e hidroureter, podendo evoluir para infecções do trato urinário (idem).

Simultâneo a isso, o trabalho dos rins aumenta consideravelmente por ter que filtrar o volume de sangue que é cada vez maior (de 30% a 50% mais). Esse volume excessivo de sangue atinge o pico máximo entre a 16ª e a 24ª semanas, mantendo-se até o parto. No final da gestação, a pressão exercida pelo útero dilatado dificulta a chegada de sangue aos rins (ALTERAÇÕES..., 2010).

As adaptações hormonais e a pressão realizada pelo útero em crescimento, no primeiro trimestre provocam um aumento da freqüência e urgência urinárias. No segundo trimestre os sintomas regridem devido o útero se posicionar acima da pelve. Porém, com a aproximação do término da gestação, o segmento de apresentação comprime a pelve e mais uma vez a bexiga é pressionada surgindo novamente os sintomas. Em conseqüência da hipervascularização, a mucosa vesical poderá sangrar facilmente (BRANDEN, 2000).

2.1.6 Sistema Gastrintestinal

Há modificações nos componentes anatômicos e funcionais no trato gastrintestinal (idem).

Ocorre a hipersecreção salivar (ptialismo) gerado pela dificuldade que a mulher tem na deglutição, em decorrência das náuseas. Haverá a degradação das peças dentárias, se o pH da cavidade oral estiver diminuído (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

As gengivas ficam hipertróficas e hiperemiadas e por isso, sangram facilmente. O aumento localizado da vascularização pode resultar em hemorragias. Logo no início do puerpério, as gengivas voltam ao estado normal (idem).

Com o crescimento do útero, o estômago se desloca para as proximidades do fígado (VALADARES, 2002).

O nível elevado do hormônio progesterona irá diminuir o tônus e a motilidade gástrica, retardando o esvaziamento gástrico. Por causa deste acontecimento, as grávidas se queixam de azia (BRANDEN, 2000).

Próximo ao termo, o útero dilatado também deslocará o intestino delgado. A motilidade intestinal ficará reduzida em função das alterações hormonais e pressão mecânica exercida pelo útero. A reabsorção de água pelo cólon aumenta por causa da diminuição de sua motilidade, predispondo as gestantes à prisão de ventre. Elas também podem apresentar hemorróidas devido à compressão uterina nos vasos do intestino grosso (idem).

2.1.7 Sistema Musculoesquelético

A postura da futura mãe é influenciada pela modificação do centro da gravidade, que tem a tendência em deslocar-se para frente, por causa do crescimento abdominal e mamas. Para compensar, o corpo se projeta para trás (lordose), amplia os ângulos de sustentação, os pés se distanciam, os ombros vão para trás e a porção cervical da coluna alinha-se para frente (VALADARES, 2002). Essas alterações irão afetar a marcha, postura e conforto da gestante. Podendo permanecer ou regredir após o parto, dependendo de cada mulher (BRANDEN, 2000).

No terceiro trimestre, há o distanciamento dos músculos reto abdominais, permitindo a protusão do conteúdo abdominal na linha média. O umbigo pode se deslocar para frente ou achatado. Depois do nascimento do bebê, os músculos abdominais recuperam o tônus, mas geralmente não retornam ao estado pré-gestacional (idem).

2.1.8 Sistema Tegumentar

Grande parte das mulheres apresenta hiperpigmentação cutânea, principalmente na face e pescoço (cloasma gravídico, decresce parcialmente após o parto), aréolas mamárias, linha alba (formação da linha negra) e vulva. Isto se dá, pela ação hormonal que estimula os melanócitos a produzirem melanoma (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

A vasodilatação periférica, adquirida pelos elevados níveis de estrogênio, determina o surgimento de angiomas do tipo aranhas vasculares que aparecem geralmente na face, pescoço, parte superior do tórax e membros superiores. É frequente a grávida manifestar eritema palmar. Ambos, não têm importância clínica e regridem após o nascimento do bebê (idem).

As estrias gravídicas são devidas a ruptura da epiderme do abdome e mamas que se estira formando a cicatriz visível. Elas estão relacionadas ao ganho excessivo de peso, dispersão das fibras de colágeno e forte predisposição genética. O uso de substâncias como óleos e hidratantes podem aliviar a tensão da pele esticada, mas normalmente não há regressão (VALADARES, 2002).

2.1.9 Imune

É habitual acontecer um aumento dos leucócitos. As ações de quimiotaxia e aderência ficam reduzidas a partir do segundo trimestre. Em razão disto, a mulher se torna susceptível às infecções (FORTUNATO; MOREIRA; SOARES, 2002).

O feto e a placenta estão protegidos do sistema imune materno por mecanismos que não estão bem esclarecidos. Sabe-se que o feto e a placenta são recobertos por uma camada celular que esconde os antígenos, com isso, impede sua detecção pelos linfócitos sensibilizados (BRANDEN, 2000).

2.2 Modificações Psicológicas e sociais

Smith et al (apud LOPES et al, 2008) compreende a gestação como uma fase de preparação psicológica para a maternidade.

Já Maldonado et al (apud LOPES et al, 2008) relata que, a mulher neste momento sofre importantes reestruturações em sua vida, passando da condição de só filha, para a de mãe. Com isso, é necessário que ela reviva experiências anteriores (agora com outro olhar, um

olhar de mãe), reajuste seu relacionamento conjugal, suas condições socioeconômicas e atividade profissional.

2.3 Nutrição na Gestação

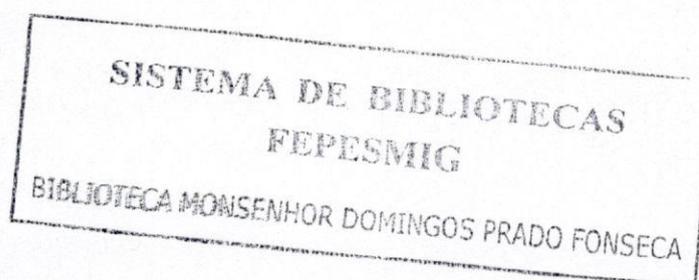
A boa alimentação no período gestacional é importante para fornecer os nutrientes indispensáveis ao desenvolvimento tecidual do feto e maternos e também, para as adaptações fisiológicas ocorridas. Mulheres bem nutridas dão à luz a bebês saudáveis e maiores (DIAS; GONÇALVES, 2002).

É importante que o enfermeiro ou médico obstetra realize uma anamnese detalhada dos hábitos alimentares da grávida, para identificar e realizar orientações quanto à qualidade e quantidade na sua alimentação diária (SAUNDERS, 2004).

A futura mãe deve fracionar a dieta em seis vezes ao dia, para evitar a hipoglicemia quando está em jejum, e a hiperinsulinemia após as refeições. Também deve aumentar a ingestão de alimentos ricos em fibras e líquidos, devido a possibilidade de ter obstipação intestinal. Durante os enjoos e vômitos, ingerir mais alimentos pastosos e sem muito tempero, é o ideal (idem).

O aumento ponderal de peso em uma gestante deve ficar entre 12 a 13 kg, mais que isso trará complicações à mesma (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

O ganho de peso e as necessidades energéticas sofrem influências de vários fatores, como o peso antes da gravidez, os gastos energéticos, a preparação para a lactação e gestação múltipla (DIAS; GONÇALVES, 2002).



3 PRÉ-NATAL

O pré-natal consiste em um atendimento multidisciplinar, com o propósito de assistir a mulher durante o período de gestação, impedindo que aconteça intercorrências clínicas, através do diagnóstico e tratamento de doenças preexistentes, e realizando sua educação em saúde. Essa educação é feita através de orientações sobre dieta, higiene, vestimenta, hábitos de vida, preparação para o parto, amamentação, cuidados com o bebê após o nascimento, etc. (BRUNO; PARTAMIAN, 2009, p. 217).

O ideal é que as mulheres durante o ciclo gravídico frequentem os serviços de atenção ao pré-natal, para que a gestação proceda sem complicações (SILVA et al, 2010).

É privativo do enfermeiro realizar consulta de enfermagem, sendo respaldado pela Lei do Exercício Profissional nº 7498 de 25/06/86, estando apto a realizar as consultas de pré-natal em grávidas de baixo risco gestacional (idem).

Para Hobel et al (apud BARROS et al, 1993) a grávida que realiza todo o acompanhamento de pré-natal, apresenta menos doenças e seu filho tem um melhor desenvolvimento na fase intra-uterina, além, de expressar um menor índice de mortalidade perinatal e infantil.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2009 foram realizados 19,4 milhões de consultas ao pré-natal. Houve um aumento de 125%, se comparado com o ano de 2003, onde foram registrados 8,6 milhões de consultas. O governo acredita que esse acréscimo tenha sido devido à ampliação do acesso pelas gestantes ao programa (BRASIL, 2010).

De acordo com a Portaria nº 569/GM de 1 de junho de 2000, a primeira consulta de pré-natal deve acontecer até o quarto mês de gestação. O número mínimo de consultas preconizadas é seis, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre. E em até 42 dias após o parto, a mãe deve receber uma consulta puerperal (BRASIL, 2000).

Inicialmente, o retorno da grávida à unidade de saúde deve suceder mensalmente até a 32ª semana. Depois, esse retorno as consultas de pré-natal devem ser quinzenalmente ou semanalmente, para prevenir possíveis complicações (BRUNO; PARTAMIAN, 2009).

A grávida deve ver o pré-natal como uma assistência integral que busca englobar o seu bem estar físico, psicológico e social, e não como um simples atendimento (SILVA et al, 2008).

3.1 Primeira consulta

O profissional de saúde (médico ou enfermeiro) realizará uma avaliação detalhada da mulher. A anamnese geral e obstétrica deve conter, entre outros, a idade materna, início da vida sexual, menarca, índice de massa corpórea, número de gestações, o histórico reprodutivo anterior (abortamentos, tipos de parto, intercorrências gravídicas e puerperais, etc.); a data da última menstruação, a idade gestacional e a data provável do parto (é necessário calcular desde a primeira consulta). Verificar se a mulher apresenta patologias, se está exposta a fatores de risco (BESSA; SAUNDERS, 2004).

Também caberá ao profissional a inspeção obstétrica que avalia o estado de saúde da futura mãe e acompanha o desenvolvimento intra-uterino de seu filho. Para o exame físico da gestante é importante seguir o esquema céfalo-caudal (cabeça, pescoço, tórax, abdome, órgãos genitais e membros inferiores). Nessa inspeção é mensurado o crescimento uterino e auscultado os batimentos cardíacos do bebê. A ausculta pode ser feita a partir da 12ª semana no sonar, na 8ª semana em diante através da ultrassonografia e depois da 18ª semana utilizando o estetoscópio (BRUNO; PARTAMIAN, 2009).

Além disso, é avaliado as condições para o aleitamento materno, a intenção que a futura mãe tem de amamentar, suas experiências anteriores com a amamentação e os tabus associados a amamentação (BESSA; SAUNDERS, 2004).

É solicitada a mulher que faça alguns exames laboratoriais. Concomitantemente, é necessário averiguar se a grávida está imunizada contra o tétano, caso contrário, a vacina antitetânica deverá ser aplicada até 20 dias antes do parto. Do mesmo modo, deve-se atentar quanto às orientações e atendimento odontológico, já que nesta fase de sua vida inspira alguns cuidados (BRASIL, 2000).

3.2 Segunda Consulta

Nesta consulta, serão avaliados os resultados dos exames laboratoriais solicitados na primeira consulta. Conjuntamente é revisto o prontuário da gestante e novamente é realizado o seu exame físico averiguando os sinais vitais, peso, sinais objetivos e subjetivos e inspeção obstétrica. É importante esclarecer todas as dúvidas da grávida e orientá-las principalmente sobre sua alimentação, prática de atividades físicas e higiene (BRUNO; PARTAMIAN, 2009).

3.3 Retornos

As próximas consultas são para acompanhar o estado gestacional da mulher, prevenindo possíveis intercorrências e para orientá-la sobre seu autocuidado, o final da gravidez, os sinais e sintomas do trabalho de parto, os cuidados com o bebê após o nascimento, o aleitamento materno, etc. (idem).

3.4 Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais solicitados mais frequentemente durante o pré-natal são o hemograma completo (HC), exame de urina simples e cultura, teste de VDRL, triagem para TORCH, sorologia para HIV, ultra-sonografia do útero e feto, rastreio da hepatite B, tipagem sanguínea e coombs indireto, glicemia em jejum e teste de tolerância a glicose, colpocitologia oncótica (BRANDEN, 2000).

O hemograma completo (HC) irá avaliar, através da contagem de hemoglobina e hematócrito, se a gestante está apresentando anemia, que poderá ser por causa de um déficit nutricional adquirido antes ou durante o período gestacional ou devido a um distúrbio menstrual, por exemplo menorragia. Além disso, a leucometria com contagem diferencial avalia a exposição a infecções. (idem).

O Ministério da Saúde determina que o exame comum de urina seja solicitado na primeira consulta de pré-natal e repetido na 30ª semana de gravidez. Já que as alterações fisiológicas e anatômicas ocorridas no trato urinário durante a gestação, predisõem a infecção urinária. A infecção do trato urinário, mesmo quando assintomática, gera malefícios ao desenvolvimento do feto, podendo ocorrer aborto, parto prematuro, morbidade neonatal e baixo peso (BARROS et al, 2008). O exame de urina simples também serve para avaliar a função renal. Já a cultura de urina isola o micro-organismo causador da infecção para determinar sua sensibilidade aos antibióticos (BRANDEN, 2000).

O rastreio da sífilis é realizado por meio do teste VDRL, que é necessário ser feito no início e final da gestação (é solicitado na primeira consulta e repetido na 30ª semana). O diagnóstico precoce materno é a melhor maneira de prevenção da sífilis congênita, responsável por causar anomalias ao bebê (LORENZI; MADI, 2001).

A triagem TORCH detecta se a gestante ou o feto foram infectados pelos micro-organismos causadores da toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes tipo 2, entre outras (BRANDEN, 2000).

A pesquisa de HIV durante a gravidez deve ser feita o mais precoce possível. Existem evidências de que a detecção precoce, juntamente com as medidas profiláticas, diminui consideravelmente as chances de transmissão vertical do HIV. Essa transmissão pode ocorrer durante a gestação, durante o trabalho de parto, parto e após o parto e durante a amamentação (AMORIM, 2009).

A ultra-sonografia irá mostrar a posição e integridade da placenta, o volume de líquido amniótico, a atividade e posição do feto, além de determinar a idade gestacional (BRANDEN, 2000).

O rastreio da hepatite B é realizado através da pesquisa do antígeno de superfície (AgHBs), quando realizado no pré-natal, reduz consideravelmente o desenvolvimento de hepatite B no recém-nascido por meio da transmissão vertical (AMORIM, 2009).

A tipagem sanguínea determina o grupo ABO e o fator Rh, sendo solicitado na primeira consulta. Caso a gestante tenha Rh⁻, esta deverá realizar um exame chamado coombs indireto, que verifica se a futura mãe desenvolveu anticorpos anti Rh⁺, causando a patologia eritroblastose fetal. Se o coombs indireto der negativo, a gestante irá repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24^a semana de gestação. E se der positivo, a mulher é encaminhada para o pré-natal de alto risco (BAUMGARTEN, 1998).

A glicemia em jejum é também solicitada na primeira consulta e na 30^a semana. Se o resultado for maior ou igual a 90mg/dl, esta mulher fará o Teste Oral de Tolerância à Glicose para certificar o diagnóstico de diabetes gestacional (AZEVEDO et al, 2002).

O câncer do colo uterino é a neoplasia maligna que mais acomete as gestantes. A colpocitologia oncótica é de extrema necessidade para o diagnóstico desta patologia, apesar de alguns fatores diminuírem a qualidade da amostra coletada durante o período gestacional, como por exemplo, o aumento das secreções vaginais e existência de células teciduais que podem ser confundidas com atipias (AMORIM, 2009).

3.5 Atenção à saúde bucal da gestante

A saúde bucal da gestante tem forte relação com sua saúde geral, podendo interferir na saúde geral e bucal do bebê. É importante que a enfermagem esteja aliada com os profissionais da área odontológica, a fim de orientar a mulher sobre a correta higienização oral e riscos de hemorragias gengivais, entre outras complicações (BRASIL, 2008).

Caso haja sangramento na gengiva, a escovação dentária deverá ser realizada com maior atenção e cautela, sendo que o enfermeiro ficará responsável de encaminhá-la para o dentista (MINAS GERAIS, 2006).

A gestante precisa receber esclarecimentos por parte do enfermeiro sobre o atendimento clínico odontológico, já que esta fase inspira cuidados. Deve-se impedir durante o período gestacional, principalmente no primeiro trimestre, as radiografias. Quando houver grande necessidade da realização deste exame para diagnóstico e tratamento, a gestante deverá usar o avental de chumbo, filmes ultra-rápidos e evitar erros técnicos na tomada da radiografia e processamento do filme (idem).

Todos os anestésicos locais são lipossolúveis e por isso, são capazes de atravessar a placenta. A lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000, no máximo 3,6 ml, é o anestésico local de maior segurança, desde que seja injetado lentamente. Determinados agentes vasoconstritores, como o prilocaína e felipressina devem ser evitados (BRASIL, 2008).

3.6 Vacina anti-tetânica

As mulheres no período gestacional necessitam estarem imunizadas contra o tétano, doença infecciosa grave que pode causar danos a futura mãe e ao seu filho. A vacina dupla adulto ou, na falta desta, o toxóide tetânico conferem a proteção necessária a ambos (MINAS GERAIS, 2006).

A gestante não vacinada receberá três doses, a primeira dose deverá ser aplicada até o 4º mês e as próximas terão um intervalo de até 60 dias, entre elas. Onde a segunda dose poderá ser realizada até o 5º mês de gestação e a 3ª dose até o 8º mês. É preciso que a última dose seja dada até 20 dias antes da data do parto. Aquelas que já receberam uma ou duas doses, deverão apenas completar o esquema de 3 doses. Normalmente o reforço da dupla adulto é dado a cada 10 anos. Mas se a grávida tiver recebido a sua última dose à cinco anos atrás, esta poderá antecipar a dose de reforço. Seus efeitos adversos mais comuns são a dor, calor, hiperemia, endurecimento local e febre. Tem sua contra-indicação no caso de reação anafilática, após a aplicação da dose anterior (idem).

3.7 Preparo para a amamentação no pré-natal

O ser humano sempre teve a alimentação ao seio como um ato normal e quase sempre exclusivo, capaz de garantir sua nutrição, desde os primeiros meses de vida. Porém, com o

advento do século XX, em função das mudanças ocorridas na estrutura da sociedade, a mulher adquire responsabilidades fora do lar, deixando de ser exclusivamente esposa e mãe. Com essa alteração sofrida nos papéis desenvolvidos pela mulher, a alimentação industrializada toma o lugar do aleitamento materno (VIEIRA, 2002).

O aleitamento materno é uma arte feminina difundida de geração a geração, não é instintivo da mulher amamentar e sim, um ato comportamental, que precisa ser adquirido e aprendido. Com a introdução no mercado de meios artificiais para a alimentação dos bebês, essa arte feminina deixou de ser transmitida da forma tradicional, de mãe para filha (idem).

Durante o período gestacional, a promoção da amamentação após o parto detém grande relevância nas prevalências do aleitamento materno. As consultas de pré-natal são apropriadas para estimular as mulheres a amamentarem (MINAS GERAIS, 2006).

A gestante deve ser orientada de forma correta e esclarecedora, atentando para aquelas que têm histórico de fracasso em amamentações anteriores e as primigestas (VIEIRA, 2002).

Para a cliente primigesta, é fundamental questionar sobre quais são seus conceitos a respeito do aleitamento materno, se já pensou neste assunto, se está disposta a amamentar seu filho após o nascimento e quais suas preocupações e medos. Já para as multigestas, deve ser investigado o tempo de amamentação de seus filhos, se foi necessários realizar alguma complementação ou interrupção (GARCIA et al, 2006).

O alicerce para uma boa educação da grávida e seus familiares é o diálogo (MINAS GERAIS, 2006). Através dele, o enfermeiro tem o encargo de orientar a gestante sobre as vantagens do aleitamento materno, tanto para o recém-nascido quanto para a futura mãe, o efeito anticoncepcional, os benefícios para a volta mais rápida aos padrões pré-gravídicos, sempre buscando desfazer pensamentos errôneos como mudanças da estética das mamas, interferência sobre a vida sexual e a impossibilidade de amamentar e trabalhar fora de casa (VIEIRA, 2002).

É preconizado pelo Ministério da Saúde que na primeira consulta de pré-natal seja realizado o exame clínico das mamas (BIANCHI, 2008). Este exame é importante para detectar alterações, principalmente nos mamilos. É necessário que durante o exame, o enfermeiro mostre a saída do colostro e explique a sua finalidade, além, de orientar a gestante sobre a função das mamas, atentando para as variações anatômicas dos mamilos (GARCIA et al, 2006).

4 METODOLOGIA

Buscando atingir os objetivos propostos para este estudo e responder às questões elaboradas para a compreensão do mesmo, utilizou-se como abordagem o método qualitativo, hipotético-dedutivo, do tipo descritivo.

Para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa considera como sujeito de estudo pessoas pertencentes a um grupo e com uma determinada condição social, com universo de significados, valores, crenças e atitudes, respondendo as questões particulares.

Assim, neste momento, serão expostos os aspectos relacionados com o cenário do estudo, participantes, amostra, critério de inclusão, critérios de exclusão, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi à unidade de saúde Dr. Carlos Dayrell França, no município de Elói Mendes. Tal unidade foi escolhida, por ser esta, a única a prestar o atendimento de pré-natal no município.

4.2 Participantes, amostra, critério de inclusão, critérios de exclusão

Os participantes foram gestantes que se encontraram na sala de espera para a consulta de pré-natal na unidade de saúde Dr. Carlos Dayrell França, no município de Elói Mendes, durante o período de 11 de agosto a 01 de setembro de 2010.

Por a amostra ser do tipo intencional, 13 gestantes foram submetidas à coleta de dados, pois estas se enquadraram no perfil do estudo, atendendo os critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram:

- Ser gestante, independente de sua idade gestacional,
- Ter mais de 18 anos,
- Estar na sala de espera para a consulta de pré-natal na instituição referente,
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram:

- Ter menos de 18 anos,
- Não ser gestante,
- Estar iniciando o pré-natal (1ª consulta),
- Não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.3 Coleta de dados

A técnica de coleta de dados foi empregada através de dois instrumentos, que foram fornecidos individualmente.

O primeiro instrumento foi o de identificação dos sujeitos. Neste foi perguntado sobre os seus dados pessoais, tais como: idade, nacionalidade, escolaridade, estado civil e profissão (APÊNDICE A).

O segundo instrumento foi um roteiro de entrevista, que contém perguntas abertas sobre o tema: conhecimentos da gestante frente ao pré-natal (APÊNDICE B).

Toda a entrevista foi gravada, por meio de um gravador de áudio, conforme autorização prévia das pesquisadas. O áudio com as respostas das pesquisadas foram descartadas logo após a sua transcrição.

4.4 Análise e interpretação dos dados

Para análise e interpretação dos dados optou-se por adotar a técnica de análise do conteúdo. E para buscar elementos que ajudam na compreensão do conhecimento da gestante frente ao pré-natal, adotou-se os seguintes passos:

1º passo: leitura e re-leitura flutuante das entrevistas;

2º passo: mapeamento das respostas individuais com base nos temas relevantes no sentido de identificar dentro do discurso categorias de subsídios que permitissem atingir as metas deste estudo, definidos através da leitura flutuante e dos objetivos da pesquisa

3º passo: análise da dinâmica das entrevistas e construção do discurso.

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG

BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

É importante declarar que a coleta de informações teve seu início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Sul de Minas, Varginha – MG, através do parecer consubstanciado nº 015 de 2010 (ANEXO A), do consentimento da coordenação e supervisão de enfermagem da Secretaria de Saúde de Elói Mendes, através do termo de consentimento – instituição (APÊNDICE C), valendo ressaltar que o entrevistado, teve que confirmar sua autorização para participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), respeitando, assim, a Resolução nº 196/96 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

O presente estudo não ofereceu nenhum risco à vida dos participantes respeitando seu anonimato, sua individualidade, opiniões e a recusa de resposta quando julgado oportuno.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Perfil pessoal e socioeconômico

Após coletar os dados foi verificado predomínio da faixa etária entre 18 a 39 anos, com predominância da cor negra (62%), religião católica (85%) e casadas (76%). Quanto aos antecedentes obstétricos, a maioria das entrevistadas eram multigestas (75%), apresentando baixo nível de escolaridade, ensino fundamental incompleto (62%), cujo cerca de 75% das gestantes declaram não ter nenhuma renda.

5.2 Discussão dos resultados

Os resultados obtidos serão expostos em categorias para um melhor entendimento:

5.2.1 Categoria I: A importância do atendimento pré-natal

Ao questionar as gestantes se acham importante o atendimento pré-natal e o por quê, obteve-se as respostas:

“Acho, aham, uai... por que é importante.” (GESTANTE 1)

“Com certeza, porque através do pré-natal é que vai descobrir... que vai detectar se a criança tem algum problema [...]” (GESTANTE 2)

“Muito, muito importante, porque vê como tá o neném, se ele tá indo bem... se ele tá desenvolvendo direitinho [...]” (GESTANTE 11)

As respostas foram unânimes, evidenciando que todas as gestantes entrevistadas consideraram as consultas de pré-natal importantes, tanto para o seu filho, quanto para si próprias, porém, observa-se que ao questionar estas mesmas grávidas sobre o por quê das consultas pré-natal serem importantes, a GESTANTE 1 não soube responder, tendo uma resposta incompleta.

Isso pode ter ocorrido devido à possível falta de orientações por parte dos profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal ou pelo baixo nível de escolaridade, já que a mesma cursou até a 3ª série do ensino fundamental.

Assim é válido destacar que a consulta pré-natal é extremamente relevante e é neste momento que é realizada a educação em saúde das grávidas, orientando-as sobre hábitos de vida, estimulação para amamentação e cuidados com o seu filho após o parto (MONTENEGRO; REZENDE, 2006). Ainda tem o intuito de promover uma gestação livre de intercorrências clínicas e sem complicações. Mas caso as intercorrências ocorram, que estas sejam diagnosticadas precocemente para que os profissionais de saúde realizem as condutas adequadas (SILVA et al, 2010).

5.2.2 Categoria II: A aprendizagem adquirida pelas gestantes durante as consultas de pré-natal

Quando perguntado as futuras mães quantas consultas já foram realizadas e o quê elas teriam aprendido até o momento, as respostas relatadas foram:

“[...] essa é a quinta consulta. Já aprendi bastante. No começo eu tava com o intestino preso, eu não sabia o quê fazer, aí o médico me explicou [...] era para eu mudar a alimentação [...] consumir mais verdura, bastante salada, bastante água [...] aí melhorou.” (GESTANTE 2)

“Aprendi... ah, como que ... é a amamentação.” (GESTANTE 4)

“Já tive sete. Não, não porque a gente chega ali, ele só olha os batimentos do neném e pede os exames... não explicou nada, não...” (GESTANTE 6)

“Já fiz três... só me falô que tá tudo bem com o neném, tudo certinho...” (GESTANTE 13)

Durante a leitura das respostas pode-se perceber que houve contradição. Das treze gestantes pesquisadas, seis disseram que não aprenderam nada durante as consultas, porque não receberam nenhuma orientação do médico obstetra. Já as sete grávidas restantes mencionaram que aprenderam muito com as informações do mesmo médico. Vale ressaltar que as orientações fornecidas foram realizadas em contrapartida a uma dúvida da gestante. Esta incoerência das participantes pode ter ocorrido pela didática apresentada pelo obstetra, que ao realizar as devidas explicações sobre o período gestacional, não soube fazê-lo de maneira clara e concisa, e por isso, as mesmas não absorveram o que foi informado ou realmente o profissional de saúde mencionado não realiza de forma integral, para todas as gestantes, a adequada educação em saúde.

O Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério criado pelo Ministério da Saúde informa que as futuras mães devem ser orientadas durante todo o seu pré-natal sobre a importância

deste atendimento, cuidados com a higiene, desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais, sintomas da gestação, incentivo ao parto normal, amamentação, dentre outras (BRASIL, 2006).

Isto porque, a educação em saúde irá promover um aprendizado para estas gestantes, tornando-as bem preparadas para lidar com certos acontecimentos e situações que farão parte do seu período gestacional e que se relacionam com a sua saúde e a saúde de seu filho (PENNA; SANTOS, 2009).

5.2.3 Categoria III: Exames de rotina do pré-natal

Foi perguntado às grávidas que tipo de exames já se submeteram, abaixo os relatos:

“ Já, todos... todos que pede o pré-natal, né?” (GESTANTE 5)

“Já fiz de HIV, de anemia, de infecção de urina, tudo... de sangue, ultrassom.” (GESTANTE 7)

“[...] já fiz vários exames... de ultrassom eu já fiz, exame de sangue, de urina.”(GESTANTE 9)

Diante destas respostas, podemos observar que frente a solicitação de exames, o profissional de saúde seguiu corretamente as orientações que o Ministério da Saúde regulamenta: Na primeira consulta de pré-natal, o profissional responsável pela assistência a gestante, solicita que sejam realizados alguns exames laboratoriais, tais como: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sangüíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; exame sumário de urina (Tipo I); sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher; sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30^a semana de gestação; sorologia para toxoplasmose e ultra-sonografia. Destes, a sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; exame de urina (Tipo I) e sorologia anti-HIV deverão ser repetido na 30^a semana de gestação (BRASIL, 2005b), além da ultrassonografia.

A ultra-sonografia representa um procedimento rotineiro na assistência ao pré-natal, não havendo nenhuma comprovação da sua efetividade sobre a redução da morbidade e mortalidade perinatal ou materna. Este exame é solicitado para uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. A não realização de ultra-sonografia durante a gestação não constitui omissão, nem tão pouco, diminui a qualidade do pré-natal (idem).

5.2.4 Categoria IV: Aleitamento Materno

Ao indagar as gestantes sobre quais as suas opiniões a respeito do aleitamento materno e se estão sendo preparadas para amamentar após o parto, as respostas mencionadas foram:

“Acho, acho. Não, ele ainda não. Até hoje ele não comentou nada.” (GESTANTE 6)

“Sim, acho... acho, por que eles explicam pra gente que amamentando no peito a criança não precisa de quase nada, né? E é difícil dá resfriado, qualquer tipo de doença [...]” (GESTANTE 11)

Todas as gestantes submetidas a esta entrevista, informaram que o aleitamento materno é muito importante. Mas quando questionadas sobre se estão sendo preparadas para amamentar, pode-se notar que há duas vertentes. Das grávidas indagadas, algumas responderam que não receberam nenhuma orientação do obstetra e outras disseram que foram informadas dos benefícios do aleitamento materno. Essa diferença nos relatos pode ter relação com o nível de curiosidade dessas grávidas. Se elas perguntam mais ao médico sobre suas dúvidas, este terá que esclarecê-las.

Para elevar os índices de aleitamento materno nas comunidades, é necessário ter uma equipe de saúde preparada e bem treinada no processo da lactação. O médico obstetra e o enfermeiro têm um papel fundamental para introduzir a educação sobre a amamentação na vida desta futura mãe e seus familiares, logo nos primeiros meses de pré-natal (TAMEZ, 2002).

5.2.5 Categoria V: Orientação da gestante

Quando perguntadas se foram orientadas pelo médico responsável pelas consultas de pré-natal na referida unidade de saúde, sobre a alimentação durante o período gestacional, imunização contra tétano, saúde bucal e suplementação de ferro, eis as respostas:

5.2.5.1 Alimentação durante o período gestacional

“Não, falô nada não.” (GESTANTE 1)

“Não, por enquanto ainda não.” (GESTANTE 12)

“Já, comer bastante verdura, legume.” (GESTANTE 7)

“Já, ele falô que é pra... massa pouco e bastante verdura é... essas coisas que tem mais vitamina para o neném.” (GESTANTE 11)

Nesta, as respostas ficaram divididas entre o sim e o não. Mas a maioria, sete gestantes, falaram que não receberam informações sobre os hábitos alimentares que deveriam manter durante o período gestacional, para promoção de sua saúde e a de seus bebês. É interessante enfatizar que a assistência pré-natal das treze grávidas participantes da pesquisa, são realizadas com o mesmo médico obstetra.

Uma alimentação balanceada que forneça todos os nutrientes necessários ao desenvolvimento do feto, garantindo assim, condições ótimas de saúde para a mãe e seu filho, é muito importante durante o período gestacional (DIAS; GONÇALVES, 2002).

5.2.5.2 Imunização contra tétano

“Já, tô fazendo a vacinação agora contra tétano, já comecei... já tomei a primeira, agora esse mês eu tomo a segunda dose e depois o reforço.” (GESTANTE 2)

“Ele também não olhou, não [...]. Nessa gravidez, não, da minha outra menina ele até pediu pra tomar uma vacina... acho que aquela tetânica, mas desse não... a minha menina tá com um ano.” (GESTANTE 6)

“Ainda também não.” (GESTANTE 8)

Observa-se que a maioria das pesquisadas responderam que não foram informadas pelo obstetra sobre a imunização contra o tétano durante o período gestacional. Porém, este resultado pode ter sido influenciado pela idade gestacional de ambas e pela gravidez anterior de cada uma delas, já que o reforço é realizado a cada cinco anos. Logo, como aconteceu com a GESTANTE 6 e a GESTANTE 8 que tem outros filhos com idade igual a 1 ano.

Assim, vale enfatizar que com a vacina dupla adulto (dT) ou o toxóide tetânico (TT), a grávida fica protegida contra o tétano, além de prevenir que seu filho adquira o tétano neonatal. A gestante irá receber três doses, sendo que a última deverá ser aplicada até 20 dias antes da data do parto. Mas ela também poderá ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, com a segunda dose 20 dias antes do parto (MINAS GERAIS, 2006). Caso não complete seu esquema durante o período gestacional, esse deverá ser completado no puerpério ou em qualquer outra oportunidade (BRASIL, 2005).

Para homens e mulheres não grávidas o reforço da vacina dupla do tipo adulto (dT) deverá ser realizado a cada dez anos, naqueles indivíduos com esquema completo, com as três doses. Mas se ele vier a sofrer algum acidente com ferimentos (mulher e homem) ou a mulher engravidar, este reforço deverá ser antecipado para a cada cinco anos (BRASIL, 2001).

5.2.5.3 Saúde bucal

“[...] apesar que no comecinho dessa gravidez minha, eu tive muita dor de dente [...] eu não pude fazer o tratamento, o que eu fiz foi ir no dentista... que é curar, esperar o neném nascer pra ele obturar agora e... só. Mas ele não falô nada não.” (GESTANTE 3)

“Não, saúde bucal não.” (GESTANTE 9)

“Não, não.” (GESTANTE 13)

Através dessas afirmações pode-se observar que as gestantes não receberam nenhuma orientação sobre sua saúde bucal. Caracterizando uma falta grave ao atendimento prestado pelo médico obstetra dessa unidade de saúde. Pois a atenção a saúde bucal neste momento é de extrema relevância para o completo bem estar da futura mãe e, conseqüentemente, de seu filho.

O médico obstetra e enfermeiro devem realizar orientações gerais para saúde bucal de suas clientes em período gestacional. Durante as consultas de pré-natal, cabe ao profissional informar sobre a importância da escovação dentária com cautela, por que pode ocorrer sangramentos nas gengivas devido ao aumento da vascularização local, evitar tomadas radiográficas, não utilizar certos anestésicos locais, etc., encaminhando ao atendimento clínico odontológico possíveis intercorrências (BRASIL, 2008).

5.2.5.4 Suplementação de ferro

“Não fui.” (GESTANTE 1)

“Passou, passou... isso ele passou pra mim quando eu tava com 3 meses...” (GESTANTE 3)

“Passou, tô tomando.” (GESTANTE 12)

Das gestantes abordadas, onze afirmaram ter recebido, através do médico obstetra, a suplementação de ferro no início das consultas pré-natal, e, duas (GESTANTE 1 e GESTANTE 8) relataram que não foram informadas pelo mesmo profissional sobre este tipo

de medicação. Isso se deve pelo fato das duas mulheres estarem no início da gestação e na primeira e segunda consulta pré-natal, respectivamente. É importante enfatizar também que nenhuma das treze entrevistadas informaram ter sido orientadas à respeito do por quê de se submeter a indicação deste suplemento, ou seja, elas não sabem falar sobre o quê a suplementação de ferro trará de benefícios para seu organismo e, conseqüentemente, para seu bebê.

Na gestação irá ocorrer na mulher, um aumento no volume plasmático e na massa eritrocitária. Porém, o volume plasmático terá uma maior expansão do que a massa eritrocitária, caracterizando uma “anemia fisiológica” (FERREIRA; BATISTA FILHO; SOUZA, 2002).

A futura mãe necessita de uma maior concentração de ferro e ácido fólico para que seja realizada a síntese de hemoglobina (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

De acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, implementado pelo Ministério da Saúde desde 2005, toda mulher a partir da 20ª semana de gravidez deverá receber uma dosagem de 60 mg de ferro elementar e 5mg de ácido fólico diariamente, até o final da gestação. E após o parto, uma dosagem de 60 mg de ferro elementar diários, até o 3º mês após o nascimento de seu filho (BRASIL, 2005a).

6. CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi discutido sobre o período gestacional, mais precisamente, as principais alterações fisiológicas, psicológicas e sociais sofridas pela mulher ao presenciar este momento único em sua vida.

O atendimento pré-natal foi bastante discutido no decorrer deste trabalho, relatando as ações pertinentes que os profissionais de saúde (médico obstetra e enfermeiro) devem realizar na primeira e segunda consulta, nos retornos, os exames laboratoriais solicitados à gestante, algumas medidas de atenção a sua saúde bucal e preparo para amamentação depois do parto.

Com a análise dos resultados deste estudo, pode-se perceber que houve diferença entre os relatos das depoentes. As grávidas que argumentam mais com o médico são mais bem informadas sobre as questões de sua saúde e da saúde do seu filho. A falta de tempo para o profissional realizar suas consultas de pré-natal, também deve ter grande influência na qualidade do atendimento. Já que o tempo disponível pelo médico, para cada consulta é tão curto que ele acaba por priorizar o atendimento clínico, deixando de lado as ações de promoção e prevenção do bem estar da futura mãe, como por exemplo, as noções de alimentação e cuidados com sua saúde bucal.

Observou-se que as grávidas ainda têm dificuldades em assimilar as informações oferecidas na consulta, sendo que isto pode ser conseqüência do grau de escolaridade, da forma que essas orientações são passadas ou do grau de interesse das mesmas.

Além disso, nota-se que o enfermeiro não desempenha nenhuma atividade com as gestantes atendidas nesta Unidade, fato que contribui para o sucateamento na qualidade da assistência ao pré-natal. Isto pode estar ocorrendo devido ao papel de gerenciador da Unidade de Saúde exercido pelo enfermeiro, que acaba realizando a parte administrativa, deixando de lado a sua função de educador.

Após essas reflexões, percebe-se que é de extrema necessidade que o atendimento pré-natal desta Unidade seja desempenhado de forma sistematizada, para que todas as mulheres possam receber as devidas orientações e cuidados, não privilegiando apenas a minoria, à respeito dos conhecimentos acerca deste período da gestação.

É preciso que o enfermeiro seja mais participativo e realize ações de educação em saúde para as grávidas, em conjunto com o médico obstetra, a fim de melhorar a qualidade do atendimento ao pré-natal.

Após a conclusão do trabalho, foram despertados temas que poderiam ser abordados em novas pesquisas: Análise do enfermeiro em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde; O

casal frente ao nascimento do filho; A visão da enfermagem frente a assistência pré-natal;
Consulta de enfermagem pré-natal e educação em saúde: prática do enfermeiro na UAPS.

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG
BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Melania Maria Ramos; MELO, Adriana Suely de Oliveira. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal- parte 1. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, 2009. Disponível em: <10.1590/S0100-72032009000300008 >. Acesso em: 01 jun. 2010.
- ALTERAÇÕES fisiológicas durante a gravidez. **Base de dados manual merck**. [2010?]. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=269&cn=1775>>. Acesso em: 01 jun. 2010.
- AZEVEDO, Mirela J. et al. Diabetes Melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 46, n.1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000100004&script=sci_arttext&tlng=pt%23tab02>. Acesso em: 22 nov. 2010.
- BARROS, Aluísio J. D. et al. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300001>. Acesso em: 01 jun. 2010.
- BARROS, Fernando C. et al. Atenção pré-natal em Pelotas. **Cadernos de Saúde Pública**, Pelotas, v. 14, n. 3, 1993. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n3/0084.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2010.
- BAUMGARTEN, Cláudia Diniz et al. Transfusão intra-uterina em fetos afetados pela doença hemolítica perinatal grave: um estudo descritivo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031998000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 nov. 2010.
- BESSA, Tereza C. C. D'Ambrosio; SAUNDERS, Cláudia. A assistência nutricional pré-natal. In: ACCIOLY, Elizabeth; SAUNDERS, Cláudia; LACERDA, Elisa Maria de Aquino. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004. Cap. 5, p. 120- 121.
- BIANCHI, Mônia Steigleder et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise de cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800007>. Acesso em: 02 jun. 2010.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher: pré-natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33959&janela=1>. Acesso em: 17 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 3 p.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de atenção básica: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/ferro/manual_ferro.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde. Manual de Normas de Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 3. ed. 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_normas_vac1.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

BRUNO, Eunice Maria Zangari Nelli; PARTAMIAN, Raquel. Enfermagem em obstetrícia. In: MURTA, Ferreira Genilda. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de Enfermagem**. 5. ed. São Paulo: Difusão Editora, 2009. p. 217-219. (Vol. 4).

CHISTÓFALO, Cristiane; MARTINS, Ariane Jacon; TUMELERO, Sérgio. Prática de exercício físico durante o período de gestação. **Faculdades Integradas Toledo de Araçatuba**, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd59/gestac.htm>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; GONÇALVES, Gláucia Braga Hubner. **Nutrição na gestação.** In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia:** aspectos de ginecologia e neonatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. Cap. 9, p. 89-93.

FERREIRA, Luiz O. C.; BATISTA FILHO, Malaquias, SOUZA, Ariani I. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842002000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 jun. 2010.

FORTUNATO, Soares; MOREIRA, Adelino Leite; SOARES, Susana. Adaptações morfo-funcionais na mulher grávida. **Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**, Portugal, 2002. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/2511218/Adaptacao-Fisiologica-durante-Gravidez>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

GARCIA, Maria da Guia de Medeiros et al. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. In: NETO, Corintio Mariani. **Aleitamento materno:** manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2006. Cap. 3, p. 22-23.

LOPES, Rita Sobreira et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 jun. 2010.

LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032001001000006&script=sci_arttext&tlng=in>. Acesso em: 22 nov. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério:** protocolo Viva Vida. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

_____. **Assistência hospitalar ao neonato:** protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SAUDERS, Cláudia. Ajustes fisiológicos da gestação. In: ACCIOLY, Elizabeth; SAUDERS, Cláudia; LACERDA, Elisa Maria de Aquino. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004. Cap. 4, p. 101- 106.

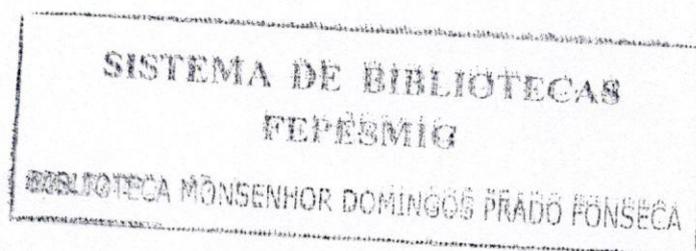
SILVA, Juliana Maria da et al. Consulta de enfermagem pré-natal e educação em saúde: prática do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Revista Nursing**, São Paulo, ano 12, n. 143, p. 170-174, abr. 2010.

VALADARES, Júlio Dias. Adaptações fisiológicas da gestação. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. Cap. 2, p. 19-32.

VIEIRA, Laíses Braga. Pré e pós-natal. In: CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 9, p. 106-107.

APÊNDICE A - Ficha de Identificação Pessoal

Número: _____
Data de nascimento: _____ Idade: _____ Cor: _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Religião _____
Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Primípara () Multípara ()
Nº de filhos _____



APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

- 1) Você acha importante ter o atendimento Pré-natal? Por quê?
- 2) O que você aprendeu durante as consultas de pré-natal?
- 3) Que tipos de exames você já realizou?
- 4) Qual sua opinião sobre aleitamento materno?
- 5) Você foi orientada quanto:
 - a) a alimentação durante o período gestacional?
 - b) imunização contra o tétano?
 - c) a sua saúde bucal?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento – Instituição

Eu, _____
_____, abaixo assinado, autorizo Natalia Assalin
Lopes, graduanda pelo Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG a realizar pesquisa
sobre a “Pré-Natal: Conhecimentos da gestante frente a sua condição de saúde” na Unidade de
Saúde Dr. Carlos Dayrell França e coloco à disposição as informações necessárias para o
desenvolvimento da pesquisa bem como o local para a realização da mesma.

Estou ciente que a disponibilização dessas pessoas e da instituição será devidamente
utilizada, bem como conservada dentro dos mais rigorosos critérios éticos, assegurando-se,
assim, a integridade de ambos.

Varginha, ____ de _____ de 2010.

Responsável

Aluna

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: PRÉ-NATAL: Conhecimentos da gestante frente a sua condição de saúde

Pesquisador Responsável: Patrícia Alves Pereira Carneiro

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário do Sul de Minas

telefones para contato: (35) 9901-4728

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G.: _____

Responsável legal: _____

R.G. do responsável legal: _____

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Conhecimentos da Gestante Frente o Pré-natal”, de responsabilidade da pesquisadora: Patrícia Alves Pereira Carneiro.

A presente pesquisa objetiva em avaliar os conhecimentos da mulher frente o pré-natal. A pesquisa será realizada na cidade de Elói Mendes - MG, e acontecerá durante o ano de 2010.

A participação do pesquisado e todos os dados referentes à sua pessoa serão exclusivos para a pesquisa em questão e de inteira responsabilidade do pesquisador, que garante anonimato e total sigilo, assegurando a privacidade das informações a ele fornecidas.

Desta forma, avaliar o conhecimento da gestante frente ao pré-natal, pode gerar segurança a respeito de sua saúde e da saúde de seu bebê, além de por parte dos profissionais da área da saúde, fornecer uma assistência planejada e sistematizada de pré-natal influenciando no bem estar da futura mãe e conseqüentemente de seu filho, tanto na fase intra-uterina quanto após o parto.

Se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a uma entrevista, que será gravada, sobre seus conhecimentos sobre o pré-natal. É importante salientar que o presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Centro Universitário do Sul de Minas, Varginha – MG e que se caracteriza como pré – requisito para conclusão do curso de bacharel em Enfermagem, cursado pela pesquisadora e oferecido pela Universidade em questão.

Por se achar plenamente esclarecido e em perfeito acordo com este Termo de Consentimento, solicito a sua assinatura, juntamente com o pesquisador, em 2 (duas) vias de igual teor e forma.

Elói Mendes, _____ de _____ de 2010.

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, RG nº _____,
responsável legal por _____, RG nº _____,
declaro ter sido informado e concordo com a sua participação,
como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

ANEXO A – Parecer Consubstanciado

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA DO SUL DE MINAS
 Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Credenciado pela CONEP/CNS of/3070/2008, de 26/11/2008.



PARECER 0015/2010

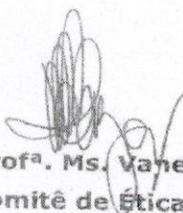
O **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**, da FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA DO SUL DE MINAS - FEPEMIG, nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em reunião ocorrida no dia 08 de junho de 2010, analisou o projeto **Conhecimento da gestante frente ao pré-natal**, orientado pela Profª. Patrícia Alves Pereira Carneiro, protocolado sob o nº 015/2010, e deliberou por enquadrá-lo na categoria de APROVADO, com as seguintes sugestões:

- **OBJETIVOS:** substituir o verbo "explicar" por "identificar" e "determinar" por "verificar"

- **AMOSTRA:** sugere-se estabelecer não um número de entrevistadas, mas sim um período para a coleta dos dados. Exemplo: *Serão pesquisadas as mulheres gestantes atendidas em consulta pré-natal na Unidade de Saúde Dr. Carlos Dayrell, da cidade de Elos Mendes/MG, no período de ____ a ____ de 2010.*

A pesquisa de campo pode **ser iniciada**. O relatório final, cujo modelo está no site do CEP, deverá ser entregue à Coordenação do Curso na data de apresentação do TCC.

Varginha/MG, 07 de junho de 2010.

PP 
 Profª. Ms. Vanessa Lira Leite
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPEMIG