



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JANAINA MARIELEN BANDEIRA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL E PADRÕES DE CONSUMO DE
ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL COM PUÉRPERAS DE
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

CURITIBA

2020

JANAINA MARIELEN BANDEIRA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ NATAL E PADRÕES DE CONSUMO DE
ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL COM PUÉRPERAS DE
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Siqueira de Carvalho

Coorientadora: Prof.^a Dr^a. Marilene da Cruz Magalhães Buffon

CURITIBA

2020

B214 Bandeira, Janaina Marielen

Educação em saúde no pré-natal e padrões de consumo de álcool na gestação: estudo um transversal com puérperas de um município da região metropolitana de Curitiba [recurso eletrônico] / Janaina Marielen Bandeira. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Siqueira de Carvalho

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Marilene da Cruz Magalhães Buffon

1. Gravidez. 2. Cuidado pré-natal. 3. Avaliação em saúde. 4. Educação em saúde. 5. Alcoolismo. I. Carvalho, Denise Siqueira de. II. Buffon, Marilene da Cruz Magalhães. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WQ 200



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JANAÍNA MARIELEN BANDEIRA** intitulada: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL E PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL COM PUÉRPERAS DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**, sob orientação da Profa. Dra. DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 23 de Setembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

23/09/2020 17:34:10.0

DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

23/09/2020 16:12:07.0

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ -UFPR)

Assinatura Eletrônica

24/09/2020 10:39:48.0

KARIN REGINA LUHM

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico este trabalho a minha família, a minha mãe Silvia, ao meu pai Jorge, ao meu esposo Leandro, ao meu irmão Evandro, ao meu padrasto Francisco e aos meus sogros Adão e Dircenéia, que sempre me ajudam e me apoiam nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por proporcionar mais essa oportunidade em minha vida. Creio que nada aconteça sem que seja da Sua vontade. Obrigada por estar comigo em todos os momentos...

Aos meus pais **Silvia e Jorge** por tudo que fazem por nós, por sempre priorizarem a família, e me proporcionarem condições e incentivo a busca por conhecimento, o que contribuiu sobremaneira para eu chegar até aqui. Minha eterna gratidão...

Ao meu padrasto **Francisco** por todo o caminho trilhado juntos, por sempre estar presente em nossas vidas e disposto a ajudar. Meu muito obrigada....

Ao meu esposo **Leandro** por cuidar sempre de mim, assumir inúmeras tarefas para que eu pudesse concluir esse estudo, por partilhar planos, vitórias e momentos de tristeza. Agradeço o companheirismo, a dedicação, a paciência, o amor, o incentivo e todo o apoio dedicado a mim...

Ao meu irmão **Evandro** que sempre esteve junto a mim nessa caminhada por conquistas e por desenvolvimento pessoal e profissional. Obrigada pela sua existência...

Aos meus sogros **Adão e Dircenéia** por todos os momentos que passamos juntos, pelo apoio, torcida e carinho. Obrigada por tudo...

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. **Denise Siqueira de Carvalho**, a quem tive a oportunidade de conviver, aprender, crescer e explorar. Obrigada pela compreensão, incentivo, leveza, serenidade nos momentos que passamos juntas, e por partilhar comigo tanto conhecimento. Tenho grande admiração e respeito por tudo o que vivenciamos durante o período do mestrado...

À minha coorientadora Prof^a Dr^a **Marilene da Cruz Magalhães Buffon**, pelo caminho trilhado não somente no mestrado, mas no desenvolvimento das atividades do Curso de Odontologia. Sempre tão solícita, me apoiando e incentivando em todos os momentos. Obrigada por todas as contribuições durante essa jornada. És um exemplo de profissional para nós....

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. O meu muito obrigada por contribuírem com a minha formação, partilhar experiências e construir novos conhecimentos. É uma grande honra para mim. Obrigada pelo exemplo de competência...

Aos gestores do Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais, que me apoiaram desde o processo seletivo para o mestrado até a efetivação e conclusão deste estudo, em especial às enfermeiras **Ana Paula Barros e Elaine Correia**. O meu muito obrigada por tudo...

À equipe de **enfermagem** da Maternidade, obrigada pelas palavras, pelo apoio e por todos os momentos que passamos juntas. Nesses anos de convívio profissional fui muito feliz e pude aprender com cada uma de vocês. O meu muito obrigada por tudo...

Às minhas queridas amigas **Anelise, Daniela, Ingrid Gomes, Ingrid Marcela, Jéssica, Luísa e Nívini** pelos anos de amizade. Obrigada por todo o apoio e pelos momentos de alegria que passei e passo junto a vocês... Especialmente à Luísa e Jéssica pelas contribuições neste trabalho....

Aos **amigos e colegas da turma** do Mestrado pela troca de experiências e aprendizagem enriquecedora que passamos juntos, em especial a **Noélia** pela colaboração na coleta de dados deste estudo, por todos os momentos de alegrias que passamos juntas e por toda a escuta e apoio nos momentos difíceis....

A todos os colegas e amigos que, direta ou indiretamente, participaram e contribuíram para que eu chegasse até aqui, acreditando e torcendo por mim. Peço desculpas se esqueci de mencionar nominalmente alguém.

“Não menospreze o dever que a consciência te impõe,
não deixe para depois, valorize a vida...
O que se leva dessa vida é o que se vive, o que se faz, o que importa
é fazer o bem, eu quero ver meu povo todo evoluir também...
Viver, viver e ser livre, saber dar valor para as coisas mais simples
só o amor constrói pontes indestrutíveis”
(Chorão,2007)

RESUMO

A gravidez é um fenômeno fisiológico complexo, que exige atenção peculiar dos profissionais de saúde envolvidos na assistência pré-natal, com vistas à atenção integral. Um espaço de educação em saúde, deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma segura, positiva, integradora, enriquecedora e feliz. As gestantes devem ser orientadas quanto a mudanças nos hábitos de vida que podem comprometer a saúde materno infantil, dentre eles a abstinência do uso de álcool na gestação. O álcool pode ocasionar o comprometimento, por vezes irreversível, da integridade da saúde da mulher e da criança. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo avaliar a implementação de ações educativas no pré-natal, com enfoque no uso de álcool na gestação, entre puérperas do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica, de avaliação normativa, com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade pública da região metropolitana de Curitiba. Foram entrevistadas, no período de maio a setembro de 2019, 342 puérperas que realizaram o pré-natal no Sistema Único de Saúde. Os instrumentos de coleta continham informações referentes as condições sociodemográficas, orientações educativas recebidas durante o pré-natal, hábitos de vida na gestação, dados do pré-natal e condição de saúde do concepto. Foi aplicado o questionário AUDIT para avaliação do padrão do uso de álcool na gestação. Foi criado um escore para avaliar a suficiência da educação em saúde recebida no pré-natal. Das participantes, 88,6% referiram não participação em grupo de gestante, e 42,1% apresentaram escore insuficiente de orientações recebidas, dentre as temáticas menos abordadas temos, atividade sexual na gestação, incentivo ao aleitamento materno e sinais de trabalho de parto. As variáveis multiparidade, início tardio do pré-natal, alto risco gestacional, não realização de preventivo de câncer do colo do útero, não participação em grupo de gestante e não ser praticante de religião apresentaram associação estatisticamente significativa com o escore de orientações insuficiente. O percentual de gestantes que referiu uso de álcool após saber da gravidez representou 12,3% da amostra. Quanto ao padrão de consumo de álcool na gestação, 80,4% foram classificadas como zona I, pessoas que geralmente fazem uso de baixo risco de álcool. Sendo indicado nesses casos, a intervenção de educação em saúde para que haja a abstenção na gestação. Os fatores associados ao uso de álcool após saber da gravidez foram a multiparidade, o uso de cigarro e de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez e não ser praticante de religião. Quase a totalidade das participantes referiram ter sido orientadas quanto a abstinência do uso de álcool na gestação, o que demonstra que a prática educativa não foi efetiva para a mudança de hábito de vida. Espera-se que o estudo instigue novos olhares sobre as práticas de atenção ao pré-natal, valorizando os aspectos relacionados às atividades de educação em saúde e o impacto do uso de álcool na gestação.

Descritores: Gravidez. Cuidado Pré-natal. Avaliação em Saúde. Educação em Saúde. Abuso de álcool.

ABSTRACT

Pregnancy is a complex physiological phenomenon that requires special attention from health professionals involved in prenatal care, with a view to comprehensive care. A space for health education must be created in order to enable the preparation of women to experience pregnancy and childbirth in a safe, positive, integrating, enriching and happy way. Pregnant women should be advised about changes in life habits that can compromise maternal and child health, including abstinence from alcohol use during pregnancy. Alcohol can cause, sometimes irreversibly, the integrity of the health of women and children. In this context, the present study aims to evaluate the implementation of educational actions in prenatal care, focusing on the use of alcohol during pregnancy, among postpartum women of the Unified Health System. This is a cross-sectional, analytical, normative assessment, with a quantitative approach, carried out in a Public Maternity Hospital in the metropolitan region of Curitiba. In the from may to September 2019, 342 puerperal women who underwent prenatal care in the Unified Health System were interviewed. The period collection instruments contained information regarding sociodemographic conditions, educational guidelines received during prenatal care, life habits in the pregnancy, prenatal data and health conditions of the fetus. The AUDIT questionnaire was applied to assess the pattern of alcohol use during pregnancy. A score was created to assess the sufficiency of health education received in prenatal care. Of the participants, 88,6% reported not participating in a group of pregnant women, and 42,1% had an insufficient score on the guidelines received, among the less addressed topics we have, sexual activity during pregnancy, encouragement of breastfeeding and signs of labor. The variables previous pregnancy, early onset of prenatal care, gestational risk, cervical cancer preventive, participation in a group of pregnant women and religion showed a statistically significant association with the insufficient guidance score. The percentage of pregnant women who reported alcohol use after learning about pregnancy represented 12,3% of the sample. As for the pattern of alcohol consumption during pregnancy, 80,4% were classified as zone I, people who generally use low risk of alcohol. Being indicated in these cases, the intervention of health education for abstention during pregnancy. The factors associated with alcohol use after learning about pregnancy were multiparity, the use of cigarettes and illicit drugs before and/or after knowing about the pregnancy and not being a religious practitioner. Almost all of the participants reported having been instructed about abstinence from alcohol use during pregnancy, which demonstrates that the educational practice was not effective for changing life habits. It is expected that the study will instigate new perspectives on prenatal care practices, valuing aspects related to health education activities and the impact of alcohol use during pregnancy.

Descriptors: Pregnancy. Prenatal Care. Health Evaluation. Health Education. Alcoholism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1- SÍNTESE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	24
QUADRO 2- CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL SEGUNDO O LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018.....	40
QUADRO 3- ROTINAS DE EXAMES PRECONIZADOS NA GESTAÇÃO SEGUNDO O LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018.....	41
QUADRO 4- CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA PESQUISA SEGUNDO A FONTE DE COLETA DE DADOS.....	57
MAPA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	62
GRÁFICO 1- COMORBIDADES ASSOCIADAS AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	64
GRÁFICO 2- MOTIVOS DE NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO PELAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	66
GRÁFICO 3- PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL DAS PARTICIPANTES QUE REFERIRAM O SEU USO ANTES DE SABER DA GRAVIDEZ (n=91), SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	74
GRÁFICO 4- PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL DAS PARTICIPANTES QUE REFERIRAM O SEU USO APÓS SABER DA GRAVIDEZ (n=42), SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA SEGUNDO A PARIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	60
TABELA 2- CARACTERÍSTICAS DO PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SEGUNDO O TRIMESTRE DE INÍCIO, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	65
TABELA 3- CARACTERÍSTICAS DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SEGUNDO A PARIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	67
TABELA 4- TEMÁTICAS DE ORIENTAÇÕES RECEBIDAS NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL REFERIDA PELAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	73
TABELA 5- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS AO ESCORE DE ORIENTAÇÕES INSUFICIENTE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	76
TABELA 6- CARACTERÍSTICAS DAS GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL ASSOCIADAS AO ESCORE DE ORIENTAÇÕES INSUFICIENTE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	78
TABELA 7- USO DE ÁLCOOL 3 MESES ANTES DE SABER QUE ESTAVA GRÁVIDA E /OU ALGUM MOMENTO NA GESTAÇÃO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	79
TABELA 8- USO DE ÁLCOOL 3 MESES ANTES DE SABER QUE ESTAVA GRÁVIDA E/OU ALGUM MOMENTO NA GESTAÇÃO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	81
TABELA 9- USO DE ÁLCOOL APÓS SABER DA GRAVIDEZ SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	83
TABELA 10- USO DE ÁLCOOL APÓS SABER DA GRAVIDEZ SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	85
TABELA 11- PREMATURIDADE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	87
TABELA 12- PREMATURIDADE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	89
TABELA 13- PREMATURIDADE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	91
TABELA 14- BAIXO PESO AO NASCER SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	91
TABELA 15- BAIXO PESO AO NASCER SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	93
TABELA 16- BAIXO PESO AO NASCER SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	95
TABELA 17- ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AO ESCORE DE ORIENTAÇÕES INSUFICIENTE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	96
TABELA 18- ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL ANTES E/OU APÓS SABER DA GRAVIDEZ, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	96

TABELA 19- ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL APÓS SABER DA GRAVIDEZ, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	97
TABELA 20- ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS A PREMATURIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	97
TABELA 21- ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO AO NASCER, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.....	98

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde
AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test*
AUDIT-C- *Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption*
CAGE- *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*
DM- Diabetes Mellitus
DNV- Declaração de Nascido Vivo
DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis
FASD- *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV- Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
IG- Idade Gestacional
IMC: Índice de Massa Corporal
IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU- Infecção do Trato Urinário
MAST- *Michigan Alcoholism Sreening Test*
MS- Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial da Saúde
PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMAQ-AB- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSMI- Programa de Saúde Materno Infantil
PS- Pronto Socorro
RAPS-QF- *Rapid Alcohol Problems Screen – Quantity Frequency*
RCIU- Restrição de Crescimento Intra-uterino
RMC- Região Metropolitana de Curitiba
SAF- Síndrome Alcoólica Fetal
SDR- Síndrome do Desconforto Respiratório do Recém-nascido
SM- Salário Mínimo
SINASC- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SNC- Sistema Nervoso Central

SUS- Sistema Único de Saúde

T-ACE- *Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye opener*

TALE- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOTG- Teste de Tolerância Oral à Glicose

TPP- Trabalho de Parto Prematuro

TSH: *Thyroid Stimulating Hormone*

TWEAK- *Tolerance, Worried, Eye-Opener, Amnesia and Cut-Down*

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

VDRL- *Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	20
3 OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4 REFERENCIAL TEÓRICO	24
4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	24
4.2 A GESTAÇÃO E HÁBITOS DE VIDA.....	27
4.3 USO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO.....	31
4.4 ATENÇÃO PRÉ-NATAL	36
4.4.1 Rede Mãe Paranaense.....	39
4.4.2 Programa Nascer em São José dos Pinhais	42
4.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL	43
5 METODOLOGIA	47
5.1 ASPECTOS ÉTICOS	47
5.2 TIPO DE ESTUDO	47
5.3 LOCAL DE ESTUDO.....	48
5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	49
5.5 COLETA DE DADOS	50
5.5.1 Primeiro Instrumento.....	52
5.5.2 Segundo Instrumento- Avaliação do padrão do uso de álcool na gestação.....	56
5.5.3 Terceiro Instrumento- dados secundários	56
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	59
6 RESULTADOS	60
6.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES E UNIDADE DE SAÚDE DO PRÉ-NATAL	60
6.2 CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	63
6.2.1 Histórico gestacional e início do pré-natal.....	63
6.2.2 Risco gestacional.....	63
6.2.3 Consultas de pré-natal.....	64
6.2.4 Exames laboratoriais.....	64
6.2.5 Vacinas recomendadas e exame preventivo do câncer do colo do útero.....	66
6.2.6 Participação em grupo de gestante	67

6.2.7 Síntese das características do acompanhamento pré-natal.....	67
6.2.8 Hábitos de vida durante a gestação	68
6.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL	69
6.3.1 Cuidados gerais de higiene	70
6.3.2 Prática de exercício físico durante a gestação	70
6.3.3 Cuidados com a alimentação durante a gestação	70
6.3.4 Incentivo ao aleitamento materno.....	70
6.3.5 Prática de atividade sexual durante a gestação.....	70
6.3.6 Prevenção de IST	71
6.3.7 Realização do preventivo na gestação	71
6.3.8 Vacinas preconizadas na gestação	71
6.3.9 Sinais de urgência.....	71
6.3.10 Sinais de trabalho de parto.....	71
6.3.11 Uso de cigarro na gestação.....	72
6.3.12 Uso de drogas ilícitas na gestação.....	72
6.3.13 Uso de álcool na gestação.....	72
6.3.14 Síntese das orientações recebidas durante o pré-natal.....	72
6.3.15 Escore de orientações recebidas durante o pré-natal.....	73
6.4 PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO- AUDIT	74
6.4.1 Antes de saber da gravidez	74
6.4.2 Após saber da gravidez.....	75
6.5 CARACTERÍSTICA DO PARTO E CONDIÇÃO DE SAÚDE DO RECÉM- NASCIDO NO NASCIMENTO	75
6.6 ANÁLISE BIVARIADA.....	76
6.6.1 Escore de orientações insuficiente.....	76
6.6.2 Consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez	79
6.6.3 Consumo de álcool após saber da gravidez	83
6.6.4 Prematuridade.....	87
6.6.5 Baixo peso ao nascer	91
6.7 ANÁLISE MULTIVARIADA.....	95
6.7.1 Escore de orientações insuficiente.....	95
6.7.2 Consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez	96
6.7.3 Consumo de álcool após saber da gravidez	97
6.7.4 Prematuridade.....	97
6.7.2 Baixo peso ao nascer	98
7 DISCUSSÃO.....	99

8 CONCLUSÃO	115
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICE 1- IDENTIFICAÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAMENTO	133
APÊNDICE 2- INSTRUMENTO DE PESQUISA- ENTREVISTA	134
APÊNDICE 3- AUDIT	136
APÊNDICE 4- INSTRUMENTO DE DADOS SECUNDÁRIOS	138
ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	140
ANEXO 2 - TABELA INTERGROWTH MENINOS	145
ANEXO 3- TABELA INTERGROWTH MENINAS	149

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática de atenção ao pré-natal iniciou-se em meados de 2009, durante a minha graduação em enfermagem. Desenvolvi o estágio obrigatório em uma Unidade de Saúde da Família (ESF), de um município da região metropolitana de Curitiba, e participei das atividades desenvolvidas por uma equipe de residentes em Saúde da Família que atuavam no local, o que me proporcionou uma maior aproximação ao atendimento prestado as gestantes durante as consultas e grupos, e me despertou o interesse em cursar a residência após a conclusão da faculdade.

Durante a residência em Saúde da Família, desenvolvi ações em saúde pública, em uma unidade ESF, que atendia uma população em situação de vulnerabilidade social. Atuávamos como integrantes da equipe no serviço, desenvolvendo atividades gerais inerentes a profissão, atividades de educação em saúde, visita domiciliar, consultas de atenção à saúde da criança, saúde da mulher, coleta do exame do preventivo do colo do útero, planejamento familiar e pré-natal. No entanto, houve aproximação maior com as gestantes da área, visto a carência de orientações que estas demandavam. Sendo criado assim, um grupo de gestantes, pela equipe de residentes, com boa participação das mulheres, despertando uma maior afinidade e apreço por essa área.

Posteriormente, atuei como enfermeira da estratégia de saúde da família, desenvolvendo as ações em saúde inerentes ao cargo e mantendo sempre um apreço e carinho especial pelas usuárias gestantes. Na ânsia de focar a minha assistência voltada a essas mulheres, decidi em 2015 pleitear uma vaga na maternidade do município e cursar a especialização em enfermagem obstétrica.

No ano de 2016, tive a satisfação de compor a turma de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEE0) II- Rede Cegonha, que me proporcionou obter novos conhecimentos baseados em evidências científicas, vivenciar o atendimento ao parto e nascimento e propor novas ações para melhorar a qualidade da assistência prestada as mulheres atendidas no meu ambiente de trabalho, por meio da implementação do Acolhimento com Classificação de risco obstétrico, realizado pelo profissional enfermeiro, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Essa experiência me incentivou a permanecer os estudos e prosseguir a realização do mestrado na área de Saúde Coletiva, desenvolvendo a pesquisa na área de materno infantil. A escolha do tema deu-se a orientadora já desenvolver estudos nessa linha de pesquisa e pela possibilidade de a pesquisa ser desenvolvida no local de minha atuação profissional. Permaneci na maternidade até o mês de junho de 2019, durante o período que estava realizando a coleta de dados da pesquisa.

2 INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno fisiológico complexo e se caracteriza por um momento único, permeado de inseguranças pela gestante, exigindo atenção peculiar dos profissionais de saúde envolvidos na assistência pré-natal (CASTRO; MOURA; SILVA, 2010). A assistência visa o acolhimento e o acompanhamento da gestante e da família durante todo o período gestacional a fim de evitar o aumento da taxa de morbimortalidade materno infantil (GONÇALVES et al., 2008).

A atenção pré-natal objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna (BRASIL, 2012a). Compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando o acompanhamento gestacional e garantindo qualidade de vida no período gravídico puerperal (BRASIL, 2005). E, deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes, dispondo de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, de meios e recursos adequados e disponíveis (ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

As ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materno-perinatal (ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes neste contexto e desempenham papel primordial para reconhecer momentos críticos e intervir com vistas ao bem estar da mulher e do seu bebê. A equipe de saúde deve priorizar a humanização durante o atendimento aos distintos grupos populacionais e, em particular, a mulher gestante (SIMÕES et al., 2007).

É durante o pré-natal, que um espaço de educação em saúde deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Neste momento, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã. Os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando reforçar à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério, considerando o pré-natal e nascimento como

momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino (RIOS; VIEIRA, 2007).

É imprescindível que os profissionais estejam atentos e sensíveis as necessidades das gestantes, e dispostos a disponibilizar informações relacionadas principalmente aos cuidados durante a gestação, a amamentação e período perinatal. Esses aconselhamentos podem ser realizados individualmente ou através de grupos de educação em saúde, organizados nos próprios serviços por equipes multiprofissionais, e impactarão positivamente na qualidade da gestação das usuárias atendidas, elevando o padrão do serviço prestado (NUNES et al., 2017).

O manual de atenção ao pré-natal de baixo-risco do Ministério da Saúde (MS) (caderno de atenção básica nº 32), recomenda a realização de práticas educativas sobre temas que estão diretamente relacionados a saúde materno infantil, como o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida, a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto, os cuidados com o recém-nascido, os direitos da gestante e do pai, o uso de medicações e os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas na gestação (BRASIL, 2012a).

Neste cenário, as dificuldades ainda persistem, com um alto percentual de inadequação das ações desenvolvidas, associadas a desfechos negativos, como gestações sucessivas em curto espaço de tempo, prematuridade e baixo peso ao nascer, hospitalizações em unidade de terapia intensiva, depressão e ansiedade pós-parto (TSUNECHIRO et al., 2018). Sendo assim, sabe-se que, para a melhoria dos serviços e garantia de que eles cumpram com o que se propõem, são necessárias avaliações contínuas. Castro (2000) salienta que a avaliação pode fazer parte de um programa de garantia da qualidade, servindo, desta maneira, como importante instrumento de gestão e permitindo a detecção de desvios quanto ao alcance das metas propostas e melhoria dos indicadores.

Pesquisas de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são essenciais por oferecerem informações à gestão, aos profissionais de saúde e aos usuários. A partir delas, os gestores de diferentes níveis administrativos podem identificar, de acordo com o diagnóstico, novas estratégias para a obtenção de melhores indicadores de morbimortalidade e aumento da produtividade e eficácia das ações programáticas, assim como apontar para novas necessidades de avaliação (BRASIL, 2007).

Este estudo aborda o conhecimento das ações de educação em saúde realizadas no pré-natal, em município da região metropolitana de Curitiba, e se faz imprescindível para a compreensão dos avanços alcançados e dos obstáculos a serem superados, para melhoria da qualidade da assistência prestada e, por conseguinte, dos indicadores de saúde materna infantil (TOMASI et al., 2017). Partiu-se do pressuposto que esta assistência requer práticas fundamentadas em evidências obtidas com rigor científico, para que mulheres recebam avaliações e cuidados planejados, seguros e de qualidade. Para isso, faz-se necessário que os serviços adotem protocolos e manuais para orientação dos profissionais.

Apresenta como enfoque o uso de álcool na gestação, dentre as orientações educativas, tendo-se em vista que esse comportamento pode ocasionar o comprometimento, por vezes irreversível, da integridade da saúde da mulher e da criança, sendo considerado uma das principais causas evitáveis de defeitos congênitos (ALTERMAN et al., 2013). A gestante que faz uso de álcool pode ter abortamento e o feto pode apresentar lesões orgânicas e neurológicas, podendo o recém-nascido nascer com um conjunto de sinais e sintomas denominado Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), que é reconhecida como a maior causa de retardo mental no Ocidente (ALARCON, 2012).

Por fim, destaca-se que há uma escassez de estudos que avaliam a educação em saúde prestada durante o acompanhamento pré-natal e que abordem a temática sobre o abuso de álcool durante a gravidez na literatura nacional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a implementação de ações educativas no pré-natal, com enfoque no uso de álcool na gestação, entre puérperas do Sistema Único de Saúde do município de São José dos Pinhais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as características sociodemográficas e condições de saúde das puérperas e seus conceitos;
- Comparar as ações educativas desenvolvidas no pré-natal com as normativas de Manual técnico do pré-natal do Ministério da Saúde;
- Avaliar os fatores associados à insuficiência das orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal;
- Avaliar se as orientações recebidas no pré-natal sobre o uso de álcool modificaram o seu consumo durante a gravidez;
- Estimar a prevalência e os fatores associados ao consumo de álcool na gestação;
- Avaliar o impacto do uso de álcool na gestação e outros fatores associados a prematuridade e ao baixo peso ao nascer.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados temas relacionados a atenção pré-natal, como: uma breve discussão das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil; o processo da gestação; uso de álcool na gestação; acompanhamento do pré-natal e educação em saúde no pré-natal.

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Historicamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fomentou a criação dos programas de saúde materno-infantil como estratégia para diminuir a mortalidade infantil e, assim, priorizava a proteção ao feto. Essa compreensão sustentou a organização dos serviços de saúde pública no Brasil e não abarcou em seus objetivos as necessidades em atenção à saúde das mulheres, nem mesmo aquelas alusivas à reprodução (AQUINO; MARINHO, 2002).

O Quadro 1 traz a síntese das políticas públicas de saúde voltadas as mulheres no Brasil.

QUADRO 1- SÍNTESE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.

Política	Características
Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI): década de 1960- começo dos anos 80	<ul style="list-style-type: none"> - População pobre não previdenciária; - Ações restritas ao cuidado da gravidez (pré-natal e controle do puerpério) (GIOVANELLA et al., 2012); - MS buscou aderir intervenções de planejamento familiar: polêmica envolvendo a igreja acerca do controle demográfico, que restringia a prática do sexo à procriação (GIOVANELLA et al., 2012); - Feministas: indignação pela exclusão dos interesses das mulheres, reivindicação de ações de planejamento familiar com tecnologia e métodos contraceptivos seguros escolhidos de acordo com a vontade da mulher (COSTA, 2004); - Resultou no discurso baseado nos princípios do direito à saúde e autonomia das mulheres e dos casais sobre o tamanho da prole e, teve como respaldo o movimento da Reforma Sanitária (GIOVANELLA et al., 2012);

Continua

Política	Características
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) :1983	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporou diversas etapas, ciclos de vida e situações de saúde das mulheres: infância até a velhice, promoção à recuperação da saúde, incluindo as necessidades reprodutivas (BRASIL, 1984); - Planejamento familiar: atender a autonomia e garantir o direito à escolha como indivíduos ou casais (BRASIL, 1984); - Práticas educativas: capacidade crítica de autonomia das mulheres na escolha dos métodos, controle da fertilidade e tratamento propostos; ações de educação em saúde sobre temas relacionados ao corpo, sexualidade, direito das mulheres (BRASIL, 1984); - Princípios e diretrizes que embasariam a construção do SUS: hierarquização, descentralização, regionalização dos serviços, integralidade e equidade (GIOVANELLA et al., 2012).
Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) Portaria nº 569/2000	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002); -Concentrava esforços para reduzir as taxas de mortalidade materna, peri e neonatal: humanização da assistência da gestante e recém-nascido, dignidade no atendimento, ambiente acolhedor e adoção de medidas e procedimentos conhecidamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias (BRASIL, 2002); - Implementação do Sistema de Informação de Saúde Pré-natal (SISPRENATAL): controle, regulação e monitoramento de indicadores relacionados à assistência Obstétrica (SERRUYA, 2003); - Visita à maternidade, direito ao acompanhante no parto, Limitação no pagamento de cesarianas- modelo a ser seguido por outros países (SERRUYA, 2003).
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)- 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo: garantia dos direitos das mulheres, ampliação do acesso à saúde, redução da morbimortalidade e de desigualdades, qualificação e humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2004); - Conceito de gênero na análise das condições de vida e

Continua

Política	Características
	<p>saúde das mulheres: desigualdades em saúde- mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras do campo e de florestas (BRASIL, 2004);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não permaneceu e retomou-se o caminho da fragmentação, com o foco em problemas sanitários específicos que reduziu a força do ideal de atenção integral (GIOVANELLA et al., 2012).
<p>Rede Cegonha- Portaria nº 1.459/2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de cuidados: assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011); - Diretrizes: acesso, acolhimento e melhoria do pré-natal, com classificação de risco e vulnerabilidade; vínculo da gestante ao serviço de referência e transporte seguro; boas práticas no parto e nascimento; assistência à saúde das crianças de 0 a 24 meses e acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011); - Ações preconizadas: acompanhamento pré-natal com captação precoce e qualificação da atenção na Unidade Básica de Saúde; acolhimento das intercorrências na gravidez com classificação de risco gestacional e de vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização e acesso aos resultados dos exames de pré-natal em tempo oportuno; vinculação da gestante no pré-natal a maternidade de referência; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de educação em saúde relacionados a saúde sexual e reprodutiva; prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, vírus da imunodeficiência humana e hepatites; apoio as gestantes no deslocamento à assistência pré-natal e ao parto (BRASIL, 2011).
<p>Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn): 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa do MS em parceria com hospitais de ensino, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais como instituição executora (BRASIL, 2017); - Propõe a qualificação de profissionais na atenção e cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, atenção à mulher em situações de violência, abortamento e

Continua

	aborto legal e estimula, além da qualificação da prática, de pesquisas inovadoras referentes aos temas do projeto de forma articulada entre as instituições de ensino e de saúde (BRASIL, 2017).
--	--

Fonte: Citada no quadro.

No Estado do Paraná, o desenho regional da Rede Cegonha se faz pela Rede Mãe Paranaense, uma estratégia de redes de atenção para mudança do modelo assistencial, e apresenta cinco componentes: atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado da população residente em seu território, com ações de acompanhamento do pré-natal, puerpério, crescimento e desenvolvimento das crianças em especial no primeiro ano de vida; acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados (atenção secundária); disponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal e vinculação da gestante conforme o risco gestacional (atenção terciária); estabelecimento de sistemas logísticos, cartão SUS, E-SUS, SISPRENATAL WEB, carteira da gestante e da criança, transporte eletivo e de urgência, regulação; e o sistema de governança da rede, por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e regionais (PARANÁ, 2018).

A despeito de todos os avanços, a atenção à saúde das mulheres no cotidiano ainda é precária e faz-se necessária transformações que mobilizem os profissionais e os gestores de saúde e modifiquem as práticas e os serviços. O agravamento das condições de saúde das mulheres em consequência do acúmulo de novas vulnerabilidades e riscos constituem desafios a serem enfrentados (GIOVANELLA et al., 2012).

4.2 A GESTAÇÃO E HÁBITOS DE VIDA

A gestação é uma experiência de adaptação intensa cercada por questões que extrapolam o aspecto biológico, sendo influenciada por elementos históricos, valores culturais e sociais, além de processos intrapsíquicos (MORAES, 2010). Caracteriza-se como sendo um período em que as mulheres se encontram mais suscetíveis, sofrendo modificações físicas e psicológicas, ou mesmo, sociais, que muitas vezes, podem trazer consequências tanto para a mãe quanto para o bebê (SANTOS et al., 2015).

A gravidez, além de representar o período gestacional de desenvolvimento fetal, corresponde igualmente ao período de desenvolvimento do papel materno, no qual a mulher experimenta uma nova realidade, preparando-se para tornar-se mãe (TEIXEIRA, 2001). O fato de estar grávida pode ser visto como motivo de alegria e orgulho para algumas mulheres, principalmente quando há o desejo de engravidar. No entanto, as modificações ocorridas durante a gestação ocasionam, muitas vezes, certo desconforto entre as mulheres, principalmente, em relação à aparência (VELHO et al., 2014).

Gestar é um fenômeno fisiológico da natureza feminina e deve ser visto como parte de uma experiência de vida saudável, que envolve mudanças dinâmicas nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Essa definição deve ser compreendida pelos profissionais de saúde, a fim de que possam proporcionar uma assistência integral neste momento (BRASIL, 2012a). Entretanto, algumas circunstâncias e características individuais podem ser indicativas de risco que aumentam a probabilidade de complicações tanto para a mãe quanto para o neonato, como por exemplo comportamentos e estilos de vida (BRASIL, 2005).

O estilo de vida é expresso por comportamentos que apresentam forte efeito na saúde, e estão relacionados a diversos aspectos, que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (CRES et al., 2015). Hábitos alimentares e de atividade física, por exemplo, são componentes do estilo de vida que cumprem uma importante função na promoção da saúde e na prevenção de doenças (DIETZ; DOUGLAS; BROWNSON, 2016). Evitar o uso de cigarro e o consumo de álcool, possuir relacionamentos harmoniosos, praticar sexo seguro e gerenciar o estresse também são importantes para a saúde e bem-estar (PORTÔ et al., 2015).

A gestação representa na vida da mulher um período de muitas mudanças com enorme impacto na rotina pessoal e familiar. A gestante depara-se com um novo ser que depende totalmente dela, o que permite uma oportunidade para a adoção de estilo de vida mais saudável (GURGEL et al., 2017). Essa etapa representa uma maior demanda nutricional, uma vez que envolve rápida divisão celular e desenvolvimento de novos tecidos e órgãos do feto. Um inadequado aporte energético-nutricional pode levar a competição materna-fetal, limitando a disponibilidade dos nutrientes necessários ao adequado crescimento fetal, acarretando em restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, maior

frequência de parto prematuro e cirúrgico, nascimento de concepto com menor índice de apgar, além de maior risco materno de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, anemia e hipovitaminose A (ALLEN, 2013).

Mudanças alimentares podem trazer benefícios quando as escolhas são positivas do ponto de vista nutricional, ou resultar em prejuízos, ao excluir grupos alimentares importantes e adicionar alimentos com baixo teor em nutrientes que não contribuem para a saúde e desenvolvimento gestacional e do concepto (ARAÚJO et al., 2016).

Neste sentido, a dieta das gestantes deve ser constituída por alimentos variados, utilizando como referência as recomendações dos guias alimentares, considerando os hábitos alimentares individuais e buscando alcançar as necessidades energéticas e nutricionais e seu bem estar (BRASIL, 2012a). Estudo realizado na Austrália, por Jacka et al. (2011) observou que mulheres que mantiveram durante a gestação um padrão alimentar denominado “saudável” se mostraram menos susceptíveis a altos níveis de ansiedade em comparação com aquelas que consumiam o padrão de dieta denominado ocidental, caracterizado por carne processada, carboidratos e alimentos industrializados à base de óleo vegetal.

Diversos estudos têm demonstrado que o consumo alimentar de gestantes é insuficiente em relação à ingestão de alimentos fontes de nutrientes essenciais, e apresenta excessivo consumo de alimentos com alta densidade energética e baixo teor de nutrientes (GOMES et al., 2015). Esse perfil alimentar é considerado fator de risco para ocorrência de distúrbios nutricionais, como sobrepeso e obesidade, e possíveis deficiências de nutrientes essenciais, de cálcio, ferro, folato e vitaminas do complexo B (ARAÚJO et al., 2016).

Estudo realizado em Botucatu, São Paulo (2010), com gestantes de unidades de atenção primária à saúde, evidenciou que a maioria das gestantes não consumia frutas, verduras e legumes diariamente e que costumavam ingerir refrigerantes e doces. Destacou-se também que o alto percentual de gestantes com sobrepeso ou obesidade pré-gestacional, representa risco para a mãe e o bebê, uma vez que está relacionado a complicações como hipertensão, diabetes gestacional, parto induzido e obesidade infantil (GOMES et al., 2015).

Com relação ao uso de álcool, diversos estudos observaram que o seu consumo está muitas vezes associado ao uso de tabaco e drogas ilícitas. Na assistência ao pré-natal, o uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas deve ser rastreado

pelo profissional de saúde, sendo a consulta um momento propício para desenvolver relação de confiança que possibilite identificar o uso dessas substâncias e consequentemente proporcionar medidas e redução e prevenção (LUCCHESI et al., 2016). O acesso à educação no contexto da conscientização das gestantes sobre os efeitos das drogas lícitas e ilícitas sobre o organismo permite que elas passem a manter um controle das práticas nocivas (COSTA et al., 2014).

O uso de cigarro na gestação acarreta maior número de abortos espontâneos, maior incidência de ruptura de membranas ovulares, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, polidrâmnio, sangramentos vaginais, falta de apetite devido à falta da vitamina B1 e elevação da pressão arterial e frequência cardíaca, retenção de líquidos, dentre outros (TAKAZONO; GOLIN, 2013).

Inúmeros são os malefícios que o uso do tabaco pode acarretar ao feto. O tabagismo causa diminuição da pressão de oxigênio materno, comprometendo a perfusão adequada da placenta e a absorção de nutrientes para o feto. As complicações neonatais mais comuns são o retardo no crescimento intrauterino, a diminuição do peso fetal, a síndrome da angústia respiratória, a icterícia neonatal, além de o peso dos recém-nascidos de mães fumantes ter uma redução de 150 a 250g, que variam de acordo com o número de cigarros consumidos (GALÃO et al., 2009).

Drogas ilícitas como maconha, cocaína, merla e crack, são consideradas prejudiciais à gestante e ao feto, embora a relação de causa-efeito seja difícil de ser estabelecida. Diversos autores concordam que o uso de drogas ilícitas na gestação ocasiona sérios agravos à saúde física e ao bem-estar psicossocial da mulher e da criança, como aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e diminuição do perímetro cefálico (SIQUEIRA; FABRI; FABRI, 2011).

Nesse sentido, o pré-natal tem como objetivo detectar precocemente esses indicadores mediante seu acompanhamento, realização de anamnese, exame clínico-obstétrico e exames complementares. Além disso, o pré-natal tem extrema importância na promoção e prevenção à saúde no momento da gestação (BRASIL, 2005).

4.3 USO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO

O Brasil é um dos países de maior consumo e produção de bebida alcoólica, e o seu uso está se dando cada vez mais precoce e tem aumentando na população feminina (FERREIRA et al., 2013). Os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas mostram um aumento expressivo do consumo de álcool entre as mulheres com idade entre 18 e 34 anos (CARLINI, 2005). Esse dado denota para possibilidade do aumento do uso dessa substância também durante a gestação (MITSUHIRO; LARANJEIRA, 2011).

Entre as substâncias conhecidas como teratogênicas, o álcool é, provavelmente, o mais estudado. Na Inglaterra, da primeira metade do século XVIII, quando o uso de gin era difundido, as crianças nascidas de mães etilistas foram descritas como fracas, débeis e desatentas. Ainda assim, até o início do século XX a ideia de que ingerir álcool durante a gestação poderia prejudicar o desenvolvimento do feto era interpretada como moralista (FREIRE et al., 2005).

Atualmente, entende-se que o álcool é o agente teratogênico fetal mais comum, sendo considerado uma das principais causas evitáveis de defeitos congênitos (ALTERMAN et al., 2013). Os custos sociais consequentes da exposição alcoólica fetal envolvem assistência médica, psicológica, jurídica, além de prejuízo no desempenho escolar. Dessa forma, a exposição pré-natal ao álcool torna-se um problema de saúde pública, que precisa de maior atenção das políticas públicas nacionais para a realização de identificação e intervenção precoce (FERREIRA et al., 2013).

Estudo de revisão sistemática realizado por Lange et al. (2017), constatou que a prevalência do consumo de álcool na gravidez no Brasil foi estimada em 15,2%, com uma variação entre 10,4% a 20,8%. O uso de substâncias psicoativas durante a gestação, sejam elas drogas lícitas ou ilícitas, em conjunto com muitos outros fatores de riscos clássicos, como infecções, partos múltiplos, hipertensão induzida pela gravidez, trabalho extenuante, baixo índice de massa corpórea, ganho de peso insuficiente na gravidez, reprodução assistida, colo uterino curto, intervalo interpartal curto, baixa escolaridade, raça negra e história anterior de nascimento pré-termo estão relacionados à etiologia do nascimento pré-termo (BETIOL; BARBIERI; SILVA, 2010).

O uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas representam uma grande preocupação para as diversas instituições e esferas da sociedade, por se tratar de um comportamento capaz de acarretar consequências físicas potencialmente graves tanto para a mãe quanto para a criança (MOREIRA; MITSUHIRO; RIBEIRO, 2012). O álcool provoca alterações hemodinâmicas na gestante que comprometem o fluxo sanguíneo placentário, além de circular livremente por todos os compartimentos líquidos do corpo, incluindo vasculatura, líquidos intersticial e intracelular (RAMADOSS; MAGNESS, 2012). Assim, a concentração de álcool é a mesma no conceito, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool não modificado (etanol) e acetaldeído (HELLER; BURD, 2014).

Esse álcool prejudica sobremaneira o conceito, que apresenta metabolismo e mecanismos de detoxificação mais lentos, sendo o cérebro o órgão mais susceptível aos efeitos dessa exposição, uma vez que todos os trimestres são críticos para o seu desenvolvimento. Pode provocar alterações estruturais e funcionais como morte celular, prejuízo na formação de novas células, alterações de migração celular, produção de neurotransmissores e formação de sinapses (GUPTA; GUPTA; SHIRASAKA, 2016).

A exposição pré-natal ao álcool durante o primeiro trimestre de gestação afeta a migração, proliferação e organização celular cerebral (COOK et al., 1990; MILLER, 1996, apud COELHO, 2010). Cerca de duas semanas após a fertilização ocorre a gastrulação, durante essa fase ocorre a formação de três folhetos embrionários: ectoderma, mesoderma e endoderma. Na terceira semana de gestação, algumas células do mesoderma induzem o ectoderma a dobrar-se e formam-se então duas “dobras” ao longo da linha média do embrião. Os topos destas “dobras” curvam-se um em direção ao outro até se encontrarem e formarem o tubo neural (GOODLET; HORN, 2001 apud COELHO, 2010).

As células originadas da junção das duas dobras são denominadas de células da crista neural. Pesquisadores têm estudado amplamente estas células, pois acreditam que sejam particularmente sensíveis aos efeitos do etanol. O ponto central tem sido as chamadas células craniais da crista neural que desenvolvem, entre outras estruturas, cartilagens faciais e ossos. Os efeitos nocivos do etanol durante este período de desenvolvimento parecem ser a causa mais provável das

alterações craniofaciais encontradas em indivíduos expostos ao álcool durante o desenvolvimento (GOODLET; HORN, 2001 apud COELHO, 2010).

As dismorfias faciais aparecem apenas quando altas concentrações sanguíneas de etanol ocorrem durante o período de gastrulação. A intensidade destas malformações poderá incluir a presença de lábio leporino uni ou bilateral, nariz e região maxilar pequeno, fenda facial medial e ausência de narinas (RILEY; MCGEE, 2005 apud COELHO, 2010). Apesar das características faciais serem os sintomas mais evidentes em indivíduos que foram expostos ao álcool durante a gestação, as consequências mais devastadoras são aquelas relacionadas às alterações cerebrais e alterações comportamentais (RILEY; MCGEE, 2005 apud COELHO, 2010).

Durante o terceiro trimestre da gestação, estruturas como o cerebelo, o hipocampo e o córtex pré-frontal são sensíveis ao etanol. A excessiva morte neural altera o desenvolvimento normal de redes neurais e pode levar a disfunções cognitivas e comportamentais, sendo a hiperatividade uma das alterações comportamentais mais frequentes em indivíduos expostos ao etanol durante o desenvolvimento (CHEN et al., 2003 apud COELHO, 2010).

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), são um conjunto de sinais e sintomas que as crianças nascidas de mãe etilistas apresentam como, alterações faciais típicas, restrição de crescimento pré e/ou pós-natal e anormalidades estruturais e/ou funcionais do sistema nervoso central (SNC). Podem apresentar outras malformações congênitas, dificuldades de aprendizado, de memória, problemas funcionais, emocionais e de comportamento. Existem grandes chances de essas alterações perdurarem por toda a vida, com alto risco de os indivíduos afetados se tornarem dependentes de álcool e de outras drogas, terem problemas mentais, dificuldades escolares e no trabalho, comportamento sexual inapropriado e problemas com a justiça (BERTRAND; FLOYD; WEBER, 2005 apud MESQUITA; SEGRE, 2009).

Foi descrito também o termo “Desordens do Espectro Alcoólico Fetal” (FASD), que representa as crianças que foram expostas ao álcool intraútero, mas que não possuem quadro clínico completo de SAF. Embora, habitualmente apresentem alterações neurocomportamentais, indivíduos com essa desordem apresentam déficits intelectuais, como coeficiente de inteligência médio na faixa limítrofe, deficiências em diferentes componentes da função executiva e da atenção,

deficiência no processamento de informações e números, deficiência de raciocínio espacial, na memória visual, na linguagem e nas funções motoras (MEMO et al., 2013).

Estudo de revisão sistemática e meta-análise, realizado por Popova et al. (2016), com o objetivo de identificar as comorbidades que co-ocorrem em indivíduos com transtorno do espectro do álcool fetal e estimar a prevalência combinada de comorbidades que ocorrem em indivíduos com fetos com síndrome alcoólica fetal, identificou 428 condições comórbidas que co-ocorrem em indivíduos com FASD, sendo as mais prevalentes as associadas as malformações congênitas, deformidades e anormalidades cromossômicas e transtornos mentais e comportamentais. Com relação a SAF, as condições comórbidas com a prevalência combinada mais alta encontrada foram resultados anormais de estudos de função do sistema nervoso periférico e sentidos especiais, distúrbio de conduta, distúrbio de linguagem receptiva, otite média serosa crônica e distúrbio de linguagem expressiva.

Além dos efeitos biológicos na mãe e na criança, o uso de bebidas alcoólicas na gestação influencia de maneira direta na experiência da maternidade, podendo afetar a interação mãe e filho e intensificar dificuldades econômicas, sociais, psicológicas e de saúde já vivenciadas pela mulher (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

A suscetibilidade fetal ao álcool é influenciada pela quantidade ingerida, época de exposição, estado nutricional e capacidade de metabolização materna e fetal. A quantidade segura de álcool que uma gestante pode consumir não está determinada na literatura, por isto orienta-se abstinência total durante toda a gestação (BRASIL, 2012b). Estudos demonstram que o uso de 20 gramas de álcool já é suficiente para provocar supressão da respiração e dos movimentos fetais, observados por meio de ultrassonografia. O consumo de álcool na gestação também está relacionado ao aumento do número de abortos, risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, prematuridade do trabalho de parto e líquido amniótico meconial (FREIRE et al., 2005).

As gestantes costumam omitir o uso de álcool durante a consulta de pré-natal devido ao estigma social, ao conceito de imoralidade, agressividade e comportamento sexual inadequado. Estas geralmente apresentam sentimento de culpa e vergonha, além do medo de perder a guarda dos filhos (FURTADO; FABRI, 1999).

Entrevistas diagnósticas estruturadas consomem muito tempo durante a consulta de pré-natal e no atendimento pré-parto. São necessários profissionais qualificados para sua aplicação, além de não serem adequadas para avaliação do consumo de risco. Instrumentos de rastreamento geralmente são mais sensíveis e de fácil aplicação para identificação de casos suspeitos (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007). Vários instrumentos para rastreamento de abuso de álcool são conhecidos, como os questionários CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas- *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*), MAST (*Michigan Alcoholism Sreening Test*), T-ACE (acrônimo referente às suas quatro perguntas- *Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye opener*) e AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Estes questionários caracterizam ou medem a quantidade, frequência, intensidade e padrão de consumo de bebida alcoólica.

Estudo realizado na Argentina por Lopez et al. (2017), para analisar a confiabilidade e a validade interna dos instrumentos de triagem de álcool em mulheres grávidas, como o AUDIT, AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption*), TWEAK (*Tolerance, Worried, Eye-Opener, Amnesia and Cut-Down*), RAPS-QF (*Rapid Alcohol Problems Screen – Quantity Frequency*) e T-ACE, encontrou maior confiabilidade e melhor desempenho do AUDIT nessa população.

O diagnóstico precoce favorece a intervenção e possibilita o acesso a serviços especializados de tratamento, e alternativas de enfrentamento ao uso de drogas de abuso na gestação evitando e/ou amenizando complicações maternas e neonatais (KASSADA et al., 2013). A regularidade do atendimento pré-natal permite o aprofundamento das relações entre profissionais de saúde e gestantes, facilitando a identificação de hábitos de vida prejudiciais à saúde, como o uso inadequado de álcool na gestação. A abordagem da questão promove reflexões e fortalece sentimentos e atitudes de maior autocontrole e autocuidado suficientes para a redução do consumo de paciente em estágios iniciais do problema. Mediante intervenções breves e simples, muitas mulheres podem ser encorajadas a diminuir ou mesmo cessar o consumo de álcool na gestação. Além de evitar complicações na gestação atual, uma abordagem neste momento é a oportunidade de prevenir o problema em gestações futuras e favorecer uma maternagem segura e responsável (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

4.4 ATENÇÃO PRÉ-NATAL

No final da primeira década dos anos 2000, passou a existir um consenso de que a mortalidade materna poderia ser diminuída por meio do fortalecimento do sistema de saúde, para a oferta de serviços integrados, contínuos e de qualidade para as mulheres, durante e após a gestação, tanto na atenção ambulatorial quanto na emergência (SOUZA, 2011).

A atenção pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna (BRASIL, 2012a). Compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando o acompanhamento gestacional e, representa uma chance para as mulheres receberem uma assistência que lhes garanta a qualidade de vida no período gravídico puerperal (FONSECA; PÁDUA; NETO, 2016). Dessa forma, a não realização ou a realização inadequada dessa assistência tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil (LANSKY et al., 2014).

Um pré-natal adequado diminui a ocorrência de restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), baixo peso ao nascer, prematuridade, mortalidade neonatal e desnutrição em crianças. Quanto melhor a qualidade dos serviços ofertados, maior o impacto na saúde materno-infantil e menor a taxa de morbimortalidade nessa população (KUHNT; VOLLMER, 2017).

A atenção pré-natal inclui ações de promoção da saúde materna e infantil, como a identificação de riscos, a prevenção e tratamento de complicações e doenças, e a educação em saúde. Exige o planejamento e a organização de forma a garantir uma abrangência efetiva das ações, com o acesso e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2012a).

Uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada é essencial para a saúde materna e neonatal. Entende-se por humanização a valorização dos sujeitos implicados no processo de saúde, por meio da autonomia e protagonismo, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários com uma cultura de respeito aos direitos humanos, identificação das necessidades sociais de saúde; melhoria das condições de trabalho e de atendimento. E, decorre do fácil acesso a serviços de saúde em todos os níveis da atenção, do acolhimento, da provisão dos recursos necessários, da organização de procedimentos comprovadamente

benéficos, sem intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005).

Um pré-natal de qualidade deve desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes na rede de atenção básica, bem como coordenar e facilitar o acesso oportuno à própria atenção básica e a outros níveis de atenção da rede de serviços de saúde, buscando garantir a oferta adequada de cuidados com a gestação e o parto (BRASIL, 2005).

É evidente a importância dos fatores sociodemográficos e das características maternas para os resultados sobre a saúde materna e infantil (BASSANI; SUKAN; OLINTO, 2009). No entanto, a atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

O Ministério da Saúde traz os dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção primária, a saber: captação precoce; garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal; garantia da realização e avaliação em tempo oportuno dos exames preconizados na atenção pré-natal; escuta ativa da gestante e acompanhante, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais, culturais e biológicos; garantia do transporte público gratuito da gestante para atendimento pré-natal, quando necessário; direito do pré-natal do parceiro; garantia de acesso a unidade especializada de referência; estímulo e informação sobre os benefícios do parto fisiológico (plano de parto); direito da gestante de conhecer e visitar previamente a maternidade e conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico- puerperal (BRASIL, 2012a).

O conhecimento das ações de pré-natal é indispensável para a compreensão dos avanços alcançados e dos obstáculos a serem superados pelo SUS na melhoria dos indicadores de saúde materna infantil. A atuação da Estratégia Saúde da Família, principal modelo de atenção para a efetivação do pré-natal na atenção primária do SUS, tem sido alvo de pesquisas (TOMASI et al., 2017). Dentre os desafios à melhoria da qualidade da atenção pré-natal, aponta-se a necessidade de institucionalizar o monitoramento e avaliação da rotina das ações implementadas

pelas equipes. Dentre os esforços para fortalecer a avaliação em saúde no Brasil, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) que, além de avaliar globalmente o desempenho da atenção primária, também gerou um amplo conjunto de informações sobre o pré-natal (BRASIL, 2015).

A avaliação da qualidade do pré-natal é realizada por meio de critérios que julgam o acesso, devendo considerar não somente o número de consultas e a idade gestacional de início do acompanhamento, mas a adequação do conteúdo da assistência prestada, além das desigualdades no acesso existentes entre as regiões brasileiras e entre os grupos populacionais (POLGLIANE et al., 2014). A realidade brasileira mostra que são registradas falhas nesta assistência, como dificuldades no acesso, início tardio do pré-natal, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade. A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nascido (VIELLAS et al., 2014).

No Brasil, houve um aumento da cobertura do pré-natal nos últimos anos na maioria do país (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). Os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) mostram a evolução da cobertura da atenção pré-natal no Brasil, de nenhuma consulta para mais de 10% das gestantes em 1995, caindo para 2,2% em 2015. Menos da metade das mulheres grávidas faziam sete ou mais consultas, e esse percentual aumentou para 66,5% em 2015. No entanto as dificuldades persistem com um número alto de inadequação das ações associadas a desfechos negativos, como gestações sucessivas em curto espaço de tempo; prematuridade e o baixo peso ao nascer; aumento do risco de morte fetal e materna; hospitalizações em unidades de terapia intensiva; depressão e ansiedade pós-parto (TSUNECHIRO et al., 2018).

Estudo nacional, que utilizou dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011 e 2012, apontou uma boa cobertura da atenção pré-natal, chegando a indicadores universais e quase equânimes entre as regiões. Entretanto, ressalta-se que indicadores como trimestre de início do pré-natal, número de consultas realizadas e execução de procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde

estão aquém do adequado em diversas regiões do país, e principalmente em grupos populacionais vulneráveis (VIELLAS et al., 2014).

4.4.1 Rede Mãe Paranaense

No Paraná, a Rede Mãe Paranaense, propõe ações a serem realizadas no pré-natal e puerpério, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida (PARANÁ, 2018). O linha guia Mãe Paranaense, em sua 7ª edição, traz as ações preconizadas no acompanhamento pré-natal a serem seguidas, para que se mantenham uma conduta linear nos diferentes pontos de atenção no estado.

O linha guia Mãe Paranaense aborda um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante no primeiro trimestre de gestação, o seu acompanhamento pré-natal, a realização de exames, a estratificação de risco das gestante e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional. Apresenta como indicadores de processo de avaliação da qualidade do atendimento prestado o percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação, o índice de cesarianas, o percentual de gestantes estratificadas de alto risco de acordo com os critérios estabelecidos, o percentual de crianças estratificadas de alto risco de acordo com os critérios estabelecidos, o percentual de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco e a cobertura vacinal em menores de 1 ano (PARANÁ, 2018).

Como competência da atenção primária tem-se que a equipe da unidade deve inscrever as gestantes no pré-natal e cadastrá-las nos sistemas E-SUS e SISPRENATAL WEB; vincular as gestantes a maternidade de referência conforme o risco gestacional; solicitar os exames de rotina preconizados e agendar consulta médica em sete dias para avaliação dos resultados; realizar consultas de pré-natal de acordo com o cronograma, reavaliando em cada consulta o risco gestacional; encaminhar e monitorar as gestantes de risco intermediário e alto risco; realizar busca ativa por meio de visita domiciliar; imunizar as gestantes conforme protocolo; garantir no mínimo sete consultas de pré-natal e uma no puerpério; estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência a

partir dos problemas priorizados; marcar consulta de avaliação com a equipe de saúde bucal; manter a carteira da gestante preenchida com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando os riscos; realizar visita domiciliar até o 5º dia de pós- parto e agendar consulta na unidade (PARANÁ, 2018).

Sobre as competências da equipe de saúde preconiza-se conhecer as microáreas de risco, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade, coletados no cadastramento; acompanhar as famílias da microárea de risco em suas casas, na unidade, em associações, escolas, visando estabelecer parcerias e auxiliando na busca por melhor qualidade de vida para a comunidade; estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, a partir dos problemas priorizados; acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança; incentivar o aleitamento materno exclusivo; encaminhar a criança para consulta odontológica; imunizar as crianças conforme calendário de vacinação; acompanhar as crianças de risco até um ano de vida; encaminhar as crianças estratificadas como risco intermediário e alto risco para serviço de referência e registrar na carteira da criança todas as informações necessárias para o seu acompanhamento, desenvolvimento, intercorrências e procedimentos realizados até os cinco anos de idade (PARANÁ, 2018).

Com relação as consultas de pré-natal, o guia orienta que sejam realizadas no mínimo 7 consultas durante a gravidez, intercaladas entre o profissional médico e enfermeiro, sendo 2 consultas no primeiro trimestre, 2 consultas no segundo trimestre e 3 consultas no terceiro trimestre de gestação, e uma consulta no puerpério. Ressalta que o cadastramento já conta como primeira consulta (PARANÁ, 2018). Recomenda também que que realizada consulta odontológica, preferencialmente no 1º trimestre de gravidez.

Sobre a estratificação de risco da gestante, o Quadro 2 descreve os critérios enumerados em cada risco gestacional.

QUADRO 2- CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL SEGUNDO O LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018.

RISCO	CRITÉRIOS
HABITUAL	Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, de história reprodutiva anterior, de doença anterior ou agravo, sociodemográficos

Continua

QUADRO 2- CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL SEGUNDO O LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018.

Continuação

RISCO	CRITÉRIOS
INTERMEDIÁRIO	Gestantes negras/indígenas; analfabetas/ com menos de 3 anos de estudo; idade > 40 anos; óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito)
ALTO RISCO	<u>Doenças prévias:</u> HAS em tratamento; dependência de drogas ilícitas; cardiopatias em tratamento ou acompanhamento; pneumopatias em tratamento; nefropatias em tratamento ou acompanhamento; diabetes; hipertireoidismo; má formação útero/vaginal; epilepsia; hemopatias (exceto anemia leve e moderada, fisiológica da gestação); doenças infecciosas; doenças autoimunes; cirurgia útero vaginal prévia (fora da gestação); neoplasias; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica (com menos de 2 anos de pós-operatório); psicose e depressão grave; dependência de drogas lícitas (tabagismo, alcoolismo) com intercorrência clínica ou outro fator de risco materno fetal. <u>Intercorrências clínicas:</u> doenças infectocontagiosas; síndrome hipertensiva; gestação gemelar; isoimunização Rh; diabetes gestacional; RCIU; TPP; amniorrexe prematura; placenta prévia; sangramento de origem uterina; má-formação fetal; mudança abrupta da curva IMC

Fonte: Paraná (2018).

Em referência aos exames laboratoriais, recomenda-se que sejam realizadas 3 rotinas de exames, uma em cada trimestre de gestação, com exames específicos em cada rotina, conforme o Quadro 3.

QUADRO 3- ROTINAS DE EXAMES PRECONIZADOS NA GESTAÇÃO SEGUNDO O LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018.

PERÍODO	EXAMES
1º TRIMESTRE	Teste rápido de gravidez; hemoglobina e hematócrito; dosagem de glicose; pesquisa para hormônio tireoestimulante (TSH); tipagem sanguínea; parcial e cultura de urina; parasitológico de fezes; teste rápido para HIV ou pesquisa de anticorpos anti HIV1+HIV2; teste rápido para sífilis; teste não treponêmico para sífilis (VDRL); pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B; sorologia para toxoplasmose e eletroforese de hemoglobina
2º TRIMESTRE	Hemoglobina e hematócrito; urocultura; teste de tolerância à glicose (TOTG); teste rápido para HIV ou pesquisa de anticorpos anti HIV1+HIV2; VDRL e sorologia para toxoplasmose

Continua

QUADRO 3- ROTINAS DE EXAMES PRECONIZADOS NA GESTAÇÃO SEGUNDO O LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018.

		Continuação
PERÍODO	EXAMES	
3º TRIMESTRE	Hemoglobina e hematócrito; urocultura; teste rápido para HIV ou pesquisa de anticorpos anti HIV1+HIV2; teste rápido para sífilis; VDRL e sorologia para toxoplasmose	

Fonte: Paraná (2018).

4.4.2 Programa Nascer em São José dos Pinhais

O Programa Nascer em São José dos Pinhais foi instituído pela Lei 1.595/2010, com o objetivo de implantar um protocolo para o atendimento à gestante, ao parto e ao puerpério, visando a redução e detecção precoce de riscos materno-fetais, da mortalidade infantil, e garantindo as mães o direito a uma assistência pré-natal com qualidade, integralidade, equânime e de fácil acesso (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2010).

O Programa inclui rotinas específicas para cada situação e critérios para a classificação em baixo, médio e alto risco, dividindo-se nas fases de pré-Parto, parto, puerpério e atenção à criança (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2010). Apresenta como regulamentação municipal da assistência pré-natal o “Protocolo Municipal de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual” em sua última versão do ano de 2014, elaborado com base no Protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

O protocolo aborda as diretrizes adotadas para a assistência pré-natal de risco habitual, como a captação precoce, a classificação do risco gestacional (habitual, intermediário e alto risco), os procedimentos a serem realizados no decorrer da gestação, o número mínimo de 7 consultas durante a gravidez, as vacinas recomendadas, os exames complementares preconizados, entre outros (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2014).

O município segue também as recomendações do Ministério da Saúde, com os cadernos de atenção ao pré-natal, e do Estado do Paraná, por meio da Rede Mãe Paranaense. Atualmente tem utilizado como norteador da assistência pré-natal o Linha Guia Mãe Paranaense, em sua última versão de 2018, haja vista que o protocolo municipal não está atualizado.

4.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

A educação é o processo permanente de criação do conhecimento e de busca da reelaboração da realidade pela ação-reflexão humana. Considera-se relevante pensar a educação, a partir de Paulo Freire, sustentada pelo diálogo como compromisso humanista e conscientizador. Nessa perspectiva, compreende-se o processo de educação como complexo e multidimensional, com capacidade de contribuição para que o educando se torne sujeito do seu desenvolvimento, perante a presença orientadora do educador (FREIRE, 2011).

A educação em saúde é descrita como um processo que desenvolve atores sociais participativos, por meio de princípios críticos e reflexivos e metodologia baseada no diálogo, especialmente, em questões referentes a gestão da saúde (BRASIL, 2009). Assim, contribui no entendimento das causas dos problemas de saúde da comunidade, bem como na busca de elucidação destes. Portanto, educar não é transferir conhecimento, é uma forma de intervenção no mundo e, sendo assim, exige do educador respeito aos saberes do educando e à sua autonomia, liberdade e criatividade (FREIRE, 2011).

Educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e das visões de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento destas práticas educativas por parte destes trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Como as questões políticas que envolvem a promoção de uma assistência pré-natal mais qualificada, as ações referentes às orientações às gestantes também são de fundamental importância. É importante salientar que no período pré-natal os profissionais devem desenvolver ações que favoreçam a educação em saúde, proporcionando maior dimensão no processo de cuidar, assim minimizando dúvidas que surgem no período gestacional (MOURA et al., 2015). A gestante, bem como a sua família necessitam receber não só as orientações em consultas clínicas de rotina, desempenhadas na unidade de saúde, mas também intervenções que

favoreçam o acolhimento, a partir de ações e estratégias de educação em saúde, incentivadoras do vínculo e autonomia da gestante (DUARTE, 2013).

As ações desenvolvidas durante o atendimento pré-natal têm a função de proporcionar a total cobertura das gestantes, dando-lhes orientações, bem como a continuidade do acompanhamento da assistência pré-natal. Cabe ressaltar a importância da assistência pré-natal partindo do pressuposto de haver cada vez mais a aproximação de ações voltadas à humanização da assistência. A assistência humanizada durante o atendimento pré-natal faz com que os pacientes e familiares fiquem mais esclarecidos com relação às suas dúvidas e deste modo, fazendo com que haja melhor participação e empoderamento no atendimento do pré-natal (ESPOSTI et al., 2015).

O manual de pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (caderno nº 32), discorre sobre os aspectos que devem ser abordados as gestantes e familiares nas ações educativas como, a importância do pré-natal; os cuidados de higiene; a realização de atividades físicas; a promoção da alimentação saudável; o desenvolvimento da gestação; as modificações corporais e emocionais; os medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; as questões referentes a atividade sexual e prevenção de DST/Aids; o uso de álcool, cigarro e drogas na gestação; os sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes; os sinais de alerta na gestação; o incentivo ao aleitamento materno; a importância do planejamento familiar; os sinais e sintomas do parto; a vacinação na gestação; os cuidados ao recém-nascido; entre outros (BRASIL, 2012a).

No Brasil poucos são os estudos que abordam a educação em saúde no pré-natal. Nunes et al. (2017) realizou um estudo nacional sobre o acesso à assistência pré-natal, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, e observou baixa proporção de aconselhamentos entre as mulheres que fizeram pré-natal no SUS no Brasil. É possível que isso se deva ao fato de que as orientações durante o período gestacional, apesar de serem essenciais, nem sempre são exploradas pelos profissionais (ANVERSA et al., 2012). No Brasil, a insuficiência das informações na assistência pré-natal é comum e gera insatisfação e desqualificação do atendimento recebido. A falta de orientação durante as consultas, a não realização dos exames laboratoriais de rotina e dos procedimentos básicos recomendados e a falta de prescrições são fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal (NUNES et al., 2016).

A deficiência de informações prestada pode estar atrelada a má condução dos cuidados essenciais e, em casos mais extremos, influenciar no número de ocorrências de prematuridade e mortalidade materna. Assim, é imprescindível que os profissionais estejam sempre atentos e sensíveis aos questionamentos das gestantes, além de dispostos a disponibilizar informações relacionadas principalmente aos cuidados durante a gestação, a amamentação e período perinatal. Esses aconselhamentos podem ser realizados individualmente ou através de grupos de educação em saúde, que podem ser organizados nos próprios serviços por equipes multiprofissionais, e impactarão positivamente na qualidade da gestação das usuárias atendidas, elevando o padrão do serviço prestado (NUNES et al., 2017).

Polgliane et al. (2014) realizou um estudo no município de Vitória, Espírito Santo, para verificar a adequação do pré-natal aos critérios do PHPN e Organização Mundial de Saúde (OMS), e observou que somente 30% das gestantes receberam orientações sobre aleitamento materno. O recomendável seria que todas as gestantes fossem orientadas, uma vez que desde a década de 1980 há um esforço mundial por parte da OMS juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover e apoiar o aleitamento materno.

Outra publicação que analisou as orientações sobre aleitamento materno recebidas no pré-natal, em uma regional do Município de Maringá no Paraná, apresentou como resultado que 58,3% das gestantes receberam orientações sobre amamentação no pré-natal. Dentre as informações, o tempo de aleitamento materno exclusivo, a importância, o posicionamento e pega foram as mais referidas pelas mães (BARBIERI *et al.*, 2015). Os resultados obtidos revelaram que apesar da maioria das mulheres terem recebido orientações no pré-natal, uma parcela importante não foi informada e não participaram de grupos de gestantes. As orientações realizadas durante o acompanhamento pré-natal e na maternidade foram dadas por diversos profissionais, porém houve destaque para o profissional enfermeiro.

Oliveira et al. (2017), realizou um estudo para avaliar a qualidade da consulta de enfermagem no pré-natal de risco habitual, no município de Redenção- Ceará, e observou que as orientações sobre amamentação apresentaram um índice baixo (21,4%) apesar de ter havido oportunidades para esclarecimento de dúvidas. Também foi verificado que os enfermeiros, ao trabalharem com grupos, sentem uma

necessidade de articulação com outros profissionais, fornecendo apoio para um atendimento integral. É importante sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, mudanças gestacionais, movimentação fetal, entre outros, ajudam a identificar situações de risco e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal (BRASIL, 2012a).

Estudo realizado por Garcia et al. (2018) em um município do Sul de Minas Gerais, para verificar as ações desenvolvidas por profissionais de enfermagem na assistência às gestantes, averiguou alguns temas importantes que devem ser abordados junto às gestantes durante a consulta de enfermagem e apresentou como resultado que 30,59% das gestantes receberam orientações relacionadas ao aleitamento materno, 21,64% sobre a importância da realização do teste do pezinho, 10,44% orientações de alimentação e vacinação, 8,2% sobre o uso de cigarro/drogas e álcool, 5,97% cuidados de higiene, 5,22% quando procurar o serviço de saúde, 4,47% sinais de trabalho de parto, 3,73% exercícios físicos e 2,23% sobre sexualidade. A maioria dos índices foram inexpressíveis o que compromete a qualidade da atenção pré-natal.

Ressalta-se que na literatura nacional há uma escassez de estudos que avaliam a educação em saúde prestada durante o acompanhamento pré-natal, e poucas pesquisas abordam a temática sobre o abuso de álcool durante a gravidez.

5 METODOLOGIA

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná- Setor de Ciências da Saúde/SCS sob o parecer nº 3.268.166 (Anexo 1). Todas as entrevistas foram iniciadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no caso de adolescentes, após a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e do TCLE para pais e/ou responsável legal. Garantiu-se também o anonimato e o sigilo, bem como o direito a desistência de participação no estudo.

5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, analítico, de avaliação normativa, com abordagem quantitativa.

As avaliações normativas consistem em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios ou normas (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

As pesquisas transversais são também chamadas de seccionais ou de prevalência. Trata-se de uma estratégia de estudo caracterizada pela observação direta de certa quantidade programada de indivíduos em apenas uma oportunidade. O grande propósito destes estudos é reconhecer de que forma uma ou mais características, também chamadas de variáveis, sejam elas individuais ou coletivas, estão distribuídas em uma determinada população e época (MEDRONHO, 2005; RIBEIRO; RIBEIRO, 2015).

Os estudos quantitativos movem-se sistematicamente, ou seja, de maneira organizada, desta forma, o pesquisador segue uma série de passos, avançando de maneira lógica e baseado em um planejamento prévio. Busca-se ainda, neste tipo de pesquisa, reduzir possíveis erros e elevar a precisão e a validade do estudo por meio do controle da situação de pesquisa. Os dados de tais pesquisas advêm de uma realidade objetiva e são reunidos por meio dos sentidos. A capacidade de fazer

generalizações (inferências), ou seja, estender as características encontradas na amostra estudada para a população como um todo é um importante objetivo (POLIT; BECK, 2011).

5.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma maternidade pública do município de São José dos Pinhais, referência para todo o pré-natal do município de risco habitual, intermediário e alto risco. Designada também para o alto risco de município limítrofe. Está situado ao leste do Estado do Paraná, sendo uma das mais antigas cidades da região metropolitana de Curitiba (RMC) e apresenta a 5ª maior área territorial. Localizado a 15 quilômetros ao Sudeste da Capital, tem como limites os município de: Pinhais e Piraquara ao Norte; Tijucas do Sul ao Sul; Morretes e Guaratuba a Leste; Curitiba, Fazenda Rio Grande e Mandirituba a Oeste.

Foi criado conforme a Lei Complementar Federal nº14/73, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum. Atualmente a RMC é composta por 29 municípios, com uma área territorial de aproximadamente 16.581,21km² e a sua população ultrapassa os 3 milhões e 400 mil habitantes. É o sexto maior município em número de habitantes do Estado do Paraná, com uma população estimada de 302.759 habitantes (IBGE, 2016), cerca de 90% da população reside em área urbana IBGE (2010). E, com crescimento em proporção de 13% nos últimos cinco anos, sendo o município que mais cresceu no estado (IBGE, 2015).

A atenção primária a saúde é prestada por meio de 27 unidades básicas de Saúde, 15 em regiões urbanas e 12 em regiões rurais, sendo no total 55 equipes de saúde compostas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, destas 37 são da Estratégia de Saúde da Família compostas também por agente comunitário de saúde (ACS). As demais (18) equipes são equipes de atenção básica, com médico generalista, mas atuam conforme normas do Ministério da Saúde com relação a Estratégia de Saúde da Família, embora não sejam compostas por ACS.

A atenção terciária é ofertada por meio do Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais (HMMSJP), fundado em dezembro de 1948 inicialmente como entidade filantrópica. Em 1965, com a Lei Municipal nº 10 o Hospital passa a ser considerado instituição de utilidade pública, e em 03 de junho de 1966, a Lei

Municipal N° 2 estabelece o financiamento do hospital sob responsabilidade do Poder executivo Municipal (CÂMARA MUNICIPAL, 1966).

O hospital é municipalizado, em dezembro de 2011, deixa de ser uma entidade filantrópica, e passa a ser uma entidade de administração direta subordinada à Secretaria Municipal de Saúde do Município. Neste mesmo ano, foram finalizados os contratos com os convênios privados, passando o atendimento a ser realizado 100% pelo SUS (Plano Diretor Hospitalar – Ano 2015 a 2016).

Apresenta como diretrizes de Missão, Visão e Valores: “Saúde e educação com sustentabilidade e credibilidade”, “Prestar serviço hospitalar, ensino e pesquisa de forma humanizada à população”, “Ser referência no Estado do Paraná em urgência e emergência, destacando-se no ensino, pesquisa, gestão profissional, tecnologia médica de vanguarda e conquistando a acreditação hospitalar” e humanização; comprometimento; respeito à vida humana; ética e responsabilidade social (Plano Diretor Hospitalar – Ano 2015 a 2016). Atende o Município de São José dos Pinhais, Curitiba e região metropolitana e oferece os serviços de: clínica médica, maternidade, pediatria, ortopedia e traumatologia, casos de urgência e emergência, UTI geral e UTI neonatal. Conta com 200 leitos, distribuídos em clínicos, cirúrgicos, ginecologia-obstetrícia, pediátricos, UTI neonatal, UTI geral e pronto socorro (PS).

Segundo dados do sistema informatizado, na maternidade, são atendidas em média 2.000 consultas por mês e 250 partos, sendo 65% de partos normais e 35% de cesáreas (WINSAUDE, 2018). Do total de partos, 92% são de gestantes residentes no município.

No Setor de Alojamento Conjunto são internadas gestantes com indicação de terapêutica hospitalar, puérperas que sofreram aborto, mulheres com queixas ginecológicas, binômio mãe e bebê e puérperas que o recém-nascido se encontra internado na UTI neonatal.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por puérperas, residentes no município de São José dos Pinhais, que fizeram o pré-natal no Sistema Único de Saúde municipal, e que se encontravam internadas no setor de alojamento Conjunto da Maternidade do HMMSJP, entre maio a setembro de 2019.

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa *Openepi*, tendo como referência o total de nascimentos na Maternidade no ano de 2018 (2.982 nascimentos); estimando-se uma prevalência de 20% do uso de álcool na gestação (LANGE et al., 2017) e intervalo de confiança de 4%± (para mais ou para menos), o qual totalizou uma amostra de 342 participantes. Somou-se a este valor o percentual de 10% considerando uma potencial recusa de participação, resultando num tamanho amostral de 376 participantes.

As participantes foram recrutadas de forma aleatória, de acordo com o leito que ocupavam durante o internamento. Os 33 leitos de alojamento conjunto foram identificados do número 11 ao 63, de acordo com as possibilidades de sorteio usando 2 dados de cores diferentes (apêndice 1). Foi utilizado um dado de cor verde que representava a dezena e um dado de cor vermelha que correspondia a unidade. Durante a realização do sorteio se o número contemplado representasse um leito ocupado por paciente não puérpera ou puérpera que realizou o pré-natal em outro município ou em serviço privado, este era automaticamente excluído e prosseguia-se ao próximo sorteio. Foram sorteados leitos em número superior a quantidade de entrevistas planejadas haja vista a possibilidade de recusa de participação. Assim, as recusas foram substituídas automaticamente durante o processo de recrutamento.

As participantes foram abordadas no leito de internamento, onde foi explicado sobre a realização da pesquisa, seu objetivo, termo de consentimento e que seria aplicada em sala reservada para garantir a confidencialidade. As que aceitavam participar eram em seguida encaminhadas para a entrevista.

Os critérios de inclusão foram: ser residente e ter realizado o pré-natal no município definido e ser puérpera até 42 dias pós-parto internada na maternidade. Foram excluídas as puérperas que realizaram o pré-natal em outro município ou em serviços privados, que apresentavam condições clínicas desfavoráveis à entrevista ou que haviam falecido; ou que o bebê tenha evoluído para óbito neonatal.

5.5 COLETA DE DADOS

Previamente a coleta de dados, durante o mês de abril, foi realizado um projeto piloto, por meio de entrevista a 12 puérperas, para testar a viabilidade do instrumento de coleta de dados e capacitar as entrevistadoras. Foram reformuladas

questões referentes a logística de recrutamento das participantes (identificação dos leitos de internamento) e informações contidas nos instrumentos, como: inclusão de dados sociodemográficos (situação conjugal, raça/cor, renda e religião) no questionário de entrevista; alterações na forma de preenchimento das respostas referentes as orientações educativas recebidas no pré-natal por meio de *check list*; inclusão da informação de identificação da Unidade de Saúde de realização do pré-natal; indagação a respeito da puérpera utilizar algum outro meio para sanar as dúvidas referentes a gestação, e com relação ao instrumento validado para avaliação do padrão do uso de álcool na gestação- AUDIT, foram realizadas adaptações na forma de averiguar algumas perguntas mas mantendo-se o significado original.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2019, por duas entrevistadoras, sendo uma delas a autora, servidora no local onde foi realizada a pesquisa, e a outra mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, previamente treinadas para padronização da técnica de aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Foi aplicada em dias distintos da semana, de maneira a contemplar pelo menos 5 dias de cada semana, incluindo finais de semana e feriado, e de modo que não ocorresse dois dias seguidos ou mais sem entrevista. Foram aplicadas entrevistas, em sala reservada, por meio de três instrumentos de pesquisa, a saber:

- O primeiro estruturado com perguntas abertas e fechadas (apêndice 2) referente aos dados sociodemográficos (idade, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, ocupação, renda familiar e religião), hábitos de vida durante a gestação (alimentação, uso de cigarro, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas) e orientações educativas recebidas durante o acompanhamento pré-natal. As perguntas referentes a educação em saúde foram elaboradas conforme as orientações de normas do Ministério da Saúde (protocolo de atenção ao pré-natal de baixo- risco) e do Estado do Paraná (Linha guia mãe paranaense);
- O segundo trata de questionário validado para avaliação do padrão do uso de álcool na gestação denominado AUDIT traduzido para a língua portuguesa. (apêndice 3), e
- O terceiro refere-se aos dados secundários (apêndice 4), consultados por meio da Declaração de Nascido Vivo (DNV), da carteira de pré- natal e do prontuário eletrônico, contendo dados sociodemográficos (escolaridade, raça/cor e estado

civil), antecedentes obstétricos (número de gestações anteriores), dados de acompanhamento pré-natal (risco gestacional, idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, exames realizados, presença de comorbidades e vacinas realizadas) e condição de saúde do recém-nascido (idade gestacional no nascimento, peso, comprimento, índice de apgar, perímetro cefálico e presença de malformações congênitas).

5.5.1 Primeiro Instrumento

5.5.1.1 Dados sociodemográficos

A idade da puérpera foi categorizada entre 10 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos e 40 anos ou mais. Para a análise bivariada agrupou-se as duas últimas categorias, pois somente nove participantes apresentavam idade igual ou superior a 40 anos.

Para a análise da raça/cor foram utilizadas as descrições: branca; preta; parda; amarela e indígena, conforme a DNV. Na análise bivariada excluiu-se a categoria amarela, pois apresentava somente duas participantes.

A situação conjugal foi categorizada em sem companheiro as participantes que relataram ser solteiras ou divorciadas, e com companheiro as que referiram ser casadas, apresentar união estável ou companheiro fixo.

A escolaridade foi classificada de acordo com as seguintes categorias: sem escolaridade; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio e ensino superior, conforme a DNV. Para a análise bivariada agrupou-se as categorias ensino médio e superior, pois esta apresentava uma baixa frequência (14 participantes).

Sobre a ocupação, primeiramente foram organizadas em categorias de acordo com as similaridades do trabalho desenvolvido em: do lar; estudante; comércio; alimentos/higiene; profissional liberal; indústria; serviços administrativos; serviços domésticos; serviços de saúde; educação e agricultora. Para a análise bivariada essas categorias foram compiladas em trabalho atual: sim ou não (do lar e estudantes), considerando-se como trabalho atividade que gere remuneração financeira.

Com relação a renda familiar foram utilizadas as seguintes categorias: menor que 1 salário mínimo; entre 1 e 2 salários mínimos; entre 3 e 5 salários mínimos e maior que 5 salários mínimos.

A religião foi classificada em católica; evangélica; espírita e não praticante. Na análise bivariada foi compilada em praticante (católica, evangélica e espírita) e não praticante.

5.5.1.2 Hábitos de vida durante a gestação

Foi investigado alguns hábitos de vida durante a gestação, como alimentação saudável, uso de cigarro, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas. Sobre a alimentação saudável foi realizada a seguinte pergunta: “Você teve uma alimentação saudável durante a gestação?”, e apresentava como resposta as opções sim, não e um pouco.

Em referência ao uso de cigarro, foi perguntado “Você fez uso de cigarro na gestação?”, e se a resposta fosse afirmativa questionava-se sobre a frequência do uso por semana, quantidade de cigarros por dia e quando utilizou (antes de saber da gravidez, durante uma parte da gravidez ou durante toda a gravidez).

Sobre o uso de drogas ilícitas foi realizada a seguinte pergunta “Você fez uso de alguma droga como maconha, cocaína ou crack na gestação?”, e se a resposta fosse afirmativa questionava-se sobre quando utilizou: antes de saber da gravidez, durante uma parte da gravidez ou durante toda a gravidez.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, foi perguntado “Você consumiu alguma bebida alcoólica na gestação?”, e se a resposta fosse afirmativa questionava-se sobre quando utilizou: antes de saber da gravidez, durante uma parte da gravidez ou durante toda a gravidez.

O consumo de drogas lícitas e ilícitas foi classificado de acordo com o uso, em sim ou não, tendo em vista que qualquer frequência ou modo de uso na gestação implica potencial fator de risco tanto para a gestante quanto para o feto, uma vez que não se tem estabelecido quantidades consideradas seguras para o consumo de drogas durante a gestação, sendo recomendada como melhor conduta a abstinência.

5.5.1.3 Orientações educativas recebidas durante o acompanhamento pré-natal

O primeiro instrumento abordava as orientações educativas recebidas durante o acompanhamento pré-natal e cada temática apresentava alguns exemplos como norteador. Com relação aos cuidados gerais de higiene durante a gestação, foi questionado as participantes se receberam duas orientações: “Você foi orientada quanto aos cuidados com a higiene bucal- fazer uso de escova, pasta e fio dental para evitar irritação na gengiva?” e “ Você foi orientada quanto a estar atenta para secreções vaginais associadas a coceira, cheiro ruim, cor estranha e ardência? E procurar a unidade de saúde nesses casos?”.

Sobre a prática de exercício físico durante a gestação, as participantes foram questionadas se receberam as seguintes orientações: “Você foi orientada a fazer caminhadas de aproximadamente 30 minutos 3 vezes por semana?”, “Você foi orientada a utilizar um sapato confortável para a prática do exercício?” e “ Você foi orientada em caso de mal-estar suspender a atividade e procurar a unidade de saúde?”.

Foi indagado as participantes se receberam orientações referentes aos cuidados com a alimentação durante a gestação como, “Você foi orientada quanto a comer regularmente, evitando ficar mais de 3 horas sem comer?”, “Você foi orientada a ingerir pelo menos 2 litros de água (6 a 8 copos) por dia?” e “ Você foi orientada a manter uma dieta equilibrada com cereais, verduras, frutas, legumes, carnes e açúcares?”.

As participantes foram questionadas se foram orientadas sobre a importância do aleitamento materno, por meio dos seguintes exemplos: “Você foi orientada sobre os benefícios da amamentação?”, “Você foi orientada sobre manter amamentação no seio exclusiva até o 6º mês da criança?” e “Você foi orientada sobre a pega e posicionamento correto da criança durante a amamentação?”.

Com relação a prática de atividade sexual na gestação foram realizadas as seguintes perguntas as participantes: “Você foi orientada que pode ter relação sexual durante a gestação e que não machuca o bebê?”, “Você foi orientada quanto a evitar posições que causem desconforto?” e “Você foi orientada que se notasse a presença de sangramento ou saída de líquido diferente após a relação sexual procurar o médico?”.

Sobre a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, foi indagado as participantes se receberam instruções como: “Você foi orientada a usar camisinha durante todas as relações sexuais?” e “Você foi orientada a procurar a unidade de saúde se apresentar secreções vaginais associadas a coceira, cheiro ruim, cor estranha e ardência?”.

Quanto aos sinais de urgência durante a gravidez, as participantes responderam as seguintes perguntas: “Você foi orientada a procurar atendimento no serviço de saúde se sentisse dor ou ardência ao urinar?”; “Você foi orientada a procurar atendimento no serviço de saúde se o bebê parasse de mexer?”; “Você foi orientada a procurar atendimento no serviço de saúde se apresentasse sangramento ou perda de líquido vaginal?” e “Você foi orientada a procurar atendimento no serviço de saúde se apresentasse dor de cabeça forte, visão embaralhada e enxergasse estrelinhas?”.

As participantes foram questionadas se receberam as seguintes orientações sobre os sinais de trabalho de parto: “Endurecimento da barriga/contração a cada 5 minutos por 30 segundos ou mais permanecendo assim por mais de 1 hora” e “Perda de líquido que pode escorrer pelas pernas, molhar a roupa ou a cama”;

Foi indagado as participantes se foram orientadas sobre evitar o cigarro, não usar drogas e a importância de não consumir bebidas alcoólicas na gestação.

Cada pergunta apresentava como resposta sim, não e não lembro, e para a análise descritiva foram utilizadas três categorias de classificação das respostas, a saber: foi orientada (quando recebeu todas as orientações exemplificadas), orientada parcialmente (quando recebeu alguma das orientações exemplificadas) e não foi orientada, quando não recebeu nenhuma orientação.

Foi criado um escore para avaliar se a educação em saúde recebida no pré-natal foi suficiente ou não, utilizando-se uma pontuação de 0, quando não orientada, 1, quando parcialmente orientada ou 2, quando recebeu todas as orientações. O somatório máximo do escore foi de 26 pontos, uma vez que o instrumento apresentava 13 temáticas.

As orientações recebidas durante o pré-natal foram classificadas como insuficientes quando a somatória do escore foi menor que 19 pontos e suficiente quando ≥ 19 pontos, com base na mediana.

5.5.2 Segundo Instrumento- Avaliação do padrão do uso de álcool na gestação

O AUDIT avalia diversos níveis de uso de álcool, desde o não uso até a provável dependência, além do consumo nos últimos 12 meses. É composto por 10 perguntas, cada questão tem uma margem de 0 a 4 pontos, possibilitando uma pontuação final de 0 a 40 pontos, e de acordo com o total a participante pode ser classificada em 4 zonas do nível de uso de álcool, a saber:

- Zona I (0 a 7 pontos): pessoas que geralmente fazem uso de baixo risco de álcool ou são abstêmias;
- Zona II (entre 8 e 15 pontos): são pessoas consideradas usuários de risco, porém não apresentam nenhum problema decorrente disso;
- Zona III (entre 16 e 19 pontos): são pessoas consideradas como padrão de uso nocivo;
- Zona IV (entre 20 a 40 pontos): pessoas que se encontram nesse nível apresentam grandes chances de ter um diagnóstico de dependência.

5.5.3 Terceiro Instrumento- dados secundários

O terceiro instrumento abordava dados sociodemográficos (escolaridade, cor/raça e estado civil) e dados do recém-nascido no nascimento, averiguados na DNV, e dados referentes a gestação e acompanhamento pré-natal, observados na carteira de gestante e prontuário eletrônico.

Em referência ao número de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal foi utilizada as categorias ≥ 7 consultas e < 7 consultas considerando os critérios estabelecidos pelo Linha Guia Mãe Paranaense de no mínimo 7 consultas de pré-natal durante a gravidez (PARANÁ, 2018). Sobre os exames, como nem todas as carteiras de gestante apresentava a data de realização dos exames, estes foram classificados como: 1 rotina de exame realizada, 2 rotinas de exame realizada e 3 rotinas de exame realizada. Foram escolhidos alguns exames a serem avaliados em cada rotina, tendo-se em vista que existem mecanismos de intervenção a serem realizados para que não haja comprometimento do recém-nascido, a saber: 1^a rotina: hemograma, glicemia de jejum, tipagem sanguínea, parcial/cultura de urina, sífilis (teste rápido ou sorologia) e anti-HIV (teste rápido ou sorologia); 2^a rotina: hemograma, teste de tolerância oral à glicose (TOTG), parcial/cultura de urina, sífilis

(teste rápido ou sorologia) e anti-HIV (teste rápido ou sorologia) e, 3ª rotina: hemograma, parcial/cultura de urina, sífilis (teste rápido ou sorologia) e anti-HIV (teste rápido ou sorologia).

O risco gestacional foi classificado em habitual, intermediário e alto risco conforme o Linha Guia Mãe Paranaense. As comorbidades e condições que classificaram as puérperas como alto risco gestacional foram categorizadas em: hipotireoidismo; obesidade mórbida; diabetes mellitus (DM- anterior e gestacional); doenças infectocontagiosas (sífilis, infecção do trato urinário- ITU de repetição e toxoplasmose); Doença Hipertensiva específica da gestação (DHEG); Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); doença mental (depressão, ansiedade, distúrbio bipolar e ideação suicida); nefropatias (pielonefrite e nefrolitíase); drogadição; isoimunização Rh; cardiopatia; asma; doenças uterinas; RCIU; pré-eclâmpsia; gemelaridade e outras.

A prematuridade foi classificada por meio da idade gestacional em semanas contida na DNV e foi considerado a termo os recém-nascidos que apresentavam IG ≥ 37 semanas. O baixo peso foi categorizado como abaixo de 2.500g. O índice de apgar adequado quando maior ou igual a 7 no 1º e 5º minuto de vida e o perímetro cefálico de acordo com o sexo e a idade gestacional por meio da tabela de Intergrowth (anexos 2 e 3) considerando como adequado o intervalo contido entre o desvio padrão -2 e +2.

O Quadro 4 apresenta a síntese da categorização das variáveis apresentadas anteriormente.

QUADRO 4- CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA PESQUISA SEGUNDO A FONTE DE COLETA DE DADOS.

VARIÁVEL	CATEGORIAS	FONTE DE DADOS
Idade	10 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; ≥ 40 anos	Entrevista
Raça/cor	branca; preta; parda; amarela; indígena	Entrevista/DNV
Situação conjugal	sem companheiro (solteira, divorciada) com companheiro (casada, união estável, companheiro fixo)	Entrevista/DNV
Escolaridade	sem escolaridade; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio; ensino superior	Entrevista

Continua

QUADRO 4- CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA PESQUISA SEGUNDO A FONTE DE COLETA DE DADOS.

Continuação

VARIÁVEL	CATEGORIAS	FONTE DE DADOS
Renda familiar	menor que 1 salário mínimo; entre 1 e 2 salários mínimos; entre 3 e 5 salários mínimos; maior que 5 salários mínimos	Entrevista
Religião	católica; evangélica; espírita; não praticante	Entrevista
Início do pré-natal	1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre	Carteira de pré-natal/ prontuário eletrônico
Número de consultas	< 7 consultas; ≥ 7 consultas	Carteira de pré-natal/ prontuário eletrônico
Rotinas de exames	1 rotina; 2 rotinas; 3 rotinas	Carteira de pré-natal/ prontuário eletrônico
Risco gestacional	habitual; intermediário ; alto risco	Carteira de pré-natal/ prontuário eletrônico
<u>Comorbidades</u> (hipotireoidismo; obesidade mórbida diabetes mellitus; doenças infectocontagiosas; DHEG; HAS doença mental; nefropatias; drogadição; isoimunização Rh; cardiopatia; asma; doenças uterinas; RCIU; pré-eclâmpsia; gemelaridade; outras)	sim; não	Carteira de pré-natal/ prontuário eletrônico
<u>Vacina</u>		
hepatite B	sim: esquema completo/incompleto; não	Carteira de pré-natal/ prontuário eletrônico
dTpa	sim; não	prontuário eletrônico
Orientações educativas	orientada; parcialmente orientada; não orientada	Entrevista

Fonte: O autor (2020).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no programa Excel office 365 utilizando-se de três planilhas. A primeira referente as informações contidas na entrevista, a segunda sobre o AUDIT e a terceira correspondente aos dados secundários retirados da DNV, carteira de pré-natal e prontuário eletrônico.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Epi-info versão 7.2.3.1, e de modo complementar, o programa *Openepi*, para a revisão de alguns resultados. Inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis estudadas por meio de medidas de frequência. Em segundo foi utilizado o modelo de análise bivariada, adotando-se como medida de associação o odds ratio bruto e como nível de significância o valor de 0,05. E posteriormente, realizou-se a análise de regressão logística múltipla, com a introdução da variável de interesse principal e covariáveis em ordem de significância estatística (considerando as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$), adotando-se como medida de associação o odds ratio ajustado e para o modelo final nível de significância de 0,05.

As variáveis dependentes utilizadas foram:

- A análise da suficiência das orientações recebidas durante o pré-natal, tendo como variáveis independentes as relativas as características sociodemográficas e ao pré-natal;
- A análise do consumo geral de álcool na gestação (antes e depois de saber da gravidez), tendo como variáveis independentes as relativas as características sociodemográficas e ao pré-natal;
- A análise do consumo de álcool após saber da gravidez, tendo como variáveis independentes as relativas as características sociodemográficas e ao pré-natal, bem como a orientação sobre o consumo de álcool na gestação durante o pré-natal;
- A análise da prematuridade, tendo como variáveis independentes as relativas as características sociodemográficas, ao pré-natal, a condição de saúde do concepto e ao consumo de álcool na gestação;
- A análise do baixo peso ao nascer, tendo como variáveis independentes as relativas as características sociodemográficas, ao pré-natal, a condição de saúde do concepto e ao consumo de álcool na gestação.

6 RESULTADOS

Foram consultadas 366 puérperas, destas 24 (6,6% da amostra) não aceitaram participar do estudo. Totalizou-se assim, 342 participantes da pesquisa.

6.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES E UNIDADE DE SAÚDE DO PRÉ-NATAL

As puérperas entrevistadas apresentavam idade compreendida entre 13 e 44 anos, a média das idades foi de 26 anos e a mediana 25 anos. A faixa etária predominante foi entre 20 a 29 anos, representada por 179 participantes (52,3%).

Com relação a raça/cor, 164 participantes (48,0%) se declararam brancas e 161 participantes (47,1%) pardas. Quanto a situação conjugal, 283 participantes (82,7%) relataram apresentar companheiro.

No que se refere a escolaridade, 144 participantes (42,1%) referem ensino médio concluído; e sobre a ocupação 194 participantes (56,7%) se declararam do lar. Com referência a renda familiar 209 participantes (61,1%) relataram renda compreendida entre 1 e 2 salários mínimos.

Quanto a religião 137 participantes (40,1%) se declararam evangélicas e 125 participantes (36,5%) católicas. Entre as primíparas a maioria se declarou católica (39,8%) e entre as múltiparas evangélicas (44,2%).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das participantes da pesquisa.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA SEGUNDO A PARIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variáveis	Primípara		Múltipara		Total	
	n=118	%	n= 224	%	Nº	%
Faixa etária (anos)						
10 – 19	45	38,1	15	6,7	60	17,5
20 – 29	63	53,4	116	51,8	179	52,3
30 - 39	10	8,5	84	37,5	94	27,5
40 ou mais	0	0,0	9	4,0	9	2,6

Continua

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA SEGUNDO A PARIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

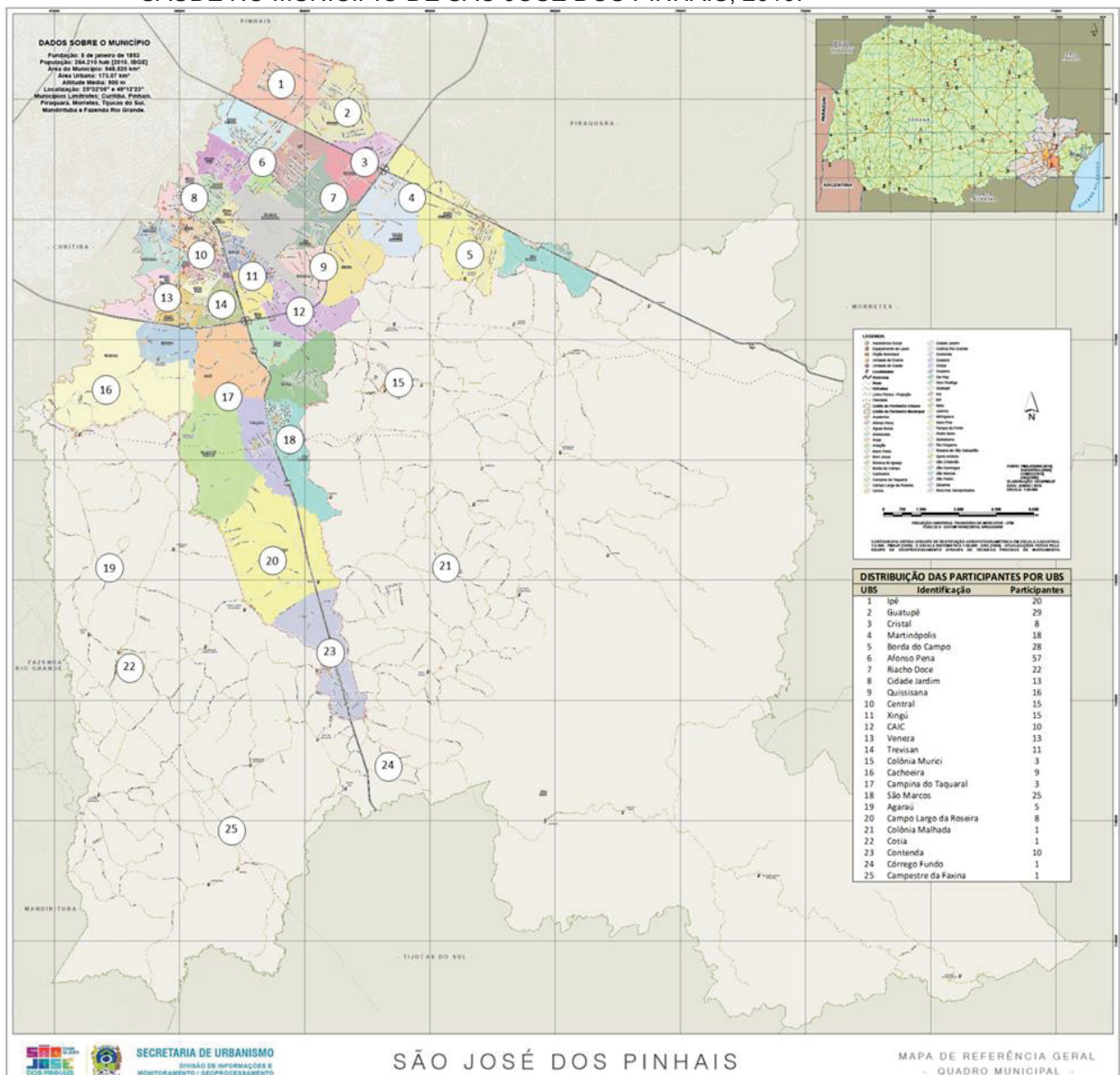
Variáveis	Primípara		Múltipara		Total	
	n=118	%	n= 224	%	Nº	%
Continuação						
Raça / Cor						
Branca	51	43,2	113	50,4	164	48,0
Parda	62	52,5	99	44,2	161	47,1
Negra	5	4,2	10	4,5	15	4,4
Amarela	0	0,0	2	0,9	2	0,6
Situação Conjugal						
Sem companheiro	30	25,4	29	12,9	59	17,3
Com companheiro	88	74,6	195	87,1	283	82,7
Escolaridade						
Fundamental incompleto	15	12,7	55	24,6	70	20,5
Fundamental completo	37	31,4	77	34,4	114	33,3
Ensino médio	57	48,3	87	38,8	144	42,1
Ensino superior	9	23,1	5	2,2	14	4,1
Ocupação						
Do lar	61	51,7	133	59,4	194	56,7
Comércio	23	19,7	21	9,4	44	12,9
Alimentos/higiene	5	4,3	25	11,2	30	8,8
Profissional liberal	6	5,1	11	4,9	17	5,0
Indústria	4	3,4	9	4,0	13	3,8
Estudante	11	9,4	2	0,9	13	3,8
Serviços administrativos	3	2,6	7	3,1	10	2,9
Serviços domésticos	0	0,0	9	4,0	9	2,6
Educação	2	1,7	4	1,8	6	1,8
Serviços de saúde	2	1,7	2	0,9	4	1,2
Agricultora	1	0,9	1	0,4	2	0,6
Renda (salário mínimo)						
Menor que 1	3	2,5	17	7,6	20	5,8
Entre 1 e 2	74	62,7	135	60,3	209	61,1
Entre 3 e 5	20	16,9	38	17,0	58	17,0
Maior que 5	5	4,2	11	4,9	16	4,7
Não souberam informar	16	13,6	23	10,3	39	11,4
Religião						
Católica	47	39,8	78	34,8	125	36,5
Evangélica	38	32,2	99	44,2	137	40,1
Espírita	0	0,0	5	2,2	5	1,5
Não praticante	33	28,0	42	18,8	75	21,9

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Em relação ao local de realização do pré-natal, podemos observar no Mapa 1, que a amostra foi composta por puérperas distribuídas entre 25 do total de 27

Unidades de Saúde do Município. Destaca-se, que houve similaridade entre o número de participantes de cada região e a estimativa populacional dos bairros; sendo as Unidades de Saúde com mais participantes a do Afonso Pena com 57 participantes (16,7%), a qual equivale a região mais populosa do município (49.509 habitantes) segundo dados do IBGE (2010); seguida da Borda do Campo, com um total de 56 participantes (16,4%), e que representa a segunda maior população (18.198 habitantes), e o Guatupê, com 29 participantes (8,5%) e que representa a terceira região com maior população (16.743 habitantes). O Mapa 1 apresenta a distribuição do total de participantes por Unidade de Saúde no município.

MAPA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.



Fonte: São José dos Pinhais (2019).

6.2 CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

6.2.1 Histórico gestacional e início do pré-natal

Sobre o histórico de gestações anteriores, 224 participantes (65,5%) são multíparas e 118 participantes (34,5%) primíparas. Com relação ao início do acompanhamento do pré-natal, 235 participantes (68,7%) iniciaram no 1º trimestre de gestação.

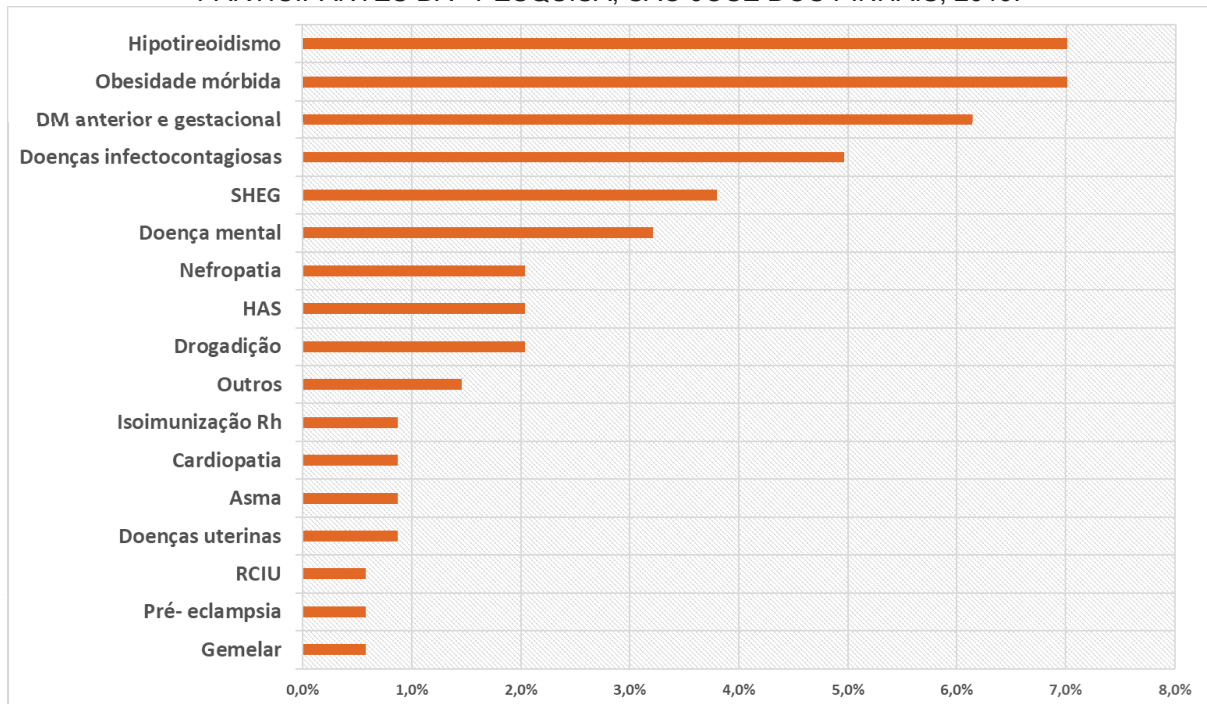
6.2.2 Risco gestacional

Quanto ao risco gestacional, 210 participantes (61,4%) foram classificadas como risco habitual, 15 participantes (4,4%) como risco intermediário e 117 participantes (34,2%) como alto risco.

Dentre os critérios de estratificação de risco intermediário, 7 participantes (46,7%) se autodeclararam preta/parda; 3 participantes (20,0%) apresentavam histórico de aborto anterior; 3 participantes (20,0%) com três ou menos anos de estudo, e 2 participantes (13,3%) não foi possível estabelecer o critério de classificação, pois não estavam descritos na carteira de pré-natal ou prontuário eletrônico.

Sobre o alto risco, temos 24 participantes (7,0%) com hipotireoidismo; 24 participantes (7,0%) com obesidade mórbida; 21 participantes (6,1%) com diabetes mellitus (18 gestacional e 3 anteriores); 17 participantes (5,0%) com doenças infectocontagiosas (11 sífilis, 4 ITU de repetição e 2 toxoplasmose); 13 participantes (3,8%) com hipertensão gestacional; 11 participantes (3,2%) com doença mental (depressão, ansiedade, distúrbio bipolar e ideação suicida); 7 participantes (2,0%) com nefropatias (pielonefrite e nefrolitíase); 7 participantes (2,0%) com HAS; 7 participantes (2,0%) com drogadição ilícita e 5 participantes (1,5%) classificadas como outras causas (tabagismo, epilepsia, trabalho de parto prematuro- TPP, vulnerabilidade social e idade/3 abortos anteriores), conforme descrito no Gráfico 1.

GRÁFICO 1- COMORBIDADES ASSOCIADAS AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.2.3 Consultas de pré-natal

O número de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal apresentou uma variação entre 1 a 19 consultas; 252 participantes (73,7%) realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

Sobre o total de consultas realizadas conforme o risco gestacional, as gestantes classificadas como risco habitual apresentaram uma variação entre 1 a 14 consultas, 146 participantes (69,5%) realizaram 7 ou mais consultas. As classificadas como risco intermediário apresentaram uma variação entre 1 a 11 consultas, 7 participantes (46,7%) realizaram 7 ou mais consultas. As classificadas como alto risco apresentaram uma variação entre 1 a 19 consultas, 99 participantes (84,6%) realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

6.2.4 Exames laboratoriais

Sobre as rotinas de exames laboratoriais preconizadas durante a gestação, 242 participantes (70,8%) realizaram as 3 rotinas recomendadas. Ainda, de acordo com o trimestre de início do pré-natal, 187 participantes (79,6%) que iniciaram no primeiro trimestre realizaram as 3 rotinas de exames; 53 participantes (54,6%) que

iniciaram no 2º trimestre realizaram as 3 rotinas, e 6 participantes (60,0%) que iniciaram no 3º trimestre realizaram 1 rotina de exames. As participantes que não realizaram nenhuma rotina iniciaram o pré-natal no 2º trimestre de gestação. A Tabela 2 exemplifica algumas características do pré-natal segundo o trimestre de início do acompanhamento.

TABELA 2- CARACTERÍSTICAS DO PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SEGUNDO O TRIMESTRE DE INÍCIO, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variáveis	Início do pré-natal			
	1º trimestre n=235 (%)	2º trimestre n=97 (%)	3º trimestre n=10 (%)	Total n=342 (%)
Exames				
Nenhuma	0	2 (2,1)	0	2 (0,6)
1 rotina	10 (4,2)	11 (11,3)	6 (60,0)	27 (8,0)
2 rotinas	38 (16,2)	31 (32,0)	2 (20,0)	71 (20,7)
3 rotinas	187 (79,6)	53 (54,6)	2 (20,0)	242 (70,7)
Nº de consultas				
< 7	30 (12,8)	52 (53,6)	8 (80,0)	90 (26,3)
≥ 7	205 (87,2)	45 (46,4)	2 (20,0)	252 (73,7)
Risco gestacional				
Habitual	143 (60,8)	61 (62,9)	6 (60,0)	210 (61,4)
Intermediário	8 (3,5)	5 (5,1)	2 (20,0)	15 (4,4)
Alto risco	84 (35,7)	31 (32)	2 (20,0)	117 (34,2)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com relação ao antecedente obstétrico, as primíparas (77,8%) apresentaram um maior percentual de realização das 3 rotinas de exames se comparadas as múltiparas (67,7%). Sobre o registro dos exames na carteira de pré-natal ou prontuário eletrônico, na 1ª bateria estavam faltando anotações de 8 de exames de HIV (2,3%), 2 exames de sífilis (0,6%) e 3 exames de urina (0,9%). Na 2ª bateria estavam faltando anotações de 69 de exames de HIV (20,2%), 48 exames de sífilis (14,0%), 10 exames de urina (2,9%) e 7 exames de TOTG (2,0%). Na 3ª bateria estavam faltando anotações de 51 exames de HIV (14,9%), 24 exames de sífilis (7,0%) e 3 exames de urina (0,8%).

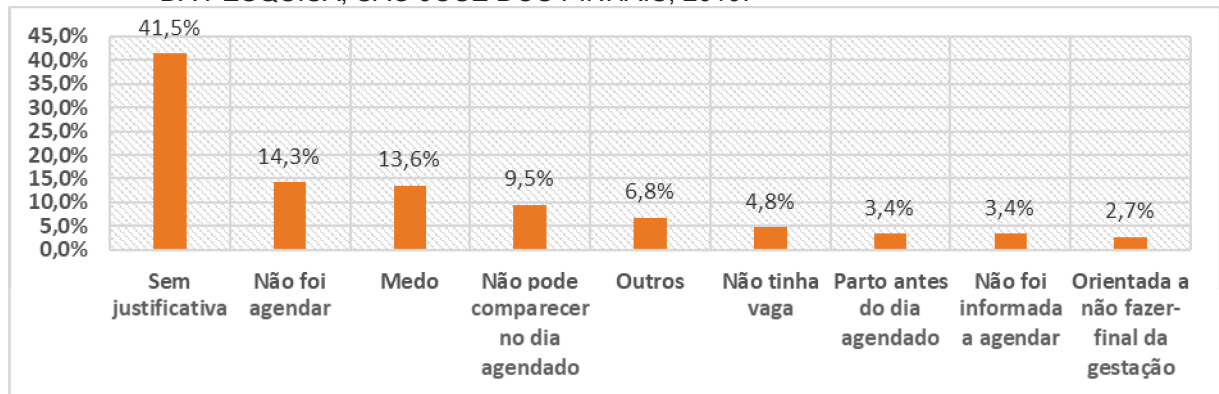
6.2.5 Vacinas recomendadas e exame preventivo do câncer do colo do útero

No que diz respeito as vacinas indicadas durante a gravidez, 315 participantes (92,1%) estavam adequadas quanto a vacina adsorvida de difteria, tétano e coqueluche (pertussis acelular) tipo adulto – dTpa. Enquanto, a vacinação contra hepatite B apresentou cobertura mais baixa, 224 participantes (65,5%) apresentavam esquema completo de vacinação. As primíparas apresentaram um maior percentual de esquema completo de vacinação da hepatite B (73,7%).

Sobre o preventivo 195 gestantes (57,0%) realizaram o exame durante a gravidez ou no último ano. Entre as causas de não ter realizado o exame, 61 participantes (41,5%) não souberam relatar um motivo específico; 21 participantes (14,3%) não compareceram para agendar o exame; 20 participantes (13,6%) relataram medo de realizar o exame; 14 participantes (9,5%) não compareceram no dia agendado; 10 participantes (6,8%) relataram outros motivos (internamento no dia do exame, realização do exame somente em campanhas, orientação que poderia causar aborto, residir longe da unidade, vergonha, profissional não comparecer no dia do exame, não ter realizado em gestações anteriores e não ter profissional enfermeiro na unidade de saúde para realizar o exame); 7 participantes (4,8%) relataram não ter vaga para realizar o exame; 5 participantes (3,4%) apresentaram parto antes do dia agendado; 5 participantes (3,4%) relataram que não foram informadas a agendar o exame e 4 participantes (2,7%) relataram que foram orientadas a não fazer o exame no final da gestação.

O Gráfico 2 expressa os motivos das gestantes não terem realizado o exame de preventivo, conforme descrito no parágrafo anterior.

GRÁFICO 2- MOTIVOS DE NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO PELAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.2.6 Participação em grupo de gestante

As participantes foram questionadas se participaram de grupo de gestante, na Unidade de Saúde de acompanhamento do pré-natal, e 303 participantes (88,6%) referiram não ter participado. Dentre os motivos de não participação, 173 participantes (57,1%) referiram não ter sido informadas se existia grupo na unidade; 42 participantes (13,9%) não puderam comparecer ao grupo; 22 participantes (7,3%) estavam no trabalho no horário da reunião; 17 participantes (5,6%) relataram que a unidade não tinha grupo; 8 participantes (2,6%) optaram por não participar; 2 participantes (0,7%) referiram o início do pré-natal tardio; 2 participantes (0,7%) relataram a distância da unidade, e 37 participantes (12,1%) não souberam relatar um motivo específico.

Quando questionadas se utilizavam algum outro meio para obter informações sobre a gestação, que não o acompanhamento pré-natal, 255 participantes (74,6%) relataram que esclareciam suas dúvidas por outros meios como internet, aplicativos para gestantes, grupos de mães, família e amigos.

6.2.7 Síntese das características do acompanhamento pré-natal

A Tabela 3 apresenta a descrição sucinta das variáveis relacionadas ao acompanhamento pré-natal, segundo a paridade, já expostas anteriormente.

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SEGUNDO A PARIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variáveis	Primípara		Múltipara		Total	
	n=118	%	n= 224	%	n=342	%
Início pré-natal						
1º trimestre	86	72,9	149	66,5	235	68,7
2º trimestre	31	26,3	66	29,5	97	28,4
3º trimestre	1	0,8	9	4,0	10	2,9
Risco gestacional						
Habitual	79	66,9	131	58,5	210	61,4
Intermediário	2	1,7	13	5,8	15	4,4
Alto Risco	37	31,4	80	35,7	117	34,2
Consultas pré-natal						
Menor que 7	29	24,6	61	27,2	90	26,3
7 ou mais	89	75,4	163	72,8	252	73,7

Continua

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SEGUNDO A PARIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variáveis	Primípara		Múltipara		Total	
	n=118	%	n= 224	%	n=342	%
						Continuação
<u>Risco habitual</u>						
Menor que 7	22	27,8	42	32,1	64	30,5
7 ou mais	57	72,2	89	67,9	146	69,5
<u>Risco intermediário/ alto risco</u>						
Menor que 7	7	17,9	19	20,4	26	19,7
7 ou mais	32	82,1	74	79,6	106	80,3
Exames laboratoriais						
Nenhuma rotina	1	0,9	1	0,4	2	0,6
Uma rotina	3	2,6	24	10,8	27	7,9
Duas rotinas	23	19,7	48	21,5	71	20,8
Três rotinas	91	77,8	151	67,7	242	70,8
Vacinas						
<u>Hepatite B</u>						
Esquema completo	87	73,7	137	61,2	224	65,5
Esquema incompleto	22	18,6	67	29,9	89	26,0
Nenhuma dose	9	7,6	20	8,9	29	8,5
<u>dTpa</u>						
Sim	109	92,4	206	92,0	315	92,1
Não	9	7,6	18	8,0	27	7,9
Preventivo						
Sim	70	59,3	125	55,8	195	57,0
Não	48	40,7	99	44,2	147	43,0
Grupo de gestante						
Sim	17	14,4	22	9,8	39	11,4
Não	101	85,6	202	90,2	303	88,6

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.2.8 Hábitos de vida durante a gestação

As gestantes foram questionadas quanto a apresentar uma alimentação saudável durante a gestação, e 211 participantes (61,7%) consideravam ter uma alimentação saudável; 113 participantes (33,0%) afirmaram que tiveram

parcialmente e 18 participantes (5,3%) que não tiveram uma alimentação saudável na gravidez. Com relação ao uso de cigarro durante a gestação 270 participantes (79,0%) relataram não fumar durante a gestação e 72 participantes (21,0%) fizeram uso de cigarro: 32 participantes (44,4%) 3 meses antes de saber da gravidez e 40 participantes (55,6%) durante a gravidez (11,7% da amostra total). Já, com relação ao uso de drogas ilícitas, 10 participantes (2,9%) referiram o seu uso nos 3 meses antes de saber da gravidez ou no transcorrer da gestação: 7 participantes (70,0%) antes de saber da gravidez, 2 participantes (20,0%) durante uma parte da gravidez e 1 participante (10,0%) durante toda a gravidez.

Sobre o uso de álcool na gestação, 209 participantes (61,1%) relataram não fazer uso de bebidas alcoólicas, enquanto 133 participantes (38,9%) referiram o seu uso 3 meses antes de saber que estava grávida e/ou em algum momento da gestação. Entre as que referiram consumir alguma quantidade de álcool, 91 participantes (68,4%) relataram o uso antes de saber da gravidez; 14 participantes (10,5%) durante uma parte da gestação e 28 participantes (21,0%) durante toda a gestação.

As gestantes que ingeriram bebida alcoólica após terem o conhecimento da gravidez representaram 42 participantes, 12,3% da amostra. Destas, 24 participantes (57,1%) apresentavam faixa etária compreendida entre 20 a 29 anos, 12 participantes entre 30 a 39 anos (28,6%); e 34 participantes (81,0%) eram multíparas.

6.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

As gestantes responderam perguntas sobre as orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal nos temas de cuidados gerais de higiene; prática de exercício físico na gestação; cuidados com a alimentação durante a gestação; incentivo ao aleitamento materno; prática de atividade sexual na gestação; prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); realização do exame preventivo na gestação; vacinas preconizadas no pré-natal; sinais de urgência e de trabalho de parto, e uso de cigarro, drogas e álcool na gestação. Nos próximos tópicos serão abordados tais temas.

6.3.1 Cuidados gerais de higiene

Quando questionadas sobre os cuidados gerais de higiene, 235 participantes (68,7%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas, 81 participantes (68,6%) foram orientadas, e entre as múltíparas, 154 participantes (68,7%) também referiram a orientação.

6.3.2 Prática de exercício físico durante a gestação

Sobre a orientação da prática de exercício físico na gestação, 205 participantes (60,0%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas, 81 participantes (68,6%) foram orientadas, e entre as múltíparas, 124 participantes (55,3%) referiram a orientação.

6.3.3 Cuidados com a alimentação durante a gestação

Sobre os cuidados com a alimentação durante a gestação, 303 participantes (88,7%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas, 111 participantes (94,1%) foram orientadas, e entre as múltíparas, 192 participantes (85,7%) referiram a orientação.

6.3.4 Incentivo ao aleitamento materno

Quando questionadas sobre orientações de incentivo ao aleitamento materno, somente 92 gestantes (26,9%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas 31 participantes (26,3%) referiram a orientação, e entre as múltíparas 61 participantes (27,2%) foram orientadas.

6.3.5 Prática de atividade sexual durante a gestação

Com relação a orientações relacionadas a prática de atividade sexual durante a gestação, 147 participantes (43,0%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas 65 participantes (55,1%) referiram a orientação, e entre as múltíparas 82 participantes (36,6%) foram orientadas.

6.3.6 Prevenção de IST

Sobre as orientações relacionadas a prevenção de IST, 127 participantes (37,1%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas 53 participantes (44,9%) referiram a orientação, e entre as multíparas 74 participantes (33,0%) foram orientadas.

6.3.7 Realização do preventivo na gestação

As participantes foram questionadas quanto a orientação da importância do exame preventivo do câncer de colo do útero, e 267 participantes (78,0%) foram orientadas. Entre as primíparas 83 participantes (70,3%) referiram a orientação, e entre as multíparas 184 participantes (82,1%) foram orientadas.

6.3.8 Vacinas preconizadas na gestação

Quando questionadas sobre a orientação das vacinas a serem realizadas durante a gestação, 338 (98,8%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas 116 participantes (98,3%) referiram a orientação, e entre as multíparas 222 participantes (99,1%) foram orientadas.

6.3.9 Sinais de urgência

Quanto aos sinais de urgência durante a gestação, 181 participantes (53,0%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas 64 participantes (54,2%) referiram a orientação, e entre as multíparas 117 participantes (52,2%) foram orientadas.

6.3.10 Sinais de trabalho de parto

Sobre os sinais de trabalho de parto, 193 participantes (56,4%) relataram que foram orientadas. Entre as primíparas 71 participantes (60,2%) referiram a orientação, e entre as multíparas 122 participantes (54,5%) foram orientadas.

6.3.11 Uso de cigarro na gestação

Quanto a orientação de evitar o uso de cigarro na gestação, 297 participantes (86,8%) foram orientadas. Entre as primíparas 106 participantes (89,8%) referiram a orientação, e entre as multíparas 191 participantes (85,3%) foram orientadas.

6.3.12 Uso de drogas ilícitas na gestação

Quanto a orientação de não fazer uso de drogas ilícitas como maconha, cocaína e crack na gestação, 293 participantes (85,7%) foram orientadas. Entre as primíparas 104 participantes (88,1%) referiram a orientação, e entre as multíparas 189 participantes (84,4%) foram orientadas.

6.3.13 Uso de álcool na gestação

Quanto a orientação de não uso de álcool na gestação, 299 participantes (87,4%) foram orientadas. Entre as primíparas 107 participantes (90,7%) referiram a orientação, e entre as multíparas 192 participantes (85,7%) foram orientadas.

6.3.14 Síntese das orientações recebidas durante o pré-natal

As temáticas que participantes referiram a opção de resposta não lembrar se foram orientadas, foram consideradas em associação as que não foram orientadas, uma vez que a informação não foi assimilada, sendo estas: prática de exercício físico (3 participantes pertencentes as Unidade de Saúde Campo Largo da Roseira, Borda do Campo e Cidade Jardim); incentivo ao aleitamento materno (7 participantes pertencentes as Unidades de Saúde Riacho Doce, Quissisana, Ipê, Guatupê e Borda do Campo); prática de atividade sexual (2 participantes das Unidades de Saúde Central e Borda do Campo); prevenção de IST (1 participante da Unidade de Saúde Afonso Pena); sinais de urgência (2 participantes da Unidade de Saúde Afonso Pena); sinais de trabalho de parto (2 participantes das Unidades de Saúde Quissisana e Faxina); realização do preventivo (4 participantes das Unidade de Saúde Quissisana, Cidade Jardim, Contenda e Borda do Campo); uso de cigarro (2 participantes das Unidades de Saúde Colônia Murici e Afonso Pena); uso de drogas (1 participante da Unidade de Saúde Afonso Pena) e uso de álcool (2

participantes das Unidades de Saúde Colônia Murici e Afonso Pena). Todas as participantes que não lembravam se foram orientadas referiram não participação em grupo de gestante.

A Tabela 4 apresenta a síntese dos percentuais de orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com a temática abordada.

TABELA 4- TEMÁTICAS DE ORIENTAÇÕES RECEBIDAS NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL REFERIDA PELAS PARTICIPANTES DA PESQUISA, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Educação em saúde	Orientada	Parcialmente orientada	Não orientada/não lembrava
	nº (%)	nº (%)	nº (%)
Cuidados gerais de higiene	235 (68,7)	88 (25,7)	19 (5,6)
Prática de exercício físico	205 (60,0)	10 (2,9)	127 (37,1)
Cuidados com a alimentação	303 (88,7)	6 (1,7)	33 (9,6)
Incentivo ao aleitamento materno	92 (26,9)	81 (23,7)	169 (49,4)
Atividade sexual	147 (43,0)	10 (2,9)	185 (54,1)
Prevenção IST	127 (37,1)	159 (46,5)	56 (16,4)
Sinais de urgência	181 (53,0)	155 (45,3)	6 (1,7)
Sinais de trabalho de parto	193 (56,4)	6 (1,7)	143 (41,9)
Preventivo	267 (78,0)		75 (22,0)
Vacinas	338 (98,8)		4 (1,2)
Uso de cigarro	297 (86,8)		45 (13,2)
Uso de drogas	293 (85,7)		49 (14,3)
Uso de álcool	299 (87,4)		43 (12,6)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.3.15 Escore de orientações recebidas durante o pré-natal

A pontuação obtida no escore referente as orientações recebidas durante o pré-natal, variou entre 5 a 26 pontos, a média foi de 18,91 pontos e a mediana 19

pontos. Somente 20 gestantes (5,8%) apresentaram o escore máximo (26 pontos), e quanto a suficiência das orientações, 198 participantes (57,9%) apresentaram escore suficiente (≥ 19 pontos) e 144 participantes (42,1%) insuficientes (< 19 pontos).

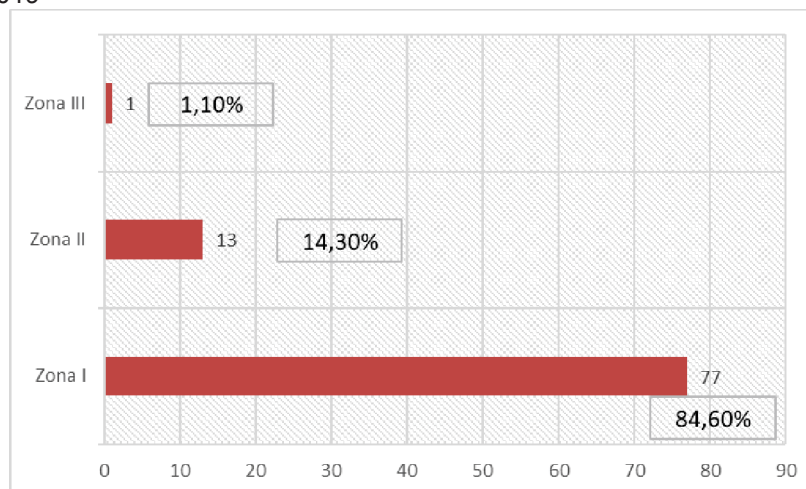
Segundo o antecedente obstétrico, 41 primíparas (34,7%) apresentaram escore insuficiente, enquanto 103 multíparas (46,0%) apresentaram este escore, com valor de $p= 0,045$. Conforme o trimestre de início do pré-natal, no 1º trimestre, 89 participantes (37,9%) obtiveram escore insuficiente; no 2º trimestre, 47 participantes (48,4%) apresentaram escore insuficiente e, no 3º trimestre, 8 participantes (80,0%) apresentaram este escore, com valor de $p= 0,007$ (3º trimestre).

6.4 PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO- AUDIT

6.4.1 Antes de saber da gravidez

Das 91 participantes que referiram o uso de álcool nos 3 meses anteriores a saber da gravidez, 77 participantes (84,6%) foram classificadas como zona I; 13 participantes (14,3%) classificadas como zona II e 1 participante (1,1%) classificada como zona III, conforme o Gráfico 3.

GRÁFICO 3- PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL DAS PARTICIPANTES QUE REFERIRAM O SEU USO ANTES DE SABER DA GRAVIDEZ (n=91), SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019

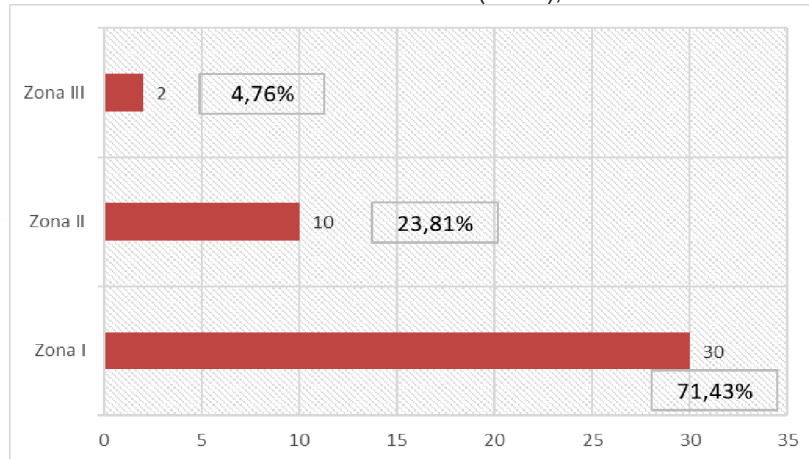


Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.4.2 Após saber da gravidez

Das 42 participantes que relataram o uso de álcool após saber da gravidez, 30 participantes (71,4%) foram classificadas como zona I; 10 participantes (23,8%) classificadas como zona II e 2 participantes (4,7%) classificada como zona III, conforme o Gráfico 4.

GRÁFICO 4- PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL DAS PARTICIPANTES QUE REFERIRAM O SEU USO APÓS SABER DA GRAVIDEZ (n=42), SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Das 3 participantes classificadas como zona III, duas foram consideradas como risco habitual e uma como alto risco (uso de álcool após saber da gravidez), porém não pela associação ao consumo do álcool na gestação, mas por apresentar obesidade e toxoplasmose na gravidez.

6.5 CARACTERÍSTICA DO PARTO E CONDIÇÃO DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO NASCIMENTO

Com relação ao tipo de parto nesta gestação, 239 participantes (69,9%) apresentaram parto vaginal e 103 participantes (30,1%) cesariana. Sobre as condições de saúde do recém-nascido no momento do nascimento, 308 (89,5%) nasceram a termo e 36 (10,5%) foram considerados prematuros; 317 (92,1%) apresentaram peso adequado ao nascer e 27 (7,9%) nasceram com baixo peso.

Sobre o índice de apgar, 28 recém-nascidos (8,1%) apresentaram apgar < 7 no 1º minuto de vida, enquanto no 5º minuto de vida, 3 recém-nascidos (0,9%) apresentaram apgar < 7. Uma DNV estava sem o preenchimento do índice de apgar,

pois a criança nasceu de parto normal domiciliar desassistido.

Quanto ao perímetro cefálico, 5 recém-nascidos (1,4%) apresentaram valor considerado abaixo do adequado para a idade gestacional, e 339 (98,6%) adequado para a idade gestacional. Somente uma criança foi diagnosticada com malformação congênita, portadora de anomalia de vermis cerebelar (síndrome de Joubert) e síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido (SDR).

6.6 ANÁLISE BIVARIADA

Neste tópico serão abordadas as análises bivariadas para os seguintes desfechos: escore de orientações insuficiente, consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez, consumo de álcool após saber da gravidez, prematuridade e baixo peso ao nascer.

6.6.1 Escore de orientações insuficiente

6.6.1.1 Características sociodemográficas X Escore de orientações insuficiente

As participantes que apresentaram proporcionalmente os menores escores de orientação foram: idade entre 10 a 19 anos, raça/cor branca, sem companheiro, ensino fundamental incompleto, não exerciam atividade remunerada durante a gravidez, renda menor que 1 SM e não praticantes de religião. Apenas a variável religião apresentou associação estatisticamente significativa com o escore de orientações insuficiente, de acordo com a Tabela 5. Em análise específica da variável religião com outros fatores, não ser praticante apresentou associação com número de consultas de pré-natal menor que 7 ($p=0,031$), início tardio do pré-natal ($p=0,051$) e duas rotinas de exames laboratoriais ($p=0,000$).

TABELA 5- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS AO ESCORE DE ORIENTAÇÕES INSUFICIENTE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Escore de orientações (<19)		OR	IC95%	p (χ^2)
	nº	%			
Faixa etária (anos)					
10 – 19	27	45,0	1,18	0,65 - 2,14	0,566
20 – 29	73	40,8	1,00	-	-
30 ou mais	44	42,7	1,08	0,66 - 1,77	0,750

Continua

TABELA 5- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS AO ESCORE DE ORIENTAÇÕES INSUFICIENTE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Escore de orientações (<19)		OR	IC95%	p (x ²)
	nº	%			
Continuação					
Raça / Cor					
Branca	76	46,3	1,00	-	-
Preta	6	40,0	0,77	0,24 - 2,29	0,637
Parda	60	37,3	0,68	0,44 - 1,07	0,097
Situação Conjugal					
Sem companheiro	26	44,1	1,10	0,62 - 1,94	0,737
Com companheiro	118	41,7	1,00	-	-
Escolaridade					
Fundamental incompleto	35	50,0	1,28	0,73 - 2,27	0,376
Fundamental completo	40	35,1	0,69	0,42 - 1,14	0,154
Ensino médio / superior	69	43,7	1,00	-	-
Trabalho Atual					
Não	91	44,0	1,21	0,78 - 1,89	0,389
Sim	53	39,3	1,00	-	-
Renda (salário mínimo)					
Menor que 1	10	50,0	1,00	0,25 - 3,86	>0,999
Entre 1 e 2	83	39,7	0,66	0,23 - 1,89	0,419
Entre 3 e 5	23	39,7	0,66	0,21- 2,07	0,457
Maior que 5	8	50,0	1,00	-	-
Religião					
Não	41	54,7	1,91	1,14 - 3,23	0,012
Sim	103	38,6	1,00	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.6.1.2 Características da gestação e pré-natal X Escore de orientações insuficiente

O escore de orientações insuficiente foi mais frequente entre multíparas (46,0%), que iniciaram o pré-natal tardiamente (53,3%), de risco habitual (46,2%) ou intermediário (53,3%), sem comorbidades (47,7%), que realizaram menos de 7 consultas de pré-natal (54,4%), com 1 rotina de exames laboratoriais (66,7%), que não realizaram vacinação de hepatite B (57,1%) e dTpa (66,7%) na gestação, ou exame preventivo na gestação ou no último ano (51,0%) e que não participaram de

grupo de gestante (44,2%). Dentre as variáveis apresentadas, somente a vacinação de hepatite B, não apresentou associação estatisticamente significativa, conforme a Tabela 6.

TABELA 6- CARACTERÍSTICAS DAS GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL ASSOCIADAS AO ESCORE DE ORIENTAÇÕES INSUFICIENTE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Escore de orientações (<19)		OR	IC95%	p (x ²)
	nº	%			
Gestação anterior					
Primigesta	41	34,7	1,00	-	-
Múltipara	103	46,0	1,59	1,00 - 2,54	0,045
Início precoce					
Sim	87	37,0	1,00	-	-
Não	57	53,3	1,93	1,21 - 3,08	0,004
Risco gestacional					
Habitual	97	46,2	1,00	-	-
Intermediário	8	53,3	1,33	0,45 - 3,98	0,592
Alto Risco	39	33,3	0,58	0,36 - 0,93	0,023
Consultas pré-natal					
Menor que 7	49	54,4	1,97	1,21 - 3,22	0,005
7 ou mais	95	37,7	1,00	-	-
Exames laboratoriais					
Uma rotina	18	66,7	3,88	1,68 - 9,43	0,000
Duas rotinas	42	59,2	2,81	1,63 - 4,88	0,000
Três rotinas	82	33,9	1,00	-	-
Comorbidades					
Sim	31	29,5	1,00	-	-
Não	113	47,7	2,17	1,33 - 3,57	0,001
Vacinas					
<u>Hepatite B</u>					
Esquema completo	90	40,2	1,00	-	-
Esquema incompleto	38	42,7	1,10	0,67 - 1,82	0,682
Nenhuma dose	16	57,1	1,98	0,88 - 4,49	0,086
<u>dTpa</u>					
Sim	126	40,0	1,00	-	-
Não	18	66,7	2,99	1,31 - 7,18	0,007
Preventivo					
Sim	69	35,4	1,00	-	-
Não	75	51,0	1,89	1,22 - 2,94	0,003

Continua

Variável	Escore de orientações (<19)		OR	IC95%	p (x ²)
	nº	%			
Continuação					
Grupo de gestante					
Sim	10	25,6	1,00	-	-
Não	134	44,2	2,29	1,09 - 5,09	0,026

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.6.2 Consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez

6.6.2.1 Características sociodemográficas X Consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez

O uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez foi mais frequente entre as participantes com idade entre 10 a 19 anos (41,7%) e entre 20 a 29 anos (41,3%), raça/cor branca (39,0%) e parda (38,5%), sem companheiro (45,8%), com ensino fundamental incompleto (45,7%), que apresentavam trabalho atual (40,7%), renda familiar maior que 5 SM e não praticantes de religião (49,3%).

Somente a variável religião apresentou associação estatisticamente significativa com o uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez ($p=0,035$), conforme a Tabela 7. O uso de álcool é aumentado em 70% para as participantes não praticantes se comparadas as praticantes.

TABELA 7- USO DE ÁLCOOL 3 MESES ANTES DE SABER QUE ESTAVA GRÁVIDA E /OU ALGUM MOMENTO NA GESTAÇÃO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Uso de Álcool antes e/ou após saber da gravidez		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Faixa etária (anos)					
10 - 19	25	41,7	1,01	0,55 - 1,83	0,964
20 - 29	74	41,3	1,00	-	-
30 ou mais	34	33,0	0,7	0,41 - 1,16	0,166
Raça / Cor					
Branca	64	39,0	1,00	-	-
Preta	5	33,3	0,78	0,23 - 2,38	0,664
Parda	62	38,5	0,97	0,62 - 1,53	0,924

Continua

TABELA 7- USO DE ÁLCOOL 3 MESES ANTES DE SABER QUE ESTAVA GRÁVIDA E /OU ALGUM MOMENTO NA GESTAÇÃO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Uso de Álcool antes e/ou após saber da gravidez		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Continuação					
Situação Conjugal					
Sem companheiro	27	45,8	1,40	0,79 - 2,48	0,234
Com companheiro	106	37,5	1,00	-	-
Escolaridade					
Fundamental incompleto	32	45,7	1,57	0,88 - 2,80	0,118
Fundamental completo	46	40,4	1,26	0,76 - 2,08	0,350
Ensino médio / superior	55	34,8	1,00	-	-
Trabalho Atual					
Não	78	37,7	1,00	-	-
Sim	55	40,7	1,13	0,72 - 1,77	0,570
Renda (salário mínimo)					
Menor que 1	7	35,0	1,00	-	-
Entre 1 e 2	80	38,3	1,15	0,44 - 3,19	0,773
Entre 3 e 5	22	37,9	1,13	0,39 - 3,45	0,815
Maior que 5	7	43,8	1,43	0,35 - 5,78	0,592
Religião					
Sim	96	36,0	1,00	-	-
Não	37	49,3	1,73	1,02 - 2,91	0,035

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.6.2.2 Características da gestação e pré-natal X Consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez

O uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez foi mais frequente entre as participantes primigestas (42,4%), que iniciaram o pré-natal no 2º trimestre de gravidez (42,3%), classificadas como alto risco (47,9%), que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal (39,7%), com 1 rotina de exames laboratoriais (51,9%), com comorbidades (49,5%), com esquema completo da vacina de hepatite B (39,7%), não realização da vacina dTpa na gravidez (44,4%), que tiveram parto vaginal

(41,4%), fizeram uso de cigarro (61,1%) e de drogas ilícitas (90,0%) antes e/ou após saber da gravidez e obtiveram escore de orientações insuficiente (43,8%).

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez foram: risco gestacional (alto risco, $p=0,025$), comorbidades ($p=0,007$), uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez ($p=0,000$) e uso de drogas antes e/ou após saber da gravidez ($p=0,002$), de acordo com a Tabela 8.

O uso de álcool é aumentado em aproximadamente 70% entre as participantes classificadas com alto risco gestacional se comparadas as de risco habitual. As participantes que fizeram o uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez apresentam 3 vezes maior a chance de uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez. A chance é aumentada em 15 vezes mais o uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez nas participantes que fizeram uso de drogas antes e/ou após saber da gravidez.

TABELA 8- USO DE ÁLCOOL 3 MESES ANTES DE SABER QUE ESTAVA GRÁVIDA E/OU ALGUM MOMENTO NA GESTAÇÃO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Uso de Álcool antes e/ou após saber da gravidez		OR	IC95%	p (χ^2)
	Nº	%			
Gestação anterior					
Primigesta	50	42,4	1,24	0,79 - 1,96	0,337
Múltipara	83	37,1	1,00	-	-
Início pré-natal					
1º trimestre	88	37,4	1,00	-	-
2º trimestre	41	42,3	1,22	0,75 - 1,98	0,412
3º trimestre	4	40,0	1,11	0,27 - 4,17	0,999*
Risco gestacional					
Habitual	74	35,2	1,00	-	-
Intermediário	3	20,0	0,46	0,10 - 1,58	0,230
Alto Risco	56	47,9	1,68	1,06 - 2,67	0,025
Consultas pré-natal					
Menor que 7	33	36,7	0,88	0,53 - 1,44	0,614
7 ou mais	100	39,7	1,00	-	-

Continua

TABELA 8- USO DE ÁLCOOL 3 MESES ANTES DE SABER QUE ESTAVA GRÁVIDA E/OU ALGUM MOMENTO NA GESTAÇÃO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Uso de Álcool antes e/ou após saber da gravidez		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Exames laboratoriais					
Uma rotina	14	51,9	1,75	0,77 - 3,96	0,163
Duas rotinas	25	35,2	0,88	0,50 - 1,53	0,667
Três rotinas	92	38,0	1,00	-	-
Vacinas					
<u>Hepatite B</u>					
Esquema completo	89	39,7	1,00	-	-
Esquema incompleto	35	39,3	0,98	0,59 - 1,62	0,947
Nenhuma dose	9	31,0	0,68	0,28 - 1,55	0,365
<u>dTpa</u>					
Sim	121	38,4	1,00	-	-
Não	12	44,4	1,28	0,56 - 2,85	0,537
Tipo de Parto					
Vaginal	99	41,4	1,43	0,88 - 2,34	0,143
Cesárea	34	33,0	1,00	-	-
Comorbidades					
Sim	52	49,5	1,88	1,18 - 3,01	0,007
Não	81	34,2	1,00	-	-
Hipotireoidismo	6	40,0	1,28	0,41 - 3,77	0,645
Obesidade mórbida	5	27,8	0,74	0,23 - 2,10	0,579
HAS/DHEG	7	43,8	1,49	0,51 - 4,24	0,436
Diabetes mellitus	10	62,5	3,19	1,11 - 9,78	0,022
Doenças infectocontagiosas	12	70,6	4,59	1,59 - 14,95	0,002
Uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	44	61,1	3,18	1,86 - 5,50	0,000
Não	89	33,0	1,00	-	-
Uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	9	90,0	15,00	2,42 - 335,1	0,002*
Não	124	37,3	1,00	-	-

Continua

Variável	Uso de Álcool antes e/ou após saber da gravidez		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Continuação					
Grupo de gestante					
Sim	16	41,0	1,00	-	-
Não	117	38,6	0,90	0,45 - 1,81	0,771
Escore de orientações					
Suficiente (≥19)	70	35,4	1,00	-	-
Insuficiente (<19)	63	43,8	1,42	0,91 - 2,21	0,115

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.6.3 Consumo de álcool após saber da gravidez

6.6.3.1 Características sociodemográficas X Consumo de álcool após saber da gravidez

O uso de álcool após saber da gravidez foi mais frequente entre as participantes com idade entre 20 a 29 anos (13,4%) e 30 anos ou mais (13,6%), raça/cor branca (14,0%), sem companheiro (18,6%), ensino fundamental incompleto (15,7%), que não exerciam atividade remunerada durante a gravidez (14,0%), renda familiar menor que 1 SM (25,0%) e não praticantes de religião (20,0%).

Somente a variável religião (p=0,021) apresentou associação estatisticamente significativa com o consumo de álcool após saber da gravidez, conforme pode ser visualizado na Tabela 9. As participantes não praticantes têm duas vezes maior a chance de fazer uso de álcool após saber da gravidez se comparadas as praticantes.

TABELA 9- USO DE ÁLCOOL APÓS SABER DA GRAVIDEZ SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Uso de álcool após saber da gravidez		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Faixa etária (anos)					
10 – 19	4	6,7	0,46	0,13 - 1,31	0,160
20 - 29	24	13,4	1,00	-	-
Continua					

TABELA 9- USO DE ÁLCOOL APÓS SABER DA GRAVIDEZ SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Uso de álcool após saber da gravidez		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
30 ou mais	14	13,6	1,01	0,48 - 2,05	Continuação 0,965
Raça / Cor					
Branca	23	14,0	1,47	0,74 - 2,96	0,257
Preta	2	13,3	1,39	0,19 - 6,10	0,939*
Parda	16	9,9	1,00	-	-
Situação Conjugal					
Sem companheiro	11	18,6	1,85	0,84 - 3,90	0,101
Com companheiro	31	11,0	1,00	-	-
Escolaridade					
Fundamental incompleto	11	15,7	1,65	0,70 - 3,78	0,228
Fundamental completo	15	13,2	1,34	0,62 - 2,87	0,437
Ensino médio / superior	16	10,1	1,00	-	-
Trabalho Atual					
Não	29	14,0	1,52	0,77 - 3,14	0,228
Sim	13	9,6	1,00	-	-
Renda (salário mínimo)					
Menor que 1	5	25,0	2,28	0,38 - 19,35	0,612*
Entre 1 e 2	26	12,4	0,99	0,23 - 6,78	0,999*
Entre 3 e 5	6	10,3	0,81	0,15 - 6,38	0,999*
Maior que 5	2	12,5	1,00	-	-
Religião					
Sim	27	10,1	1,00	-	-
Não	15	20,0	2,21	1,08 - 4,41	0,021

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.6.3.2 Características da gestação e pré-natal X Consumo de álcool após saber da gravidez

O uso de álcool após saber da gravidez foi mais frequente entre as participantes múltiplaras (15,2%), que iniciaram o pré-natal no 3º trimestre de gestação (30,0%), classificadas como risco habitual (12,9%), que realizaram menos

de 7 consultas de pré-natal (16,7%), com 1 rotina de exames laboratoriais (25,9%), que tiveram parto vaginal (12,6%), com comorbidades (13,3%), que fizeram uso de cigarro (22,2%) e de drogas ilícitas (40,0%) antes e/ou após saber da gravidez, não orientadas quanto ao não consumo de álcool na gestação (14,0%), que participaram de grupo de gestante (15,4%) e obtiveram escore de orientações insuficiente (16,0%).

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com consumo de álcool após saber da gravidez foram: gestação anterior (múltipara, $p=0,024$); uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez ($p=0,003$) e uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez ($p=0,047$), conforme a Tabela 10.

As participantes múltiparas apresentam duas vezes maior a chance de consumir álcool após saber da gravidez se comparadas as primigestas. As que fizeram uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez apresentam duas vezes maior a chance de consumir álcool após saber da gravidez; e as que fizeram uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez tem cinco vezes maior a chance de consumir álcool após saber da gravidez.

TABELA 10- USO DE ÁLCOOL APÓS SABER DA GRAVIDEZ SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Uso de álcool após saber da gravidez		OR	IC95%	p (χ^2)
	Nº	%			
Gestação anterior					
Primigesta	8	6,8	1,00	-	-
Múltipara	34	15,2	2,45	1,12 - 5,84	0,024
Início pré-natal					
1º trimestre	25	10,6	1,00	-	-
2º trimestre	14	14,4	1,41	0,68 - 2,84	0,328
3º trimestre	3	30,0	3,57	0,71 - 14,54	0,185*
Risco gestacional					
Habitual	27	12,9	1,00	-	-
Intermediário	1	6,7	0,48	0,02 - 2,92	0,837*
Alto Risco	14	12,0	0,92	0,45 - 1,82	0,815
Consultas pré-natal					
Menor que 7	15	16,7	1,66	0,82 - 3,28	0,139
7 ou mais	27	10,7	1,00	-	-

Continua

Variável	Uso de álcool após saber da gravidez		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Continuação					
Exames laboratoriais					
Uma rotina	7	25,9	2,66	0,96 - 6,76	0,087*
Duas rotinas	7	9,9	0,83	0,32 - 1,94	0,687
Três rotinas	28	11,6	1,00	-	-
Tipo de Parto					
Vaginal	30	12,6	1,08	0,53 - 2,29	0,815
Cesárea	12	11,7	1,00	-	-
Comorbidades					
Sim	14	13,3	1,12	0,62 - 2,05	0,693
Não	28	11,8	1,00	-	-
Hipotireoidismo	1	6,7	0,53	0,02 - 3,20	0,930*
Obesidade mórbida	2	11,1	0,93	0,13 - 3,78	0,990*
HAS/DHEG	2	12,5	1,06	0,15 - 4,40	0,999*
Diabetes mellitus	1	6,3	0,49	0,02 - 2,96	0,861*
Doenças infectocontagiosas	5	29,4	3,09	0,91 - 9,30	0,106*
Uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	16	22,2	2,67	1,32 - 5,31	0,003
Não	26	9,6	1,00	-	-
Uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	4	40,0	5,11	1,22 - 19,53	0,047*
Não	38	11,4	1,00	-	-
Orientação sobre não consumo de álcool na gestação					
Sim	36	12,0	1,00	-	-
Não	6	14,0	1,18	0,42 - 2,89	0,720
Grupo de gestante					
Sim	6	15,4	1,00	-	-
Não	36	11,9	0,74	0,30 - 2,06	0,680*
Escore de orientações					
Suficiente (≥19)	19	9,6	1,00	-	-
Insuficiente (<19)	23	16,0	1,78	0,92 - 3,46	0,076

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.6.4 Prematuridade

6.6.4.1 Características sociodemográficas X Prematuridade

As participantes que apresentaram proporcionalmente prematuridade foram: idade entre 10 a 19 anos (16,7%), raça preta (20,0%), com (10,2%) e sem (10,2%) companheiro, ensino fundamental incompleto (11,4%), não exerciam atividade remunerada durante a gravidez (10,6%), renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (11,0%) e praticantes de religião (10,9%).

Apenas a variável faixa etária apresentou associação estatisticamente significativa com prematuridade (10 a 19 anos, $p=0,020$). As participantes com faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos apresentam duas vezes maior a chance de ter prematuridade se comparada as que apresentam entre 20 a 29 anos, conforme a Tabela 11.

TABELA 11- PREMATURIDADE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Prematuridade		OR	IC95%	p (χ^2)
	Nº	%			
Faixa etária (anos)					
10 - 19	10	16,7	2,48	1,13 - 5,45	0,020
20 - 29	12	6,7	1,00	-	-
30 ou mais	13	12,6	2,00	0,86 - 4,67	0,092
Raça / Cor					
Branca	19	11,6	1,00	-	-
Preta	3	20,0	1,90	0,39 - 7,00	0,548*
Parda	13	8,1	0,67	0,31 - 1,41	0,289
Situação Conjugal					
Sem companheiro	6	10,2	0,99	0,35 - 2,41	0,985
Com companheiro	29	10,2	1,00	-	-
Escolaridade					
Fundamental incompleto	8	11,4	1,07	0,41 - 2,58	0,881
Fundamental completo	10	8,8	0,79	0,35 - 1,81	0,588
Ensino médio / superior	17	10,8	1,00	-	-

Continua

TABELA 11- PREMATURIDADE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Prematuridade		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Continuação					
Trabalho Atual					
Não	22	10,6	1,11	0,54 - 2,35	0,765
Sim	13	9,6	1,00	-	-
Renda (salário mínimo)					
Menor que 1	1	5,0	1,00	-	-
Entre 1 e 2	23	11,0	2,34	0,39 - 51,35	0,705*
Entre 3 e 5	6	10,3	2,17	0,29 - 53,29	0,840*
Maior que 5	1	6,3	1,25	0,03 - 51,86	0,999*
Religião					
Sim	29	10,9	1,40	0,55 - 3,51	0,470
Não	6	8,0	1,00	-	-

FONTE: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.6.4.2 Características da gestação e pré-natal X Prematuridade

A prematuridade foi mais frequente entre as participantes multíparas (11,2%), que iniciaram o pré-natal no 3º trimestre de gravidez (20,0%), classificadas como alto risco gestacional (14,5%), que realizaram menos de 7 consultas de pré-natal (18,9%), com 1 rotina de exames laboratoriais (22,2%), que tiveram parto cesárea (10,7%), com comorbidades (14,3%), que não fizeram uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez (11,5%), que fizeram uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez (12,5%), que não fizeram uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez (10,2%), participaram de grupo de gestante (12,8%) e obtiveram escore de orientações insuficiente (11,8%).

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a prematuridade foram: risco gestacional (alto risco, $p=0,046$) e número de consultas de pré-natal (<7 , $p=0,001$) conforme a Tabela 12.

As participantes que foram classificadas como alto risco gestacional tem duas vezes maior a chance de ter prematuridade em comparação as de risco habitual. As que realizaram menos de 7 consultas de pré-natal tem três vezes maior a chance de ter prematuridade em comparação as que realizaram 7 ou mais consultas, e quem

realizou uma rotina de exames tem três vezes maior a chance de ter prematuridade em comparação as que realizaram três rotinas de exames.

TABELA 12- PREMATURIDADE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Prematuridade		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Gestação anterior					
Primigesta	10	8,5	1,00	-	-
Múltipara	25	11,2	1,35	0,63 - 3,05	0,435
Início pré-natal					
1º trimestre	23	9,8	1,00	-	-
2º trimestre	10	10,3	1,05	0,46 - 2,29	0,885
3º trimestre	2	20,0	2,29	0,31 - 10,65	0,542*
Risco gestacional					
Habitual	16	7,6	1,00	-	-
Intermediário	2	13,3	1,85	0,26 - 8,13	0,683*
Alto Risco	17	14,5	2,05	0,98 - 4,29	0,046
Consultas pré-natal					
Menor que 7	17	18,9	3,01	1,46 - 6,21	0,001
7 ou mais	18	7,1	1,00	-	-
Exames laboratoriais					
Uma rotina	6	22,2	2,99	1,00 - 8,07	0,077*
Duas rotinas	7	9,9	1,15	0,43 - 2,76	0,759
Três rotinas	21	8,7	1,00	-	-
Tipo de Parto					
Vaginal	24	10,0	1,00	-	-
Cesárea	11	10,7	1,07	0,48 - 2,25	0,858
Comorbidades					
Sim	15	14,3	1,80	0,86 - 3,69	0,099
Não	20	8,4	1,00	-	-
Hipotireoidismo	2	13,3	1,66	0,23 - 7,12	0,767*
Obesidade mórbida	1	5,6	0,63	0,02 - 3,83	0,999*
HAS/DHEG	3	18,8	2,49	0,52 - 8,99	0,335*
Diabetes mellitus	2	12,5	1,54	0,22 - 6,54	0,829*
Doenças infectocontagiosas	2	11,8	1,44	0,21 - 6,06	0,889*

Continua

TABELA 12- PREMATURIDADE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Prematuridade		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Continuação					
Uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	11	8,3	0,69	0,31 - 1,45	0,339
Não	24	11,5	1,00	-	-
Padrão do uso de álcool					
Não ingeriu	24	11,5	1,00	-	-
Zona I	9	8,4	0,70	0,30 - 1,55	0,398
Zona II/III	2	7,7	0,64	0,09 - 2,54	0,856*
Uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	9	12,5	1,33	0,56 - 2,95	0,475
Não	26	9,6	1,00	-	-
Uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	1	10,0	0,97	0,04 - 6,19	0,999*
Não	34	10,2	1,00	-	-
Grupo de gestante					
Sim	5	12,8	1,00	-	-
Não	30	9,9	0,74	0,28 - 2,30	0,735*
Escore de orientações					
Suficiente (≥19)	18	9,1	1,00	-	-
Insuficiente (<19)	17	11,8	1,33	0,65 - 2,71	0,413

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.6.4.3 Característica do recém-nascido X Prematuridade

Todas as variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa com prematuridade: baixo peso ($p=0,000$); índice de apgar no 5º minuto de vida ($p=0,060$) e anomalia congênita ($p=0,204$), de acordo com a Tabela 13.

TABELA 13- PREMATURIDADE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Prematuridade		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Baixo peso ao nascer					
Sim	16	59,3	22,17	9,06 - 56,11	0,000*
Não	19	6,0	1,00	-	-
Apgar 5º minuto					
Menor que 7	2	66,7	17,68	1,31 - 532,1	0,060*
7 ou mais	34	10,0	1,00	-	-
Anomalia Congênita					
Sim	1	100,0	-	-	0,204*
Não	34	10,0	1,00	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.6.5 Baixo peso ao nascer

6.6.5.1 Características sociodemográficas X Baixo peso ao nascer

As gestantes que apresentaram proporcionalmente baixo peso do RN ao nascer foram: idade entre 10 a 19 anos (11,7%), raça/cor preta (13,3%), com companheiro (8,8%), ensino fundamental incompleto (10,0%), não exerciam atividade remunerada durante a gravidez (9,7%), renda familiar menor que 1 SM (10,0%) e que se declararam praticantes (7,9%) e não praticantes (8,0%) de religião.

Nenhuma das variáveis apresentou associação estatisticamente significativa com baixo peso ao nascer, conforme pode ser visualizado na Tabela 14.

TABELA 14- BAIXO PESO AO NASCER SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Baixo peso ao nascer		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Faixa etária (anos)					
10 – 19	7	11,7	2,48	0,83 - 7,12	0,147*
20 – 29	9	5,0	1,00	-	-
30 ou mais	11	10,7	2,25	0,88 - 5,83	0,075

Continua

TABELA 14- BAIXO PESO AO NASCER SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Baixo peso ao nascer		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Continuação					
Raça / Cor					
Branca	10	6,1	1,00	-	-
Preta	2	13,3	2,35	0,32 - 11,02	0,529*
Parda	15	9,3	1,58	0,68 - 3,75	0,277
Situação Conjugal					
Sem companheiro	2	3,4	0,36	0,05 - 1,36	0,242*
Com companheiro	25	8,8	1,00	-	-
Escolaridade					
Fundamental incompleto	7	10,0	1,64	0,56 - 4,55	0,330
Fundamental completo	10	8,8	1,42	0,55 - 3,62	0,446
Ensino médio / superior	10	6,3	1,00	-	-
Trabalho Atual					
Não	20	9,7	1,95	0,82 - 5,09	0,133
Sim	7	5,2	1,00	-	-
Renda (salário mínimo)					
Menor que 1	2	10,0	1,64	0,11 - 52,25	0,999*
Entre 1 e 2	16	7,7	1,24	0,20 - 28,01	0,999*
Entre 3 e 5	5	8,6	1,40	0,17 - 35,8	0,999*
Maior que 5	1	6,3	1,00	-	-
Religião					
Sim	21	7,9	1,00	-	-
Não	6	8,0	1,01	0,36 - 2,54	0,969

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.6.5.2 Características da gestação e pré-natal X Baixo peso ao nascer

O baixo peso ao nascer foi mais frequente entre as participantes primigestas (8,5%), que iniciaram o pré-natal no 3º trimestre de gestação (10,0%), classificadas como risco intermediário (20,0%), que realizaram menos que 7 consultas de pré-natal (16,7%), com 1 rotina de exames laboratoriais (18,5%), que tiveram parto cesárea (10,7%), com comorbidades (9,5%), que não fizeram uso de álcool antes

e/ou após saber da gravidez (10,5%), que obtiveram padrão de uso de álcool na gestação classificado na zona II/III (11,5%), que fizeram uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez (12,5%), que fizeram uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez (10,0%), que participaram de grupo de gestante (10,3%) e obtiveram escore de orientações insuficiente (8,3%).

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o baixo peso foram: risco gestacional (alto risco $p=0,050$); número de consultas de pré-natal (menor que 7, $p=0,000$); uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez ($p=0,023$) e padrão do uso de álcool (zona I $p=0,005$), de acordo com a Tabela 15.

As participantes que realizaram menos de 7 consultas de pré-natal apresentam quatro vezes maior a chance de baixo peso ao nascer se comparadas as que realizaram 7 ou mais consultas.

TABELA 15- BAIXO PESO AO NASCER SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Baixo peso ao nascer		OR	IC95%	p (χ^2)
	Nº	%			
Gestação anterior					
Primigesta	10	8,5	1,12	0,48 - 2,54	0,772
Múltipara	17	7,6	1,00	-	-
Início pré-natal					
1º trimestre	19	8,1	1,00	-	-
2º trimestre	7	7,2	0,88	0,33 - 2,13	0,788
3º trimestre	1	10,0	1,26	0,05 - 8,31	0,999*
Risco gestacional					
Habitual	11	5,2	1,00	-	-
Intermediário	3	20,0	4,47	0,89 - 17,64	0,112*
Alto Risco	13	11,1	2,25	0,96 - 5,34	0,050
Consultas pré-natal					
Menor que 7	15	16,7	3,98	1,77 - 9,08	0,000
7 ou mais	12	4,8	1,00	-	-
Exames laboratoriais					
Uma rotina	5	18,5	3,67	1,09 - 10,97	0,060*
Duas rotinas	7	9,9	1,77	0,64 - 4,55	0,345*
Três rotinas	14	5,8	1,00	-	-

Continua

TABELA 15- BAIXO PESO AO NASCER SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Baixo peso ao nascer		OR	IC95%	p (x ²)
	Nº	%			
Continuação					
Tipo de Parto					
Vaginal	16	6,7	1,00	-	-
Cesárea	11	10,7	1,66	0,72 - 3,73	0,210
Comorbidades					
Sim	10	9,5	1,36	0,57 - 3,07	0,457
Não	17	7,2	1,00	-	-
Hipotireoidismo	2	13,3	1,98	0,28 - 8,61	0,629*
HAS/DHEG	3	18,8	2,96	0,62 - 10,89	0,243*
Diabetes mellitus	1	6,3	0,86	0,03 - 5,32	0,999*
Uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	5	3,8	0,33	0,10 - 0,86	0,023
Não	22	10,5	1,00	-	-
Padrão do uso de álcool					
Não ingeriu	22	10,5	1,00	-	-
Zona I	2	1,9	0,16	0,02 - 0,60	0,005
Zona II/III	3	11,5	1,10	0,24 - 3,71	0,999*
Uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	9	12,5	1,99	0,81 - 4,62	0,102
Não	18	6,7	1,00	-	-
Uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez					
Sim	1	10,0	1,30	0,05 - 8,42	0,999*
Não	26	7,8	1,00	-	-
Grupo de gestante					
Sim	4	10,3	1,00	-	-
Não	23	7,6	0,71	0,24 - 2,55	0,741*
Escore de orientações					
Suficiente (≥19)	15	7,6	1,00	-	-
Insuficiente (<19)	12	8,3	1,10	0,49 - 2,46	0,797

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.6.5.3 Características do recém-nascido X Baixo peso ao nascer

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o baixo peso foram: prematuridade ($p=0,000$) e índice de apgar no 5º minuto de vida ($p=0,034$), conforme a Tabela 16.

TABELA 16- BAIXO PESO AO NASCER SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS DAS PARTICIPANTES, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Baixo peso ao nascer		OR	IC95%	p (χ^2)
	Nº	%			
Prematuridade					
Sim	16	44,4	21,15	8,69 - 53,21	0,000*
Não	11	3,6	1,00	-	-
Apgar 5º minuto					
Menor que 7	2	66,7	24,58	1,81 - 744,7	0,034*
7 ou mais	25	7,4	1,00	-	-
Anomalia Congênita					
Sim	1	100,0	-	-	0,157*
Não	26	7,6	1,00	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

*Teste de Fisher.

6.7 ANÁLISE MULTIVARIADA

Neste tópico serão abordadas as análises multivariadas para os seguintes desfechos: escore de orientações insuficiente, consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez, consumo de álcool após saber da gravidez, prematuridade e baixo peso ao nascer.

6.7.1 Escore de orientações insuficiente

A Tabela 17 apresenta os fatores associados ao escore de orientações insuficiente entre as participantes do estudo após análise multivariada. No modelo final não foram incluídas as variáveis número de consultas de pré-natal e exames laboratoriais por elevada correlação com a variável início precoce do pré-natal, bem como a comorbidade por corresponder à variável risco gestacional.

TABELA 17 - ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AO ESCORE DE ORIENTAÇÕES INSUFICIENTE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Escore de orientações (<19)		
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)	p (x ²)
Não realizou preventivo	1,89 (1,22 - 2,94)	1,79 (1,13 - 2,83)	0,011
Não praticante de religião	1,91 (1,14 - 3,23)	1,87 (1,07 - 3,24)	0,025
Início tardio do pré-natal	1,93 (1,21 - 3,08)	1,70 (1,04 - 2,76)	0,032
Risco gestacional			
Habitual	1,00 (-)	1,00 (-)	-
Intermediário	1,33 (0,45 - 3,98)	1,06 (0,35 - 3,20)	0,915
Alto risco	0,58 (0,36 - 0,93)	0,54 (0,33 - 0,88)	0,015
Não frequentou grupo de gestante	2,29 (1,09 - 5,09)	2,55 (1,16 - 5,61)	0,019
Multiparidade	1,59 (1,00 - 2,54)	1,75 (1,06 - 2,87)	0,026

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.7.2 Consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez

Apresentamos, na Tabela 18, os fatores associados ao consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez entre as participantes do estudo após análise multivariada. No modelo final não foram incluídas as variáveis comorbidade por corresponder à variável risco gestacional, o tipo de parto e o escore de orientações.

TABELA 18 - ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL ANTES E/OU APÓS SABER DA GRAVIDEZ, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Consumo de álcool antes e/ou após saber da gravidez		
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)	p (x ²)
Uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez	3,18 (1,86 - 5,50)	2,92 (1,68 - 5,07)	0,000
Uso de drogas antes e/ou após saber da gravidez	15,00 (2,42 - 335,1)	13,81 (1,67 - 113,87)	0,014
Não praticante de religião	1,73 (1,02 - 2,91)	0,57 (0,33 - 0,97)	0,041

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.7.3 Consumo de álcool após saber da gravidez

Os fatores associados ao consumo de álcool após saber da gravidez entre as participantes do estudo após análise multivariada, estão apresentados na Tabela 19.

TABELA 19 - ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL APÓS SABER DA GRAVIDEZ, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Consumo de álcool após saber da gravidez		
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)	p (x ²)
Uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez	2,67 (1,32 – 5,31)	2,02 (0,98 - 4,17)	0,056
Não praticante de religião	2,21 (1,08 - 4,41)	0,37 (0,17 - 0,77)	0,008
Multiparidade	2,45 (1,12 - 5,84)	3,04 (1,27 - 7,28)	0,012
Uso de drogas antes e/ou após saber da gravidez	5,11 (1,22 - 19,53)	7,19 (1,65 - 31,30)	0,008

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.7.4 Prematuridade

A Tabela 20 apresenta os fatores associados a prematuridade entre as participantes do estudo após análise multivariada. No modelo final não foram incluídas as variáveis baixo peso ao nascer e apgar no 5º minuto de vida por elevada correlação com a variável prematuridade.

TABELA 20- ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS A PREMATURIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Prematuridade		
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)	p (x ²)
Menos de 7 consultas de pré-natal	3,01 (1,46 - 6,21)	3,66 (1,69 - 7,92)	0,000
Faixa etária			
10 – 19	2,48 (1,13 - 5,45)	2,54 (1,01 - 6,42)	0,047
20 – 29	1,00 (-)	1,00 (-)	-
30 ou mais	2,00 (0,86 - 4,67)	1,73 (0,74 - 4,08)	0,203

Continua

TABELA 20- ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS A PREMATURIDADE, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Prematuridade		
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)	p (x ²)
Continuação			
Risco gestacional			
Habitual	1,00 (-)	1,00 (-)	-
Intermediário	1,85 (0,26 - 8,13)	1,49 (0,28 - 7,68)	0,632
Alto risco	2,05 (0,98 - 4,29)	2,57 (1,17 - 5,65)	0,018

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.7.2 Baixo peso ao nascer

Os fatores associados ao baixo peso ao nascer entre as participantes do estudo após análise multivariada, estão apresentados na Tabela 21. No modelo final não foram incluídas as variáveis prematuridade, apgar no 5º minuto de vida e anomalia congênita por elevada correlação com a variável baixo peso ao nascer.

TABELA 21- ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO AO NASCER, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019.

Variável	Baixo peso ao nascer		
	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)	p (x ²)
Menos de 7 consultas de pré-natal	3,98 (1,77 - 9,08)	5,04 (2,09 - 12,13)	0,000
Uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez	0,33 (0,10 - 0,86)	0,29 (0,10 - 0,83)	0,021
Risco gestacional			
Habitual	1,00 (-)	1,00 (-)	-
Intermediário	4,47 (0,89 - 17,64)	2,85 (0,64 - 12,60)	0,165
Alto risco	2,25 (0,96 - 5,34)	3,73 (1,49 - 9,31)	0,004

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

7 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram um predomínio de participantes com idade compreendida entre 20 e 29 anos; brancas e pardas, com companheiro, do lar, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, evangélicas e católicas, e que realizaram o pré-natal em inúmeras Unidades de Saúde do Município, em sua maioria em regiões mais populosas.

Em comparação as informações preliminares, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC-2018) do mesmo município, observam-se que a idade e escolaridade da mãe apresentaram resultados concordantes. Estudo realizado por Bonilha et al. (2018), que avaliou a confiabilidade das informações sobre nascidos vivos, em maternidades da rede pública de São Paulo, apresentou resultado similar, com concordância excelente para idade materna e boa para escolaridade da mãe.

Com relação a autodeclaração da raça/cor, percebe-se resultados discordantes, uma vez que as informações do SINASC (2018), apontam um predomínio de mulheres que se autodeclararam brancas (72,3%), e no estudo houve percentuais similares entre as brancas e pardas, 47,9% e 47,1%, respectivamente. Estudo realizado por Sanine et al. (2019), também apresentou percentuais semelhantes para branca e pardas, entre as gestantes entrevistadas. Destaca-se que neste estudo, esta variável foi averiguada por meio de dado primário (entrevista), e já as informações no SINASC, são provenientes da DNV (dado secundário). No local de estudo, o preenchimento deste campo da DNV dá-se por meio das informações contidas na ficha cadastral muitas vezes não atualizada, sendo posteriormente conferida pela equipe de enfermagem no Centro Obstétrico.

Considerando que essa informação faz parte da rotina de entrevista com a mulher, e que o Manual de Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (2011), recomenda que o preenchimento deste campo deverá respeitar o critério da autodeclaração da mãe, é questionável se a obtenção desse registro se dá somente por meio da informação verbal ou se é captada de alguma outra forma. Sugere-se que esta variável seja questionada, para que seus resultados sejam confiáveis, e salienta-se a importância de investimento em treinamentos contínuos dos profissionais envolvidos no preenchimento da DNV e medidas de controle para garantir a redução das falhas apontadas. Estudo realizado por D Eça Junior (2015),

que analisou a qualidade das informações do SINASC, em comparação as informações obtidas da coorte BRISA, nas cidades de São Luiz (MA) e Ribeirão Preto (SP), também observou que a variável raça/cor apresentou confiabilidade considerada fraca, o que a tornaria inviável para inferência em caráter epidemiológico, em se tratando de campo da DNV importante na caracterização de estudos que abordam sobre a saúde do recém-nascido.

Sobre a situação conjugal, observou-se resultados diferentes, haja vista que o SINASC traz um predomínio de mulheres solteiras (50,6%), e o estudo com companheiro (82,7%). No estudo, optou-se por perguntar a participante, no momento da entrevista, se apresentava ou não companheiro, por acreditar-se que representava uma informação mais fidedigna do que se desejava conhecer, podendo distinguir quem realmente era sozinha ou apresentava parceiro.

O Manual de Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (2011), traz algumas definições a respeito da situação conjugal, e a denomina como: “diz respeito ao fato de uma pessoa viver ou não na companhia de um cônjuge”. Já, o estado civil está relacionado à condição jurídica dessa situação conjugal, tendo como parâmetro o casamento civil, levando-se em conta o seu reconhecimento pelo Estado. A União estável, condição de convivência entre pessoas que não possuem impedimento ao casamento, é legalmente reconhecida e considerada como entidade familiar não registrada, mas não está definida na legislação brasileira como um estado civil. E por último, traz que uma pessoa que apresente união estável não falta com a verdade ao se declarar solteiro, separado, divorciado e viúvo (BRASIL, 2011b). Destaca-se, portanto, que a DNV não representa fonte adequada para obter conhecimento sobre uma pessoa apresentar ou não companheiro.

Diante do exposto, enfatiza-se que distintas formas e momentos de coleta de dados podem apresentar resultados diferentes, necessitando que o pesquisador escolha fontes que sejam relevantes e significativas ao objeto de pesquisa.

Quanto a ocupação, Saavedra, Cesar e Linhares (2019) obtiveram resultados semelhantes a pesquisa em estudo realizado no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, com percentual predominante de mães que não exerciam atividade remunerada durante a gravidez. Sobre a renda familiar, estudo realizado por Gonzalez & Cesar (2019) no município de Rio Grande, também apresentou como resultado um número superior de gestantes com renda compreendida entre 1 e 2 salários mínimos.

Na análise da adequação do pré-natal, a maioria das participantes iniciou o acompanhamento no 1º trimestre de gestação (68,7%), conforme as recomendações do Ministério da Saúde, da Linha Guia Mãe Paranaense e do protocolo municipal. No entanto, destaca-se que este percentual se encontra distante do ideal, uma vez que ainda temos muitas gestantes iniciando o pré-natal tardiamente, o que compromete a qualidade do acompanhamento, a identificação das causas evitáveis de morbimortalidade materna e infantil, como por exemplo, a prevenção da transmissão vertical do HIV/sífilis e o manejo da hipertensão arterial e diabetes, e o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Estudo nacional verificou o grau de adequação da assistência pré-natal, e constatou que o início precoce foi o componente da assistência que apresentou menor adequação, em apenas 53,9% (DOMINGUES et al., 2015).

O número ideal de consultas é um tema controverso, mas é um indicador frequente nos estudos que avaliam o pré-natal. Alguns países consideram quatro, seis, dez, podendo chegar a 15 consultas, como na Finlândia (SILVA et al., 2013). Em 2016, a OMS ampliou o número de consultas de quatro para oito, com base nas evidências científicas que associaram o aumento do número de consultas com menos chance de natimortos (WHO, 2016).

No Brasil, a última recomendação é de no mínimo sete consultas de pré-natal durante a gravidez, e foi a utilizada no estudo (PARANÁ, 2018). A prevalência de realização de sete ou mais consultas de pré-natal vem aumentando no país ao longo dos anos, passando de 43,7%, no ano 2000, para 63,1% em 2013 (ANJOS; BOING, 2016). Neste estudo a maioria das participantes realizou 7 ou mais consultas de pré-natal (73,7%), no entanto persiste um percentual considerável de menos de 7 consultas. Destaca-se, que as participantes estratificadas como alto risco apresentaram maior percentual de adequação do número de consultas se comparadas as de risco habitual. Estudos mostram que, quanto maior o número de consultas pré-natal, menores são as taxas de mortalidade materno e neonatal, a prevalência de prematuridade, baixo peso ao nascer e hipertensão no período gestacional, e maiores são a cobertura de vacinação antitetânica e o suprimento com sulfato ferroso (ANJOS; BOING, 2016).

Sobre o risco gestacional, salienta-se que a classificação de risco não é imutável, devendo ser investigada em todas as consultas de pré-natal. No estudo, 34,2% das participantes foram estratificadas como gestação de alto risco, percentual

condizente com as informações da Secretaria Municipal de Saúde (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2019), e entre os fatores de risco mais predominantes, temos a obesidade mórbida, o diabetes mellitus, a HAS/hipertensão gestacional, as doenças infectocontagiosas e a doença mental. Destaca-se que as participantes portadoras de hipotireoidismo foram estratificadas como alto risco gestacional, conforme orientação da 7ª edição do Linha Guia Mãe Paranaense (2018). No entanto, atualmente segundo recomendação da Deliberação nº 06/2020, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná, essa comorbidade não está mais inserida dentre os critérios de alto risco. O percentual de hipotireoidismo (7,0%) entre as participantes apresentou-se elevado, uma vez que a sua prevalência na gestação varia entre 0,9% a 3%, e complica em 0,1 % a 0,3% das gestações (ALEXANDER et al., 2017).

O hipotireoidismo materno está associado a efeitos prejudiciais no desenvolvimento neurocognitivo fetal e a maior risco de complicações gestacionais, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, perda gestacional e menor QI no concepto. O hipotireoidismo subclínico tem associação variável com resultados gestacionais adversos (ANDERSEN; OLSEN; LAURBERG, 2015).

A obesidade, é caracterizada por um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode resultar em prejuízos à saúde, e tem sido considerada um dos principais problemas de saúde pública mundial, atingindo tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento (OMS, 2000). No Brasil, estima-se que 43,1% das mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), apresentam excesso de peso, e 16,1% obesidade (BRASIL, 2009).

O excesso de peso durante a gestação pode trazer consequências negativas à saúde da mulher e da criança. Estudo realizado por Marchi et al. (2015), que avaliou 22 revisões sistemáticas, identificou que condições como, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, depressão, parto instrumental e infecção cirúrgica foram mais comuns em mulheres com obesidade. A obesidade materna também foi associada ao aumento do risco de parto prematuro, de recém-nascidos grandes para a idade gestacional, de malformações fetais, de anomalias congênitas e de morte perinatal.

Há evidências de que o estado nutricional materno influencia também na lactação no período pós-parto, ao constatar-se que mulheres com excesso de peso

apresentam maior dificuldade em iniciar e manter a amamentação quando comparadas a mulheres eutróficas (TURCK SIN et al., 2014).

A síndrome hipertensiva gestacional é apontada como uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e fetal, apresenta amplas variações em sua prevalência e é observada em cerca de 2 a 10% das gestações (WHO, 2011). São responsáveis por considerável percentual de fetos e recém-nascidos com sequelas e complicações, como maior incidência de morte fetal, prematuridade, maior prevalência de cesarianas, baixo peso ao nascer e índices de apgar baixos (ANTUNES et al., 2017).

O diabetes mellitus consiste no problema metabólico de maior prevalência no período gestacional (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015). Pode ocasionar desdobramentos indesejados tanto a mãe quanto para o feto e ou neonato, dentre eles a macrossomia, o controle metabólico deficiente, a hipoglicemia, a prematuridade e a hiperbilirrubinemia (ARSHAD; KARIM; HASON, 2014).

As doenças infectocontagiosas presentes no estudo foram a sífilis, a toxoplasmose e ITUs de repetição. A sífilis é uma infecção sistêmica, de evolução crônica que ocupa uma importância significativa entre os problemas mais frequentes de saúde pública (CAVALCANTE et al., 2012). No Brasil, 50 mil parturientes têm o diagnóstico de sífilis ao ano, com uma variação na prevalência entre 1,1% a 11,5%, de acordo com a assistência pré-natal e grau de instrução materna. Aproximadamente 12 mil nascidos vivos ao ano têm sífilis congênita no país (LAFETÁ et al., 2016).

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, pois pode ser transmitida ao feto via transplacentária, em qualquer fase da gestação ou na passagem pelo canal do parto. A probabilidade de infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal (BRASIL, 2019). O risco de transmissão vertical pode variar de 70 a 100% em gestantes não tratadas, reduzindo o risco para 1 a 2% em gestantes tratadas. Quando não ocorre tratamento, estima-se que 30% evoluam para óbito fetal, 10% para óbito neonatal e 40% para retardo mental (DI RENZO; GERLI; FONSECA, 2015).

Sobre a infecção urinária, trata-se do problema urinário mais comum durante a gestação, e a sua prevalência varia entre 17 a 20%. O quadro clínico se manifesta desde bacteriúria assintomática, que acomete de 2 a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite. Está associada a complicações como, rotura prematura de

membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal (PARANÁ, 2018).

A toxoplasmose adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais que podem ser descritos estão restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental (BRASIL, 2012b).

A infecção fetal surge após a infecção placentária, e o exato momento em que ocorre depende da idade gestacional e de outros fatores. O risco de infecção fetal está relacionado à idade gestacional, sendo maior no terceiro trimestre e período periparto (até 80%), porém o risco de lesões fetais graves é maior nas infecções maternas precoces e o risco de manifestações clínicas, até os três primeiros anos de vida, é de 75% quando a soroconversão ocorre no primeiro trimestre (FEBRASGO, 2011)

Quanto aos transtornos mentais, estudos demonstraram que as mulheres apresentam maiores prevalências em relação aos homens, principalmente quanto aos transtornos depressivos, de ansiedade e somatoformes (VIANA; ANDRADE, 2012). Estudos epidemiológicos são quase consensuais em pontuar que transtornos mentais, como ansiedade e depressão, podem resultar em risco aumentado para desfechos negativos ao feto (MENEZES et al., 2012). Pesquisas identificaram prevalência de depressão no período gestacional de aproximadamente 7% a 15%, e ansiedade em torno de 20%; esses quadros não tratados durante a gravidez aumentam também o risco de exposição ao tabaco, álcool e outras drogas, além do risco de desnutrição e a dificuldade de seguir orientações médicas no pré-natal, diminuindo inclusive a frequência às consultas, o que tem sido associado ao risco de mortalidade neonatal (ARAÚJO et al., 2010).

A gestação é considerada um momento oportuno para a realização de exames laboratoriais a fim de prevenir, identificar e corrigir as anormalidades que possam afetar a gestante e seu conceito, como instituir o tratamento de doenças já existentes ou que possam ocorrer durante a gestação (ANVERSA et al., 2012). No estudo, apresentamos um percentual inadequado de participantes que realizaram as 3 rotinas recomendadas (70,7%). Destaca-se que dentre os exames faltantes, temos na 2ª rotina, 20,2% de exames não realizados de HIV e 14,0 % de sífilis, e na

terceira rotina, 14,0% de exames não realizados de HIV e 7,0% de sífilis. Esses dados demonstram que a não repetição desses exames tão importantes representam uma falha que impacta diretamente na prevenção e tratamento precoces, comprometendo o controle da transmissão vertical do HIV e a erradicação da sífilis congênita no país.

A falta desse tipo de informação pode refletir o não registro dos resultados no cartão da gestante e prontuário eletrônico pelos profissionais de saúde, a não solicitação desses exames, ou, ainda, a dificuldade na realização ou na obtenção dos resultados por falhas na execução dos exames, falta de insumos específicos, equipamentos danificados, extravio das amostras, demora no retorno dos resultados, entre outros motivos, ocasionando o desperdício de recursos, como visto em alguns estudos (RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014). Contudo, destaca-se que não foi possível avaliar a completude dos exames de 27 participantes, que realizaram o pré-natal em uma Unidade de Saúde específica, tendo-se em vista que esta apresentava um laboratório particular destinado as gestantes, e somente a participante possuía acesso ao resultado, sendo uma limitação do presente estudo.

Sobre a educação em saúde no pré-natal, o protocolo municipal, em sua última versão, recomenda que sejam realizadas no mínimo 4 atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2014). No entanto, observou-se no estudo um percentual de não participação em grupo de gestantes preocupante, haja vista que somente 11,4% participaram da atividade. Estudo realizado por Silva et al. (2019) no município de João Pessoa, também constatou baixa prevalência (25,0%) de participação em atividades de educação em saúde. Destaca-se, que dentre os motivos citados para a não participação, mais da metade das participantes relatou não ter sido informada da existência do grupo na unidade, contudo, não foi possível verificar esta informação nos locais de realização do pré-natal.

Neste contexto, ressalta-se que a atenção ao pré-natal deve visar o acolhimento das demandas das gestantes e o estabelecimento de vínculos, e não somente a realização de consultas e solicitação de exames (MAYOR et al., 2018). O espaço destinado as ações educativas são essenciais para que as gestantes e acompanhantes compartilhem suas dúvidas e experiências, que frequentemente não são abarcadas nas consultas de pré-natal, realizada dentro dos consultórios, pelos

profissionais de saúde (BRASIL, 2012a). Cada serviço de saúde deve estabelecer estratégias de captação da gestante para participação nas atividades educativas.

Manual técnico do Ministério da Saúde descreve as condições básicas para a assistência pré-natal efetiva, dentre estas a realização de práticas educativas, abordando temas como o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos de vida saudáveis; a prática de atividade física e sexual na gravidez; a identificação de sinais de alarme e o reconhecimento do trabalho de parto; os cuidados com o recém-nascido; os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; entre outros (BRASIL, 2012a).

Neste estudo, a maioria das orientações foi obtida na consulta de pré-natal, a julgar pelo baixo percentual de participação em grupos de gestante. Aponta-se que o planejamento da organização do trabalho das equipes de saúde, por muitas vezes prioriza a consulta e restringe o tempo de atendimento ao usuário, e as atividades técnicas e gerenciais acabam por suprimir as de educação em saúde, limitando a qualidade da assistência prestada. A ausência de recordação pelas participantes pode estar relacionada à forma como estas informações estão sendo realizadas, dificultando a compreensão e participação da gestante. As abordagens sensíveis às necessidades das mulheres e realizadas por meio da problematização e da troca de experiências, e não somente o repasse de informações, favorecem essa compreensão e mudança de atitudes.

Os temas menos abordados foram a atividade sexual na gestação, o incentivo ao aleitamento materno e os sinais de trabalho de parto. Estudo realizado em uma maternidade pública do Sul do Brasil, apontou percentuais superiores de não orientação ao encontrado na pesquisa, a grande maioria das participantes não foi informada sobre educação sexual (87,1%) e mais da metade sobre aleitamento materno (64,3%) (MEDEIROS et al., 2019) e sinais de trabalho de parto (SILVA et al., 2019).

A sexualidade na gravidez, é caracterizada por mudanças físicas e psicológicas, que associadas a crenças religiosas e questões sociais e culturais podem ocasionar um impacto negativo no comportamento sexual da gestante, como diminuição das relações sexuais e do desejo e um quadro patológico de disfunção sexual (SOARES et al., 2020). Assim sendo, deve ser abordada pelo profissional de saúde na gestação, ainda que a gestante não revele essa indagação.

Quanto ao incentivo ao aleitamento materno, existem diversas iniciativas criadas pelo governo federal para a sua promoção, como o Hospital Amigo da Criança (1990) e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (2013) e são conhecidos os diversos benefícios associados a esta prática. Compreende-se que a rede de apoio ao aleitamento materno, como a família, o acesso aos serviços de saúde, o acolhimento dos profissionais de saúde e o apoio de organizações sociais são de suma importância para o sucesso da amamentação (LEAL et al., 2018). No entanto, observou-se que aproximadamente metade das participantes não foi orientada quanto a este tema. Estudo realizado em instituição do município de Porto Alegre, que identificou os fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no pós-parto tardio, encontrou resultado ainda superior de não orientação no pré-natal (70,3%) (GASPARIN et al., 2020).

Os benefícios do aleitamento materno são diversos para a mãe, a criança, a família e a sociedade. O processo de amamentação salva muitas crianças por ano, promovendo e prevenindo contra as infecções, além da amamentação ser importante sob o ponto de vista nutricional. Permitem-se, ainda, pela amamentação, o crescimento e o desenvolvimento saudáveis da criança, fortalecendo o vínculo afetivo entre mãe e filho (SARDINHA et al., 2019).

A mulher precisa ser assistida e amparada para que consiga desempenhar o papel de mulher-mãe-nutriz. No momento do pré-natal, deve-se iniciar o preparo da mulher para a lactação, orientando sobre as vantagens para ela e o bebê, as técnicas de amamentação, sobre o uso de leites industrializados, para aumentar a sua confiança e habilidade, resultando no sucesso da amamentação (RAMIREZ, 2014).

Sobre os sinais de trabalho de parto, cabe ao profissional de saúde informar as gestantes para que saiba diferenciar o verdadeiro do falso trabalho de parto, diminuindo assim as admissões prematuras, o tempo de internamento, as intervenções desnecessárias e o risco de infecções relacionadas à assistência (BRASIL, 2001). Estudo desenvolvido em um hospital universitário da cidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, apontou a importância da orientação aos acompanhantes quanto aos sinais de trabalho de parto, pois estes conseguem reconhecê-los e assim conduzir as gestantes no momento certo para a maternidade (MELO et al., 2015). Holanda et al. (2018) avaliou a influência da participação do companheiro no pré-natal e a satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto em

Maternidade pública de referência em Fortaleza, e observou que a presença e capacitação do companheiro no pré-natal esteve associado à satisfação da puérpera com o apoio e sua utilidade durante as fases do trabalho de parto, parto e pós-parto.

A redução de internações de mulheres em falso trabalho de parto, reduz as admissões prematuras, o tempo de internação, o risco de infecções relacionadas à assistência de saúde, assim como o uso de intervenções desnecessárias (GUERREIRO et al., 2014).

Neste cenário destaca-se a importância da educação permanente das equipes de saúde, estudo realizado em unidade estratégia de saúde da família do município de Londrina, sobre as dificuldades e possibilidades da educação em saúde, expôs que a formação recebida na academia pelos profissionais das equipes é exígua para o desenvolvimento do trabalho na comunidade, sendo um entrave a ser solucionado (GONÇALVES et al., 2017).

Quase metade das participantes apresentou escore de orientações insuficiente, e dentre os fatores associados temos a variável não ser praticante de religião, que neste estudo pode ser interpretada como um fator de confusão, haja vista que está associada às participantes que apresentaram inadequação do pré-natal, como menos de 7 consultas de pré-natal, início tardio e menos de 3 rotinas de exames laboratoriais.

Quanto às características da gestação e pré-natal, as variáveis multiparidade, início tardio do pré-natal, alto risco gestacional, não realização de preventivo de câncer do colo do útero e não participação em grupo de gestante, apresentaram associação estatisticamente significativa com o escore de orientações insuficiente.

Pode-se observar que as gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente, e em consequência apresentam mais chance de realizar menos consulta e rotinas de exames laboratoriais, também apresentam mais risco de ter menos orientações durante o acompanhamento. Estudo de Gonçalves et al. (2017) que avaliou a relação entre a assistência pré-natal e orientações para o parto na atenção primária no município de Londrina, observou que o número de consultas, o intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto, e a adequação da assistência (início do pré-natal, número de consultas, intervalo entre a última consulta e o parto, exames laboratoriais, ultrassonografias e procedimentos clínicos- obstétricos) estavam associados a adequação das orientações em relação ao parto.

Reforça-se a importância da implementação de ações pela equipe de saúde que visem à captação precoce dessas gestantes, tendo-se em vista o tempo preconizado que diversas ações devem ser realizadas, como por exemplo, a idade gestacional para cada rotina de exames laboratoriais, e de orientações que enfatizem a importância da realização dos exames (laboratoriais, ginecológicos) e das vacinas na gravidez.

A multiparidade incita a reflexão a respeito de os profissionais de saúde oferecerem menos orientações se comparado as primigestas, talvez pela compreensão que as experiências anteriores a proporcionaram uma “bagagem” de conhecimentos, que por muitas vezes podem não ter sido ofertados na outra gravidez, perdendo assim, a oportunidade que este acompanhamento propicia, de orientá-las sobre diferentes questões importantes. Salienta-se que cada gestação apresenta suas particularidades, determinantes para o seu apropriado progresso, sendo responsabilidade do profissional de saúde orientar a grávida em suas diferentes gestações (BRASIL, 2012a).

Nesta pesquisa as gestantes classificadas como risco habitual e sem comorbidades apresentaram maior risco de escore de orientações insuficiente, haja vista que o alto risco gestacional se mostrou como fator de proteção. Tal fato pode ser explicado por as gestantes de alto risco realizarem o acompanhamento pré-natal em dois serviços de saúde, propiciando assim, uma maior oportunidade de atividades de educação em saúde. Estudo que analisou o acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco em serviço público do Sul do Brasil, constatou que o risco de atendimento pré-natal ineficiente foi 64% maior entre as mulheres que fizeram pré-natal na atenção primária se comparado as que fizeram na atenção primária associada à secundária (MEDEIROS et al., 2019).

Com relação ao uso de álcool, no Brasil, poucos estudos avaliam o seu consumo na gestação e existe uma lacuna sobre os preditores em gestantes, dados estes que poderiam subsidiar políticas e ações de prevenção e controle dessa substância na gravidez (GUIMARÃES et al., 2018).

Neste estudo, das 133 gestantes que referiram o seu uso 3 meses antes de saber da gravidez e/ou em algum momento da gestação, em sua maioria o fizeram antes do consentimento da gravidez (68,4%), no entanto este fato não exime o risco de complicações fetais, uma vez que muitas dessas mulheres já estavam no 1º trimestre da gravidez quando ingeriram bebidas alcoólicas. Evidenciando-se a

importância do planejamento reprodutivo, com uma avaliação pré-concepcional que identifique fatores de risco e aborde, os hábitos e estilos de vida, e dentre estes, o uso de álcool. Devem ser realizadas orientações quanto aos riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas (BRASIL, 2012a).

O consumo de álcool após saber da gravidez representou 12,3% da amostra total de participantes. Percentual condizente com outros estudos realizados no Brasil, que apresentaram estimativa da prevalência de uso de álcool na gestação entre 10,4% a 20,8% (LANGE et al., 2017).

Sobre o padrão de consumo de álcool na gestação, avaliado por meio do instrumento AUDIT, 80,4% das participantes foram classificadas como zona I, que geralmente fazem uso de baixo risco de álcool, sendo recomendado intervenção de educação em saúde para que haja a abstenção na gestação. Destaca-se, que o estudo constatou que 87,5% das participantes que ingeriram bebida alcoólica após saber da gravidez, referiram ter sido orientadas quanto ao não consumo de álcool na gestação durante o acompanhamento pré-natal. Esta informação aponta a importância de práticas educativas, que não somente transmitam o conhecimento, mas que valorizem as experiências e as histórias de vida. Faz-se necessário conhecer a realidade das pessoas, e oferecer estratégias que auxiliem, por exemplo, no processo de mudança de hábitos de vida.

Neste contexto, o Linha guia Mãe Paranaense recomenda que mulheres com dependência de drogas lícitas, com intercorrências clínicas ou outro fator de risco materno fetal sejam estratificadas como alto risco gestacional (PARANÁ, 2018). No estudo somente uma participante, que fez uso de álcool após saber da gravidez, com padrão de uso zona III, foi classificada nesse risco, porém não pela associação ao consumo do álcool na gestação, mas por apresentar obesidade e toxoplasmose na gravidez. Reitera-se a importância de um cuidado diferenciado, com ações de rastreio e aconselhamentos sobre os problemas associados ao seu consumo, as gestantes que fazem uso de qualquer quantidade de álcool na gestação, por não existir nível seguro de uso que não comprometa o feto. Sendo assim, ainda que a mulher faça baixo uso de álcool não deveria ser classificada como risco habitual, uma vez que nessa categoria encontram-se gestantes que não apresentam nenhum fator de risco.

O uso de álcool após saber da gravidez foi mais frequente entre as participantes com idade superior a 20 anos, da raça/cor branca, sem companheiro,

com ensino fundamental incompleto, que não exerciam atividade remunerada durante a gravidez, com renda familiar menor que 1 salário mínimo e não praticantes de religião. Multíparas, de risco habitual, que iniciaram o pré-natal no 3º trimestre de gestação, com menos de 7 consultas de pré-natal, com 1 rotina de exames laboratoriais, que fizeram uso de cigarro e de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez, não orientadas quanto ao não consumo de álcool na gestação e que obtiveram escore de orientações insuficiente.

Os fatores associados ao uso de álcool após saber da gravidez foram a multiparidade, o uso de cigarro e de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez e não ser praticante de religião.

Uma associação complexa de fatores sociodemográficos, comportamentais e familiares tem sido relacionado ao uso de álcool na gestação (GUIMARÃES et al., 2018). As características sociodemográficas com maior intersecção com o uso são a idade mais elevada, a renda e a escolaridade baixa (ISAKSEN et al., 2015). Apesar da variável renda e escolaridade não apresentarem associação estatisticamente significativa com o uso de álcool no estudo, a sua frequência foi maior entre as participantes com renda familiar menor que 1 salário mínimo e com ensino fundamental incompleto.

Quanto aos determinantes comportamentais, são representados sobretudo, pelo uso simultâneo de cigarro e/ou drogas ilícitas (LEPPER et al., 2016). No estudo a associação destes fatores também foi encontrada, evidenciando-se a importância da investigação desses comportamentos em concomitante durante a gestação. Estudo realizado por Guimarães et al. (2018), que verificou a prevalência e fatores associados ao uso de álcool na gestação em uma maternidade de Goiás, também encontrou associação entre o consumo de bebidas alcoólicas na gestação e o uso de tabaco.

De fato, mulheres que fazem uso regular de cigarro na gravidez apresentam maior vulnerabilidade ao consumo de álcool, o que potencializa o risco de eventos adversos gestacionais e efeitos negativos ao feto. O uso simultâneo dessas substâncias pode ser explicado pela legalidade e ampla disponibilidade dessas substâncias, valores e significados culturais semelhantes e fatores de risco comuns (LANGE et al., 2015).

Quanto a variável religião, a pesquisa observou que mulheres não praticantes de religião apresentam duas vezes mais chance de fazer uso de álcool após saber

da gravidez se comparadas as praticantes. Resultado divergente do encontrado em estudo realizado no município de São Carlos (São Paulo), que não apresentou associação entre o consumo de álcool durante a gravidez e a prática de religião (BAPTISTA et al., 2017). Todavia, é sabido a relação entre o seu uso e questões de conceito de moralidade, estigma social e doutrinas praticadas em religiões católicas e evangélicas, por exemplo.

Com relação ao impacto, do uso de álcool na gestação, em desfechos desfavoráveis na saúde do recém-nascido, o estudo constatou associação estatisticamente significativa ao baixo peso ao nascer, no entanto, como fator de proteção, discordante do encontrado na literatura, que a associa como fator de risco. Tal fato pode ser explicado pela ocorrência de um número baixo de eventos de baixo peso ao nascer na população estudada, o que não nos permite um maior aprofundamento da discussão. A variável uso de álcool na gestação abrange as participantes que usaram álcool antes e/ou após saber da gravidez não possibilitando assim, a afirmação da sua relação protetora com o baixo peso.

O baixo peso ao nascer foi mais frequente entre as participantes com idade entre 10 a 19 anos, raça/cor preta, com companheiro, ensino fundamental incompleto, que não exerciam atividade remunerada durante a gravidez e com renda familiar menor que 1 salário mínimo. Primigestas, que iniciaram o pré-natal tardiamente, classificadas como risco intermediário, que realizaram menos que 7 consultas de pré-natal, com 1 rotina de exames laboratoriais, que tiveram parto cesárea, com comorbidades, que não fizeram uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez, que obtiveram padrão de uso de álcool na gestação classificado na zona II/III, que fizeram uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez, que fizeram uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez, que participaram de grupo de gestante e obtiveram escore de orientações insuficiente.

Estudos apontam como fatores relacionados ao baixo peso ao nascer o tabagismo, baixo nível educacional materno, idade materna mais jovem, estado marital, pequeno ganho de peso durante a gravidez, hipertensão arterial, infecção do trato geniturinário na gestação, paridade e menor número de consultas no pré-natal (VIANA et al., 2013).

Os fatores associados ao baixo peso ao nascer, encontrados no estudo, foram menos de 7 consultas de pré-natal, alto risco gestacional e o uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez. Estudo realizado por Mendes et al. (2015), com

o objetivo de identificar a prevalência de baixo peso ao nascer no município de São Paulo, identificou como fatores de risco a prematuridade, dentre outros, o baixo nível de escolaridade materna, raça não branca, parto cesáreo e menos de 7 consultas de pré-natal. Gonzaga et al. (2016) observou em estudo realizado em Teresina (Piauí), que baixa escolaridade da mãe, não realizar atividade remunerada, parto cesáreo e inadequação do pré-natal estavam associados ao baixo peso a nascer e/ou prematuridade.

A prematuridade foi mais frequente entre as participantes com idade entre 10 a 19 anos, raça preta, ensino fundamental incompleto, que não exerciam atividade remunerada durante a gravidez, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e praticantes de religião. Multíparas, que iniciaram o pré-natal tardiamente, de alto risco gestacional, com menos de 7 consultas de pré-natal, com 1 rotina de exames laboratoriais, que tiveram parto cesáreo, com comorbidades, que não fizeram uso de álcool antes e/ou após saber da gravidez, que fizeram uso de cigarro antes e/ou após saber da gravidez, que não fizeram uso de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez, participaram de grupo de gestante e obtiveram escore de orientações insuficiente.

Diversos fatores tem sido associados à prematuridade, destacando-se a idade materna menor que 20 anos ou maior que 40 anos, baixo nível socioeconômico, antecedente de parto pré-termo, hábito de fumar, ser mãe solteira; ocupação materna em atividade profissional remunerada, estado nutricional, raça/cor; infecções do trato urinário, exposição a substâncias tóxicas, ausência de pré-natal ou número reduzido de consultas e tipo de parto (SILVEIRA et al., 2010).

Os fatores associados a prematuridade foram idade da mãe ≤ 19 anos, menos de 7 consultas de pré-natal e alto risco gestacional. Estudo realizado por Oliveira et al. (2016), que identificou os fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade no município de Porto Alegre, também constatou associação da prematuridade a idade materna menor que 19 anos e pré-natal inadequado (número de consultas realizadas). Corroborando, Guimarães et al. (2017) observou no município de Divinópolis (Minas Gerais), que mães com 6 ou menos consulta de pré-natal, com menor idade e submetidas a parto cesáreo tiveram mais chance de ter nascimentos prematuros.

Estudo realizado por Freitas & Araújo (2015), para estimar a prevalência de prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, constatou que as

taxas de prematuridade se mostraram associadas à menor frequência de consultas pré-natal, menor escolaridade, idade materna menor que 20 anos e maior que 39 anos e de cor não branca.

O trabalho apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração na interpretação dos seus resultados. O seu delineamento transversal, que reflete uma realidade específica em um tempo determinado, no entanto, os seus resultados são representativos desta realidade e fornecem subsídios para novos estudos nesta temática. Os dados quanto as orientações educativas recebidas durante o acompanhamento pré-natal e uso de álcool na gestação foram autorrelatados, passíveis de vieses de resposta e memória. A prevalência do uso de álcool pode estar subestimada, uma vez que dentre os critérios de inclusão, temos a participante ter realizado o pré-natal, e muitas mulheres que fazem uso de drogas ilícitas por vezes associado ao álcool não realizam esse acompanhamento, a medida do desfecho foi baseada no autorrelato, o que por vezes pode gerar constrangimento pelo fato do uso de álcool ser socialmente menos aceito em mulheres, e mulheres usuárias de álcool apresentam maior risco de sofrer aborto.

Com relação a uma das entrevistadoras ser servidora no local de desenvolvimento da pesquisa, procurou-se minimizar o fato por meio da entrevista não ser realizada no mesmo dia do plantão desta.

8 CONCLUSÃO

Em conclusão, a maioria das participantes da pesquisa apresentavam idade compreendida entre 20 e 29 anos; autodeclaradas como brancas e pardas, com companheiro, do lar, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, praticantes de religião, com recém nascidos considerados saudáveis.

As ações educativas realizadas no pré-natal não atenderam as recomendações de protocolos governamentais, haja vista o alto percentual de temas não abordados durante a gestação e o baixo percentual de participação em atividades em grupo para gestantes.

As orientações a respeito da abstinência do uso de álcool na gestação não modificaram o seu consumo durante a gravidez, uma vez que a maioria das participantes que ingeriram bebida alcoólica após saber da gravidez referiram ter sido orientadas quanto ao não consumo de álcool na gestação durante o acompanhamento pré-natal.

Os fatores associados à insuficiência das orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal foram a multiparidade, o início tardio do pré-natal, o alto risco gestacional, a não realização de exame preventivo do câncer do colo do útero e a não participação em grupo de gestantes.

Os fatores associados ao consumo de álcool após saber da gravidez foram a multiparidade, o uso de cigarro e de drogas ilícitas antes e/ou após saber da gravidez e não ser praticante de religião.

O uso de álcool na gestação apresentou-se como fator de proteção ao baixo peso ao nascer na população estudada, discordante do encontrado na literatura. No entanto, não podemos afirmar essa associação, uma vez que encontramos no estudo um número baixo de eventos de baixo peso ao nascer, o que não nos permite um maior aprofundamento da discussão.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram que há uma baixa adesão ao pré-natal, um déficit de oferta das ações educativas e uma alta prevalência do uso de álcool na gestação. É imprescindível a revisão das estratégias para a melhoria da adesão e captação precoce ao pré-natal, e consequente aprimoramento de índices como a realização de exames laboratoriais, a vacinação, o exame preventivo do câncer do colo do útero, entre outros. Faz-se necessário também, a reformulação das ações de educação em saúde, por meio de estratégias de acolhimento a gestante em suas necessidades, oferecendo oficinas de acordo com as características dessa população, visto o baixo impacto no reconhecimento das informações previstas no Programa de atenção ao pré-natal, como por exemplo, referentes a abstinência do consumo de álcool na gestação.

O estudo apresenta importantes implicações na prevenção do uso de álcool em gestantes, uma vez que a maioria das gestantes consumiu antes de saber da gravidez. Reforça-se o rastreio do padrão de consumo de álcool entre mulheres em idade fértil como rotina na área de saúde da mulher, planejamento reprodutivo e pré-natal, com o intuito de traçar medidas de intervenção. Além disso, ações como orientações sobre os problemas associados ao uso do álcool, principalmente no pré-natal, podem contribuir para redução efetiva ou abstinência do uso de álcool em gestantes e complicações materno-fetais relacionadas. Por fim, os fatores associados ao consumo de álcool na gestação devem ser considerados pelos profissionais de saúde na assistência integral às gestantes.

Espera-se que o estudo instigue novos olhares sobre as práticas de atenção ao pré-natal, valorizando os aspectos relacionados às atividades de educação em saúde e o impacto do uso de álcool na gestação.

Faz-se necessário mais estudos que abordem as dificuldades de implementação de ações de educação em saúde sob a ótica dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S. Drogas psicoativas: classificação e bulário das principais drogas. In: ALARCON S, organizador. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 103-29, 2012.

ALLEN, L. H. Pregnancy: Nutrient Requeriments. In: Caballero B, editor. **Encyclopedia of Human Nutrition**. 3ª edição. Amsterdam: Elsevier, p. 61-67. 2013.

ALEXANDER, E. K.; PEARCE, E. N.; BRENT, G. A.; BROWN, R. S.; CHEN, H.; DOSIOU, C. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. **Thyroid**, v. 27, n. 3, p. 315-89. 2017

ALTERMANN, C. S.; KIRSTEN, V. R.; BENEDETTI, F.J.; MESQUITA, M. O. Consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação por mulheres atendidas em uma maternidade de Santa Maria-RS e seus efeitos nos recém-nascidos. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 4, p. 290-298, out./dez. 2013.

ALVIM, D. A. B.; BASSOTO, T. R. P.; MARQUES, G. M. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. **Rev. Meio Amb. Saúde**, v. 2, n. 1, p. 258-72, 2007.

ANDERSEN, S. L.; OLSEN, J.; LAURBERG, P. Foetal programming by maternal thyroid disease. **Clin Endocrinol (Oxf)**, v.83, n. 6, p.751-8, 2015.

ANJOS, J. C.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n.4, p.835-850, out/dez. 2016.

ANTUNES, M. B.; DEMITTO, M. O.; GRAVENA, A. A. F.; PADOVANI, C.; PELLOSO, S. M. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **REME rev. min. enferm.** [Internet], v. 21, p. 1-6, 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1195>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 789-800. 2012.

AQUINO, E. M. L.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da Saúde**, v. 3, n. 6, p. 31-36, out. 2002.

ARAÚJO, D. M. R.; VILARIM, M. M.; SABROZA, A. R.; NARDI, A. E. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 2010.

ARAÚJO, E. S.; SANTANA, J. M.; BRITO, S. M.; SANTOS, D. B. Consumo alimentar em gestantes atendidas em Unidades de Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 28-37, 2016.

ARSHAD, R.; KARIM, N.; HASON, J. A. Effects of insulin on placental, fetal and maternal outcomes in gestacional diabetes mellitus. **Pak J Med Sci**, v. 30, n. 2, p. 240-4, oct. 2014.

BAPTISTA, F. H.; ROCHA, K. B. B.; MARTINELLI, J. L.; AVÓ, L. R. S.; FERREIRA, R. A.; GERMANO, C. M. R.; MELO, D. G. Prevalência e fatores associados ao consumo do álcool durante a gravidez. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.17 no.2 Recife Apr/June 2017.

BARBIERI, M. C.; BERCINI, L. O.; MELO, K. J.; BRONDANI, R. A. P. F.; MAUREN, T. G. M. T.; SANT ANNA, F.L. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 17-24, ago. 2015.

BASSANI, D. G.; SURKAN, P. J.; OLINTO, M. T. A. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. **Int Perspect Sex Reprod Health**, v. 35, n. 1, p.15-20, 2009.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 269-76, 2012.

BETIL, H.; BARBIERE, M. A.; SILVA, A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 32:57-60. 2010.

BONILHA, E. A.; VICO, E. S. R.; FREITAS, M.; BARBUSCIA, D. M.; GALLEGUILLOS, T. G. B.; OKAMURA, M. N.; SANTOS, P. C.; LIRA, M. M. T. A.; TORLONI, M. R. Cobertura, completude e confiabilidade das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de Maternidades da rede pública no

município de São Paulo, 2011. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n.1, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde de Mulher: bases para uma ação programática**. Brasília: Centro de Documentação, 1984. (Textos Básicos de Saúde, série b, v.6).

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. **Programa Nacional Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85 p.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. São Paulo: CEBRAP; 2009. p. 135-149.

_____. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 jun. 2011a. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.html>> Acesso em: 15/12/2018.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo** / Ministério da Saúde, Secretaria

de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. **Revista Apice ON**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - DAPES/SAS/MS SAF. Brasília/DF, agosto. 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/publicacoes/> Acesso em 10/06/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARLINI, E. A. II **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. Brasília (DF): SENAD; 2005.

CASTRO, C. G. S. O. coord. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p.

CASTRO, M. E.; MOURA, M. A. V.; SILVA, M. S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva de puérperas egressas. **Rev Rene**, v.11, p. 72-81, 2010.

CAVALCANTE, A. E. S.; SILVA, M. A. M.; RODRIGUES, A. R. M.; NETTO, J. J. M.; MOREIRA, A. C. A.; GOYANNA, N. F. Diagnósticos e Tratamento da Sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará, **Jornal Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p. 239, 2012.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletivas**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, 2011.

COELHO, F. B. N. **Efeitos da administração de inibidores de fosfodiesterases na reversão da hiperatividade de camundongos expostos ao etanol no período correspondente ao terceiro trimestre de gestação em humanos**. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Biologia, Centro Biomédico. Rio de Janeiro, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; et al. A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Ed. FIOCRUZ, p. 29-47.1997.

COSTA, A. M. **Atenção Integral à Saúde da Mulher: quo vadis? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil**. Tese de Doutorado, Brasília: Universidade de Brasília. 2004.

COSTA, D. O.; VALENÇA NETO, P. F.; FERREIRA, L. N.; COQUEIRO, R. S.; CASOTI, C. A. Consumo de álcool e tabaco por gestantes assistidas na estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [Internet], v. 5, n. 3, p. 934-948, abr. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/479>> Acesso em: 10 abr 2020.

CRES, M. R.; ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; MORAES, M. C. L. Religiosidade e estilo de vida de uma população adulta. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 2, p. 240-50. 2015.

DEÇA JÚNIOR, A. **Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em São Luís- MA e Ribeirão Preto- SP, 2015**. Teste (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 81 p.

DIETZ, W. H.; DOUGLAS, C. E. BROWNSON, R. C. Chronic disease prevention: tobacco avoidance, physical activity, and nutrition for a healthy start. **JAMA**, v. 16, p. 1645-6. 2016.

DI RENZO, G. C.; GERLI S.; FONSECA, E. **Manual prático de ginecologia e obstetrícia para clínica e emergência: on the road**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140-7. 2015

DUARTE, S. J. H. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. **Rev Ciência y Enfermeria**, v. 18, n. 2, p. 75-82. 2013.

ESPOSTI, C. D. D.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS NETO, E. T.; TRAVASSOS, C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde soc**, v. 24, n. 3, p. 765-79. 2015.

FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 979-84. 2007.

FEBRASGO. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco**. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo. 2011.

FÉLIX, H. C. R.; CORRÊA, C. C.; MATIAS, T. G. C.; PARREIRA, B. D. M.; PASCHOINI, M. C.; RUIZ, M. T. Sinais de alerta e trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, p. 343-349, abr/jun., 2019.

FERREIRA, V. K. L.; FERREIRA, G. V. D.; LIMA, J. M. B.; CRUZ, M. S. Desempenho intelectual na exposição alcoólica fetal: relato de série de 10 casos. **J Bras Psiquiatr**, v. 62, n. 3, p. 234-9, 2013.

FONSECA, L. A. C.; PÁDUA, L. B.; NETO, J. D. V. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev Interd Novafari**, v. 4, n. 2, p. 40-5. 2016.

FREIRE, T. M.; MACHADO, J. C.; MELO, E. V.; MELO, D. G. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 7, p. 376-81, 2005.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

FREITAS, P. F.; ARAÚJO, R. R. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 15 (3): 3069-316. 2015.

FURTADO, E. F.; FABBRI, C. E. Consumo materno de álcool e outras substâncias psicoativas e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 32 (Supl 1), p. 53-8, 1999.

GALÃO A.; SODER, S.; GERHARDT, M.; FAERTES, T.; KRÜGER, M.; PEREIRA, D.; et al. Efeitos do fumo materno durante a gestação e complicações perinatais. **Revista Hcpa**, v. 29, n. 3, p. 218-224. 2009

GARCIA, E. S. G. F.; BONELLI, M. C. P.; OLIVEIRA, A. N.; CLÁPIS, M. J.; LEITE, E. R. P. C. As ações de enfermagem no cuidado à gestante: um desafio à Atenção Primária de Saúde. **Rev Fund Care**, v. 10, n. 3, p. 863-870 jul./set. 2018.

GASPARIN, V. A.; STRADA, J. K. R.; MOARES, B. A.; BETTI, T.; PITILIN, E. B.; ESPÍRITO SANTOS, L. V. Factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding in the late postpartum. **Rev Gaúcha Enferm.** [Internet]. 41(esp):e20190060. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472020000200401&script=sci_arttext. Acesso em: 06/08/2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: Giovanella, Ligia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes. p.493-546. 2012.

GOMES, C. B.; et al. Práticas alimentares de gestantes e mulheres não grávidas: há diferenças? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 7, p. 325-32, 2015.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; D ÁVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev bras enferm**, v. 6, n. 3, p. 34-953. 2008.

GONÇALVES, M. F.; TEIXEIRA, E. M. B.; SILVA, M. A. S.; CORSI, N. M.; FERRARI, R. A. P.; PELLOSO, S. M.; et al. Prenatal care: preparation for childbirth in primary healthcare in the south of Brazil. **Rev Gaucha Enferm.** [Internet]. 38(3): e2016-0063. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472017000300401&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 06/08/2020.

GONZAGA, I. C. A.; SANTOS, S. L. D.; SILVA, A. R. V.; CAMPELO, V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva.** 21 (6): 1965-1974, 2016.

GONZALES, T. N.; CESAR, J. A. Posse e preenchimento da caderneta da gestante em quatro inquéritos de base populacional. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, p. 383-390, abr/jun. 2019.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puerperas. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n., p. 13-21. 2014.

GUIMARÃES, E. A. A.; VIEIRA, C. S.; NUNES, F. D. D.; JANUÁRIO, G. C.; OLIVEIRA, V. C.; TIBÚRCIO, J. D. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiol. Serv. Saude.** 26(1): 91-98. 2017.

GUIMARÃES, V. A.; FERNANDES, K. S.; LUCCHESI, R.; VERA, I.; MARTINS, B. C. T.; AMORIM, T. A.; GUIMARÃES, R. A. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool durante a gestação em uma maternidade de Goiás, Brasil Central. **Ciência & Saúde Coletiva.** 23(10): 3413-3420, 2018.

GUPTA, K. K.; GUPTA, V. K.; SHIRASAKA, T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome-Pathogenesis, Risks, and Treatment. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 40, n. 8, p.1594-602. 2016.

GURGEL, L. A.; FRANCALINO, L. H.; AGUIAR, J. B.; GUIMARÃES, J. B.; FARIAS, L. M. L.; RODRIGUES, R. E. F.; SANTOS, A. L. B. Estilo de vida de gestantes atendidas na atenção primária à saúde de uma capital brasileira. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2017.

HELLER, M.; BURD, L. Review of ethanol dispersion, distribution, and elimination from the fetal compartment. Birth Defects. **Res A Clin Mol Teratol**, v.100, n. 4, p. 277-83. 2014.

HOLANDA, S. M.; CASTRO, R. C. M. B.; AQUIN, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; LOPES, L. G.; MARTINS, E. S. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto Contexto Enferm**, 27(2):e3800016. 2018.

ISAKSEN, A. B.; OSTBYE, T.; MMBAGA, B. T.; DALTVET, A. K. Alcohol consumption among pregnant women in Northern Tanzania 2000-2010: a registry-based study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 15:205. 2015.

JACKA, F. N.; PASCO, J. A.; MYKLETUN, A.; WILLIAMS, L. J.; NICHOLSON, G. C.; KOTOWICZ, M. A.; BERK, M. Diet quality in bipolar disorder in a population-based sample of women. **J Affect Disord**, v.129, p. 332-33. 2011.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; PAGLIARINI, M. A.; ROSSI, R. M. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v .26(5), p. 467-71. 2013.

KUHNT, J.; VOLLME, S. Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middleincome countries. **BMJ Open**, 2017.

LAFETÁ, K. R. G.; HERCÍLIO, M. J H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 19, n. 1,p. 63-74. Jan/mar. 2016.

LANGE, S.; PROBST, C.; QUERE, M.; REHM, J.; POPOVA, S. Alcohol use, smoking and their co-occurrence during pregnancy among Canadian women, 2003 to 2011/12. **Addict Behav**. 50:102-109. 2015.

LANGE, S.; PROBST, C.; HEER, N.; ROERECKE, M.; REHM, J.; MONTEIRO, M. G.; et al. Prevalência real e prevista de consumo de álcool durante a gravidez na América Latina e no Caribe: revisão sistemática da literatura e metanálise. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, 2017.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. D. L.; SILVA, A. A. M. D.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D. D. A.; CARVALHO, M. L. D. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica**, v. 30(Supl 1), p. 192-207. 2014.

LEAL, M. C; SZWARCWAŁ, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.;

BARRETO, M. L.; BARROS, F.; et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciênc Saúde Colet** [Internet]. 23(6):1915-28. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601915&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 06/08/2020.

LEPPER, L. E.; LLUKA, A.; MAYER, A.; PATEL, N.; SALAS, J.; XAVERIUS, P. K. Socioeconomic Status, Alcohol Use, and Pregnancy Intention in a National Sample of Women. **Prev Sci** 17(1):24-31.2016

LOPEZ, M. B.; LICHTENBERGER, A.; CONDE, K.; CREMONTE, M. Propriedades psicométricas de instrumentos de triagem de consumo de álcool durante gestação na Argentina. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 39, n.7, p.322-329. 2017.

LUCCHESI, R.; PARANHOS, D. L.; NETTO, N. S.; VERA, I.; SILVA, G. C. Fatores associados ao uso nocivo do tabaco durante a gestação. **Acta paul. Enferm**, v. 29, n.3, São Paulo, mai./June. 2016.

LUZ, B. G.; SOARES, L. T.; GRILLO, V. T. R. S.; VIOLA, B. M.; LAPORTE, B. M.; LAPORTEI, C.; et al. O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013-14. **J. Health Biol. Sci.** [Internet]. v. 3, n. 3, p. 137-43. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/177>> Acesso em: 10 abr 2020.

LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, v. 42 (n. spe2), p.111-26. 2018.

MARCHI, J.; BERG, M.; DENCKER, A.; OLANDER, E. K.; BEGLEY, C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. **Obes Rev**, v.16, n. 8, p. 621- 38. 2015.

MAYOR, M. S. S.; HERRERA, S. D. S. C.; ARAÚJO, M. Q.; SANTOS, F. M.; ARANTES, R. V.; OLIVEIRA, N. A. Evaluation of the indicators of prenatal care in a family health unit in a municipality in the Legal Amazon. **Rev Cereus**. 10(1):91-100. 2018.

MEDEIROS, F. F.; SANTOS, I. D. L.; FERRARI, R. A. P.; SERAFIM, D.; MACIEL, S. M.; CARDELLI, A. A. M. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Rev Bras Enferm**. [Internet]. 72(3):204-11. 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672019000900204&script=sci_arttext. Acesso em: 05/08/2020.

MEDRONHO, R. A.; et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MELO, R. M.; ÂNGELO, B. H. B.; PONTES, C. M.; BRITO, R. S. Men's knowledge of labor and childbirth. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 19(3):454-9. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300454&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 06/08/2020.

MEMO, L.; GNOATO, E.; CAMINITI, S.; PICHINI, S.; TARANI, L. Fetal alcohol spectrum disorders and fetal alcohol syndrome: the state of the art and new diagnostic tools. **Early Hum Dev.**, v. 89 (Suppl 1), p. 40-3. 2013.

MENDES, C. Q. S.; CACELLA, B. C. A.; MANDETTA, M. A.; BALIEIRO, M. M. F.G. Baixo peso ao nascer em município da região sudeste do Brasil. **Rev Bras Enferm.** 68(6):857-63. 2015.

MENEZES, L. O.; PINHEIRO, R. T.; QUEVEDO, L. A.; OLIVEIRA, S. S.; SILVA, A. S.; PINHEIRO, K. A. T.; SANTO, G. C. E.; JANSEN, K. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 10, p.1939-1948. 2012

MESQUITA, M. A.; SEGRE, C. A. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 19, n. 1, p. 63-77. 2009.

MITSUHIRO, S. S.; LARANJEIRA, R. Gestantes e perinatal. In: DIEHL, A.; CODERIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n. 5, Oct. 2007.

MORAES, M. H. C. **A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós parto.** 2010. 176 p. Tese (Doutorado em Psicologia)- Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2010.

MOREIRA, M. M.; MITSUHIRO, S. S.; RIBEIRO, M. O consumo de crack na gestação. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R., organizadores. **O tratamento do usuário de crack.** Porto Alegre: Editora Artmed, p. 548-65, 2012.

MOURA, S. G.; MELO, M. M. M.; CÉZAR, E. S. R.; SILVA, V. C.; DIAS, M. D.; FILHA, M. O. F. Prenatal assistance carried out by nurse: a pregnant woman look **J. Res. fundam. Care**, v. 7, n.3, p. 2930-38. 2015.

NUNES, J. T.; REJANE, K.; GOMES, O.; THAIS, M.; RODRIGUES, P.; DENIS, M. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. **Cad Saúde Coletiva**, v. 24, n.123, p. 252–61. 2016.

NUNES, A. D. S.; AMADOR, A. E.; DANTAS, A. P. Q. M.; AZEVEDO, U. N.; BARBOSA, I. R. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2017.

OLIVEIRA, A. C. M de.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol. serv. Saúde**, v. 24, n.3, p. 441-451. 2015.

OLIVEIRA, L. L.; GONÇALVES, A. C.; COSTA, J. S. D.; BONILHA, A. L. L. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Rev Esc Enferm USP**. 50 (3): 382-389. 2016.

OLIVEIRA, I. G.; CASTRO, L. L. S.; MASSENA, A. M.; SANTOS, L. V. F.; SOUSA, ANJOS, S. J. B. Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. **Rev.Eletr. Enf.** [Internet]. v. 19. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40374>> Acesso em: 10 abr 2020.

PARANÁ. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 7ª edição, 2018.

POLGLIANE, R. B. S.; LELA, M. C.; AMORIM, M. H.; ZANDONADE, E.; SANTOS, E. T. N. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7. 2014.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPOVA, S.; LANGE, S.; SHIELD, K.; MIHIC, A.; CHUDLEY, A. E.; SMUKHERJEE, R. A.; BEKMURADOV, D.; REHM, J. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**. 387: 978–87. 2016.

PÔRTO, E. F.; KUMPEL, C.; CASTRO, A. A. M.; OLIVEIRA, I. M.; ALFIERI, F. M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta Fisiatr**, v. 22, n.4, p.199-205. 2014.

RAMADOSS, J.; MAGNESS, R. R. Vascular effects of maternal alcohol consumption. **Am J Physiol Heart Circ Physiol**, v. 303, n. 4, p. 414-21. 2012

RAMIREZ, M. E. C. **A importância da amamentação no primeiro semestre de vida**: ecos da vivência na unidade conjunto intermediária neonatal. Monografia. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014

RAMOS, V. M.; FIGUEIREDO, E. N.; SUCCI, R. C. M. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 17, n. 4, p. 887-898, out/dez. 2014.

RIBEIRO, R. P.; RIBEIRO, B. G. de. A. Métodos de pesquisa quantitativa: uma abordagem prática. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, p. 2950, 2015.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Cienc Saude Colet.**12(2):477-86. 2007.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A.; LINHARES, A. O. Prenatal care in Southern Brazil: coverage, trend and disparities. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.53. 2019.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 10. 2019.

SANTOS, A. B.; SANTOS, K. E. P.; MONTEIRO, G. T. R.; PRADO, P. R.; AMARAL, T. L. M. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 389-96. 2015.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Protocolo Municipal de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual. Programa Nascer em São José dos Pinhais. Secretaria Municipal de Saúde. SJP: 2014.

SARDINHA, D. M.; MACIEL, D. O.; GOUVEIA, S. C.; PAMPLONA, F. C.; SARDINHA, L. M.; CARVALHO, M. S. B.; SILVA, A. G. I. Promoção do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro. **Rev enferm UFPE** [online], Recife, v. 13, n. 3, p. 852-7, mar. 2019.

SERRUYA, S. J. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Tese [Doutorado]. Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2003.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; COSTA, M. J. C.; FILHO; M. B. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev. Panam Salud. Públ**, v. 33, n.5, p. 356-62. 2013.

SILVA, E. P.; LEITE, A. F. B.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. **Rev Saude Publica**. [Internet]. 53:43. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102019000100238&script=sci_arttext&tling=en Acesso em: 05/08/2020.

SILVEIRA, M. F.; VICTORA, C. G.; BARROS, A. J. D.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C. Determinantes de nascimento pré-termo na

coorte de nascimentos de 2004, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**. jan;26(1):185-94. 2010.

SIMÕES, A. L. A.; BITTAR, D. B.; MATTOS, E. F.; SAKAI, L. A. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. **Rev. Min. Enferm**, v. 11, n. 1, p. 81-5. 2007.

SIQUEIRA, L. P.; FABRI, A. C. O. C.; FABRI, R. L. Aspectos gerais, farmacológicos e toxicológicos da cocaína e seus efeitos na gestação. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 3, p. 75-87. 2011.

SOARES, P. R. A. L.; CALOU, C. G. P.; RIBEIRO, S. G.; AQUINO, P. S.; ALMEIDA, P. C.; PINHEIRO, A. K. B. Sexuality and associated risk factors in pregnant women. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 73(4):e20180786. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020001600156&tlng=en. Acesso em: 05/08/2020.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n.10, p.273-9. 2011.

SOUZA, L. H. R. F.; SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, L. C. M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Rev bras ginecol obstet**, v.34, n. 7, p. 296-303, 2012.

TAKAZONO, P. S.; GOLIN, M. O. Asfixia Perinatal: Repercussões Neurológicas e Detecção Precoce. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 1, p. 108-117. Jan/Aug. 2013.

TEIXEIRA, C.B.P.V. **Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez**. 2001. 62f. Tese de mestrado em Saúde Pública- Faculdade de Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S.; THUMÉ, E. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública**, v.33, n.3. 2017.

TSUNECHIRO, M. A.; LIMA, M. O. P.; BONADIO, I. C.; CORRÊA, M. D.; SILVA, A. V. A.; DONATO, S. C. T. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 18, n. 4, p. 781-90. 2018.

TURCK SIN, R.; BEL, S.; GALJAARD, S.; DEVLIEGER, R. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: a systematic review. **Matern Child Nutr**, v.10, n.2, p. 166-83. 2014.

VELHO, M. T. A. C.; RIESGO, I.; ZANARDO, C. P.; FREITAS, A. P.; FONSECA, R. A reincidência da gestação na adolescência: estudo retrospectivo e prospectivo em região do sul do Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 7, n.2, p. 261-73. 2014.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, n. 3, p. 249-260. 2012.

VIANA, K. J.; TADDEI, J. A. A. C.; COCETTI, M.; WARKENTIN, S. [Birth weight in Brazilian children under two years of age]. **Cad Saúde Pública**[internet]. 29(2):349-56. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n2/21.pdf> Acesso em: 07/08/2020.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; THEME, M. M.; FILHA DA COSTA, J. V. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30(Sup 10), p. 85-100. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000.

APÊNDICE 1- IDENTIFICAÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAMENTO

ENFERMARIA/LEITO	1	2	3
A	11	12	XXX
B	13	14	15
C	16	21	XXX
D	22	23	24
E	25	26	XXX
F	31	32	33
G	34	35	XXX
H	36	41	42
I	43	44	45
J	46	XXX	51
L	52	53	54
M	55	XXX	56
N	61	62	63

FONTE: O autor (2019).

APÊNDICE 2- INSTRUMENTO DE PESQUISA- ENTREVISTA

INSTRUMENTO DE PESQUISA- ENTREVISTA		
4 - INFORMAÇÕES RECEBIDAS NO PRÉ-NATAL E HÁBITOS DE VIDA	Nº: _____	
<p>VOCÊ RESPONDERÁ ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS ORIENTAÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE QUE RECEBEU DURANTE O ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL E ALGUNS HÁBITOS DE VIDA QUE TEVE DURANTE A GESTAÇÃO. CADA PERGUNTA TERÁ COMO RESPOSTA AS SEGUINTE OPÇÕES: SIM, NÃO E NÃO LEMBRO. VOCÊ DEVERÁ ESCOLHAR A OPÇÃO QUE MELHOR REPRESENTA A SUA RESPOSTA.</p>		
<p>IDADE: _____ RELIGIÃO: _____ RENDA FAMILIAR: _____ UBS PRÉ-NATAL: _____</p> <p>OCUPAÇÃO: _____ COR/RAÇA: _____</p> <p>ESCOLARIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____</p>		
<p>4.1 VOCÊ TEVE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DURANTE A GESTAÇÃO?</p> <p>() SIM () NÃO () UM POUCO</p>		
<p>4.2 VOCÊ FEZ USO DE CIGARRO NA GESTAÇÃO?</p> <p>() SIM () NÃO</p>		
<p>FREQUÊNCIA</p> <p>() 1 X/SEMANA</p> <p>() 2 X/SEMANA</p> <p>() 3 X/SEMANA</p> <p>() 4 OU MAIS X/SEMANA</p>	<p>QUANTO?</p> <p>() 1 CIG. AO DIA</p> <p>() ENTRE 2 E 5 CIG. AO DIA</p> <p>() ENTRE 5 E 9 CIG. AO DIA</p> <p>() ENTRE 10 E 19 CIG. AO DIA</p> <p>() ≥ 20 CIG. AO DIA</p>	<p>QUANDO?</p> <p>() ANTES DE SABER DA GRAVIDEZ</p> <p>() DURANTE UMA PARTE DA GRAVIDEZ</p> <p>() DURANTE TODA A GRAVIDEZ</p>
<p>4.3 VOCÊ FEZ USO DE ALGUMA DROGA, COMO MACONHA, COCAÍNA, CRACK NA GESTAÇÃO?</p> <p>() SIM () NÃO</p>		
<p>QUANDO? () ANTES DE SABER DA GRAVIDEZ</p> <p>() DURANTE UMA PARTE DA GRAVIDEZ</p> <p>() DURANTE TODA A GRAVIDEZ</p>		
<p>4.4 VOCÊ CONSUMIU ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA NA GESTAÇÃO?</p> <p>() SIM () NÃO</p>		
<p>QUANDO? () ANTES DE SABER DA GRAVIDEZ</p> <p>() DURANTE UMA PARTE DA GRAVIDEZ</p> <p>() DURANTE TODA A GRAVIDEZ</p>		
<p><u>DURANTE O PRÉ-NATAL VOCÊ RECEBEU AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES:</u></p>		
<p>4.5 VOCÊ FOI ORIENTADA SOBRE OS CUIDADOS DE HIGIENE NA GESTAÇÃO? COMO POR EXEMPLO:</p> <p>() CUIDADOS COM A HIGIENE BUCAL- USO DE ESCOVA/PASTA E FIO DENTAL PARA EVITAR IRRITAÇÃO NA GENGIVA;</p> <p>() ATENTAR PARA SECREÇÕES VAGINAIS ASSOCIADAS A COCEIRA, CHEIRO RUIM, COR ESTRANHA E ARDÊNCIA E PROCURAR A UNIDADE DE SAÚDE NESSES CASOS.</p> <p>() NÃO LEMBRO () NÃO FOI ORIENTADA</p> <p>QUAL O PROFISSIONAL QUE ORIENTOU? () ENFERMEIRO () MÉDICO () OUTRO PROFISSIONAL / QUAL? _____</p>		
<p>4.6 VOCÊ FOI ORIENTADA SOBRE A REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS NA GESTAÇÃO? COMO POR EXEMPLO:</p> <p>() FAZER CAMINHADAS DE APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS 3X/SEMANA;</p> <p>() UTILIZAÇÃO DE CALÇADO CONFORTÁVEL PARA A PRÁTICA DO EXERCÍCIO;</p> <p>() EM CASO DE MAL -ESTAR PARAR E PROCURAR A UNIDADE DE SAÚDE.</p> <p>() NÃO LEMBRO () NÃO FOI ORIENTADA</p> <p>QUAL O PROFISSIONAL QUE ORIENTOU? () ENFERMEIRO () MÉDICO () OUTRO PROFISSIONAL / QUAL? _____</p>		
<p>4.7 VOCÊ FOI ORIENTADA SOBRE OS CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO? COMO POR EXEMPLO:</p> <p>() COMER REGULARMENTE, EVITANDO FICAR MAIS DE 3 HORAS SEM COMER;</p> <p>() INGERIR PELO MENOS 2 LITROS DE ÁGUA(6 A 8 COPOS) POR DIA;</p> <p>() MANTER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL- DIETA EQUILIBRADA COM CEREAIS, VERDURAS,FRUTAS, LEGUMES,CARNES E AÇÚCARES</p> <p>() NÃO LEMBRO () NÃO FOI ORIENTADA</p> <p>QUAL O PROFISSIONAL QUE ORIENTOU? () ENFERMEIRO () MÉDICO () OUTRO PROFISSIONAL / QUAL? _____</p>		

Continua

APÊNDICE 3- AUDIT

INSTRUMENTO DE PESQUISA- AUDIT

5.1 COM QUE FREQUÊNCIA, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ TOMOU BEBIDAS ALCOÓLICAS?

-)NUNCA
-)MENSALMENTE OU MENOS
-)DE 2 A 4X/MÊS
-)DE 2 A 4X/SEMANA
-)4 OU MAIS X/SEMANA

5.2 QUAIS BEBIDAS VOCÊ COSTUMA INGERIR NESSAS OCASIÕES? E QUANTO VOCÊ TOMA?

-)NUNCA
-)1 OU 2
-)3 OU 4
-)5 OU 6
-)7, 8 OU 9
-)10 OU MAIS

5.3 COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TOMA SEIS OU MAIS DOSES DE UMA VEZ (6 LATAS DE CERVEJA -340 ML, 6 TAÇA DE VINHO - 140 ML, 6 DESTILADO-40 ML)?

-)NUNCA
-)MENOS DO QUE UMA VEZ AO MÊS
-)MENSALMENTE
-)SEMANALMENTE
-)TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS

5.4 QUANTAS VEZES, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ ACHOU QUE NÃO CONSEGUIRIA PARAR DE BEBER UMA VEZ TENDO COMEÇADO?

-)NUNCA
-)MENOS DO QUE UMA VEZ AO MÊS
-)MENSALMENTE
-)SEMANALMENTE
-)TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS

5.5 QUANTAS VEZES, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ NÃO CONSEGUIU FAZER O QUE ESPERAVA POR CONTA DO USO DO ÁLCOOL?

-)NUNCA
-)MENOS DO QUE UMA VEZ AO MÊS
-)MENSALMENTE
-)SEMANALMENTE
-)TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS

* VOCÊ NÃO CONSEGUIU FAZER O QUE TINHA PLANEJADO APÓS TER BEBIDO?

5.6 QUANTAS VEZES, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ PRECISOU BEBER PELA MANHÃ PARA SE SENTIR BEM AO LONGO DO DIA, APÓS TER BEBIDO NO DIA ANTERIOR?

-)NUNCA
-)MENOS DO QUE UMA VEZ AO MÊS
-)MENSALMENTE
-)SEMANALMENTE
-)TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS

5.7 QUANTAS VEZES, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ SE SENTIU CULPADO OU COM REMORSO DEPOIS DE TER BEBIDO?

-)NUNCA
-)MENOS DO QUE UMA VEZ AO MÊS
-)MENSALMENTE
-)SEMANALMENTE
-)TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS

Continua

5.8 QUANTAS VEZES, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ FOI INCAPAZ DE LEMBRAR O QUE ACONTECEU DEVIDO A BEBIDA?

-)NUNCA
-)MENOS DO QUE UMA VEZ AO MÊS
-)MENSALMENTE
-)SEMANALMENTE
-)TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS

* VOCÊ NÃO LEMBROU O QUE ACONTECEU NO DIA SEGUINTE?

5.9 ALGUMA VEZ NA VIDA VOCÊ JÁ CAUSOU FERIMENTOS OU PREJUÍZOS A VOCÊ MESMO OU A OUTRA PESSOA APÓS TER BEBIDO?

-)NÃO
-)SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES
-)SIM, NOS ÚLTIMOS 12 MESES

5.10 ALGUMA VEZ NA VIDA ALGUM PARENTE, AMIGO, MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ SE PREOCUPOU COM O FATO DE VOCÊ BEBER OU JÁ SUGERIU QUE VOCÊ PARASSE COM O USO DO ÁLCOOL?

-)NÃO
-)SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES
-)SIM, NOS ÚLTIMOS 12 MESES

APÊNDICE 4- INSTRUMENTO DE DADOS SECUNDÁRIOS

INSTRUMENTO DE PESQUISA- DADOS SECUNDÁRIOS			
1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS - DNV		Nº: _____	
IDENTIFICAÇÃO: _____			
ESCOLARIDADE:	COR/RAÇA:	ESTADO CIVIL:	
<input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE	<input type="checkbox"/> BRANCA	<input type="checkbox"/> SOLTEIRA	
<input type="checkbox"/> FUND. I (1ª A 4ª SÉRIE)	<input type="checkbox"/> PRETA	<input type="checkbox"/> CASADA	
<input type="checkbox"/> FUND. II (5ª A 8ª SÉRIE)	<input type="checkbox"/> AMARELA	<input type="checkbox"/> VIÚVA	
<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO	<input type="checkbox"/> PARDA	<input type="checkbox"/> SEPARADA/DIVORCIADA	
<input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO	<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	
<input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO		<input type="checkbox"/> IGNORADA	
2- CONDIÇÕES DO RN NO NASCIMENTO- DNV/CARTEIRA DO RECÉM-NASCIDO			
IG: _____	PESO: _____ g	COMPRIMENTO: _____ cm	
APGAR: 1º MIN: _____	5º MIN: _____	PC: _____	MFC: _____
3 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS / DADOS DO PRÉ-NATAL			
CARTEIRA DE GESTANTE			
G _____	P _____	C _____	A _____
DUM: ____/____/____		DPP: ____/____/____	
TIPO DE PARTO NESTA GESTAÇÃO: <input type="checkbox"/> PARTO NORMAL <input type="checkbox"/> CESÁREA			
RISCO GESTACIONAL: <input type="checkbox"/> HABITUAL <input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIO <input type="checkbox"/> ALTO RISCO			
INÍCIO PRÉ-NATAL: ____/____/____		IG: _____	
Nº DE CONSULTAS: _____			
DATA DAS CONSULTAS:	____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
EXAMES:	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
	<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA	<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA	<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA
	<input type="checkbox"/> SÍFILIS	<input type="checkbox"/> SÍFILIS	<input type="checkbox"/> SÍFILIS
	<input type="checkbox"/> ANTI-HIV	<input type="checkbox"/> ANTI-HIV	<input type="checkbox"/> ANTI-HIV
	<input type="checkbox"/> PARCIAL/CULTURA URINA	<input type="checkbox"/> PARCIAL/CULTURA URINA	<input type="checkbox"/> PARCIAL/CULTURA URINA
	<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TOTG	XXXXXXXXXX
	<input type="checkbox"/> ABO/RH	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
COMORBIDADES:			
HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DOENÇA MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> OUTRAS _____	
DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TABAGISMO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	
DOENÇAS DA TIREÓIDE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ETILISMO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	
VACINA dTpa: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
VACINA hep B: <input type="checkbox"/> 1ª dose <input type="checkbox"/> 2ª dose <input type="checkbox"/> 3ª dose <input type="checkbox"/>			

Continua

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

G ____ P ____ C ____ A ____ DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____

RISCO GESTACIONAL: () HABILITUAL () INTERMEDIÁRIO () ALTO RISCO

INÍCIO PRÉ-NATAL: ____/____/____ IG: _____

Nº DE CONSULTAS: _____

DATA DAS CONSULTAS: /____/____ /____/____ /____/____ /____/____
 /____/____ /____/____ /____/____ /____/____ /____/____
 /____/____ /____/____ /____/____ /____/____ /____/____

EXAMES:	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
	() HEMOGRAMA	() HEMOGRAMA	() HEMOGRAMA
	() SÍFILIS	() SÍFILIS	() SÍFILIS
	() ANTI-HIV	() ANTI-HIV	() ANTI-HIV
	() PARCIAL/CULTURA URINA	() PARCIAL/CULTURA URINA	() PARCIAL/CULTURA URINA
	() GLICEMIA	() TOTG	XXXXXXXXXX
	() ABO/RH	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

COMORBIDADES:

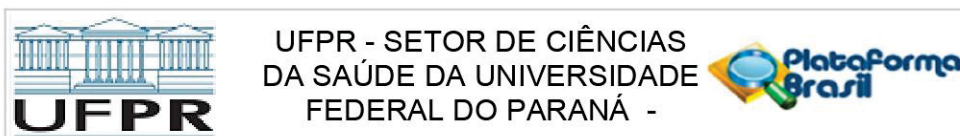
() HIPERTENSÃO ARTERIAL	() DOENÇA MENTAL	() OUTRAS
() DIABETES	() TABAGISMO	_____
() DOENÇAS DA TIREÓIDE	() ETILISMO	_____

VACINA dTpa: () SIM () NÃO

VACINA hep B: () 1ª dose 2ª dose () 3ª dose ()

FONTE: O autor (2019).

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação em saúde no pré-natal: um estudo transversal com puérperas de um município da região metropolitana de Curitiba.

Pesquisador: DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07277419.4.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.268.166

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Educação em saúde no pré-natal: um estudo transversal com puérperas de um município da região metropolitana de Curitiba", pesquisador responsável Profa. Dra. Denise Siqueira de Carvalho (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva), e colaboradores Janaina Marielen Bandeira, Mariana Cavalcanti Simões e Noélia Kally Marinho de Sousa.

Objetivo da Pesquisa:

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implementação de ações educativas no pré-natal entre puérperas do Sistema Único de Saúde do município de São José dos Pinhais.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as características sociodemográficas e condições de saúde das puérperas e seus conceitos;
- Descrever as ações educativas realizadas no pré-natal;
- Estimar a prevalência do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na gestação;
- Avaliar se as orientações recebidas no pré-natal sobre o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas modificaram o seu uso durante gravidez.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.268.166

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos benefícios esperados, os pesquisadores destacam "o conhecimento das orientações que foram recebidas durante o acompanhamento do pré-natal e se teve impacto nos hábitos de vida durante a gestação, e a estimativa da prevalência do uso de álcool na gestação."

Quanto aos riscos, destacam que os "a pesquisa não realizará procedimentos invasivos, porém as participantes poderão apresentar algum desconforto proveniente da aplicação da entrevista". Para minimizar os riscos, os pesquisadores realizarão as entrevistas em local reservado com a presença apenas dos pesquisadores e do participante, e irão se apresentar de maneira respeitosa para as condições individuais de cada puérpera. Também será esclarecido o sigilo protegendo a privacidade e o anonimato.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de avaliação normativa, transversal e de abordagem quantitativa, que será realizada no Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais, após a aprovação do comitê de ética em pesquisa do setor de ciências da saúde da UFPR (CEP/SD) à setembro de 2020. A amostra será composta por 375 puérperas (segundo cálculo amostral) internadas no Setor de Alojamento Conjunto da Maternidade, recrutadas diariamente conforme os nascimentos, durante o período de maio a setembro de 2019. Os pesquisadores apontam como critérios de inclusão: ser puérpera, aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; e como critérios de exclusão: puérperas que realizaram o pré-natal em outro município ou em serviços privados, presença de condições clínicas desfavoráveis à entrevista, óbito no período puerperal e óbito neonatal. A coleta de dados será realizada no período de maio a setembro de 2019, por meio de três instrumentos: 1) instrumento estruturado aplicado por meio de entrevista, com perguntas fechadas; 2) questionário validado para avaliação do padrão do uso de álcool na gestação denominado AUDIT; 3) coleta de dados secundários por meio de prontuário, carteira da gestante e declaração de nascido vivo. Para análise dos dados será utilizada estatística descritiva, bem como testes estatísticos que indiquem possíveis associações entre variáveis. Para as variáveis quantitativas serão utilizadas medidas de tendência central, como média, moda, mediana, desvio padrão e variância. Para as variáveis categóricas serão utilizados testes estatísticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos de apresentação obrigatória.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Página 02 de 05

Continua



Continuação do Parecer: 3.268.166

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se bem redigido, com indicativo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foram atendidas as solicitações da pendência e esclarecidas as informações quanto às participantes do estudo. O TCLE, TCLE para pais e/ou responsáveis e o TALE também foram adequados, conforme solicitações.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Página 03 de 05

Continua



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -

Continuação do Parecer: 3.268.166

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1290973.pdf	20/03/2019 20:05:27		Aceito
Outros	cartadependencias.docx	20/03/2019 20:03:55	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoquesisacepcorrigido.docx	20/03/2019 19:34:40	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimentopaisouresponsavelcorrigido.docx	20/03/2019 19:18:00	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimentolivreesclarecidocorrigido.docx	20/03/2019 19:15:13	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimentolivreesclarecidocorrigido.docx	20/03/2019 19:07:46	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimentopaisouresponsavel.docx	06/02/2019 22:30:52	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	solicitacaodeacessoaosdadosdeprontuario.pdf	06/02/2019 21:32:53	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	checklistdocumental.pdf	04/02/2019 17:44:34	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	autorizacaomanipulacaodedados.pdf	04/02/2019 17:42:24	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	analisedemeritocientifico.pdf	04/02/2019 17:07:12	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoquesisacep.docx	04/02/2019 17:04:03	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	declaracaoresponsabilidadesnoprojetopdf	03/02/2019 23:49:35	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	termodecompromissoutilizacaodedadosdearquivo.pdf	03/02/2019 23:40:41	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	termodecompromissoiniciodapesquisapdf	03/02/2019 23:36:57	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	declaracaodeusoesspecificodematerialedadoscoletados.pdf	03/02/2019 23:33:14	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	declaracaodetornarpublicosresultados.pdf	03/02/2019 23:27:04	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	03/02/2019 23:23:17	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

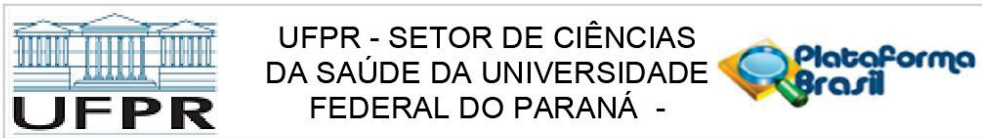
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.268.166

Outros	concordanciadecoparticipacao.pdf	03/02/2019 23:18:46	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	concordanciadosservicosenvolvidos.pdf	03/02/2019 23:14:09	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	atadeaprovaodoprojeto.pdf	03/02/2019 23:09:48	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Outros	oficiodopesquisador.pdf	03/02/2019 23:06:46	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimentolivreesclarecido.docx	03/02/2019 22:56:49	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimentolivreesclarecido.docx	03/02/2019 22:53:51	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/02/2019 21:13:20	JANAINA MARIELEN BANDEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 16 de Abril de 2019

Assinado por:
Ilana Kassouf Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - TABELA INTERGROWTH MENINOS

Gestational age (weeks+days)	z scores (Standard Deviations)						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
24+0	0.36	0.43	0.53	0.64	0.77	0.94	1.14
24+1	0.36	0.44	0.54	0.65	0.79	0.96	1.16
24+2	0.37	0.45	0.55	0.66	0.80	0.98	1.18
24+3	0.38	0.46	0.56	0.68	0.82	0.99	1.21
24+4	0.39	0.47	0.57	0.69	0.84	1.01	1.23
24+5	0.39	0.48	0.58	0.70	0.85	1.03	1.25
24+6	0.40	0.49	0.59	0.72	0.87	1.05	1.28
25+0	0.41	0.50	0.60	0.73	0.88	1.07	1.30
25+1	0.42	0.50	0.61	0.74	0.90	1.09	1.33
25+2	0.42	0.51	0.62	0.76	0.92	1.11	1.35
25+3	0.43	0.52	0.64	0.77	0.94	1.14	1.38
25+4	0.44	0.53	0.65	0.79	0.95	1.16	1.40
25+5	0.45	0.54	0.66	0.80	0.97	1.18	1.43
25+6	0.46	0.55	0.67	0.82	0.99	1.20	1.46
26+0	0.47	0.56	0.69	0.83	1.01	1.22	1.48
26+1	0.47	0.58	0.70	0.85	1.03	1.25	1.51
26+2	0.48	0.59	0.71	0.86	1.05	1.27	1.54
26+3	0.49	0.60	0.72	0.88	1.07	1.29	1.57
26+4	0.50	0.61	0.74	0.89	1.09	1.32	1.60
26+5	0.51	0.62	0.75	0.91	1.11	1.34	1.63
26+6	0.52	0.63	0.77	0.93	1.13	1.37	1.66
27+0	0.53	0.64	0.78	0.95	1.15	1.39	1.69
27+1	0.54	0.65	0.79	0.96	1.17	1.42	1.72
27+2	0.55	0.67	0.81	0.98	1.19	1.44	1.75
27+3	0.56	0.68	0.82	1.00	1.21	1.47	1.78
27+4	0.57	0.69	0.84	1.02	1.23	1.50	1.81
27+5	0.58	0.70	0.85	1.03	1.26	1.52	1.85
27+6	0.59	0.72	0.87	1.05	1.28	1.55	1.88
28+0	0.60	0.73	0.88	1.07	1.30	1.58	1.92
28+1	0.61	0.74	0.90	1.09	1.32	1.61	1.95
28+2	0.62	0.76	0.92	1.11	1.35	1.64	1.98
28+3	0.63	0.77	0.93	1.13	1.37	1.67	2.02
28+4	0.65	0.78	0.95	1.15	1.40	1.70	2.06
28+5	0.66	0.80	0.97	1.17	1.42	1.73	2.09
28+6	0.67	0.81	0.98	1.19	1.45	1.76	2.13
29+0	0.68	0.83	1.00	1.21	1.47	1.79	2.17
29+1	0.69	0.84	1.02	1.24	1.50	1.82	2.21
29+2	0.70	0.85	1.04	1.26	1.53	1.85	2.25
29+3	0.72	0.87	1.06	1.28	1.55	1.88	2.29

Continua

Gestational age (weeks+days)	z scores (Standard Deviations)						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
29+4	0.73	0.89	1.07	1.30	1.58	1.92	2.33
29+5	0.74	0.90	1.09	1.33	1.61	1.95	2.37
29+6	0.76	0.92	1.11	1.35	1.64	1.98	2.41
30+0	0.77	0.93	1.13	1.37	1.66	2.02	2.45
30+1	0.78	0.95	1.15	1.40	1.69	2.05	2.49
30+2	0.80	0.97	1.17	1.42	1.72	2.09	2.54
30+3	0.81	0.98	1.19	1.45	1.75	2.13	2.58
30+4	0.82	1.00	1.21	1.47	1.78	2.16	2.62
30+5	0.84	1.02	1.23	1.50	1.81	2.20	2.67
30+6	0.85	1.03	1.25	1.52	1.85	2.24	2.72
31+0	0.87	1.05	1.28	1.55	1.88	2.28	2.76
31+1	0.88	1.07	1.30	1.57	1.91	2.32	2.81
31+2	0.90	1.09	1.32	1.60	1.94	2.36	2.86
31+3	0.91	1.11	1.34	1.63	1.97	2.40	2.91
31+4	0.93	1.13	1.36	1.66	2.01	2.44	2.96
31+5	0.94	1.14	1.39	1.68	2.04	2.48	3.01
31+6	0.96	1.16	1.41	1.71	2.08	2.52	3.06
32+0	0.98	1.18	1.44	1.74	2.11	2.56	3.11
32+1	0.99	1.20	1.46	1.77	2.15	2.61	3.16
32+2	1.01	1.22	1.48	1.80	2.18	2.65	3.21
32+3	1.03	1.24	1.51	1.83	2.22	2.69	3.27
32+4	1.04	1.26	1.53	1.86	2.26	2.74	3.32
32+5	1.06	1.29	1.56	1.89	2.30	2.79	3.38
32+6	1.08	1.31	1.59	1.92	2.33	2.83	3.43

Continua

Gestational age (weeks+days)	z scores						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
33+0	0.63	1.13	1.55	1.95	2.39	2.88	3.47
33+1	0.67	1.17	1.59	1.99	2.43	2.92	3.51
33+2	0.71	1.21	1.63	2.03	2.47	2.96	3.55
33+3	0.75	1.25	1.67	2.07	2.50	2.99	3.59
33+4	0.79	1.29	1.71	2.11	2.54	3.03	3.62
33+5	0.83	1.33	1.75	2.15	2.58	3.07	3.66
33+6	0.87	1.37	1.79	2.18	2.62	3.11	3.70
34+0	0.91	1.40	1.82	2.22	2.65	3.14	3.73
34+1	0.95	1.44	1.86	2.26	2.69	3.18	3.77
34+2	0.98	1.48	1.90	2.29	2.73	3.21	3.80
34+3	1.02	1.51	1.93	2.33	2.76	3.25	3.84
34+4	1.05	1.55	1.97	2.36	2.80	3.28	3.87
34+5	1.09	1.58	2.00	2.40	2.83	3.32	3.91
34+6	1.12	1.62	2.04	2.43	2.86	3.35	3.94
35+0	1.16	1.65	2.07	2.47	2.90	3.38	3.97
35+1	1.19	1.69	2.10	2.50	2.93	3.42	4.00
35+2	1.23	1.72	2.14	2.53	2.96	3.45	4.04
35+3	1.26	1.75	2.17	2.57	3.00	3.48	4.07
35+4	1.29	1.78	2.20	2.60	3.03	3.51	4.10
35+5	1.32	1.82	2.23	2.63	3.06	3.54	4.13
35+6	1.36	1.85	2.26	2.66	3.09	3.57	4.16
36+0	1.39	1.88	2.29	2.69	3.12	3.60	4.19
36+1	1.42	1.91	2.33	2.72	3.15	3.63	4.22
36+2	1.45	1.94	2.36	2.75	3.18	3.66	4.25
36+3	1.48	1.97	2.38	2.78	3.21	3.69	4.28
36+4	1.51	2.00	2.41	2.81	3.24	3.72	4.30
36+5	1.54	2.03	2.44	2.84	3.26	3.75	4.33
36+6	1.57	2.06	2.47	2.87	3.29	3.78	4.36
37+0	1.59	2.08	2.50	2.89	3.32	3.80	4.39
37+1	1.62	2.11	2.53	2.92	3.35	3.83	4.41
37+2	1.65	2.14	2.55	2.95	3.37	3.86	4.44
37+3	1.68	2.17	2.58	2.97	3.40	3.88	4.46
37+4	1.70	2.19	2.61	3.00	3.43	3.91	4.49
37+5	1.73	2.22	2.63	3.03	3.45	3.93	4.51
37+6	1.76	2.24	2.66	3.05	3.48	3.96	4.54
38+0	1.78	2.27	2.68	3.08	3.50	3.98	4.56
38+1	1.81	2.29	2.71	3.10	3.53	4.01	4.59
38+2	1.83	2.32	2.73	3.12	3.55	4.03	4.61
38+3	1.86	2.34	2.76	3.15	3.57	4.05	4.63

Continua

Gestational age (weeks+days)	z scores						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
38+4	1.88	2.37	2.78	3.17	3.60	4.08	4.66
38+5	1.90	2.39	2.80	3.19	3.62	4.10	4.68
38+6	1.93	2.41	2.82	3.22	3.64	4.12	4.70
39+0	1.95	2.43	2.85	3.24	3.66	4.14	4.72
39+1	1.97	2.46	2.87	3.26	3.68	4.16	4.74
39+2	1.99	2.48	2.89	3.28	3.71	4.19	4.76
39+3	2.01	2.50	2.91	3.30	3.73	4.21	4.78
39+4	2.04	2.52	2.93	3.32	3.75	4.23	4.80
39+5	2.06	2.54	2.95	3.34	3.77	4.25	4.82
39+6	2.08	2.56	2.97	3.36	3.79	4.27	4.84
40+0	2.10	2.58	2.99	3.38	3.81	4.29	4.86
40+1	2.12	2.60	3.01	3.40	3.83	4.30	4.88
40+2	2.14	2.62	3.03	3.42	3.85	4.32	4.90
40+3	2.16	2.64	3.05	3.44	3.86	4.34	4.92
40+4	2.17	2.66	3.07	3.46	3.88	4.36	4.94
40+5	2.19	2.68	3.09	3.48	3.90	4.38	4.95
40+6	2.21	2.70	3.10	3.49	3.92	4.39	4.97
41+0	2.23	2.71	3.12	3.51	3.93	4.41	4.99
41+1	2.25	2.73	3.14	3.53	3.95	4.43	5.00
41+2	2.26	2.75	3.16	3.55	3.97	4.44	5.02
41+3	2.28	2.76	3.17	3.56	3.98	4.46	5.04
41+4	2.30	2.78	3.19	3.58	4.00	4.48	5.05
41+5	2.31	2.80	3.20	3.59	4.02	4.49	5.07
41+6	2.33	2.81	3.22	3.61	4.03	4.51	5.08
42+0	2.34	2.83	3.24	3.62	4.05	4.52	5.10
42+1	2.36	2.84	3.25	3.64	4.06	4.54	5.11
42+2	2.37	2.86	3.26	3.65	4.07	4.55	5.12
42+3	2.39	2.87	3.28	3.67	4.09	4.56	5.14
42+4	2.40	2.88	3.29	3.68	4.10	4.58	5.15
42+5	2.42	2.90	3.31	3.69	4.11	4.59	5.16
42+6	2.43	2.91	3.32	3.71	4.13	4.60	5.18

FONTE: Projeto Intergrowth 2- 1 st

ANEXO 3- TABELA INTERGROWTH MENINAS

Gestational age (weeks+days)	z scores (Standard Deviations)						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
24+0	0.34	0.41	0.50	0.60	0.73	0.89	1.07
24+1	0.34	0.42	0.51	0.61	0.74	0.90	1.10
24+2	0.35	0.43	0.52	0.63	0.76	0.92	1.12
24+3	0.36	0.43	0.53	0.64	0.77	0.94	1.14
24+4	0.36	0.44	0.54	0.65	0.79	0.96	1.16
24+5	0.37	0.45	0.55	0.66	0.80	0.98	1.18
24+6	0.38	0.46	0.56	0.68	0.82	0.99	1.21
25+0	0.39	0.47	0.57	0.69	0.84	1.01	1.23
25+1	0.39	0.48	0.58	0.70	0.85	1.03	1.25
25+2	0.40	0.49	0.59	0.71	0.87	1.05	1.28
25+3	0.41	0.49	0.60	0.73	0.88	1.07	1.30
25+4	0.42	0.50	0.61	0.74	0.90	1.09	1.33
25+5	0.42	0.51	0.62	0.76	0.92	1.11	1.35
25+6	0.43	0.52	0.64	0.77	0.93	1.13	1.38
26+0	0.44	0.53	0.65	0.78	0.95	1.16	1.40
26+1	0.45	0.54	0.66	0.80	0.97	1.18	1.43
26+2	0.46	0.55	0.67	0.81	0.99	1.20	1.45
26+3	0.46	0.56	0.68	0.83	1.01	1.22	1.48
26+4	0.47	0.57	0.70	0.85	1.03	1.24	1.51
26+5	0.48	0.58	0.71	0.86	1.04	1.27	1.54
26+6	0.49	0.60	0.72	0.88	1.06	1.29	1.57
27+0	0.50	0.61	0.74	0.89	1.08	1.31	1.59
27+1	0.51	0.62	0.75	0.91	1.10	1.34	1.62
27+2	0.52	0.63	0.76	0.93	1.12	1.36	1.65
27+3	0.53	0.64	0.78	0.94	1.14	1.39	1.68
27+4	0.54	0.65	0.79	0.96	1.16	1.41	1.71
27+5	0.55	0.66	0.81	0.98	1.19	1.44	1.74
27+6	0.56	0.68	0.82	1.00	1.21	1.46	1.78
28+0	0.57	0.69	0.84	1.01	1.23	1.49	1.81
28+1	0.58	0.70	0.85	1.03	1.25	1.52	1.84
28+2	0.59	0.71	0.87	1.05	1.27	1.55	1.87
28+3	0.60	0.73	0.88	1.07	1.30	1.57	1.91
28+4	0.61	0.74	0.90	1.09	1.32	1.60	1.94
28+5	0.62	0.75	0.91	1.11	1.34	1.63	1.98
28+6	0.63	0.77	0.93	1.13	1.37	1.66	2.01
29+0	0.64	0.78	0.95	1.15	1.39	1.69	2.05
29+1	0.65	0.79	0.96	1.17	1.42	1.72	2.08
29+2	0.67	0.81	0.98	1.19	1.44	1.75	2.12
29+3	0.68	0.82	1.00	1.21	1.47	1.78	2.16

Continua

Gestational age (weeks+days)	z scores (Standard Deviations)						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
29+4	0.69	0.84	1.01	1.23	1.49	1.81	2.20
29+5	0.70	0.85	1.03	1.25	1.52	1.84	2.23
29+6	0.71	0.87	1.05	1.27	1.55	1.87	2.27
30+0	0.73	0.88	1.07	1.30	1.57	1.91	2.31
30+1	0.74	0.90	1.09	1.32	1.60	1.94	2.35
30+2	0.75	0.91	1.11	1.34	1.63	1.97	2.39
30+3	0.76	0.93	1.13	1.36	1.66	2.01	2.44
30+4	0.78	0.94	1.14	1.39	1.68	2.04	2.48
30+5	0.79	0.96	1.16	1.41	1.71	2.08	2.52
30+6	0.80	0.98	1.18	1.44	1.74	2.11	2.56
31+0	0.82	0.99	1.20	1.46	1.77	2.15	2.61
31+1	0.83	1.01	1.23	1.49	1.80	2.19	2.65
31+2	0.85	1.03	1.25	1.51	1.83	2.22	2.70
31+3	0.86	1.04	1.27	1.54	1.87	2.26	2.74
31+4	0.88	1.06	1.29	1.56	1.90	2.30	2.79
31+5	0.89	1.08	1.31	1.59	1.93	2.34	2.84
31+6	0.91	1.10	1.33	1.62	1.96	2.38	2.89
32+0	0.92	1.12	1.36	1.64	1.99	2.42	2.94
32+1	0.94	1.14	1.38	1.67	2.03	2.46	2.99
32+2	0.95	1.16	1.40	1.70	2.06	2.50	3.04
32+3	0.97	1.17	1.43	1.73	2.10	2.54	3.09
32+4	0.98	1.19	1.45	1.76	2.13	2.59	3.14
32+5	1.00	1.21	1.47	1.79	2.17	2.63	3.19
32+6	1.02	1.23	1.50	1.82	2.20	2.67	3.24

Continua

Gestational age (weeks+days)	z scores						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
33+0	0.75	1.15	1.50	1.85	2.23	2.66	3.16
33+1	0.79	1.19	1.55	1.89	2.27	2.70	3.21
33+2	0.83	1.23	1.59	1.93	2.31	2.74	3.25
33+3	0.86	1.27	1.62	1.97	2.35	2.78	3.29
33+4	0.90	1.31	1.66	2.01	2.39	2.83	3.34
33+5	0.94	1.35	1.70	2.05	2.43	2.87	3.38
33+6	0.97	1.38	1.74	2.09	2.47	2.91	3.42
34+0	1.01	1.42	1.78	2.13	2.51	2.95	3.46
34+1	1.04	1.46	1.81	2.16	2.55	2.99	3.50
34+2	1.08	1.49	1.85	2.20	2.59	3.03	3.54
34+3	1.11	1.53	1.89	2.24	2.63	3.06	3.58
34+4	1.15	1.56	1.92	2.27	2.66	3.10	3.62
34+5	1.18	1.59	1.95	2.31	2.70	3.14	3.66
34+6	1.21	1.63	1.99	2.34	2.73	3.17	3.70
35+0	1.24	1.66	2.02	2.38	2.77	3.21	3.73
35+1	1.27	1.69	2.05	2.41	2.80	3.24	3.77
35+2	1.31	1.72	2.09	2.44	2.84	3.28	3.80
35+3	1.34	1.75	2.12	2.48	2.87	3.31	3.84
35+4	1.37	1.78	2.15	2.51	2.90	3.35	3.87
35+5	1.39	1.81	2.18	2.54	2.93	3.38	3.91
35+6	1.42	1.84	2.21	2.57	2.97	3.41	3.94
36+0	1.45	1.87	2.24	2.60	3.00	3.45	3.97
36+1	1.48	1.90	2.27	2.63	3.03	3.48	4.01
36+2	1.51	1.93	2.30	2.66	3.06	3.51	4.04
36+3	1.53	1.96	2.33	2.69	3.09	3.54	4.07
36+4	1.56	1.99	2.36	2.72	3.12	3.57	4.10
36+5	1.59	2.01	2.38	2.74	3.15	3.60	4.13
36+6	1.61	2.04	2.41	2.77	3.17	3.63	4.16
37+0	1.64	2.06	2.44	2.80	3.20	3.65	4.19
37+1	1.66	2.09	2.46	2.83	3.23	3.68	4.22
37+2	1.68	2.11	2.49	2.85	3.26	3.71	4.25
37+3	1.71	2.14	2.51	2.88	3.28	3.74	4.28
37+4	1.73	2.16	2.54	2.90	3.31	3.76	4.30
37+5	1.75	2.19	2.56	2.93	3.33	3.79	4.33
37+6	1.78	2.21	2.58	2.95	3.36	3.82	4.36
38+0	1.80	2.23	2.61	2.97	3.38	3.84	4.38
38+1	1.82	2.25	2.63	3.00	3.41	3.86	4.41
38+2	1.84	2.27	2.65	3.02	3.43	3.89	4.43
38+3	1.86	2.30	2.67	3.04	3.45	3.91	4.46

Continua

Gestational age (weeks+days)	z scores						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
38+4	1.88	2.32	2.69	3.06	3.47	3.94	4.48
38+5	1.90	2.34	2.72	3.09	3.50	3.96	4.51
38+6	1.92	2.36	2.74	3.11	3.52	3.98	4.53
39+0	1.94	2.38	2.76	3.13	3.54	4.00	4.55
39+1	1.96	2.40	2.78	3.15	3.56	4.02	4.57
39+2	1.98	2.41	2.80	3.17	3.58	4.05	4.59
39+3	1.99	2.43	2.81	3.19	3.60	4.07	4.62
39+4	2.01	2.45	2.83	3.21	3.62	4.09	4.64
39+5	2.03	2.47	2.85	3.22	3.64	4.11	4.66
39+6	2.04	2.48	2.87	3.24	3.66	4.12	4.68
40+0	2.06	2.50	2.88	3.26	3.68	4.14	4.70
40+1	2.08	2.52	2.90	3.28	3.69	4.16	4.72
40+2	2.09	2.53	2.92	3.29	3.71	4.18	4.73
40+3	2.11	2.55	2.93	3.31	3.73	4.20	4.75
40+4	2.12	2.56	2.95	3.33	3.74	4.21	4.77
40+5	2.13	2.58	2.96	3.34	3.76	4.23	4.79
40+6	2.15	2.59	2.98	3.36	3.78	4.25	4.81
41+0	2.16	2.61	2.99	3.37	3.79	4.26	4.82
41+1	2.17	2.62	3.01	3.39	3.81	4.28	4.84
41+2	2.19	2.63	3.02	3.40	3.82	4.29	4.85
41+3	2.20	2.64	3.03	3.41	3.83	4.31	4.87
41+4	2.21	2.66	3.05	3.43	3.85	4.32	4.88
41+5	2.22	2.67	3.06	3.44	3.86	4.34	4.90
41+6	2.23	2.68	3.07	3.45	3.87	4.35	4.91
42+0	2.24	2.69	3.08	3.46	3.89	4.36	4.93
42+1	2.25	2.70	3.09	3.48	3.90	4.38	4.94
42+2	2.26	2.71	3.10	3.49	3.91	4.39	4.95
42+3	2.27	2.72	3.12	3.50	3.92	4.40	4.97
42+4	2.28	2.73	3.13	3.51	3.93	4.41	4.98
42+5	2.29	2.74	3.14	3.52	3.94	4.42	4.99
42+6	2.30	2.75	3.14	3.53	3.96	4.43	5.00

FONTE: Projeto Intergrowth 2- 1 st