



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

**Perfil Socioeconômico e Epidemiológico das Gestantes
Atendidas nos Postos de Saúde da Cidade de Bananeiras-
PB**

DEIZY ANDRADE DA COSTA

**CUITÉ – PB
2016**

DEIZY ANDRADE DA COSTA

**Perfil Socioeconômico e Epidemiológico das Gestantes
Atendidas nos Postos de Saúde da Cidade de Bananeiras-
PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Emília da Silva Menezes.

CUITÉ - PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C837p

Costa, Deizy Andrade da.

Perfil socioeconômico e epidemiológico das gestantes atendidas nos postos de saúde da cidade de Bananeiras - PB. / Deizy Andrade da Costa. – Cuité: CES, 2016.

93 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes.

1. Obstetrícia. 2. Pré-natal. 3. Gestação – prevenção. I. Título.

Biblioteca do CES

CDU 618.1/.2

DEIZY ANDRADE DA COSTA

**Perfil Socioeconômico e Epidemiológico das Gestantes
Atendidas nos Postos de Saúde da Cidade de Bananeiras-
PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em 09/09/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes (Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Júlia Beatriz Pereira de Souza
Suplente: Prof. Dr. Renner de Souza Leite

Prof. Dr. Fernando de Sousa Oliveira
Suplente: Prof.^º Dr.^º. Wellington Sabino Adriano

CUITÉ - PB

2016

Dedico esse trabalho a Deus por ter me dado paz tranquilidade durante a confecção do trabalho e durante toda minha permanência em Cuité. Aos meus pais Lúcia e Dinarth que sempre me incentivaram, estando ao meu lado em todos os momentos, obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por seguir sempre ao meu lado, servir de refúgio e fortaleza me dando paz e serenidade.

Agradeço aos meus Pais Lúcia e Dinarth por terem me ajudado durante todo o período que estive buscando minha formação, pela paciência, pela coragem passada, pelo direcionamento, pelo amor e companhia cedidos.

Ao meu irmão Douglas que foi meu companheiro de moradia por praticamente todo o curso, sempre me apoiando e cedendo ajuda nas horas necessárias.

A toda família Tias, Tios, Avô, Avós, que sempre que os encontrava me encorajavam a persistir nessa jornada.

Ao meu namorado, Marcos Dantas, por toda a atenção, ajuda e amor. Estando ao meu lado em todas as dificuldades e por me passar tranquilidade e esperança nas horas certas.

A Profa. Dra. Maria Emília da Silva Menezes, que desde os primeiros períodos tive a oportunidade de conhecer e trabalhar. Sempre sendo prestativa e atenciosa, me direcionando academicamente por grande parte de minha participação científica realizada no CES.

A todos os Professores de Farmácia, por todos os ensinamentos passados.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

A gestação constitui um período significativo na vida da mulher e sua família, no qual caracteriza-se por uma fase de constantes transformações. Para que este seja um momento de felicidades e sem grandes preocupações é necessário que as grávidas façam corretamente o pré-natal, este vai evitar e tratar previamente possíveis doenças, trazendo uma maior segurança para a mãe e o bebê. O objetivo deste estudo constituiu-se em quantificar e analisar as principais doenças presentes nas gestantes dos postos de saúde do município de Bananeiras/PB e encontrar um perfil socioeconômico destas gestantes. A metodologia empregada foi a de coleta de dados dos prontuários das gestantes, acompanhadas durante o pré-natal, nos quais foram observados e analisados além das enfermidades, dados epidemiológicos, socioeconômicos, descritivos e qualitativos. O perfil encontrado, das mulheres atendidas foi de gestantes entre 20 e 25 anos (29%), casadas (39%), agricultoras (18%), com nível fundamental completo (33,15%), que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (69%), primigestas (41,3%), que nunca sofreram aborto (84,78%) e apresentaram algum tipo de infecção urinária no decorrer do período gestacional. As doenças mais prevalentes encontradas nas mulheres grávidas foram a infecção do trato urinário (38%) e hipertensão gestacional (12%).

PALAVRAS-CHAVE: gestação; risco; pré-natal; prevenção.

ABSTRACT

Pregnancy is a significant period in woman's life and his family, which is characterized by a phase of constant transformation. For this to be a time of happiness and no major concerns is necessary for pregnant properly do prenatal where this will prevent and treat diseases previously possible, bringing greater safety to the mother and the baby. The aim of this study was constituted to quantify and analyze the major diseases in pregnant women of health centers in the city of Bananeiras-PB and find a socioeconomic profile of these pregnant woman. The methodology used was the data collection from medical records of pregnant women, accompanied during the prenatal, in which were observed and analyzed in addition to diseases, epidemiological, socioeconomic, descriptive and qualitative data. The profile found, the women met was pregnant women between 20 and 25 years (29%), married (39%), farmers (18%) with complete primary level (33.15%) , who began prenatal care in the first trimester of pregnancy (69%) , first pregnancy (41.3 %), which suffered not abortion (84.78 %) and had some type of urinary infection during the pregnancy. The most prevalent diseases found in pregnant women were urinary tract infection (38%) and gestational hypertension (12%).

Keywords: gestation; risk; prenatal; prevention.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Classificação da Anemia Gestacional	21
TABELA 02: Classificação da Hipertensão Crônica Gestacional.....	25
TABELA 03: Ano de Gestação	39
TABELA 04: Estado Civil de Acordo com cada Posto	41
TABELA 05: Meses de Gestação Início Pré-Natal	49
TABELA 06: Número de Consultas Pré-Natal	52
TABELA 07: Número de Gestações	53
TABELA 08: Número de Partos e Abortos	56
TABELA 09: Doenças de Acordo com os Postos de Saúde	59
TABELA 10: Resultado Questionários	62

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Gestação Mês a Mês.....	18
FIGURA 02: Exames Necessários no Decorrer da Gestação.....	20
FIGURA 03: Níveis de Hemoglobina.....	21
FIGURA 04: Diabetes Gestacional.....	22
FIGURA 05: Morfologia da Placenta com Pré-Eclâmpsia.....	25
FIGURA 06: Número e Principais Causas da Mortalidade Materna Brasil	26
FIGURA 07: Critérios Laboratoriais de Determinação da Síndrome HELLP	27
FIGURA 08: <i>Rubella vírus</i>	28
FIGURA 09: Comparação dos Vírus da Hepatite.....	29
FIGURA 10: Gestante com Varicela.....	30
FIGURA 11: Ciclo infeccioso da Toxoplasmose na Gestação.....	31
FIGURA 12: <i>Treponema pallidum</i>	32
FIGURA 13: Situação HIV no Brasil 2011.....	33
FIGURA 14: Infecções Presentes no Trato Urinário	34
FIGURA 15: Estabelecimentos de Saúde da Cidade de Bananeiras	37
FIGURA 16: Estado Civil (Total)	40
FIGURA 17: Idade Gestantes (Total)	42
FIGURA 18: Idade Gestantes (Postos)	43
FIGURA 19: Ocupação (Total)	44
FIGURA 20: Ocupação (Posto)	45
FIGURA 21: Escolaridade (Total)	46
FIGURA 22: Escolaridade (Postos)	47
FIGURA 23: Meses de Gestação Início Pré-Natal (Total)	48

FIGURA 24: Número de Consultas Pré-Natal (Total)	50
FIGURA 25 Números de Gestações (Postos)	53
FIGURA 26: Número de Partos e Abortos (Total)	54
FIGURA 27: Idade Gestacional da Última Consulta Pré-Natal (Total)	56
FIGURA 28: Idade Gestacional da Última Consulta Pré-Natal (Postos)	57
FIGURA 29: Doenças que Acometeram as Gestantes nos Postos de Saúde de Bananeiras (2014, 2015, 2016)	59

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01: Sinais e Sintomas de Gestação.....	19
QUADRO 02: Classificação da Hipertensão Gestacional.....	24
QUADRO 03: Problemas Relacionados com a Toxoplasmose.....	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DMG: Diabetes Melitus Gestacional

HC: Hipertensão Crônica

HELLP: Hemolysis-Elevated Liver enzyymes-Low Platelet count syndrome

HG: Hipertensão Gestacional

HIV: Imunodeficiência Humana

IG: Idade Gestacional

INAMPS: PSF VII Cidade Baixa

ITU: Infecção do Trato Urinário

PA: Pressão Arterial

PE: Pré-Eclâmpsia

PSF: Programa de Saúde Familiar

TG:Toxoplasma gondii

USF: Unidade de Saúde Familiar

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

Sumário

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.1 Gestação	18
3.2 Anemia Gestacional	21
3.3 Diabetes Mellitus na Gestação	22
3.4 Distúrbios Hipertensivos	23
3.4.1 <i>Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia</i>	24
3.4.2 <i>Hipertensão Crônica</i>	25
3.4.3 <i>Pré-Eclâmpsia sobreposta a Hipertensão Crônica ou Nefropatia</i>	26
3.4.4 <i>Hipertensão Gestacional</i>	26
3.4.5 <i>Síndrome HELLP</i>	27
3.5 Doenças Virais	28
3.6 Toxoplasmose	30
3.7 Sífilis	32
3.8 HIV	33
3.9 Distúrbios da Tireoide	34
3.10 Infecções Urinárias	34
3.11 Zica	35
4 METODOLOGIA	36
4.1 Tipo de Pesquisa	36
4.2 Local da Pesquisa	36
4.3 Período de Investigação	37
4.4 Aspectos Éticos	38
4.5 Instrumentos de Coleta de Dados	38
4.6 Processamento e análise dos dados	38
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	39
5.1 Ano de gestação	39
5.3 Faixa Etária	42
5.4 Ocupação	44
5.5. Escolaridade	46
5.6 Meses de gestação início pré-natal	48
5.8 Número de gestações	52
5.9 Número de partos e abortos	54
5.10 Idade gestacional da última consulta pré-natal	56

5.11 Doenças presentes nas gestantes dos postos de saúde	58
5.12 Questionários.....	61
6 CONCLUSÃO	64
7 REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICES E ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período que pode trazer muitas alegrias para as mulheres e suas famílias, o qual muitas vezes ocorre sem problemas e distúrbios. Entretanto, nesta fase, que dura aproximadamente 40 semanas, acontece diversas modificações como mudanças fisiológicas, interpessoais e emocionais as quais a mulher deve passar por uma adaptação do estado (PEREIRA; BACHION, 2005).

Existe uma pequena quantidade de gestantes que apresentam maiores chances de uma evolução desfavorável, devido a estas apresentarem alguma enfermidade ou problemas que podem surgir devido às constantes modificações fisiológicas deste período ou adquiridas anteriormente à concepção. Estas doenças podem ser passageiras ou crônicas, podendo trazer um desenvolvimento indesejado da gravidez, com riscos para a mãe e o bebê (BRASIL, 2012).

No decorrer da gestação o principal desejo da mulher é que tudo ocorra dentro dos padrões de regularidade, tanto com ela quanto com o concepto. Entretanto, algumas vezes ocorre complicações que podem comprometer a saúde e o bem estar da grávida e do feto (LEVENO et al., 2010).

As principais complicações associadas à gestação são: anemia, diabetes gestacional, distúrbios hipertensivos, infecções urinárias, distúrbios da tireoide, hepatite, toxoplasmose, rubéola e incompatibilidade de Rh (BRASIL, 2012).

Para que a gestação ocorra dentro dos padrões é necessária à realização do pré-natal, o qual vai garantir a saúde da grávida e do feto através da realização de exames e teste, evitando e/ou tratando possíveis problemas neste período de constantes mudanças fisiológicas. Durante o pré-natal irá acontecer o rastreamento de possíveis problemas através da realização de exames físicos e laboratoriais como a tipagem sanguínea, sorologia para sífilis, antibiograma, glicemia de jejum, teste anti-HIV, sorologia para hematite, sorologia para toxoplasmose, etc (BRASIL, 2006).

Por meio de um diagnóstico precoce pode-se evitar o agravamento de diversos quadros, a gestante precisa ter a consciência que é necessário a realização do pré-natal e dos exames para que tanto a sua saúde quanto a do bebê possam estar assegurados e a gestação possa ocorrer de forma saudável.

Toda mulher grávida tem direito a realização de um pré-natal adequado e com qualidade, estas buscam um período gestacional saudável. Tendo conhecimento das principais enfermidades que afetam as gestantes de uma região, pode-se estabelecer uma política de prevenção, combate e controle (LENZ, 2011).

A mortalidade materna e perinatais apresentam índices ainda indesejáveis no Brasil. A maioria das complicações que surgem durante a gestação e parto podem ser prevenidas, o que torna importante a participação conjunta e ativa dos profissionais de saúde. A gestação pode ser considerada um evento fisiológico, e sua evolução ocorre na maioria das vezes sem problemas, sendo que existe uma parcela pequena de grávidas que sofre alguns agravos ou dificuldades que podem ser previamente diagnosticados, controlados e resolvidos no decorrer do período (BRASIL, 2012).

A escolha do tema foi feita, tendo como propósito desenvolver um trabalho de obtenção de dados, de prontuários, das pacientes gestantes atendidas nos postos de saúde da cidade de Bananeiras-PB. A partir dos dados coletados é possível desenvolver perfis epidemiológicos das grávidas no município de Bananeiras, úteis para o planejamento de estratégias para a prevenção e tratamento destas enfermidades.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente trabalho teve como objetivo determinar o perfil socioeconômico e epidemiológico das gestantes atendidas nos postos de saúde da Cidade de Bananeiras-PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer um perfil socioeconômico e epidemiológico das gestantes com base nos dados;
- Identificar as principais doenças que acometem as gestantes atendidas nos postos de saúde da cidade de Bananeiras-PB;
- Identificar possíveis soluções e melhorias do serviço de saúde para as gestantes.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 GESTAÇÃO

A fase gestacional pode ser considerada um processo de constantes mudanças, dinâmico, complexo e transformador. Presenciar esta fase significa compreender a gravidez como um acontecimento marcado pelas mudanças no corpo e de dimensões socioculturais (CAMACHO et al., 2010).

A gestação (Figura 01) é um estágio comum do sistema reprodutor feminino, sendo representada biologicamente como uma função elementar do sistema. Seu período é variante, tendo o tempo aproximado desde a concepção ao nascimento, duzentos e sessenta e sete dias (38 semanas) ou levando em consideração a última menstruação pode durar duzentos e oitenta dias (40 semanas) (BARROS, 2009).

Figura 01: Gestação Mês a Mês.



Fonte: <http://www.suggestkeyword.com>.

O diagnóstico da gravidez leva em consideração a história da paciente, o exame físico e a avaliação laboratorial. O atraso da menstruação (amenorreia) é a suspeita inicial de uma gestação. O exame laboratorial é indicado, inicialmente, caso positivo seguido da consulta com o profissional médico (BRASIL, 2006).

O rápido diagnóstico da gravidez é essencial para que a assistência pré-natal seja de qualidade, possibilitando o início precoce do acompanhamento e dos cuidados necessários para a promoção da saúde da mãe e do bebê. O ligeiro diagnóstico permite também a verificação da correta idade gestacional, sendo importante em casos clínicos (Quadro 01) e obstétricos durante a gestação (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Quadro 01: Sinais e Sintomas da Gestação.

Náuseas e vômitos;	Distensão abdominal e constipação;
Alterações mamárias;	Dispneia;
Alterações urinárias;	Amenorreia;
Mudanças no apetite;	Alterações cutâneas;
Fadiga, tontura;	Lombalgia.

Fonte: MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008.

O atendimento de qualidade no decorrer do pré-natal visa uma boa qualidade de saúde tanto para gestante quanto para o bebê. Dessa forma, é preciso que os profissionais presentes neste processo estejam cientes da importância das suas atribuições, levando consigo o compromisso de buscarem o melhor para todos os pacientes (SÃO PAULO, 2010).

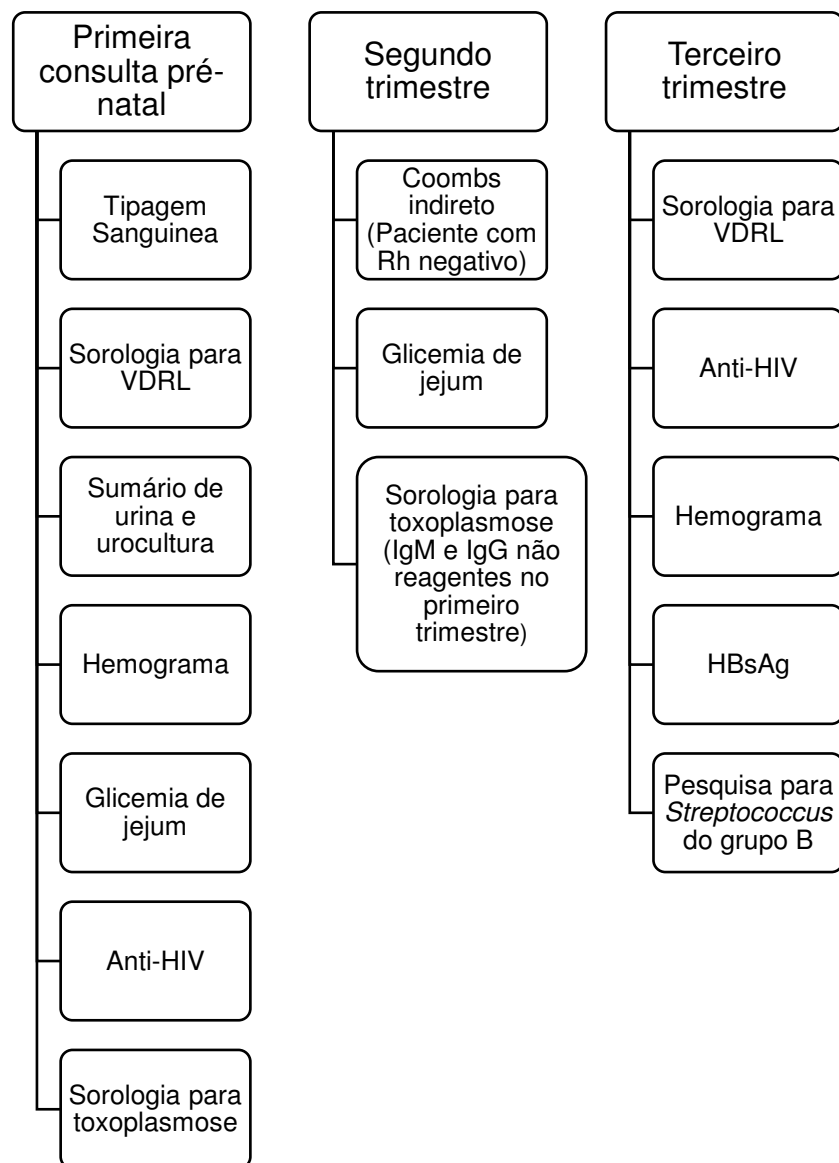
No decorrer da gestação é necessário identificar a situação da mulher, tendo em vista os riscos aos quais cada uma está exposta. Essa ação permite a orientação e encaminhamentos necessários em cada estágio da gravidez. Deve-se levar em consideração as condições individuais e características sociodemográficas da gestante, a história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas crônicas (BRASIL, 2006).

Na primeira consulta do pré-natal é necessário que o profissional médico leve em consideração as características da paciente (história clínica, exame físico,

exames complementares de rotina) para que assim a gestação possa ser classificada como de risco ou não (SÃO PAULO, 2010).

É imprescindível no decorrer da gravidez a realização de todos os exames indicados durante as consultas (Figura 02), para assegurar a saúde da gestante e do concepto. Estes exames servem para rastrear possíveis enfermidades e agravos que serão pontualmente tratados (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Figura 02: Exames necessários no decorrer da gestação.

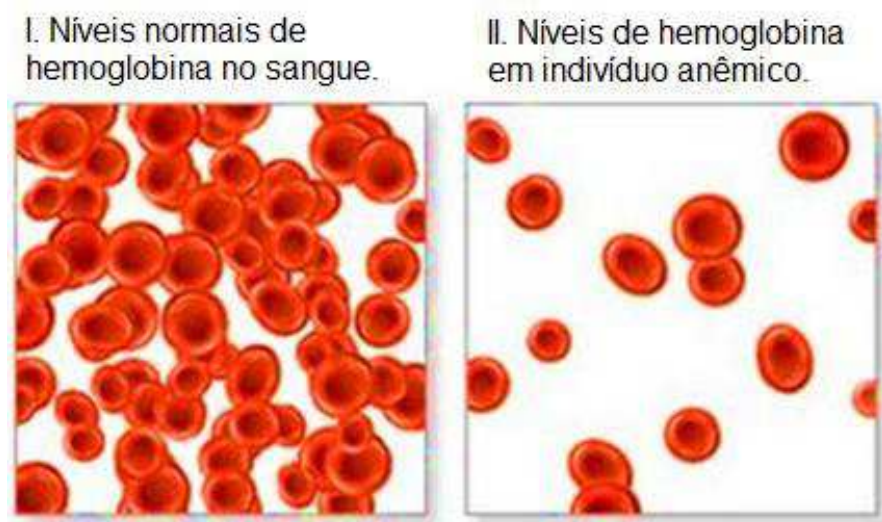


Fonte: MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008.

3.2 ANEMIA GESTACIONAL

No período da gestação, ocorre uma elevação da porção plasmática em até 50% e do número total de hemácias circulantes em cerca 25%, para atender as carências do crescimento uterino e fetal. Entre os motivos da causa da anemia estão a perda sanguínea, destruição exacerbada dos eritrócitos ou a carência de sua produção, deficiência de ferro na dieta, doenças infecciosas como a malária, deficiência de micronutrientes essenciais e hereditariedade. Estes motivos podem desregular os níveis normais de hemoglobina no sangue (Figura 03) (OMS, 2005; RODRIGUES; JORGE, 2010; BRASIL, 2012).

Figura 03: Níveis de Hemoglobina.



Fonte: <http://sosudinfo.ru/>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) anemia gestacional é definida como o estado em que os níveis de hemoglobina nas gestantes está abaixo de 11 g/dL, que pode ser classificada segundo a Tabela 01 (BRASIL, 2012).

Tabela 01: Classificação da Anemia Gestacional.

Padrão Hb (hemoglobina)	Classificação
Hb 10 – 10,9 g/dL	Leve
Hb 8 – 9,9 g/dL	Moderada
Hb ≤ 8g/dL	Grave

Fonte: BRASIL, 2012.

A anemia por deficiência de ferro é considerada uma enfermidade por carência nutricional, sendo um dos tipos mais preocupantes e prevalentes em assunto de saúde pública (BATISTA FILHO, 2003). É estabelecida como uma redução da concentração de hemoglobina, tendo como decorrência a diminuição da quantidade de ferro no organismo (MOURA; PEDROSO, 2003). Na gestação, a falta de ferro pode trazer muitos efeitos indesejáveis para a mãe e o bebê, entre eles está o aumento do risco de sépsis, hemorragias, a mortalidade materna, a mortalidade perinatal e o baixo peso do recém-nascido (WHO, 2001).

3.3 DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

O diabetes é considerado um distúrbio crônico decorrente da disfunção do pâncreas, que não produz a quantidade de insulina necessária para o organismo, ou quando o corpo não consegue utilizar com êxito a insulina produzida (WHO, 1999).

As gestantes que apresentam diabetes gestacional possuem uma maior chance de serem acometidas por anormalidades, em relação as gestantes normais (Figura 04). Nesse estágio, o aumento da glicose no sangue, pode causar uma elevação de óbitos fetais, além de uma maior quantidade de problemas como malformações, macrossomia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, policitemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, cardiomiopatia e hipertrofia (MONTENEGRO JÚNIOR et al., 2000).



Fonte: <http://es.slideshare.net>.

O DMG (Diabetes Mellitus Gestacional) é caracterizado como uma hiperglicemia de gravidade variante, com formação ou diagnóstico durante a gestação, decorrente de qualquer grau de intolerância a carboidratos (METABOLOGIA, 2008). Os principais sintomas são poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso, sendo estes denominados de os “4p”. Outros sintomas que podem ser identificados são fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e/ou vulvar e infecções repetidas (SOARES FILHO et al., 2012).

Entre os elementos de risco estão: história prévia de diabetes gestacional, hereditariedade, estatura baixa (< 1,50 cm), idade superior a 25 anos, sobrepeso (IMC>27) ou ganho elevado de peso na gestação, ovário policístico, pré-eclâmpsia e hipertensão na gestação atual e crescimento fetal acima do normal (LENZ; FLORES, 2011).

O aumento de hormônios contrarreguladores da insulina, o estresse fisiológico decorrente da gravidez e os fatores genéticos ou ambientais explicam a função patológica do DMG. Sendo o hormônio lactogênico placentário responsável pela resistência à insulina no decorrer da gestação, entretanto, existem outros hormônios hiperglicemiantes que participam do processo como o cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina (METABOLOGIA, 2008).

Comumente aparece na vigésima quarta semana de gestação, no momento em que a placenta começa a gerar altas quantidades de hormônios, podendo persistir ou desaparecer após o parto. É de grande importância o rastreamento dessa disfunção, o mais rápido possível, para assegurar a saúde da mãe e do bebê (LOPES, 2006).

3.4 DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS

Os distúrbios hipertensivos constituem um dos problemas médicos mais comuns no decorrer da gestação, pode-se considerar hipertensão quando os níveis de pressão arterial forem superiores ou iguais a 140/90 mmH. Corresponde a uma taxa significativa das mortes maternas no mundo, estando entre 12% e 20% (KHAN et al., 2006).

A gestação pode ser acometida por quatro tipos diferentes de hipertensão e o seu diagnóstico é realizado quando o nível da pressão é proporcional ou maior que 140/90 mmHg. Sendo diferenciada de acordo com o Quadro 02 (PASCOAL, 2002).

Quadro 02: Classificação dos distúrbios hipertensivos.

Classificação
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (doença hipertensiva específica da gravidez);
Hipertensão crônica (anterior a gestação);
Pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica;
Hipertensão gestacional.

Fonte: PASCOAL, 2002.

3.4.1 Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia

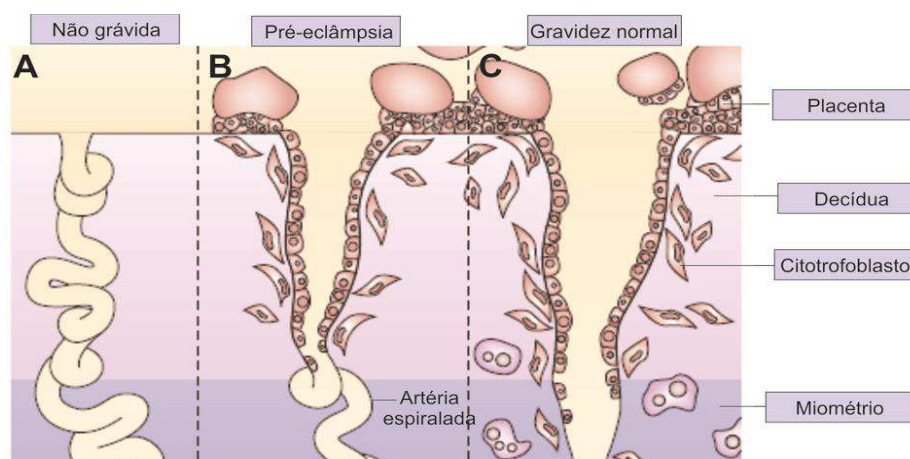
A pré-eclâmpsia (PE) é caracterizada como uma enfermidade exclusiva da gestação humana e continua, ainda nos dias atuais, sendo um dos principais motivos do óbito materno e neonatal pelo mundo (CORRÊA JÚNIOR; AGUIAR; CORRÊA, 2009).

A eclâmpsia é o agravamento da pré-eclâmpsia, em que a gestante é acometida por convulsões. Esses eventos ocorrem no decorrer da gravidez após a vigésima semana, ao longo da concepção ou nos dois primeiros dias do pós-parto (OMS, 2005; LENZ; FLORES, 2011).

A PE, doença insidiosa, pode ocasionar risco de vida as gestantes, devido aos sintomas apresentarem-se tardiamente quando o quadro já se encontra mais avançado (OMS, 2005).

É caracterizada por ser uma síndrome específica da gravidez. Sua fisiopatologia é identificada como sendo um desarranjo complexo com largo prejuízo endotelial e pode abranger todos os órgãos do corpo (Figura 05). Sendo assim, as manifestações no organismo podem apresentar-se de diferentes formas além do aumento da pressão arterial e proteinúria (NICE, 2010 *apud* LENZ; FLORES, 2011).

Figura 05: Morfologia da Placenta com Pré-eclâmpsia.



Fonte: www.institutonanocell.org.br.

3.4.2 Hipertensão Crônica

Na gestação, a hipertensão arterial crônica pode causar problemas maternos e fetais, estando inclusos a sobreposição de pré-eclâmpsia, diminuição do crescimento do bebê, prematuridade, deslocamento da placenta, morte fetal e materna (SSAS, 2002).

A ocorrência de hipertensão que antecedente a gestação ou a vigésima semana de gestação é considerada hipertensão crônica (HC). Podendo estar presente em todos os estágios da gravidez, persistindo um mês e meio após o parto sendo classificada como leve ou grave (Tabela 02) (PASCOAL, 2002; CEARÁ, 2014).

Tabela 02: Classificação da Hipertensão Crônica na Gestação.

Classificação	
Leve	PA ≥ 140/90 mmHg
Grave	PA ≥ 160/110 mmHg

FONTE: CEARÁ, 2014.

As mulheres que possuem hipertensão arterial crônica, geralmente, a pressão arterial diminui no 2º trimestre da gravidez e aumenta no 3º trimestre, chegando a níveis acima daqueles presentes no início da gestação (COSTA et al., 2005).

3.4.3 Pré-Eclâmpsia sobreposta a Hipertensão Crônica ou Nefropatia

A pré-eclâmpsia é uma manifestação independente ou sobreposta a hipertensão crônica. Na qual, é uma doença específica da gravidez e pode ser identificada quando houver uma elevação da pressão arterial, depois da vigésima semana de gestação, associada de edema ou proteinúria (PASCOAL, 2002; AMARAL; PERAÇÓLI, 2011; BRASIL, 2012).

3.4.4 Hipertensão Gestacional

Ocorre após o quinto mês de gestação ou no primeiro dia após o parto, quando há uma elevação da pressão arterial (PA) com ausência de proteinúria. Pode ser caracterizada como uma PE que não tenha desenvolvido proteinúria, ou uma hipertensão passageira se a PA retomar seu padrão após três meses do parto, ou ainda se a PA permanecer elevada pode ser considerada uma hipertensão crônica (WHELTON, 2002; PASCOAL, 2002).

No Brasil a hipertensão é apontada como uma das principais causas de mortalidade materna seguida por hemorragia e aborto como podemos observar na Figura 06 abaixo.

Figura 06: Número e Principais Causas da Mortalidade Materna Brasil.



Fonte: <http://www.observatoriodegenero.gov.br>

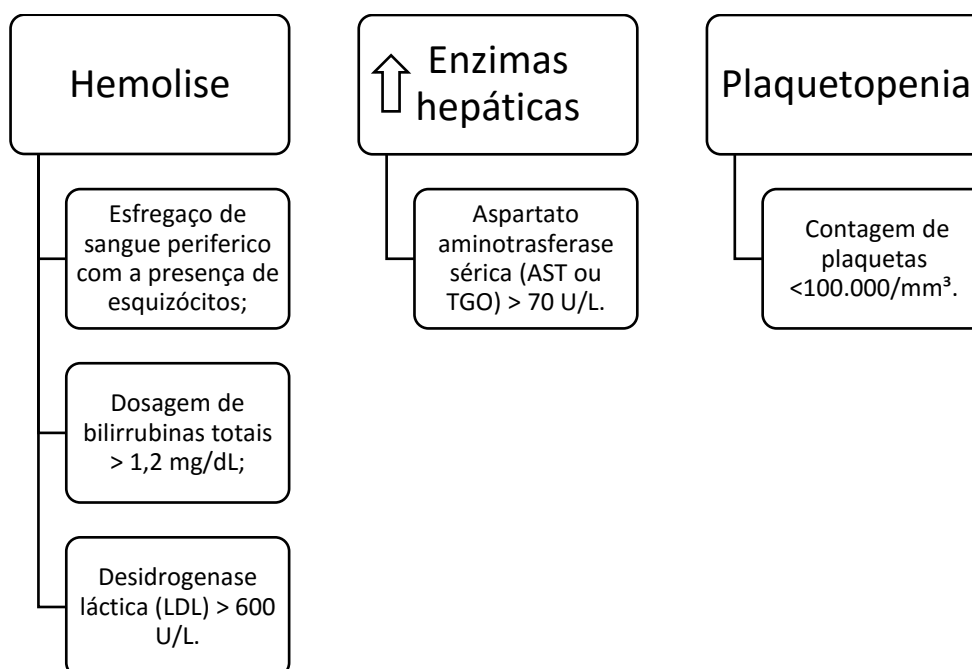
Entre 10 a 15% das gestantes desenvolvem a hipertensão gestacional. Determinadas características elevam o risco do desenvolvimento desta enfermidade, entre elas temos: primeira gravidez, sobrepeso, etnia negra, idade superior a 35 anos, gravidez gemelar (PINHEIRO, 2015).

3.4.5 Síndrome HELLP

O desenvolvimento da Síndrome HELLP pode estar ligado a duração da pré-eclâmpsia, histórico de comprometimentos obstétricos, idade e etnia. Geralmente ocorre em gestantes brancas, multíparas, com alguma história de descontrole gestacional, idade superior a 25 anos e com gestação gemelar (MELO et al., 2009).

Considerada como um agravamento da pré-eclâmpsia, a síndrome HELLP foi identificada inicialmente por Weinstein em 1982. Na qual, possui um quadro clínico caracterizado por hemólise(H), elevação de enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP) (Figura 07) (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Figura 07: Critérios Laboratoriais de Determinação da Síndrome HELLP.



Fonte: PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005.

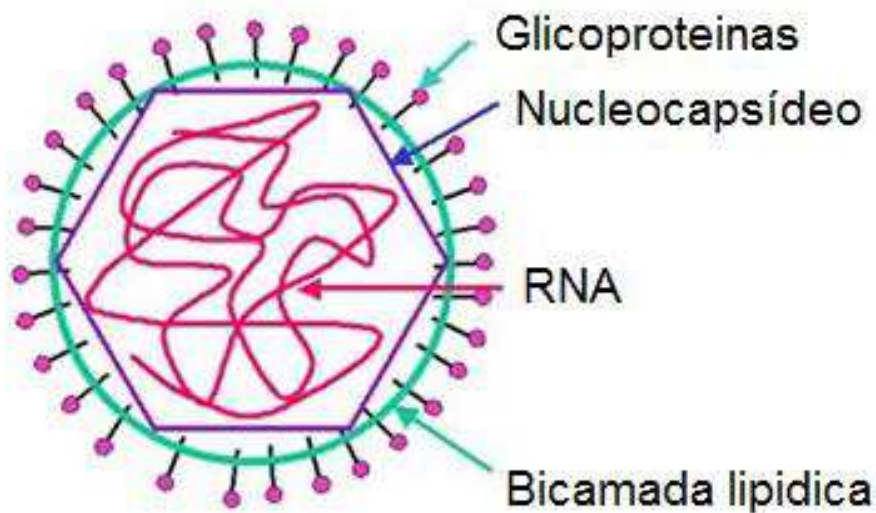
Comumente, a síndrome HELLP, aparece entre a 32^a e a 34^a semana de gestação, podendo ocasionar sintomas como mal-estar, náuseas, vômitos e dor epigástrica ou no quadrante superior direito. Algumas mulheres podem apresentar

sintomas inespecíficos, parecidos com uma síndrome viral. Em alguns casos a hipertensão e a proteinúria podem se apresentar discretamente ou até mesmo estarem ausentes (SIBAI, 2004).

3.5 DOENÇAS VIRAIS

A rubéola é uma doença aguda e exantemática, causada pelo *Rubella vírus* (vírus envelopado com RNA de cadeia simples) (Figura 08). Apresenta alta toxicidade para tecidos embrionários, podendo causar diversas complicações. Nos exames pré-natais não é obrigatório a indicação da triagem sorológica, sendo a mesma indicada para as gestantes que não possuam evidências de imunidade contra o vírus (SAÚDE, 2010; BRASIL, 2012).

Figura 08: *Rubella vírus*.

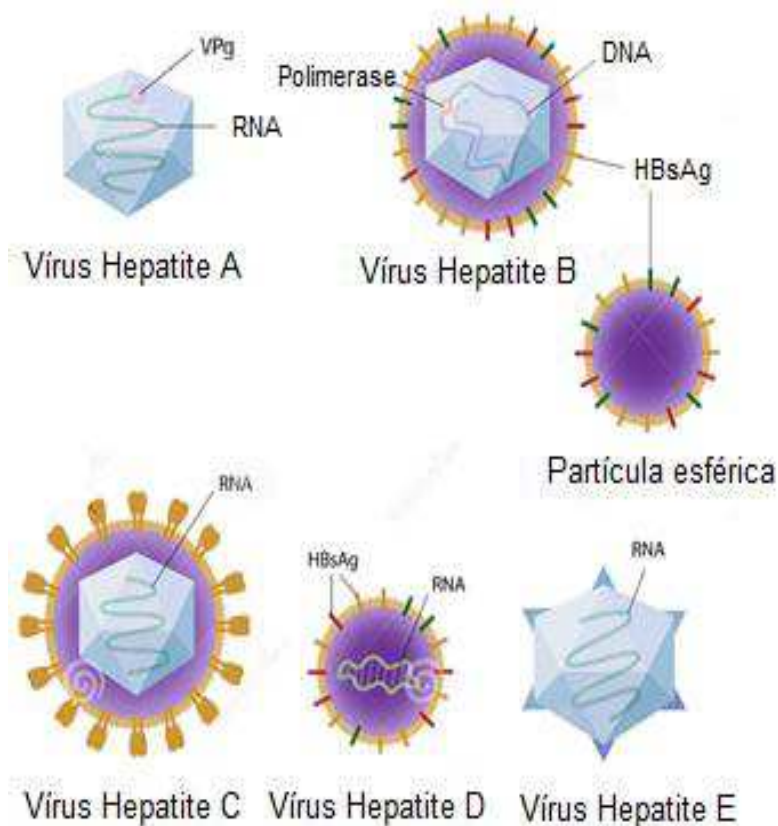


Fonte: www.microbiologybook.org.

Quando ocorre a infecção pelo *Rubella vírus* durante a gestação, cerca de 35% dos casos produz a síndrome da rubéola contagiosa, caracterizada por graves danos ao feto em desenvolvimento, incluindo má formação cardíaca, catarata, retardo mental, surdez e morte (AMABIS; MARTHO, 2004).

A hepatite é uma doença que pode ser causada por 5 tipos diferentes de vírus demonstrados na Figura 09 (hepatite A-HAV, B-HBV, C-HCV, D ou Delta-HDV e E-HEV). A maior parte dos vírus não atravessa a barreira placentária, sendo que entre os diversos tipos de hepatite as hepatites B e C necessitam de uma maior atenção, sendo imprescindível a realização dos exames para possíveis diagnósticos nos pré-natais das gestantes (CHUFALO; BORGES; ALMEIDA, 2006).

Figura 09: Comparação dos Vírus da Hepatite.



Fonte: <http://pt.dreamstime.com/>

A varicela (catapora) é considerada uma infecção primária viral, aguda sendo muito contagiosa. O agente causador é o vírus varicela-zoster. O ser humano é o hospedeiro natural do vírus e a infecção, geralmente, acontece por meio da mucosa do trato respiratório superior. A transmissão ocorre, na maioria das vezes, através da secreção respiratória (saliva, espirro, tosse) de pessoas infectadas ou pelo contato direto com líquidos vesiculares. De forma menos comum, a transmissão pode ocorrer pelo contato com objetos recém-contaminados com secreções. Em

gestantes contaminadas, pode ocorrer a transmissão da varicela para o feto através da placenta (CASTIÑEIRAS; BRANDÃO; MARTINS, 2014)

A infecção da gestante (Figura 10) no primeiro ou segundo trimestre da gravidez pode ocasionar alterações no desenvolvimento embrionário. Há uma maior possibilidade de lesões graves ao concepto nos primeiros quatro meses de gestação (BRASIL, 2011).

Figura 10: Gestante com Varicela.



Fonte: <http://sertaoafora.blogspot.com.br/>.

3.6 TOXOPLASMOSE

Causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG), a toxoplasmose é uma zoonose de extrema importância quando acomete a gestante, devido possuir grandes possibilidades de prejudicar o feto. O concepto é atingido por via transplacentária, podendo sofrer danos de diversas formas e magnitudes. Os problemas relacionados a esta enfermidade estão no Quadro 03 (KASPER et al., 2002; BRASIL, 2012).

Quadro 03: Problemas Relacionados com a Toxoplasmose.

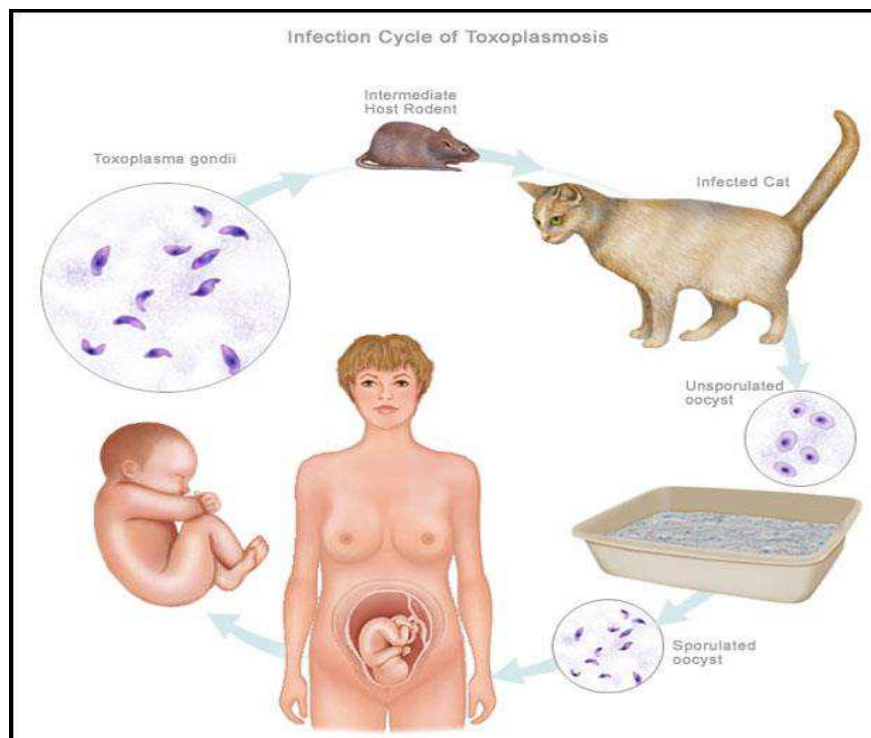
Problemas relacionados a Toxoplasmose
Retardo de crescimento intra-uterino;
Morte fetal;
Prematuridade;
Lesões clínicas e sequelas.

Fonte: KASPER et al., 2002; BRASIL, 2012.

O perigo de se ter a infecção do feto pelo TG está pontualmente correlacionado a predominância da enfermidade na comunidade, a quantidade de mulheres com idade fértil, não imunizadas por infecção anterior, susceptíveis a contaminação no passar da gravidez (LEÃO; MEIRELLES FILHO; MEDEIROS, 2004).

O ciclo infeccioso (Figura 11) ocorre através da ingestão de oocistos presentes nas fezes dos felinos, sendo este o hospedeiro definitivo, podendo ocorrer contaminação da água ou do solo, ou através do consumo de carne mal cozida dos hospedeiros intermediários (suínos, ovinos, gado) que possuem cistos viáveis (CARVALHO et al., 2012).

Figura 11: Ciclo infeccioso da Toxoplasmose na Gestação.



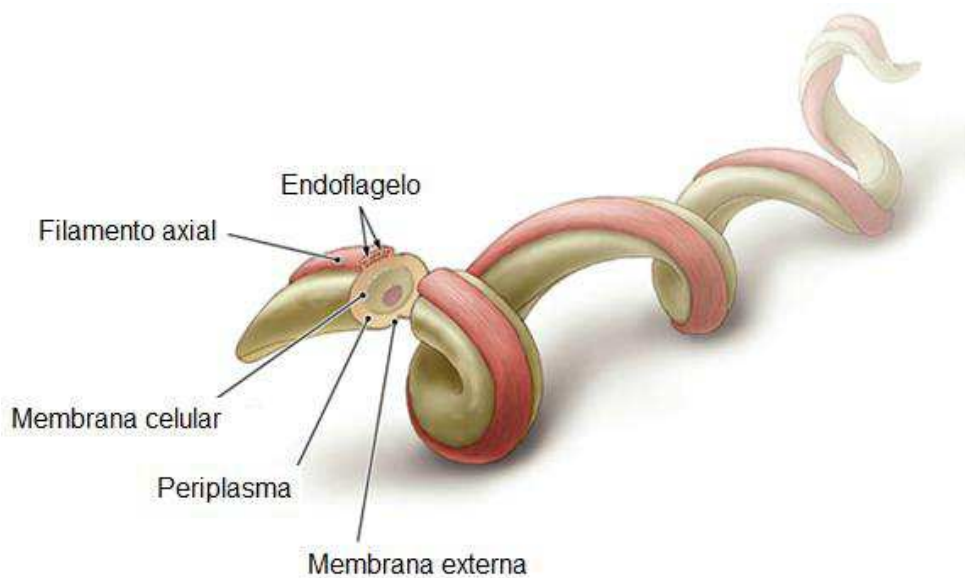
Fonte <http://sevmama.info/>.

O percentual de transmissão materno-fetal da toxoplasmose depende especialmente da idade gestacional no momento da infecção materna. Quando a infecção ocorre na decima quinta semana gestacional, pode ocasionar em transmissão placentária inferior a 5% e pode chegar a 80% se estiver próximo ao fim do período gestacional. Sendo que, o índice de comprometimento do feto é reduzido se a transmissão ocorrer nos últimos trimestres e elevados se ocorrer nos primeiros trimestres gestacionais (CASTRO et al., 2001).

3.7 SÍFILIS

A *Treponema pallidum* (Figura 12) é a bactéria causadora da sífilis, sendo esta uma doença infecciosa com transmissão prevalentemente sexual. A sífilis congênita pode ocorrer em qualquer período da gestação, sendo que a propagação do *Treponema pallidum* ocorre entre a mãe tratada incorretamente ou não tratada e o bebê por via transplacentária (SÃO PAULO, 2008).

Figura 12: *Treponema pallidum*.



Fonte: <https://www.pinterest.com>.

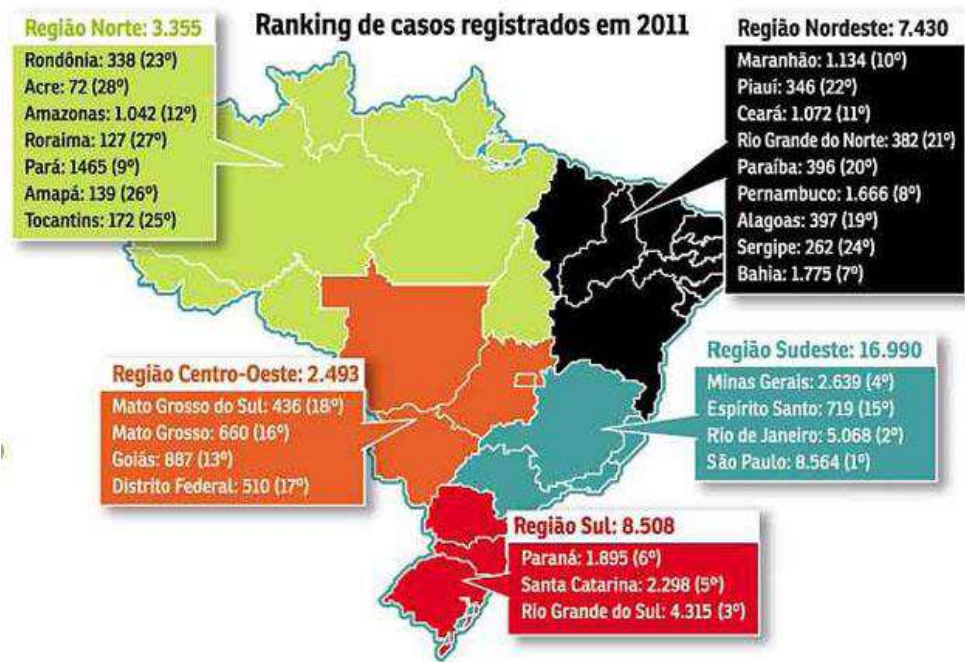
É uma DST que através do controle da comunidade com programas de saúde, ações e fornecimento de informações pode ser contida. Tendo em vista a existência de tratamentos eficazes com preços baixos e testes de diagnósticos sensíveis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). O diagnóstico é feito através de testes treponêmicos (VDRL) e deverá ser realizado na primeira semana do pré-natal e início do terceiro trimestre. Em casos positivos de sífilis na gestação, o tratamento será realizado de acordo com o grau da doença e a droga de escolha será a penicilina (LORENZI; FIAMINGHI; CARVALHO, 2009).

3.8 HIV

A Aids possui caráter pandêmico e é considerada uma enfermidade de alta gravidade, sendo um dos principais problemas de saúde dos dias atuais. No Brasil, a região Sudeste é a que possui maior número de casos registrados (16.900) (Figura 13). Os portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) com o passar do tempo vão apresentar uma séria disfunção do sistema imunológico, em que os linfócitos TCD4+ (célula alvo do vírus) sofrem degradação (SAÚDE, 2010).

Com a gestação a doença é acelerada nas mulheres que possuem o vírus; Cerca de 20% dos recém-nascidos de mulheres portadoras do HIV não medicadas apresentam a enfermidade. A transmissão para o bebê pode acontecer por via trasplacentária, intraparto por inoculação ou durante a amamentação (SANTIAGO, 2005).

Figura 13: Situação HIV no Brasil 2011.



Fonte: <http://sites.uai.com.br/saudeplena/>.

Aconselha-se a execução do teste anti-HIV para todas as grávidas no momento da primeira consulta do pré-natal e também a repetição do teste no início do 3º trimestre. Sendo recomendado o pré e pós-teste. O diagnóstico rápido possibilita a utilização de medidas profiláticas para evitar a contaminação do bebê (SANTOS; SOUZA, 2012).

3.9 DISTÚRBIOS DA TIREOIDE

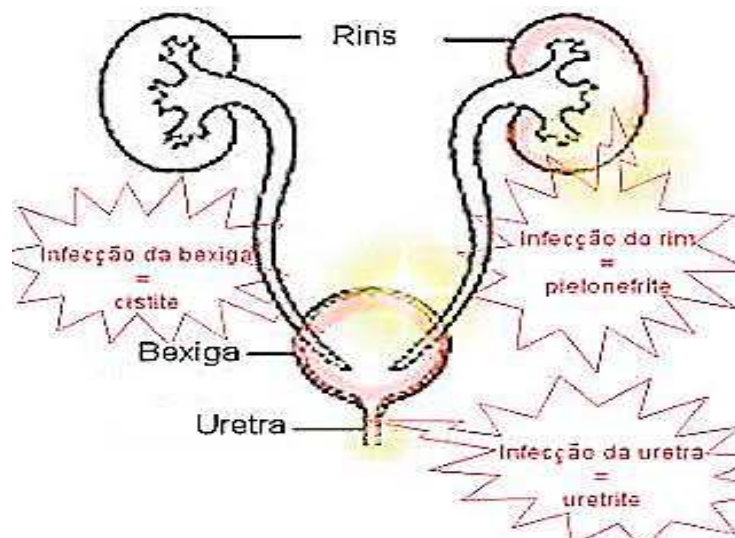
Na gestação ocorre uma elevação da secreção hormonal pela tireoide, desde as primeiras semanas da gravidez. A demanda hormonal aumenta devido a um vasto número de alterações fisiológicas que afetam a função da tireoide. Em mulheres adultas na fase reprodutiva é comum a presença de distúrbios tireoidianos, tendo principalmente a carência do iodo. Nas gestantes a reflexão do distúrbio tireoidiano é maior, devido a diversas modificações hormonais e imunológicas e a dependência dos hormônios e do iodo demonstrados no conceito (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

No pré-natal de uma gestante é necessário se ter na região cervical a palpação da tireoide e que se faça o exame para dosagem de alguns hormônios. As tireoidopatias nas grávidas podem elevar o risco de mortalidade perinatal e abortos (BRASIL, 2012).

3.10 INFECÇÕES URINÁRIAS

Comumente presente na gestação, as infecções do trato urinário (ITU) (Figura 14) são causadas principalmente pela *Escherichia coli*. Vários problemas podem ser correlacionados com as ITUs como morte fetal, prematuridade e baixo peso do bebê (SALCEDO; SALIS. PATRÍCIA, 2010).

Figura 14: Infecções Presente no Trato Urinário.



Fonte: www.mdsaude.com.

Podem apresentar-se como bacteriúria assintomática, cistite, uretrite e pielonefrite. Na bacteriúria assintomática ocorre a presença de bactérias na urina sem sintomatologia característica, é recomendado a realização da cultura de urina para identificar a bacteriúria no primeiro e terceiro trimestres da gestação. A cistite apresenta como características a dor retropúbica, suprapúbica e abdominal, disúria, polaciúria, urgência miccional. A diagnose é feita através da cultura da urina e do sedimento urinário. A pielonefrite ocasiona sintomas como cefaleia, vômitos, náuseas, calafrios e pode estar acompanhada a desidratação com o comprometimento da função renal, anemia, prematuridade, etc. As grávidas que forem diagnosticadas com esta enfermidade devem ser internadas imediatamente (DUARTE, 2008).

3.11 ZICA

Tendo como material genético o ácido ribonucleico (RNA), com genoma contendo uma molécula de RNA, de sentido positivo e cadeia simples, o Zica vírus é pertencente à família Flaviviridae e gênero flavivírus. Segundo estudos, o Zica vírus é transmitido especialmente pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, entretanto, pode ser transmitido, também, por via sexual, por transfusão sanguínea e neonatal (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015).

Gestantes possuem o mesmo risco que as outras pessoas de serem acometidas com o Zica vírus, alguma delas podem estar com a doença e não apresentar sintomas, pois de cada 04 pessoas apenas 01 apresenta sintomas de infecção. Entre os principais sintomas estão febre e exantema, conjuntivite, dores musculares e nas articulações acompanhados de mal-estar. Já foi comprovado que há relação de defeitos congênitos (microcefalia) e o vírus, ocorrendo efeitos negativos para o bebê e mãe (VENTURA et al., 2016).

Para evitar a contaminação, é necessário que a gestante evite a exposição a picada do mosquito através do uso de repelentes e roupas que protejam a pele (PETERSEN et al., 2016).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Foi realizado um estudo transversal, a partir da análise de prontuários de gestantes dos postos de saúde da cidade de Bananeiras-PB, para o levantamento de dados e com enfoque quantitativo.

Na coleta de dados levou-se em consideração as doenças que acometem as gestantes da cidade e as principais causas de risco e acometimento das mesmas, além do perfil socioeconômico das gestantes.

Com o estudo transversal é possível avaliar cada indivíduo para o fator de exposição e a enfermidade em um certo período. Esse estudo pode ser feito com a intenção descritiva sem avaliação, sendo assim denominado de levantamento. Este método de estudo também pode ser utilizado como um estudo analítico, avaliando hipóteses de associações entre particularidades características e evento ou exposição (CARVALHO; ROCHA, 2005).

A coleta de dados foi considerada como uma união de técnicas e instrumentações feitas para assegurar o registro dos dados, o controle e o diagnóstico das informações. Deve ser estruturada, planejada e controlada. A pesquisa quantitativa é voltada para determinar medidas seguras e precisas para desenvolvimento de um diagnóstico estatístico. É apropriada para o estabelecimento de perfis de grupos de pessoas, através de características que possam ter em comum (MORESI, 2003).

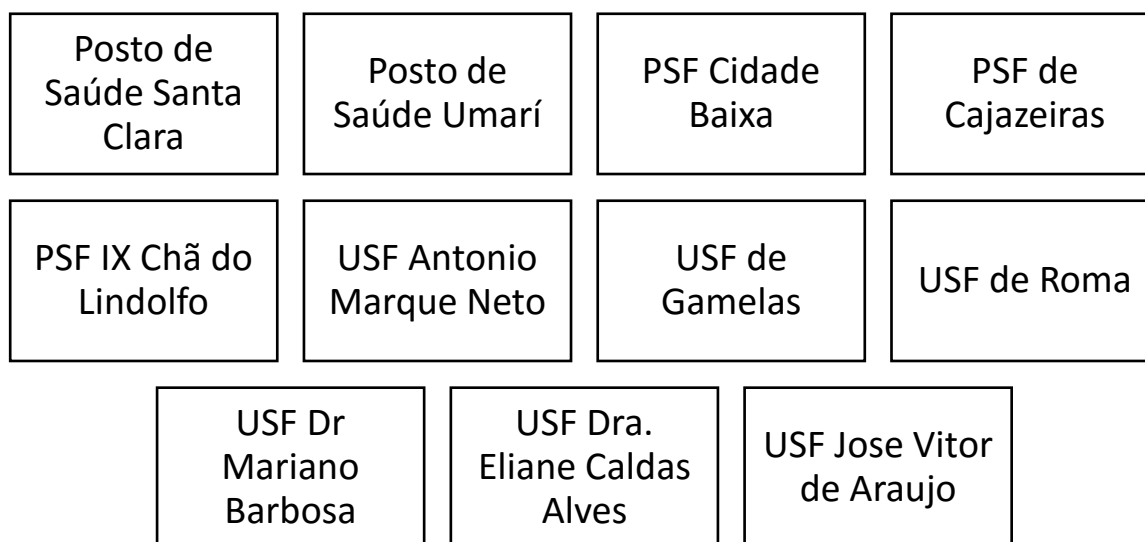
4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Bananeiras, fundada em 16 de outubro de 1879, situada no estado da Paraíba e localizada na serra da Borborema, sendo uma região do brejo paraibano, com uma população estimada de 22.012 habitantes com área territorial de 257,931 km² e altitude de 552 metros, possui clima mais ameno que a média do agreste paraibano, tendo um clima tropical chuvoso com verão seco. A mesma conta com uma distribuição variada contendo os distritos de Roma, Taboleiro e Vila Maia, além de uma ampla zona rural. No ano de 2013

apresentou um IDH de 0,568 e no ano de 2015 apresentava o número de 43 escolas de ensino fundamental e 4 de ensino médio.

A cidade possui outras 11 unidades básicas de saúde para atendimento da população em geral. (Figura 15).

Figura 15: Estabelecimentos de Saúde da Cidade de Bananeiras.



Fonte: CNES, 2015.

A pesquisa foi realizada em 5 destas unidades, que foram renomeadas para melhor desenvolvimento do estudo, da seguinte forma:

- 1- PSF Cidade Baixa: US I;
- 2- USF Antônio Marques Neto: US II;
- 3- USF de Roma: US III;
- 4- USF Dr. Mariano Barbosa: US IV;
- 5- USF José Vitor de Araújo US V.

4.3 Período de Investigação

A pesquisa de levantamento de dados dos prontuários das gestantes e a interpretação dos mesmos foi realizada no período de dezembro de 2015 até julho de 2016.

4.4 Aspectos Éticos

Adotando a Resolução 466/12, que aborda Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, foram analisados e seguidos os critérios exigidos:

- Providenciar um termo de autorização institucional a secretária de saúde do município de Bananeiras-PB (Apêndice I, II, III, IV, V, VI e VII), para o diretor do hospital municipal de Bananeiras.
- Obter consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa e/ou seu representante legal através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em Apêndice VIII;
- Encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética para avaliação e apreciação.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento de formulários utilizando informações dos prontuários das gestantes do município de Bananeiras-PB. Os prontuários foram selecionados de forma aleatória, estando estes entre os anos de 2014, 2015 e 2016. As variáveis para a pesquisa foram: principais enfermidades, idade materna e gestacional, número de gestações e enfermidades anteriores. Todas as informações coletadas passaram por análise crítica e de consistência. Para codificação ocorreu a atribuição de números para cada variável, os quais foram utilizados na planilha de coleta de dados no lugar dos nomes.

Em dias pertinentes, as gestantes atendidas nos postos de saúde foram apresentadas a um questionário contendo 21 questões relacionadas a gestação.

4.6 Processamento e análise dos dados

Os dados passaram por análises através de programas de tabulação e Microsoft Excel.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

5.1 Ano de gestação

Os dados referentes ao ano de gestação, obtidos dos prontuários, estão elencados na tabela 03.

Tabela 03: Ano de gestação.

Data início pré-natal (TOTAL)		
2014	2015	2016
23(12,5%)	94(51,09%)	67(36,41%)

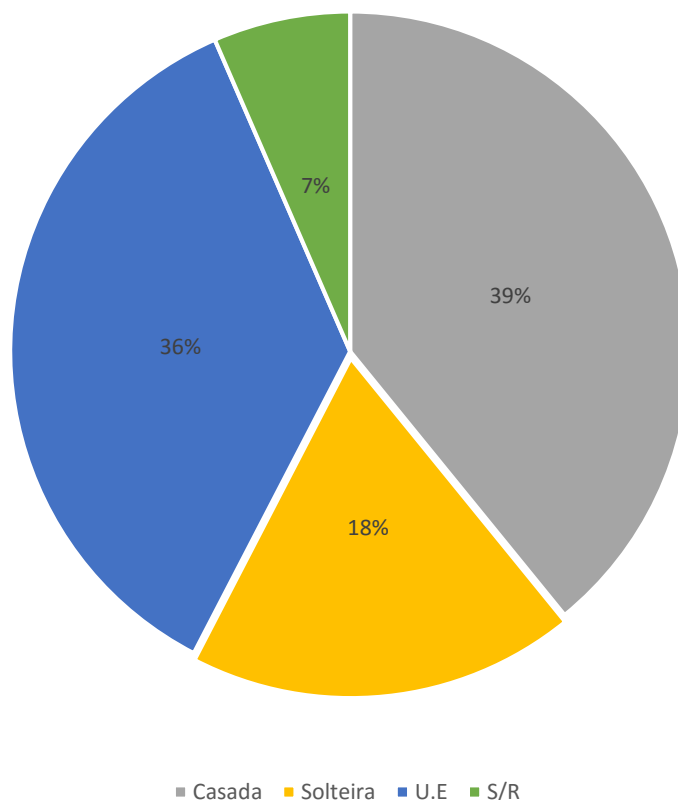
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Pode-se observar que ocorreu uma prevalência de gestações, nos postos de saúde do município de Bananeiras, no ano de 2015 com 51,09%. Destaca-se que ocorreu uma grande variação, com elevação de 38,59% do número de gestações entre o ano de 2014 e 2015.

A pesquisa referente ao número de gestações no ano de 2016, foi finalizada no mês de Junho, observando-se o número de 67 gestações, sendo este um valor expressivo para apenas 6 meses do ano, tendo em vista que apresentou 27 gestações a menos do que o ano de 2015.

5.2 Estado Civil

Com relação a variável estado civil, a figura 16, a seguir, demonstra que o maior percentual de grávidas possui um companheiro, sendo 39% casadas e 36% estão em um relacionamento estável.

Figra 16: Estado Civil

Legenda: U.E = União estável; S/R. = Sem Resposta.

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Múltiplos fatores revelam que o desenvolvimento da gestação é melhor quando a mulher possui um parceiro, pois pode compartilhar os momentos (MAGALHÃES et al., 2006).

Carniel et al. (2006) afirmam que o companheiro presente na vida da gestante é importante, uma vez que este pode ajudar a grávida economicamente, psicológica e emocional. A ausência do cônjuge na residência pode estar relacionada à uma menor adesão das gestantes ao pré-natal.

A pesquisa mostra que, apenas, 34 (18%) grávidas eram solteiras, sendo este um resultado positivo. Comparando com outras pesquisas, encontramos valores próximos ao estudo feito por Scarpa et al. (2006), que foi realizado no Ambulatório de Pré-Natal do Departamento de Tocoginecologia, no Hospital das Clínicas da

Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, com 15,6% e valores inferiores em estudo realizado por Spindola; Penna; Progianti (2006) que apresentou um percentual de gestantes solteiras de 27,1%, sendo o estudo destes autores realizado no hospital universitário Gaffrée e Guinle, situado no Rio de Janeiro.

A Tabela 04, demonstra os resultados do estado civil das gestantes, referente a cada posto de saúde.

Tabela 4: Estado civil de acordo com cada posto

Estado Civil	Casada	Solteira	U.E	S/R
US I	14	12	10	2
US II	22	14	11	6
US III	22	4	17	2
US IV	8	2	8	0
US V	6	2	20	2

Legenda: U.E = União estável; S/R. = Sem Resposta.

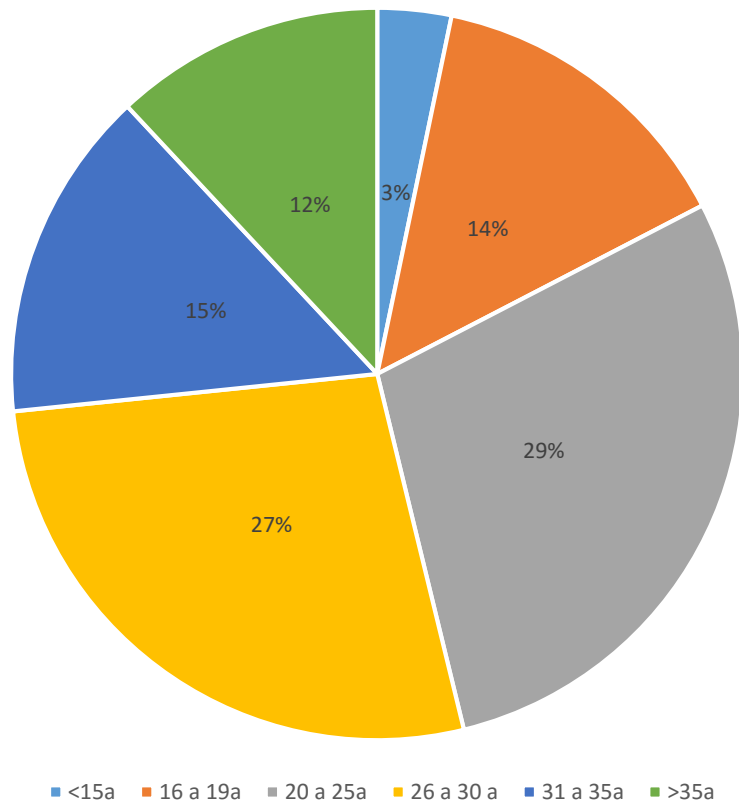
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Em todos os postos, ocorreu o predomínio de gestantes casadas e com união estável (75%), que segundo Magalhães et al. (2006) é um fator importante para o desenvolvimento da gestação. Resultados inferiores foram encontrados em Buzzo et al. (2009), que apresentou uma taxa de mulheres com companheiros de 55,5%.

5.3 Faixa Etária

A figura 17, apresenta a distribuição das gestantes por grupo etário, observa-se que ocorreu a predominância de grávidas com idade entre 20 a 25 anos (29%), em seguida temos 26 a 30 anos (27%), 31 a 35 anos (15%), 16 a 19 anos (14%) e com menores números >35 anos e <15 anos com 12% e 3% respectivamente.

Figura 17: Idade gestantes (Total)



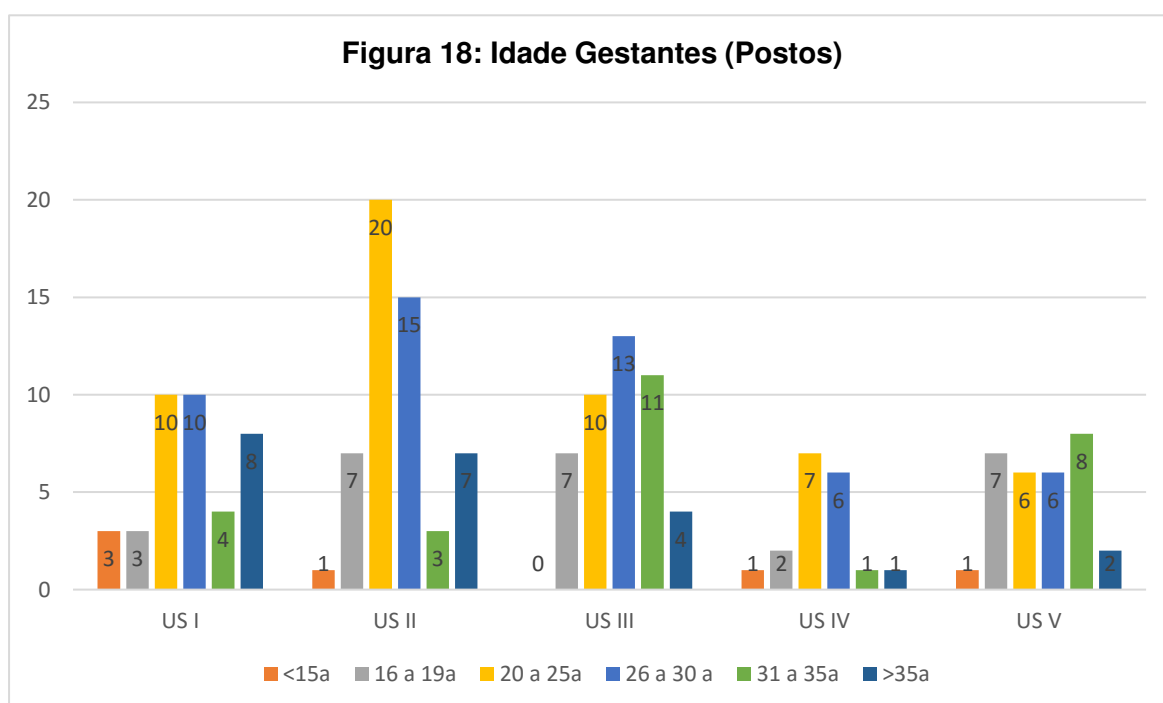
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Ocorreram casos de gestações em todas as faixas etárias, com maior concentração entre 20 e 30 anos, com 53 casos de gestações. De acordo com Behrman; Kliegman; Jenson (2005) a faixa etária apropriada e satisfatória para a gestação é de 20 a 30 anos, sendo que nessa idade os órgãos genitais estão em pleno vigor fisiológico e anatômico e ao fato que gestantes adolescentes e com idade superior a 40 anos apresentam riscos de sofrimento fetal, restrição do

desenvolvimento, presença de doenças maternas pélvicas, como o diabetes e hipertensão arterial e óbito intrauterino.

Em relação à esta variável, podemos observar resultados inferiores na pesquisa feita por Spindola; Penna; Progianti (2006), que apresentaram um percentual de 39,8% de gestantes com idade entre 20 e 30 anos, enquanto o presente estudo obteve um percentual de 56%.

A figura 18, apresenta os dados relativos a idade das gestantes em cada posto de saúde. Observa-se que ocorreu uma incidência, em 4 postos, com exceção da USF Antônio Marques, de idade entre 20 e 30 anos.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Podemos notar a presença de um índice inferior de gestantes com idade menor ou igual a quinze anos (3,3%) em relação as gestantes de 20 a 30 anos (28,8%).

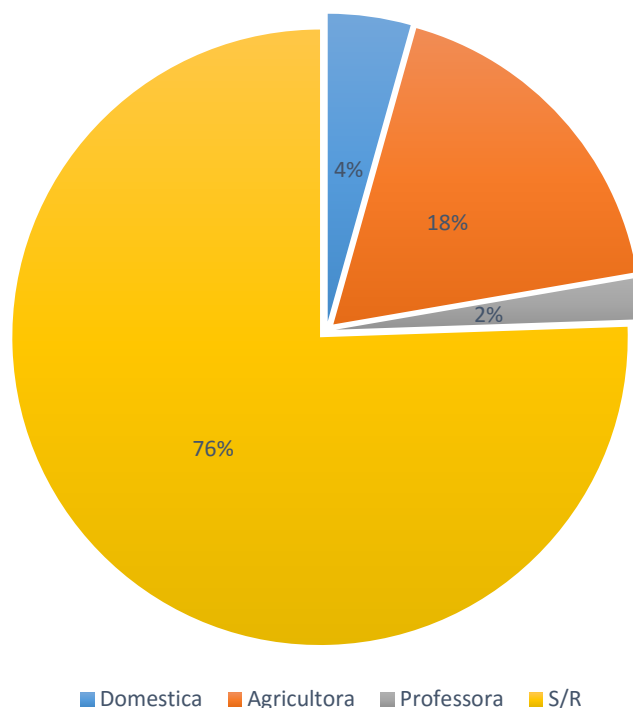
Temos o índice de 12% de gestações tardias, com gestantes com idade superior a 35 anos. De acordo com Gravena et al. (2012) podemos levar em consideração alguns fatores para ocorrência de gestações tardias, como o desejo

das mulheres em investir na carreira educacional, profissional, disponibilidade de diversos métodos anticoncepcionais e infertilidade.

5.4 Ocupação

A figura 19 mostra os dados referentes a variável ocupação, que revelaram uma grande quantidade de informações ausentes (76%) relacionadas a este tópico nos prontuários.

Figura 19: Representativo da Ocupação dos Prontuários

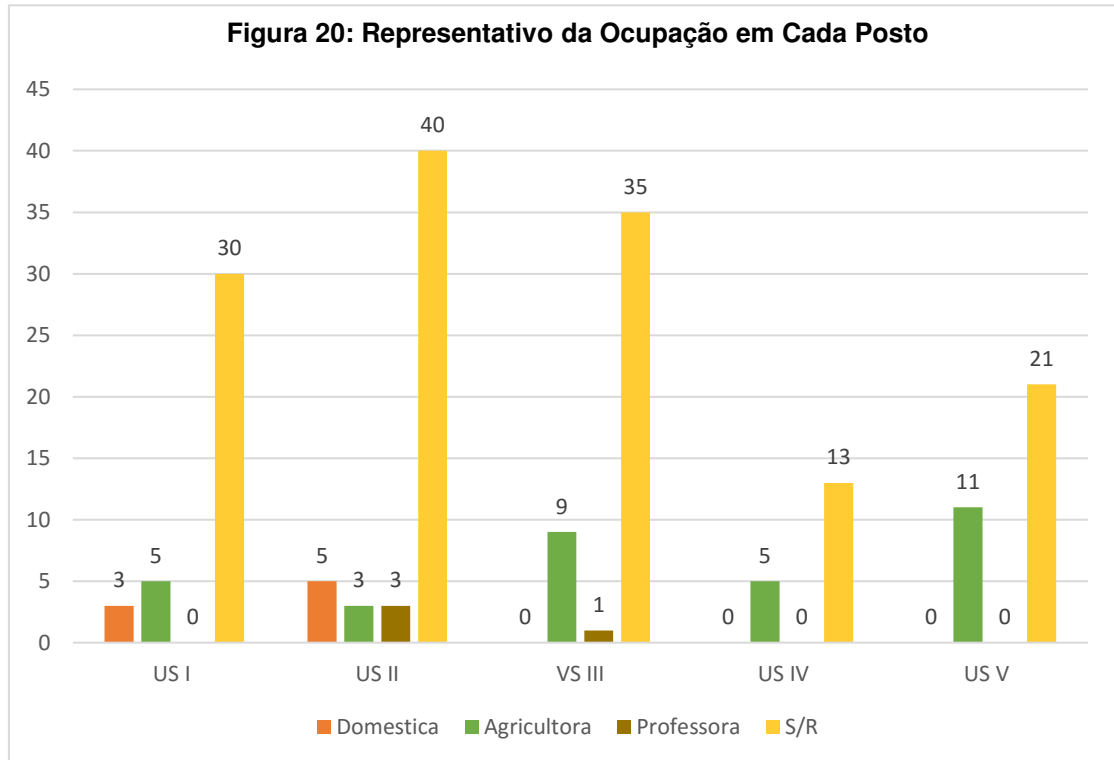


Legenda: S/R. = Sem Resposta.

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Entre as gestantes que forneceram informações sobre a ocupação, temos que 33 (18%) gestantes declararam-se agricultoras, 8 (4%) domésticas e 4 (2%) professoras. Carniel et al. (2006), afirmam que sem profissão, as oportunidades de inclusão ao mercado de trabalho diminuem e o sustento da família pode ser afetado, sendo que a probabilidade das gestantes que trabalhavam deixarem seus empregos depois que engravidam é elevada. No presente estudo, apenas, 24% das gestantes exerciam alguma atividade remunerada no momento da gestação, corroborando, assim, a tese do autor citado a cima.

A figura 20 apresenta informações relacionadas a ocupação das gestantes em cada posto de saúde.



Legenda: S/R. = Sem Resposta.

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

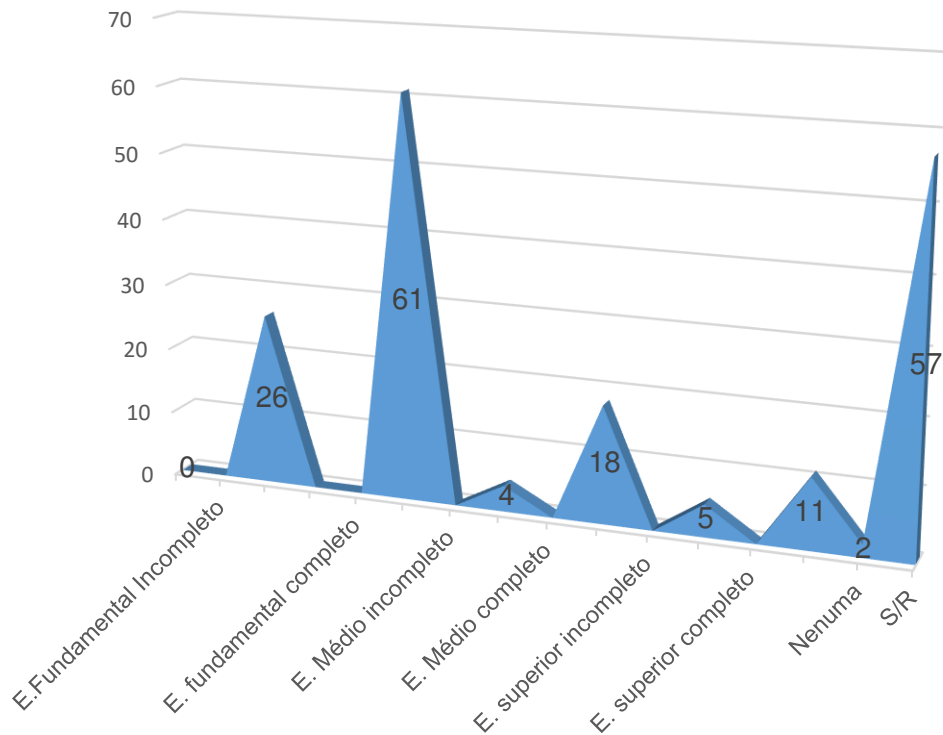
As US V e II, foram as instituições que apresentaram o maior número de gestantes com ocupação, ambas com 5,97%. Levando em consideração o elevado índice de ausência de informações desta variável, não podemos afirmar que ocorreu altas taxas de desemprego entre as gestantes avaliadas.

De acordo com Brito (2015), a ausência, expressiva, de informações em prontuários dificulta a análise de algumas variantes, este fator ocorre na variável ocupação do presente estudo.

5.5. Escolaridade

A figura 21 mostra a escolaridade das gestantes no momento do pré-natal, e revela um grande número de gestantes com ensino fundamental completo (33,15%), seguido de gestantes com ensino fundamental incompleto (14,13%).

Figura 21: Representativo da Escolaridade nos Prontuários.



Legenda: S/R. = Sem Resposta.

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

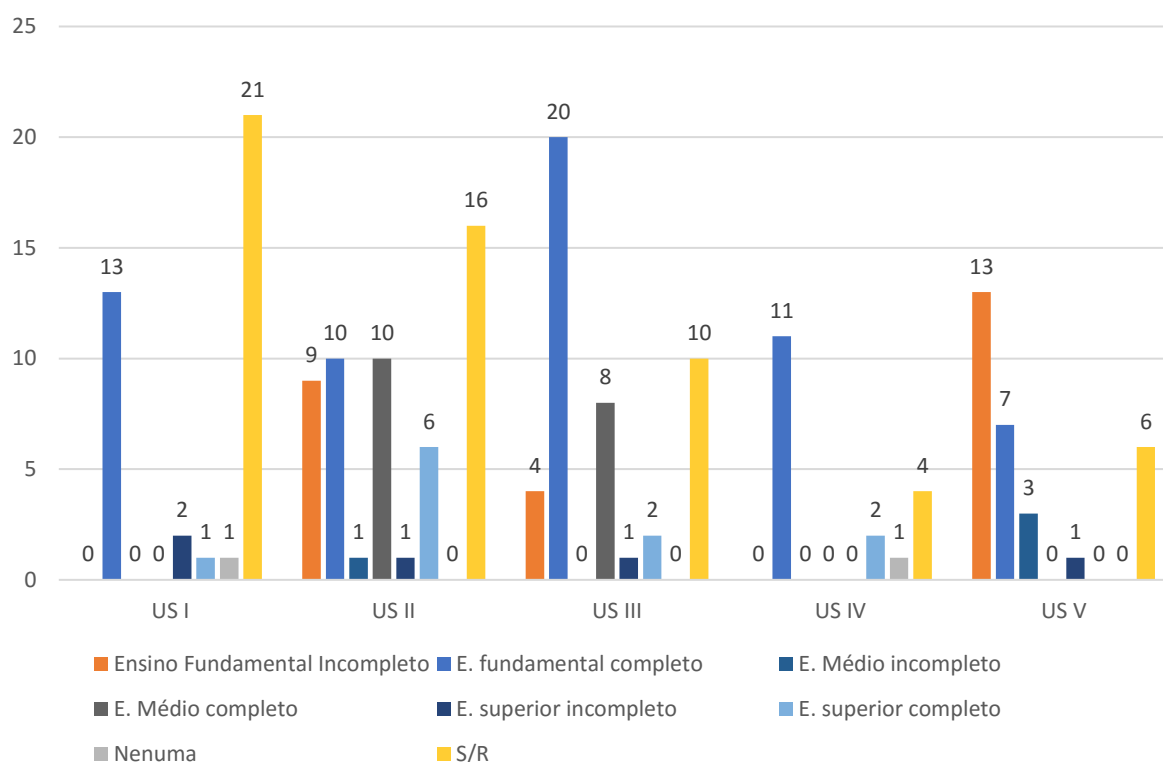
O presente estudo mostra que 47,28% tiveram, apenas, nível fundamental completo ou incompleto. Resultados diferentes foram encontrados em estudo feito por Silva et al. (2011), que obteve 26,7% das gestantes com nível fundamental completo ou incompleto.

Entre os dados obtidos, temos que grande parte das gestantes tiveram algum grau de educação e a maioria não completou os estudos. Segundo Rezende e

Souza (2012), as baixas condições educacionais influem em condições habitacionais inadequadas, más condições de higiene e alimentares.

Figura 22 apresenta o nível de escolaridade das gestantes, de acordo com cada posto de saúde.

Figura 22: Representativo da Escolaridade em Cada Posto.



Legenda: S/R. = Sem Resposta.

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Podemos notar que a US II apresentou o maior número de gestantes com nível superior completo e a US V apresentou o menor índice de escolaridade, com 20 gestantes que não chegaram a completar o ensino fundamental.

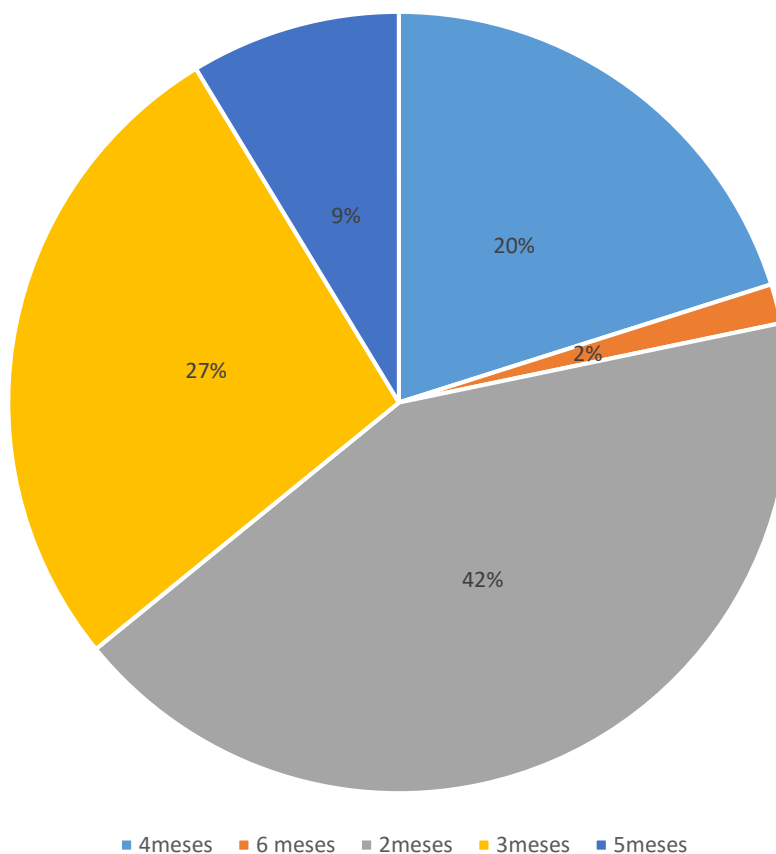
Os resultados referentes a US II, que apresentaram melhores índices de escolaridade, podem estar associados ao maior número de instituições de educação próximas a região do conjunto, diferentemente da região do Taboleiro, localizada na zona rural e com difícil acesso as instituições educativas.

Em todos os postos ocorreu a prevalência de gestantes com baixa escolaridade. Segundo Haidar; Oliveira; Nascimento (2001), mulheres com menor escolaridade, possuem maiores chances de engravidar mais de uma vez, este fato pode acontecer devido à falta de informação ou a falta de acesso aos serviços de saúde.

5.6 Meses de gestação início pré-natal

A figura 23 apresenta os dados adquiridos sobre a idade gestacional de início do pré-natal.

Figura 23: Meses de gestação início pré-natal (Total).



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com os dados obtidos a maioria das gestantes iniciou o pré-natal com dois meses de gestação, tendo-se 42%. Em seguida, temos que 27% iniciaram

o pré-natal com três meses, 20% com quatro meses, 9% que cinco meses e três gestantes que deram início ao pré-natal com 6 meses de gestação.

Segundo Faria; Zanetta (2008) nesses casos, quanto antes a gestante tiver confirmado a gravidez e der início ao pré-natal maior será as chances de resultados positivos, segurança e tranquilidade para a grávida e o concepto.

A pesquisa mostra que 69% das gestantes atendidas nos postos de saúde de Bananeiras iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, sendo este um fator importante. Segundo o Ministério da Saúde, é importante que as grávidas iniciem o pré-natal nos primeiros três meses, pois se for identificada alguma alteração a conduta necessária seja efetuada, assegurando a saúde do binômio mãe e filho.

Podemos ver que resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Ceolin; Cesarin; Heck (2008), no qual 76% das gestantes procuraram o serviço de pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

São Paulo (2010) afirmam que embora o Brasil tenha avançado na cobertura de gestantes, ainda existe a necessidade de conscientização das mulheres sobre a importância de iniciar o pré-natal assim que confirmarem a gravidez, principalmente adolescentes que diversas vezes não percebem ou não notificam a gravidez em seu estágio inicial.

A tabela 05 mostra a idade gestacional em que as mulheres deram início ao pré-natal em cada posto de saúde.

Tabela 05: Meses de gestação início pré-natal (Postos).

Meses de gestação (Início pré-natal)	US I	US II	US III	US IV	US V
2 meses	19	24	20	7	8
3 meses	11	16	12	4	7
4 meses	6	9	7	3	12
5 meses	0	4	6	4	2
6 meses	2	0	0	0	1

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

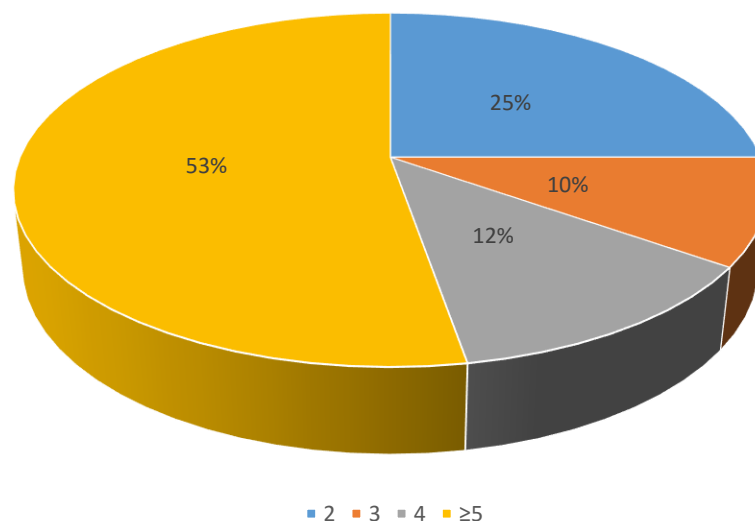
Nota-se que em todos os postos ocorreu um elevado índice de início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Tendo um ponto positivo, pois, como afirma Faria; Zanetta (2008) quanto mais cedo o pré-natal for iniciado, melhor será o desenvolvimento da gestação.

Nagahama; Santiago (2006) afirmam que o início do pré-natal tardio, pode acontecer devido a quantidades limitadas de vagas no serviço de saúde. No estudo realizado pelos autores citados acima, a maioria das gestantes analisadas iniciaram o pré-natal tardiamente, mostra-se diferente dos resultados encontrados no presente estudo, que apresentou 69% das gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

5.7 Número de consultas pré-natal

A figura 24, apresenta os dados encontrados em relação ao número de consultas pré-natal das gestantes.

Figura 24: Número de consultas pré-natal (Total).



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

A figura 24 revela que, a maior parte das gestantes, 53%, passaram por um número igual ou superior a cinco de consultas pré-natal, seguida de 25% com duas

consultas pré-natal, 12% com vinte e três gestantes com quatro consultas e dezoito (10%) com três consultas pré-natal.

De acordo com Brasil (2012), para a realização de um pré-natal adequado é necessário que se tenha seis ou mais consultas. Segundo o Datasus (2004) no Brasil vem ocorrendo uma elevação no número de consultas pré-natal por mulher realizadas no SUS, com um aumento de 1,2 consultas em 1995 para 5,1 consultas em 2003. O presente estudo revela resultados positivos, se comparados com os dados do Datasus (2004) com este tópico.

Podemos ver resultados semelhantes em estudo feito por Silveira; Santos; Costa (2001), no qual a média de consultas pré-natal foi de 5,3 por gestante.

De acordo com Dias (2015), o número de consultas pré-natal pode variar, tendo que levar em consideração a conduta de cada médico e o desenvolvimento da gestação. Segundo este autor, a gestante é orientada a fazer o retorno ao consultório todo mês, até o 7º mês de gestação. No oitavo mês, é necessário a realização de duas consultas. No último mês (9º) é indicado consultas semanais. Desta forma, é indicado o número de 9 consultas até o termino do oitavo mês gestacional, este número é semelhante ao encontrado no presente estudo, que foi de 5 consultas ou mais.

A tabela 06, mostra o número de consultas pré-natal das gestantes, realizadas em cada posto de saúde. Observa-se que em 4 dos 5 postos ocorreu a prevalência de um índice igual ou superior a cinco consultas por gestante.

Tabela 06: Número de consulta pré-natal (Postos).

Número de consultas pré-natal	US I	US II	US III	US IV	US V
2	15	6	13	2	10
3	7	2	4	2	3
4	7	3	5	1	7
≥5	9	42	23	13	10

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

A US II apresentou melhores números, com 5 ou mais consultas pré-natal por gestante e o US I com menores índices, com apenas 9 grávidas com 5 ou mais consultas. Podemos presumir que na US I ocorreu a presença de uma maior quantidade de novas gestantes ou a ocorrência de suspensões do pré-natal.

Comparando ao estudo feito por Nagahama e Santiago (2006), que apresentou uma ordem de frequência de 91,6% de gestantes com 6 ou mais consultas pré-natal, número este superior ao presente estudo, que obteve uma constância de 53% de grávidas com um número superior ou igual a 5 consultas.

5.8 Número de gestações

Os números de gestações, por mulher, estão listados na tabela 07. Pode-se observar que das 184 participantes do estudo, 41,3% eram primigestas.

TABELA 07: Número de gestações.

Nº de gestações (Total)	
1	76
2	41
3	33
4	18
≥5	16

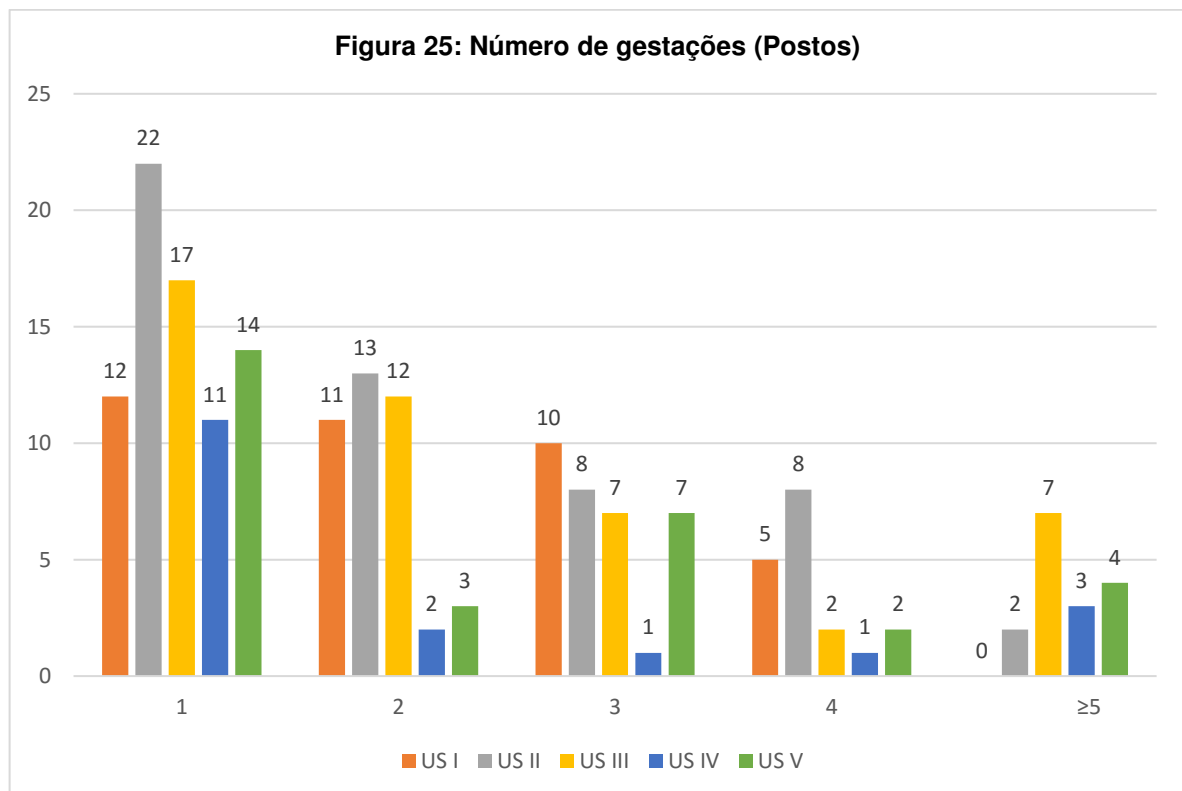
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com o IBGE (2010) a média de fecundidade das brasileiras está em 1,9 filho. Em comparação com o estudo realizado, as gestantes atendidas nos postos da cidade também se encontram na média de fecundidade do país, com 76 mulheres na sua primeira gestação e apenas 16 eram multíparas (5 ou mais gestações).

Com relação a quantidade de gestantes multíparas, Coimbra et al. (2003) afirmam que as mães multíparas, diferentemente das primigestas, apresentam maior experiência, sentindo-se, assim, mais seguras no decorrer da gestação e dão menor importância ao pré-natal. Algumas vezes as multíparas acabam considerando que já possuem conhecimentos necessários, acreditando que não necessitem de tantos cuidados como as primigestas.

A presente pesquisa, que apresentou índices de 22,28% de secundigestas e 17,9% de tercigestas, difere do estudo realizado por Perez Neto; Segre (2012), que obtiveram um percentual de 26,9% de secundigestas e 53,3% de tercigestas,

A figura 25, apresenta os resultados relativos ao número de gestações de acordo com cada posto de saúde.



FONTE: Dados da pesquisa.

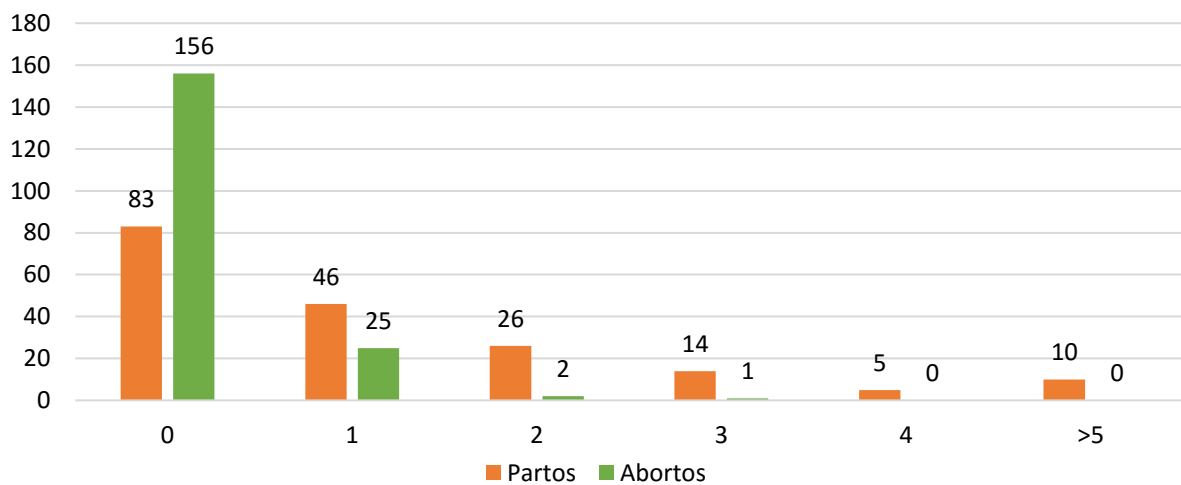
Observa-se, que em todos os postos ocorre a prevalência de mulheres com 1 e 2 gestações, assim, podemos notar que todas as instituições de saúde analisadas estão de acordo com a média do IBGE (2010) de fecundidade. A US III foi a que obteve maiores quantidades de gestantes múltiplas, com o número de 7 mulheres, enquanto o US I não registrou nenhum caso de mulheres com 5 ou mais gestações.

Em comparação com o estudo feito por Brito (2015), que apresentou um percentual de 40,6% de primigesta, com resultados semelhantes ao presente estudo, que apresentou 41,3% de mulheres na primeira gestação.

5.9 Número de partos e abortos

A figura 26, apresenta as características reprodutivas das mulheres atendidas nos postos, de acordo com as variáveis números de partos e abortos.

Figura 26: Partos e Abortos (Total).



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Como podemos notar, o número de abortos entre as gestantes é de 15,2%. De acordo como instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 8,7 milhões de brasileiras com idade entre 18 e 49 anos, já realizou pelo menos um aborto, espontâneo ou induzido, na vida.

Stoval (2005) relata que o aborto espontâneo ocorre em 15 a 20% das gestações, sendo que a maioria destes abortos ocorre em razão de algumas anomalias estruturais ou cromossômicas do embrião.

Segundo Lenz; Flores (2011) existem alguns fatores associados ao abortamento espontâneo, entre eles a idade materna avançada, histórico de aborto espontâneo prévio, uso de cigarro, álcool, cocaína, alterações anatômicas uterinas, peso materno e traumatismos. Como grande parte das gestantes do presente estudo possuía idade materna adequada, e histórico pequeno de abortamentos, os riscos de aborto espontâneo nessas gestantes foi menor.

Em relação ao número de partos, podemos observar na figura 26 a presenças de 83 nulíparas, 46 primíparas, 26 terciplas, 5 quadriplas e 10 multiparas. Segundo o Datasus, 2014 o número de partos no Brasil foi de 2.979.259 e na região Nordeste 833.090, sendo esta a segunda região do país com o maior número de partos, perdendo apenas para a região sudeste. No presente estudo a maioria das grávidas se encontra na primeira gestação (45,1%), observa-se números semelhantes quando comparamos com o estudo realizado por Scarpa, et al (2006) que analisou 340 gestantes, sendo 38,1% das gestantes nulíparas.

A tabela 08, apresenta os resultados obtidos do número de partos e abortos em cada posto.

TABELA 08: Número de partos e abortos.

Partos	0	1	2	3	4	>5
US I	12	14	8	4	0	0
US II	25	13	5	8	1	1
US III	20	11	7	0	3	4
US IV	12	1	2	0	1	2
US V	14	7	4	2	0	3
Abortos	0	1	2	3	4	>5
US I	33	5	0	0	0	0
US II	49	3	0	1	0	0

US III	38	7	0	0	0	0
US IV	14	3	1	0	0	0
US V	22	7	1	0	0	0

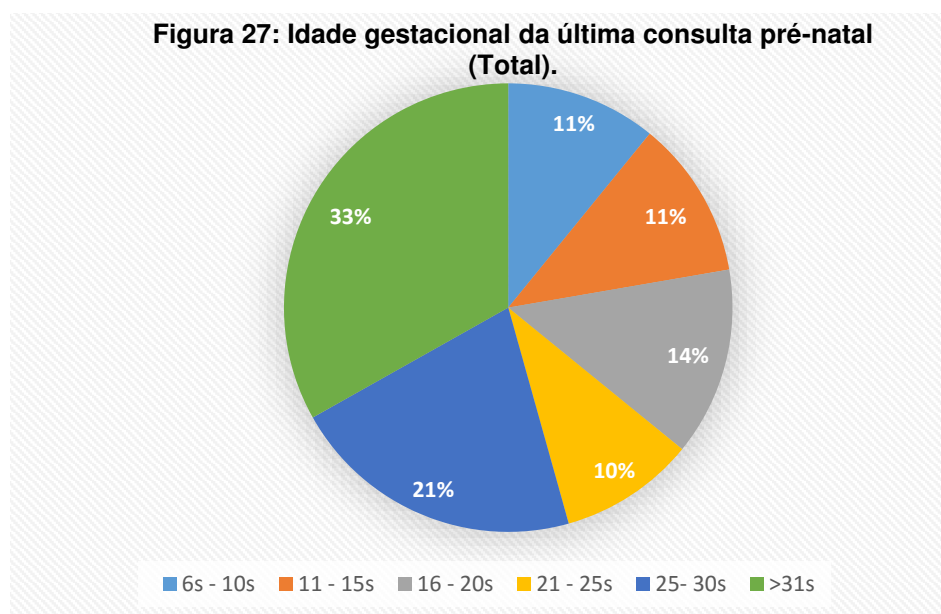
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com cada instituição (Tabela 08), o posto que teve o maior número de abortos foi a US V com o número de 8 abortamentos entre as gestantes. Entre o número de partos destaca-se a US II com 15,2% de gestantes que já pariram pelo menos uma vez na vida.

Comparando com pesquisas similares, em BEZERRA et al. 2006 que obteve o percentual 52,8% de gestantes nulíparas, podemos ver a prevalência de gestantes nulíparas, assim como o presente estudo (45,1%).

5.10 Idade gestacional da última consulta pré-natal

A figura 27, apresenta os dados relativos a idade gestacional em que a grávida realizou a última consulta pré-natal.

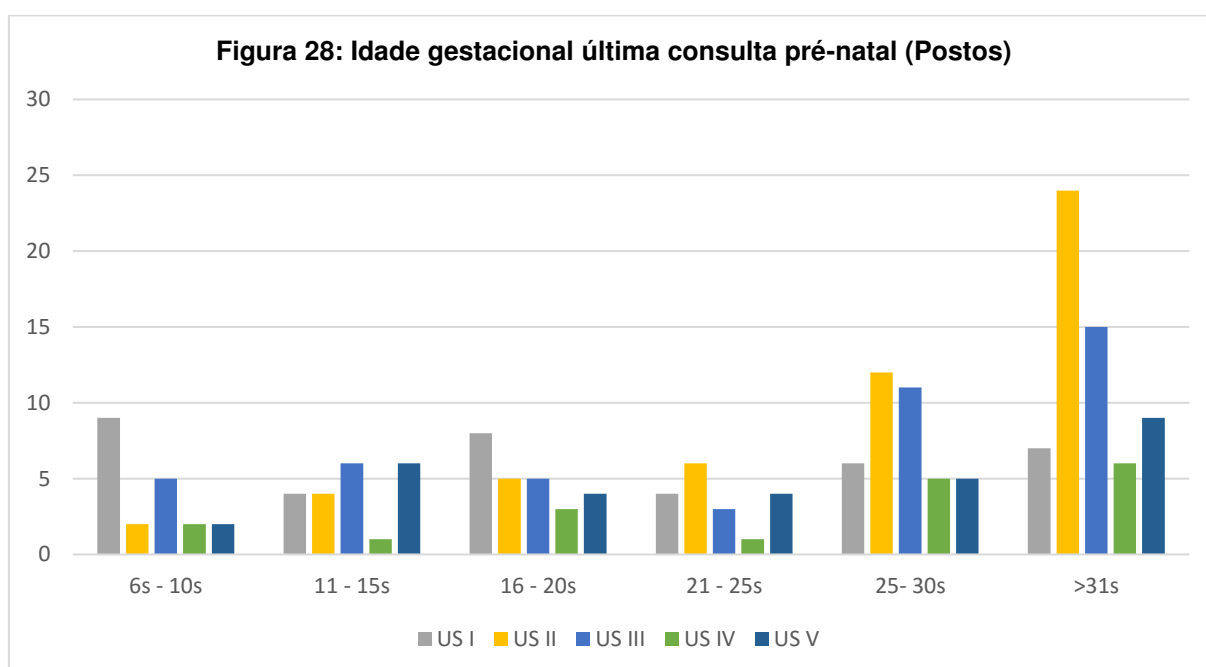


FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

A maioria das gestantes (61), na última consulta feita do pré-natal, estavam com trinta e uma semana ou mais de gestação, sendo este dado importante.

O Ministério da Saúde (2000) recomenda que as gestantes continuem as consultas pré-natal até no mínimo a 29ª semana gestacional. Então, pode-se considerar que o presente estudo se enquadra nas recomendações do ministério da saúde em relação a idade gestacional da última consulta.

A figura 28, apresenta os dados da variável idade gestacional da última consulta pré-natal de cada posto de saúde.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Podemos destacar a US II foi o posto que apresentou um maior número de grávidas que realizaram a última consulta pré-natal com mais de 31 semanas de gestação.

Assim como na variável número de consultas pré-natal o US I apresentou, também, índices altos na variável idade gestacional da última consulta pré-natal, com qual teve 9 gestantes efetuando a última consulta pré-natal entre 6 a 10

semanas gestacionais, corroborando a suposição da entrada de novas gestantes para início do pré-natal neste posto.

De acordo com Horizonte (2012) é necessário que ocorra o retorno as consultas semanalmente após a 40^a semana de gestação, para avaliação do bem estar fetal. O presente estudo, apresentou uma maioria das gestantes (33%) com mais de 31 semanas no momento da última consulta pré-natal, mostra resultados adequados ao que foi proposto pelo autor citado a cima.

5.11 Doenças presentes nas gestantes dos postos de saúde

A tabela 09 apresenta, os dados das enfermidades que acometeram as gestantes nas unidades básicas de saúde avaliadas na pesquisa.

TABELA 09: Doenças de acordo com os postos de saúde.

US I									
I.T.U	Anemia	Diabetes	H.G	H.G.C	Toxoplasmose	Varicela	Sífilis	Zica	
1	3	3	4	0	0	2	1	0	
US II									
I.T.U	Anemia	Diabetes	H.G	H.G.C	Toxoplasmose	Varicela	Sífilis	Zica	
22	2	1	4	0	1	0	0	1	
US III									
I.T.U	Anemia	Diabetes	H.G	H.G.C	Toxoplasmose	Pré-Eclâmpsia	Sífilis	Zica	
21	3	1	3	0	0	2	0	1	
US IV									
I.T.U	Anemia	Diabetes	H.G	H.G.C	Toxoplasmose	Varicela	Sífilis	Zica	
18	4	1	4	1	0	0	0	0	
US V									
I.T.U	Anemia	Diabetes	H.G	H.G.C	Toxoplasmose	Varicela	Sífilis	Zica	
8	5	2	6	0	1	1	0	1	

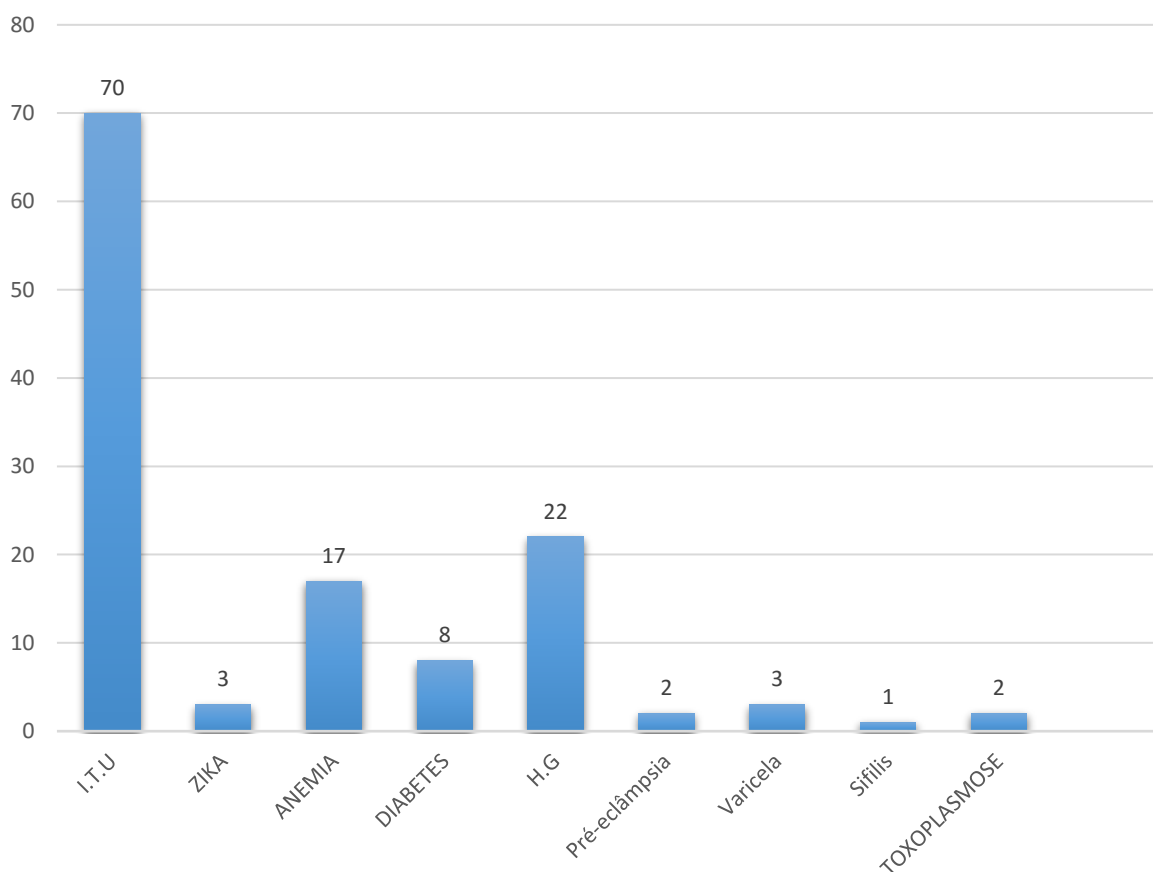
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Podemos destacar a US III, US IV e US II, que apresentaram grandes números de gestantes acometidas por infecções do trato urinário. Na US IV 100% das gestantes analisadas tiveram algum tipo de I.T.U., apresentando, assim, níveis preocupantes, que necessitam avaliação e estabelecimento de medidas preventivas e de controle na região para I.T.U.

Em estudo semelhante feito por Jacociunas; Picoli (2008), que constatou de uma amostra de 100 gestantes, 16% com I.T.U., observando-se que o número é muito inferior ao encontrado nesta pesquisa.

A figura 29, mostra as doenças que acometeram as gestantes, da cidade de Bananeiras, nos postos de saúde analisados, nos anos de 2014, 2015 e 2016.

Figura 29: Doenças que acometeram as gestantes nos postos de saúde de Bananeiras (2014, 2015, 2016)



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

A infecção do trato urinário foi a maior causa de doenças entre as gestantes atendidas nos postos de saúde, dentro dos prontuários analisados com 38%,

seguida da hipertensão gestacional com 12%, posteriormente da anemia. Com quantidades menores encontramos diabetes, ZICA, varicela, pré-eclâmpsia, sífilis e toxoplasmose. No estudo, não foram encontrados casos de HIV e distúrbios da tireoide.

Segundo Salcedo et al. 2010, a ITU pode ser considerada uma doença comum na gestação, podendo causar algumas complicações ao binômio mãe e bebê, como internação da gestante, baixo peso ao nascer, e morte fetal.

Comparando com estudos similares temos que em Jocociunas; Picoli, 2008, de 100 gestantes analisadas: 16% apresentaram resultados positivos para infecções urinárias, demonstrando que a pesquisa realizada apresenta um número de gestantes acometidas por ITU superior ao estudo comparado.

De acordo com Duarte et al. 2008 o tratamento deve ser feito, assim que o diagnóstico da enfermidade for confirmado, em que pode ser baseado através dos resultados do exame laboratorial antibiograma e para casos agudos de ITU não é recomendado aguardar o resultado da cultura, sendo necessário instituir tratamentos empíricos de terapia antimicrobiana.

Conforme Peraçoli e Parpinelli, 2005 a hipertensão gestacional é considerada uma doença comum e importante, que resulta em grandes riscos de mortalidade materna e fetal, tendo a presença em 6% a 30% nas gestantes.

O presente estudo que demonstrou números significativos de gestantes acometidas com HG (12%), demonstra que é necessário maiores cuidados e uma maior atenção voltada para esta enfermidade. Segundo dados do departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS, 2010) a hipertensão gestacional no Brasil é a principal causa de mortalidade materna, principalmente quando ocorre nas suas formas mais graves, representa, também, uma grande proporção de óbitos perinatais.

Carvalho et al. 2012 afirmam que a gestante com HG deve ser monitorada semanalmente para possível evolução para pré-eclâmpsia e acompanhamento de sinais de gravidade. Na ausência de problemas ou desenvolvimento de PE, o parto deverá ser induzido com 40 semanas gestacionais.

Observa-se que o número de gestantes anêmicas (9,2%) presentes no estudo, comparado com estudos similares, é menor que a prevalência de 21,4% encontrada por Rocha et al. 2005, menor que a prevalência de 53,3% encontrada por Andreto et al. 2006, e semelhante a prevalência de 12,4% encontrada por Guerra et al. 1991, no grupo de 363 gestantes.

De acordo com a sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia, estima-se que a prevalência do diabetes mellitus gestacional no Brasil é de 7,6% entre as gestantes maiores de 20 anos, no qual o presente estudo mostra níveis inferiores a esta estimativa com 4,3% de casos.

Segundo o primeiro balanço de casos de Zica no país (BRASIL, 2016) já foram registrados cerca de 7.584 casos suspeitos da doença, tendo que 2.844 foram confirmados. Nos postos de saúde analisados, obtivemos uma pequena quantidade de gestantes com essa enfermidade 1,6%, mesmo com o número baixo de casos presentes na região, é necessário que haja o controle do mosquito *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, que podem gerar muitos transtornos à população se deixados de lado, também é preciso que o número de informações sobre esta enfermidade aumente, como principais formas de controle, transmissão e tratamento.

5.12 Questionários

Vinte e duas gestantes aceitaram participar da pesquisa preenchendo os questionários relacionados a gestação, tendo como resultado do levantamento destes questionários apresentados na tabela 10.

TABELA 10: Resultado Questionários

IDADE				
	<20	20-30	31 - 40	41 -50
	4	11	6	1
Estado Civil				
	Solteira	Casada	Relacionamento Estável	
	4	8	10	
Escolaridade				
	Nenhuma	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Completo	Ensino Médio Superior
	3	5	6	4 4
Ocupação				
	Nenhuma	Agricultora		
	15	7		
Número de Gestações				
	1	2	3	>4

	7	5	4	6
Início Pré-Natal				
	2 meses	3 meses	4 meses	
	10	9	3	
Doenças				
	Sim	Não		
	5	17		
Qual?	Hipertensão Gestacional	I.T.U		
	1	4		
Satisfação com o serviço de saúde				
	Médio	Bom	Ótimo	
	5	15	5	

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Através da análise dos dados dos questionários preenchidos, foram encontrados números semelhantes aos recolhidos nos prontuários.

Grande parte das gestantes analisadas através dos questionários possui entre 20-30 anos (50%), Behrman; Kliegman; Jenson (2005) afirmam ser uma faixa etária satisfatória para uma gestação;

Ocorre grande incidência de mulheres com relacionamento estável (45,5%) e casadas (36,36%), sendo este um fator positivo, pois como afirma Magalhães et al. 2006 a presença de um companheiro melhora o desenvolvimento da gestação.

Com relação a escolaridade, foi observado um maior número de grávidas com ensino fundamental completo, obtendo-se, da mesma forma que os dados analisados dos prontuários, baixos níveis de escolaridade.

Associando as demais variáveis, ocorreu um índice superior de grávidas que não trabalharam, sendo elas primigesta, que deram início ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação (45,5%), sendo assim, um fator bastante favorável e adequado ao que foi sugerido pelo ministério da saúde.

Apenas 5 gestantes relataram a presença de alguma enfermidade, sendo 4 (18,18%) infecções do trato urinário e 1 (4,54%) hipertensão gestacional. Um grande percentual de grávidas (77,27%) afirmou que não ocorreu nenhuma doença no decorrer da gestação, sendo este um ponto positivo para a pesquisa. Assim como nos prontuários analisados do presente estudo, a I.T.U e a hipertensão gestacional foram as enfermidades que mais acometeram as gestantes.

Com relação a satisfação das gestantes com o serviço de saúde, 15 consideraram o serviço bom, 5 ótimo e 5 regular. E entre as sugestões para melhorias do serviço as gestantes pediram a presença de maiores números de médicos. Brasil (2013) recomenda que ocorra uma carga horária de 40 horas semanais para as equipes de saúde por instituição, melhorias no atendimento, compra de máquinas para ultrassom e melhoras no estoque de vacinas. O nível de satisfação das gestantes foi superior ao encontrada em estudo feito por Silveira; Santos; Costa (2001).

6. CONCLUSÃO

O estudo permitiu verificar que ocorreu grandes números de gestantes com infecções do trato urinário, e apresentou outras enfermidades, com proporções menores, como hipertensão gestacional, hipertensão gestacional crônica, pré-eclâmpsia, anemia, diabetes, Zica, varicela, Sífilis e toxoplasmose.

Foi estabelecido o perfil socioeconômico das gestantes atendidas nos postos de saúde da cidade de Bananeiras, sendo de mulheres com idade entre 20 e 25 anos, casadas, agricultoras, com nível fundamental completo, que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, primigestas, que nunca tiveram aborto e apresentaram algum tipo de infecção urinária no decorrer do período gestacional.

Através do levantamento de dados, foi entregue a secretária de saúde da cidade os dados com os perfis das gestantes e as principais doenças encontradas nos postos de saúde da região, além das sugestões que as grávidas fizeram para melhorar o sistema de saúde. Diante disso foi realizado um pedido de melhorias voltadas para gestantes como campanhas de saúde para educar e ajudar as grávidas com formas de limpeza, higiene e alimentação adequada, maneiras de evitar doenças, incentivo a realização do pré-natal e implementação das sugestões de melhorias propostas pelas gestantes. Os responsáveis pela secretária de saúde se comprometeram a realizar melhorias nas condições para as gestantes e a planejar e realizar campanhas de saúde voltadas para as grávidas da cidade.

7. REFERÊNCIAS

AMABIS, J. M.; MARTHO, G. R. **Biologia dos Organismos**. 2. Ed. São Paulo: Moderna. 2004.

AMARAL, W. T.; PERAÇOLI, J. C. **Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia**. Curso de Medicina, Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, 2011. Disponível em:
<http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_17fatoresderisco.pdf>. Acesso em: 14 jul 2016.

ANDRETO, L.M.; SOUZA, A.I.; FIGUEIROA, J.N.; CABRAL-FILHO, J.E. Fatores associados ao ganho e peso ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2041-2049, nov. 2006.

AVELLEIRA, J. C. R.; REGAZZI, H.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Educação Médica Continuada**, V. 81, n.2, Rio de Janeiro, Mar./Abr. 2006.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2. Ed. São Paulo: Roca. 2009.

BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. **Nelson**: tratado de pediatria. 17. Ed. Rio de Janeiro. 2005.

BEZERRA, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. 2006

BRASIL. Datasus. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. 2015.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Equipe de Saúde da Família**. 2013.

BRASIL. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de varicela**. Coordenadoria de doenças e agravos transmissíveis. Belo

Horizonte, p. 1-10. Janeiro de 2011. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/hu/files/2012/08/protocolo-varicela.pdf>>. Acesso em: 21 junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3. Ed. Brasília, p. 162. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco manual técnico**. 5ed. Brasília, p. 302, 2012. Disponível em:

http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 22 maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeiro balanço de casos de zica do país**. 2016.

BRITO, K. K. G. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Journal Of Research Fundamental Care**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 7, p.2717-2725, ago. 2015.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciência e Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. , p.115-125, 27 jul. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_12.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2016.

CARNIEL, E. F et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Revista Brasileira Saude Materno Infantil*, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006.

CARVALHO, E. R.; ROCHA, H. A. L. **Estudos Epidemiológicos**. Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Ceará, 2005. Disponível em:

<<http://www.epidemiologia.ufc.br/files/05estudosepidemiologicos.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

CARVALHO, M. de. et al. **Manual de Perinatologia**. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012. 299 p. Disponível em: <http://www.perinatal.com.br/pdf/manual-perinatologia_perinatal.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

CASTINEIRAS, T. M. P. P.; BRANDÃO, L. G. P.; MARTINS, F. S. V. **Varicela**. 2014. Disponível em: <<http://www.cives.ufrj.br/informacao/varicela/var-iv.html>>. Acesso em: 10 ago 2016.

CASTRO, F. C., CASTRO, M. J.; CABRAL, A. C. et al. A Comparison between Methods for the Diagnosis of Congenital Toxoplasmosis. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetria**. 2001.

CEARÁ, Secretaria de estado de saúde. **Protocolos de Obstetrícia**. Fortaleza. 2014.

CEOLIN, T.; CASARIN, S. T.; HECK, R. M. Factors associated to failure of the family planning. **Revista Enferm UFPE**, v.2, n.4, p.329-34, 2008.

CESAR, J. A. et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p.985-994, maio 2011.

CHUFALO, J. E.; BORGES, P. R.; ALMEIDA, S. P. de. **Hepatite na Gravidez: Hepatitis in the Pregnancy**. Femina, São Paulo, v. 34, n. 5, p.349-354, maio 2006. CNES. **Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 set. 2015.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, Aug. 2003.

CORRÊA JÚNIOR, M. D.; AGUIAR, R. A. L. P.; CORRÊA, M. D. **Fisioenfermidade da pré-eclâmpsia: Aspectos atuais**. Feminina, Natal, v. 37, n. 5, p.247-253, maio 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n5p247.pdf>>. Acesso em: 20 maio de 2015.

COSTA, S. H. M. et al. Hipertensão crônica e complicações na gravidez. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, p.01-03, maio 2005. Disponível em: <<http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2005/05/Artigo11.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

DATASUS 2004. Banco de dados do Sistema Único de Saúde.

DATASUS 2010. Banco de dados do Sistema Único de Saúde.

DIAS, S. Pré-natal completo: os exames que as gestantes precisam fazer ao longo da gravidez. 2015.

DUARTE, G. et al. Infecção Urinária na Gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 30, p.93-100. 2008.

ENCONTRADA

FARIA, D. G. S.; ZANETTA, D. M. T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. *Arq Ciênc Saúde*, v. 15, n. 1, p. 17-23, 2008.

Google Imagens. GOOGLE (Org), 2016. Disponível em: <<https://www.google.com.br/imghp?hl=pt-PT>>. Acesso: 15 ago. 2016.

Gravena, A. A. F.; Sass; A. Marcon, S. S.; Pelloso, S.M. Outcomes in late-age pregnancies, **revista Esc Enferm USP**, 2012.

HORIZONTE, Prefeitura de Belo. Pre-natal no programa saúde da família (PSF). 2012.

GUERRA, E.M.; VAZ, A. J.; TOLEDO, L.A.S.; IANONI, S.A.; QUADROS, C.M.S.; DIAS, R.M.D.; BARRETTO, O.C.O. Infecções por helmintos e protozoários intestinais em gestantes de primeira consulta atendidas em centros de saúde da rede estadual no subdistrito do Butatã, município de São Paulo. **Revista do Instituto Tropical de Medicina**, São Paulo, v.33, n.4, p.303-308, jul./ago. 1991.

IBGE Brasil (Org.). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBGE. **Fecundidade**. 2016. Disponível em: <
<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>>.
Acesso em: 12 ago. 2016.

JOCOCIUNAS, L. V.; PICOLI, S. U. Avaliação de Infecção Urinária em Gestantes no Primeiro Trimestre de Gravidez*. **Sociedade Brasileira de Análises Clínicas**, Ceará, v. 10, n. 02, p.23-27, nov. 2008.

JOCOCIUNAS, L. V; PICOLI, S. U. Avaliação de Infecção Urinária em Gestantes no Primeiro Trimestre de Gravidez. *Sociedade Brasileira de Análises Clínicas*, Ceará, v. 10, n. 02, p.23-27, 02 nov. 2008.

KASPER, L. H et al. **Infecção por toxoplasma**. Harrison medicina interna. 15a Ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; p. 1294-8. 2002.

KHAN, K. S., et al. WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review, **The Lancet**. v. 367, n. 9516, p. 1073, 1 de abril de 2006.

LEÃO, P. R. D.; MEIRELLES FILHO, J.; MEDEIROS, S. F. **Toxoplasmose: Soro prevalência em Puérperas Atendidas pelo Sistema Único de Saúde**. Rbgo, Cuiabá, v. 26, n. 8, p.627-632, 16 ago. 2004.

LENZ, M. L. M; FLORES, R. **Atenção à Saúde da Gestante em APS**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2011. 236 p. Disponível em<<http://www2.ghc.com.br/gepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>> Acesso em: 17 maio de 2015.

LEVENO, K.J. et al. **Manual de obstetrícia de Williams: complicações na gestação**. 22 Ed. Porto Alegre: Artmed. 2010.

LOPES, A. C. **Diagnóstico e Tratamento**. SP: Manole. 1 Ed. v. 02, p. 1089-1096. 2006.

LORENZI, D. R. S.; FIAMINGHI, L. C.; ARTICO, G. R. **Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento.** Femina, Caxias do Sul, v. 37, n. 2, p.83-90. 2009.

LUZ, K. G.; SANTOS, G. I. V.; VIEIRA, R. M. **Febre pelo vírus Zika.** 2015.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400785&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2016.

MACIEL, L. M. Z.; MAGALHÃES, P. K. R. **Tireóide e Gravidez.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, Ribeirão Preto, p.1084-1095, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n7/04.pdf>>. Acesso em: 5 abril de 2015.

MAGALHÃES, D. R. B. et al. Assistências pré-concepcional e pré-natal. Perinatologia básica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 37-51. 2006.

MELO, B. C. P; et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na Síndrome HELLP. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 163-167. 2009.

METABOLOGIA, Sociedade Brasileira de Endocrinologia. Diabetes mellitus gestacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 6, p.477-480, novembro de 2008.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília (DF); 2000.

MONTENEGRO JÚNIOR, R. M. et al. Protocolo de detecção, diagnóstico e tratamento do diabetes mellitus, na gravidez. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 33, n 4, p.520-527, dez. 2000. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n4/protocolo_deteccao.pdf>. Acesso em: 18 maio de 2015.

MONTENEGRO, C. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental:** Rezende. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.

MORESI, E. (Org.). **Metodologia da Pesquisa**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

MOURA, L. C.; PEDROSO, M. A. Anemia ferropriva na gestação. **Revista Enfermagem Unisa**. São Paulo, n. 4, p.70-75. 2003.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 173-179, 2006.

NICE. National institute for health and clinical excellence. **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman**. London. jun. 2010.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Eclampsia**. Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica. Genebra. 2005.

PASCOAL, I. F. Hipertensão e gravidez. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 256-261. 2002.

PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 27, n.10, p.627-634, out. 2005.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p.659-664, 01 nov. 2005.

PEREZ NETO, M. I. N.; SEGRE, C. A. M. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Einstein**, São Paulo, v. 3, n. 10, p.271-277, ago. 2012.

PETERSEN E. E. et al. Interim Guidelines for Pregnant Women During a Zika Virus Outbreak - United States. 2016.

PINHEIRO, P. HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ – HIPERTENSÃO GESTACIONAL. 2015. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2015/04/hipertensao-na-gravidez.html>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo Informação**. Campo Grande, v. 16, n. 16, p.54-69, dez. 2012.

ROCHA, D.S.; NETTO, M.P.; PRIORE, S.E.; LIMA, N.M.M.; ROSADO, L.E.F.P.; FRANCESCHINI, S.C.C. Estado Nutricional e Anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.18, n.4, p.481-489, jul./ago. 2005.

RODRIGUES, L. P.; JORGE, S. R. P. F.. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.53-56. 2010.

SALCEDO, M. M. B. P. et al. Como diagnosticar e tratar infecção urinária na gestação. 2010.

SALCEDO, M. M. B. P.; SALIS, M. F.; BEITUNE, P. E. Infecção urinária na gestação: Como Diagnosticar e Tratar. **Revista Brasileira de Medicina**, Porto Alegre, v. 67, n. 8, p.270-273, jan. 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4377>. Acesso em: 18 jun. 2015.

SANTIAGO, M. A. Assistência hospitalar ao neonato. Belo Horizonte: Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde, 2005. Disponível em: <saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/protocolos/assistencia_hospitalar_neonato.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2015.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, M. J. A. HIV na gestação. UNIFAP, Macapá, v. 2, n. 2, p. 11-24, jul./dez. 2012.

SÃO PAULO, Secretaria de estado de saúde. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 42, p.768-72, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

SÃO PAULO, Secretaria de estado de saúde. Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP. São Paulo: Ses, 234 p. 2010.

SASS, N. Hipertensão Arterial Crônica Leve e Moderada na Gravidez: Práticas Terapêuticas Baseadas em Evidências. **Femina** - Agosto 2002. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/apl/artigos/artigo_483.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SAÚDE, Ministério da. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**, 8. ed. Brasília. 2010.

SCARPA, K. P. et al. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. **Associação Médica Brasileira**, Campinas, v. 52, n. 3, p.153-156, 2006.

SIBAI, B. M. Diagnosis, controversies, and management of Syndrome of Hemolysis, elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count. **Obstet Gynecol.** 103: 981-91. 2004.

SILVA, J. R., et al. Perfil socioeconômico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, MG. Revista Digital efdeportes. Buenos Aires, ano 16, Nº 162, novembro de 2011.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** 2001.

SOARES FILHO, A. M. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2015.

SOUZA, L. S. Satisfação das gestantes em acompanhamento pré-natal quanto aos serviços prestados no município de Sertão Santana. 2005.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres. **Revista Esc Enferm USP**, 2006.

STOVAL, T. Abortamento precoce e gravidez ectópica. In: BEREK, J. S. Novak tratado de ginecologia. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

TENHA CUIDADO.

VENTURA, C. V. et al. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. **The Lancet**, v. 387, n. 10015, p.228-228, jan. 2016.

WEINSTEIN, L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. **Am J Obstet Gynecol.**; 142(2):159-67. 1982.


WHELTON, P. K. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *The Journal Of The American Medical Association*, New Orleans, v. 228, p.1882-1888. 2002.

WHO, World Health Organization. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**, 1999; Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/publications> acesso em: 05 jun. 2015.

WHO, World Health Organization. **Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention, and Control A guide for programme managers, 2001**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66914/1/WHO_NHD_01.3.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE, BANANEIRAS/PB




UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Bananeiras 21 de outubro de 2015

Eu, Sra. **Maryjanne Macedo**, Secretária de saúde da cidade de Bananeiras-PB, autorizo o desenvolvimento do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) intitulada: **"LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS"**, que será realizada no período de setembro de 2015 a dezembro de 2015, tendo como coordenadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emilia da Silva Menezes CRN 3861 – AL e a pesquisadora responsável Deizy Andrade da Costa - Mat.: 511220307, acadêmica do Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cuité – PB.


Maryjanne Macedo
Prefeitura Municipal de Bananeiras
Secretária de Saúde

Maryjanne Macedo
Secretária de Saúde

Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus Cuité, Olho D'Água da Bica
S/N Cuité – Paraiba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
deizy.@hotmail.com

APÊNDICE II – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA UNIDADE HOSPITALAR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Bananeiras 21 de outubro de 2015

Eu, **Dr. Alessandro Arimatéia Rosa**, Diretor do HOSPITAL MUNICIPAL DR. CLOVIS BEZERRA CAVALCANTI, localizado na cidade de BANANEIRAS-PB, autorizo o desenvolvimento do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) intitulada: **"LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS"**, que será realizada no período de setembro de 2015 a dezembro de 2015, tendo como coordenadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emilia da Silva Menezes CRN 3861 – AL e a pesquisadora responsável Deizy Andrade da Costa - Mat.: 511220307, acadêmica do Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cuité – PB.

Alexsandro Arimatéia Rosa
Hosp. Municipal Clovis Bezerra
DIRETOR ADMINISTRATIVO 21/10/15

Dr. Alessandro Arimatéia Rosa
Diretor

Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus Cuité, Olho D'Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
deizy-@hotmail.com

APÊNDICE III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO POSTO DE
SAÚDE 01



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL


Bananeiras 16 de janeiro de 2016

Eu, Sr(a). *Sandra Cristina Santos Sousa Araujo*, Coordenador(a) do USF JOSE VITOR DE ARAUJO da cidade de Bananeiras-PB, autorizo o desenvolvimento do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) intitulada: "LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS", que será realizada no período de dezembro de 2015 a julho de 2016, tendo como coordenadora responsável a Profª. Drª. Maria Emília da Silva Menezes CRN 3861 – AL e a pesquisadora responsável Deizy Andrade da Costa - Mat.: 511220307, acadêmica do Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cuité – PB.

Sandra Cristina S. S. Araujo
Enfermeira
Coordenadora do USF JOSE VITOR DE ARAUJO

Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus Cuité, Olho D'Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
deizy-@hotmail.com

APÊNDICE IV – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO POSTO DE
SAÚDE 02

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL


Eu, Sr(a) GEÓRGIA MILENA M. FERREIRA da USF de ROMA,
localizado na cidade de BANANEIRAS-PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa
intitulada: "LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE BANANEIRAS", que será realizada no período de abril de 2016 a agosto
de 2016, tendo como coordenadora responsável a Profª. Drª. Maria Emilia da Silva
Menezes CRN 3861 – AL e o pesquisador responsável Deizy Andrade da Costa – Mat.:
511220307, acadêmica do curso Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de
Campina Grande – Campus de Cuité – PB.

Bananeiras, 2016

Geórgia Milena M. Ferreira
Coordenador(a) USF de ROMA

Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus Cuité, Olho D'Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
deizy-@hotmail.com


APÊNDICE V – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO POSTO DE
SAÚDE 03

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL


Eu, Sr(a) _____, Coordenador(a)
da USF ANTONIO MARQUES NETO, localizado na cidade de BANANEIRAS-PB, autorizo o
desenvolvimento da pesquisa intitulada: **"LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES
ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS"**, que será realizada no período
de abril de 2016 a agosto de 2016, tendo como coordenadora responsável a Prof^a. Dr^a.
Maria Emilia da Silva Menezes CRN 3861 – AL e o pesquisador responsável Deizy
Andrade da Costa - Mat.: 511220307, acadêmica do curso Bacharelado em Farmácia da
Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* de Cuité – PB.

Bananeiras, 2016


Rafaela Borges Dantas
Especialista em Saúde da Família
Urgência Emergência
Coordenador(a) da USF ANTONIO MARQUES NETO

Universidade Federal de Campina Grande – CES – *Campus* Cuité, Olho D'Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
deizy-@hotmail.com

APÊNDICE VI – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO POSTO DE
SAÚDE 04

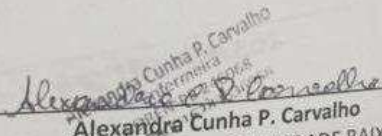


UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL


Eu, Sr(a). **Alexandra Cunha P. Carvalho**, Coordenador(a) da UNID PSF VIII CIDADE BAIXA, localizado na cidade de BANANEIRAS-PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS”, que será realizada no período de abril de 2016 a agosto de 2016, tendo como coordenadora responsável a Profª. Drª. Maria Emilia da Silva Menezes CRN 3861 – AL e o pesquisador responsável Deizy Andrade da Costa - Mat.: 511220307, acadêmica do curso Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cuité – PB.

Bananeiras, 13 de abril de 2016


Alexandra Cunha P. Carvalho
Coordenador(a) PSF VIII CIDADE BAIXA

Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus Cuité, Olho D'Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
deizy-@hotmail.com


APÊNDICE VII – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO POSTO DE
SAÚDE 05

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Sr(a) Francilane Monteiro, Coordenador(a) da USF Dr. Mariano Barbosa, localizado na cidade de BANANEIRAS-PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS”**, que será realizada no período de abril de 2016 a agosto de 2016, tendo como coordenadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes CRN 3861 – AL e o pesquisador responsável Deizy Andrade da Costa - Mat.: 511220307, acadêmica do curso Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* de Cuité – PB.

Bananeiras, 2016


Francilane Silva Monteiro
Enfermeira
COREN-PB 380888

Coordenador(a) USF Dr. Mariano Barbosa

Universidade Federal de Campina Grande – CES – *Campus* Cuité, Olho D'Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
deizy-@hotmail.com

APÊNDICE VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

A aluna do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - *Campus* Cuité - PB, Deizy Andrade da Costa e a Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes desta mesma instituição, estão fazendo uma pesquisa sobre o “Perfil Socioeconômico e Epidemiológico das Gestantes Atendidas no Hospital e Postos de Saúde da Cidade de Bananeiras”, **serão 11 postos** - Posto de Saúde Santa Clara; Posto de Saúde Umarí; PSF Cidade Baixa; PSF de Cajazeiras; PSF IX Chã do Lindolfo; USF Antônio Marque Neto; USF de Gamelas; USF de Roma; USF Dr Mariano Barbosa; USF Dra. Eliane Caldas Alves; USF Jose Vitor de Araújo.

O projeto tem por justificativa: Toda mulher grávida tem direito a realização de um pré-natal adequado e com qualidade, estas buscam um período gestacional saudável. Tendo conhecimento das principais patologias que afetam as gestantes de uma região, pode-se estabelecer uma política de prevenção, combate e controle. A mortalidade materna e perinatais apresentam índices ainda indesejáveis no Brasil. Tendo que a maioria das complicações que surgem durante a gestação e parto podem ser prevenidas, é importante a participação conjunta e ativa dos profissionais de saúde. A gestação pode ser considerada um elemento fisiológico, sua evolução ocorre na maioria das vezes sem problemas. Sendo que existe uma parcela pequena de grávidas que sofrem alguns agravos ou dificuldades que podem ser previamente diagnosticados, controlados e resolvidos no decorrer do período. A escolha do tema foi feita, tendo como propósito desenvolver um trabalho de obtenção de dados, **através de prontuários**, das pacientes gestantes atendidas no hospital da cidade de Bananeiras-PB. A partir dos dados coletados poderemos desenvolver perfis epidemiológicos das grávidas no município de Bananeiras, no qual serão apresentadas formas de prevenção e tratamento para os principais agravos.

A pesquisa tem como objetivo geral: O presente trabalho tem como objetivo determinar o perfil socioeconômico e epidemiológico das gestantes nos postos de saúde da Cidade de Bananeiras-PB.

Metodologia da pesquisa: A pesquisa será desenvolvida na cidade de Bananeiras situada no estado da Paraíba, na qual possui uma população estimada de 21.235 habitantes com área territorial de 257,931 km². A mesma conta com os distritos de Roma, Taboleiro e Vila Maia, além de uma ampla zona rural. O hospital Municipal Dr. Clóvis Bezerra pertencente a cidade de Bananeiras atende a cerca de 60 anos toda população da cidade e regiões, é um dos poucos no brejo paraibano a ser conduzido e mantido com recurso do município. Além do hospital municipal, a cidade possui outros 11 estabelecimentos de saúde para atendimento da população em geral. A coleta de dados será realizada através do **preenchimento de formulários** utilizando **informações dos prontuários das gestantes e a aplicação de um questionário**. As gestantes e seus prontuários serão selecionados de **forma aleatória**, estando estes entre os anos de 2014, 2015 e 2016.

Em dias pertinentes (**visita das gestantes aos postos**), as gestantes atendidas nos postos de saúde **serão apresentadas a um questionário contendo 21 questões relacionadas a gestação**. As informações que serão obtidas através do questionário e do formulário passaram por análises através do programa computacional Microsoft Excel.

Para tanto, V. Sa. precisará apenas permitir a coleta de dados que será realizada através de aplicação de **um questionário (papel e caneta)**, o mesmo não oferecem riscos à integridade física das pessoas, mas no mínimo pode provocar um desconforto, cansaço, aborrecimento pelo tempo exigido (20 minutos) que será resolvido com uma pausa se necessário; ou até um constrangimento pelo teor do questionamento.

Solicitamos a sua colaboração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde pública e em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome, será mantido em sigilo, mostraremos apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as

atividades solicitadas pela pesquisadora (aluna). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

As pesquisadoras (aluna e a professora) estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Estou ciente que as duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por mim e pelo pesquisador responsável da pesquisa (Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes).

Vou guardar cuidadosamente a via desse documento, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os meus direitos como participante da pesquisa.

Assinatura da Participante da Pesquisa Maior de 18 anos

Assinatura do Responsável pela Participante da Pesquisa Menor de 18 anos

Assinatura do participante da pesquisa: Impressão Datiloscópica:



Contado com o pesquisador e sua responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora coordenadora da pesquisa Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes.

Endereço e contato da pesquisadora: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Saúde – Curso de Farmácia – Sítio Olho d'água da Bica, s/n, Cuité. Telefone (82) 99940-9899.

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes
Celular (82) 999409899

Assinatura da Pesquisadora (Aluna de Farmácia)
DEIZY ANDRADE DA COSTA
Celular (83) 999889664

APÊNDICE IX – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL DA UFCG – CES SOBRE O TRABALHO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ

DECLARAÇÃO

Cuité 08 de junho de 2015

Eu, Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes CRN 3861/AL – SIAPE: 1841279 declaro estar ciente e de acordo com a realização do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) intitulada “LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS”, sob minha responsabilidade a ser desenvolvida pela aluna Deizy Andrade da Costa - Mat.: 511220307, acadêmica do Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cuité – PB.

Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes
Siape – 1841279
Coordenadora do Curso de Farmácia

Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus Cuité, Olho D’Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
memenezes_2@yahoo.com.br
emiliamenezes@ufcg.edu.br

APÊNDICE X- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DAS GESTANTES

QUESTIONÁRIO

1- IDADE

() <20 anos () 20-30 () 31-40 () 41-50 () >50

2- COR

() BRANCA () PRETA () PARDA

3- ESTADO CIVIL

() SOLTEIRA
() CASADA
() RELACIONAMENTO ESTÁVEL
() DIVORCIADA

4- MORADIA

() ZONA URBANA
() ZONA RURAL

5- NÍVEL DE ESCOLARIDADE

() SEM ESCOLARIDADE
() ENSINO FUNDAMENTAL 1ª a 4ª SÉRIE
() ENSINO FUNDAMENTAL 5ª a 8ª SÉRIE
() ENSINO MÉDIO OU SUPERIOR INCOMPLETO
() SUPERIOR

6- TRABALHA

() SIM () NÃO

7- REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS

() SIM () NÃO () NÃO INDICADA PELO MÉDICO

8- PESO

9- FUMA OU USA BEBIDAS ALCOOLICAS

() SIM () NÃO

10- NÚMERO DE GESTAÇÕES

() 1 () 2 () 3 () < 4

11- COMPLICAÇÕES EM GESTAÇÕES ANTERIORES

() SIM () NÃO

SE SIM, QUAL? _____

12- TEMPO DE GESTAÇÃO

13- COM QUANTOS MESES INICIOU O PRÉ-NATAL

14- NÚMERO DE CONSULTAS

15- GESTAÇÃO GEMELAR

() SIM () NÃO

16- POSSUI ALGUMA DOENÇA OU FAZ ALGUM TRATAMENTO

() SIM

() NÃO

SE SIM, QUAL? _____

17- COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO ATUAL

() SIM

() NÃO

SE SIM, QUAL?

() ANEMIA () DIABETES () HIPERTENSÃO () HIV

() INFECÇÕES URINÁRIAS () TOXOPLASMOSE

() OUTRAS _____

8- USO DE ALGUM MEDICAMENTO

() SIM () NÃO

SE SIM, QUAL? _____

19- TIPO DE PARTO

() VAGINAL/NORMAL () CESÁRIO

20- NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE

() RUIM () MÉDIO () BOM () ÓTIMO

21- SUGESTÃO PARA MELHORIAS

APÊNDICE XI- DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Cuité, 24 de janeiro de 2016

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, Professora Adjunta III e atualmente coordenadora do curso de Bacharelado em Farmácia da UFCG *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape 1841279**, sou a professora responsável pelo Projeto de TCC - "**Perfil das Gestantes Atendidas no Hospital e Postos de Saúde da Cidade de Bananeiras - PB**" da aluna "**DEIZY ANDRADE DA COSTA**". Irei encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos autores. E que só levarei para congressos e publicarei em revista científica após o parecer **Positivo** do Comitê.

Maria Emília da Silva Menezes
Profª Drª Maria Emília da Silva Menezes
Matrícula SIAPE 1841279-1

APÊNDICE XII - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Cuité, 24 de janeiro de 2016

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, Professora Adjunta III e atualmente coordenadora do Curso de Bacharelado em Farmácia da UFCG - CES - *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape 1841279**. Que sou a professora responsável pelo Projeto de TCC – “**Perfil das Gestantes Atendidas no Hospital e Postos de Saúde da Cidade de Bananeiras - PB**” da aluna “**DEIZY ANDRADE DA COSTA – Curso de Farmácia**” e que irei anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil após a realização da mesma.

Profª Drª Maria Emília da Silva Menezes
Matrícula SIAPE 1841279

APÊNDICE XIV - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Painel das Gestantes Agravadas no Hospital e Posto de Saúde da Cidade de Baturité - PB.			
2. Número de Protocolo da Pesquisa: 200			
3. Área Temática:			
4. Área do Contato/Evento: Grande Área 4 - Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES			
6. CPF: 884.761.204-88		7. Endereço (Rua, N.º): RUA MARIA DAS NEVES LIMA DE CARVALHO O. MERCÊS Nº504 NÚMERO 29 CITE PARANÁ - 58175000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (35)33602028	10. Celular Telefone:	11. E-mail: menezesem_23@yahoo.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que cumpri e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Termo cedido que esta folha será anexada ao projeto devidamente autenticado por todos os responsáveis e terá parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>13</u> / <u>04</u> / <u>16</u>		 Assinado	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE		13. CNPJ: 04.000.128/0001-85	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone:		16. Celular Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que cumpri e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, entro em sua execução.</p>			
Assinatura: <u>RANILDA MARINHO COSTA</u>		CPF: <u>308.636.784-91</u>	
Cargo/Função: <u>PROFESSOR LECTUR</u>			
Data: <u>13</u> / <u>04</u> / <u>2016</u>		 Assinado	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Nome do órgão:			

APÊNDICE XVI – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO/ESCOLARIDADE:

DADOS RELACIONADOS A GESTAÇÃO

DATA INICIO DO PRÉ-NATAL:

N° CONSULTAS PRÉ-NATAL:

DATA DA ULTIMA MENSTRUACÃO:

IDADE GESTACIONAL:

GESTAÇÃO: PARTOS:

ABORTOS:

PRESENÇA DE ALGUMA PATOLOGIA DURANTE A GRAVIDEZ:

OBSERVAÇÕES: