

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
– URI ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LETICIA CONCI

**CARACTERÍSTICAS DE NASCIMENTOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO
ATENDIMENTO DE GESTANTES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NO
PERÍODO DE AGOSTO Á NOVEMBRO DE 2021**

**Erechim
2021**

LETICIA CONCI

**CARACTERÍSTICAS DE NASCIMENTOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO
ATENDIMENTO DE GESTANTES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NO
PERÍODO DE AGOSTO Á NOVEMBRO DE 2021**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Erechim, como requisito parcial para avaliação Do Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cibele Sandri Manfredini.

**Erechim
2021**

RESUMO: A evolução da gestação é um processo fisiológico que deve ser visto pelas gestantes e pelas equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, onde ocorrem mudanças no corpo da mulher, fisicamente, socialmente e emocionalmente. O final esperado da gestação é o nascimento de um recém-nascido (RN) sadio e sem trauma para a mãe e concepto. Todavia em alguns casos isso não é possível devido a complicações durante o processo do nascimento (BRASIL, 2006). A realização do pré-natal desde o início da gestação até o nascimento é importante, visto que o acompanhamento é essencial para a prevenção e/ou detecção de comorbidades da gestante e do concepto, podendo assim, tornar a gestação o mais saudável possível. Na vivência acadêmica em um hospital de referência, para atendimento a gestantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível observar que os nascimentos que ali ocorrem são diversificados, ou seja, tem diferentes via de parto, idades gestacionais, idades das gestantes, realização do pré-natal e condições de saúde do recém-nascido. Entendendo que essas e outras variáveis podem influenciar no bem-estar da mulher e da criança surgiu o seguinte questionamento: Qual é o perfil dos nascimentos em um hospital de referência, para atendimento a gestantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS)? Desta forma estabeleceu-se como objetivo geral deste estudo conhecer as características maternas e dos recém-nascidos em um hospital de referência, para atendimento a gestantes, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizada numa maternidade de um Hospital no Norte do Rio Grande do Sul. Este hospital é referência regional para atendimento obstétrico de risco habitual e alto risco. A coleta de dados aconteceu no período de 16 de outubro a 16 de novembro. Participaram do estudo, dez binômios mãe/filho, pós-parto e nascimento, que estavam internados na maternidade da instituição hospitalar definida para o estudo, nos meses de outubro e novembro do ano de 2021. A mãe aceitou a participar voluntariamente do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permitindo o acesso a seu prontuário e de seu filho recém-nascido. A partir do estudo, foi possível verificar que, as puérperas que realizaram o pré-natal adequadamente possuíram uma gestação mais tranquila e um nascimento saudável, já as que por alguma razão, não realizaram o acompanhamento adequado, vieram a ter intercorrências durante a gestação e o nascimento, podendo destacar dentre estas, o nascimento prematuro.

Palavras-chave: Pré-Natal; Características dos nascimentos; Patologias Gestacionais.

ABSTRACT: The evolution of pregnancy is a physiological process that must be seen by pregnant women and health teams as part of a healthy life experience, where changes occur in

the woman's body, physically, socially and emotionally. The expected end of pregnancy is the birth of a healthy newborn (NB) without trauma to the mother and fetus. However, in some cases this is not possible due to complications during the birth process (BRASIL, 2006). Carrying out prenatal care from the beginning of pregnancy until birth is important, as monitoring is essential for the prevention and/or detection of comorbidities in the pregnant woman and the conceptus, thus making the pregnancy as healthy as possible. In the academic experience in a reference hospital, for the care of pregnant women by the Unified Health System (SUS), it was possible to observe that the births that occur there are diverse, that is, there are different modes of delivery, gestational ages, ages of pregnant women, prenatal care and the newborn's health conditions. Understanding that these and other variables can influence the well-being of women and children, the following question arose: What is the profile of births in a reference hospital for the care of pregnant women by the Unified Health System (SUS)? Thus, the general objective of this study was established to know the characteristics of mothers and newborns in a reference hospital, for the care of pregnant women, by the Unified Health System (SUS). It was carried out in a maternity hospital in the North of Rio Grande do Sul. This hospital is a regional reference for regular and high-risk obstetric care. Data collection took place from October 16th to November 16th. Ten mother/child, postpartum and birth binomials participated in the study, who were hospitalized in the maternity hospital of the hospital defined for the study, in October and November of 2021. The mother voluntarily agreed to participate in the study and signed on the Informed Consent Form (FICF), allowing access to your and your newborn child's medical records. From the study, it was possible to verify that the mothers who had adequate prenatal care had a calmer pregnancy and a healthy birth, as those who, for some reason, did not undergo adequate follow-up came to have complications during pregnancy and the birth, highlighting among these, the premature birth.

Key-Words: Prenatal; Birth characteristics; Gestational Pathologies.

INTRODUÇÃO

A evolução da gestação é um processo fisiológico que deve ser visto pelas gestantes e pelas equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, onde ocorrem mudanças no corpo da mulher, fisicamente, socialmente e emocionalmente. O final esperado da gestação é o nascimento de um recém-nascido (RN) sadio e sem trauma para a mãe e concepto. Todavia em alguns casos isso não é possível devido a complicações durante o processo do nascimento (BRASIL, 2006).

A taxa de mortalidade infantil no Brasil, esteve em queda nas últimas décadas, sabe-se que isso se deve à implementação de estratégias para redução da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo, entre outras. No ano 2000 o número de óbitos era de 29,0 a cada mil nascidos vivos, reduzindo para 11,56 no ano de 2020. Todavia, observa-se que a meta de assegurar o direito à vida e a saúde para toda criança brasileira, ainda não foi alcançada, mantendo as desigualdades regionais e sociais (IBGE, 2021).

Com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil, o Brasil tem estabelecido compromissos internos e externos para melhorar a qualidade da assistência prestada às gestantes e aos recém-nascidos. Em 2004 foi firmado o “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, visando promover melhoria na atenção obstétrica e neonatal, objetivando assim a articulação entre os profissionais, mobilizados em melhorar a qualidade de vida das mulheres e crianças (BRASIL, 2014). Além disso, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que retrata o compromisso com a implementação de ações de saúde que garantam os direitos humanos das mulheres diminuindo a morbimortalidade por causas que podem ser prevenidas/evitadas (BRASIL, 2011).

Para contribuir com a redução destes indicadores e melhorar a qualidade da assistência em todo o país, o Ministério da Saúde, no ano de 2011, instituiu, por meio da Portaria de nº 1.459/11, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Essa por sua vez, é organizada em quatro componentes, sendo estes, respectivamente, I. Pré-Natal; II. Parto e Nascimento; III. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV. Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Além disso, a Rede Cegonha preconiza que estes componentes sejam avaliados regularmente, para que desta forma sejam realizados os repasses financeiros e a implementação de ações estratégicas. (VILELA et al., 2021)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as taxas de morbimortalidade neonatal são elevadas. Ela corresponde a 70% das mortes no primeiro ano de vida, sendo que dentre as principais causas está o nascimento prematuro. Isto devido a suscetibilidade às infecções, ao desenvolvimento fetal e sistema imunológico terem sido incompletos. É importante salientar que o cuidado adequado ao recém-nascido tem se tornado um grande empecilho para a redução dos índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2014).

Analisar as condições de cada gestação durante o pré-natal, é fundamental para seu desenvolvimento e para a relação que a família e a puérpera terão com a criança desde o momento do parto. Afeta, também, o processo de amamentação e os cuidados com a criança e com a mulher. Uma condição favorável fortifica os vínculos familiares, o que é essencial para o desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2006).

A realização do pré-natal desde o início da gestação até o nascimento é importante, visto que o acompanhamento é essencial para a prevenção e/ou detecção de comorbidades da gestante e do concepto, podendo assim, tornar a gestação o mais saudável possível. Dentre os principais objetivos do pré-natal estão as orientações quanto ao uso de medicações e hábitos de vida que possam prejudicar o feto, assim sendo, pode-se prevenir a ocorrência de doenças que estes possam causar. (BRASIL, 2016).

Quando a mulher chega ao serviço de saúde, é necessário que os profissionais do pré-natal, sejam acolhedores, ouvindo suas queixas, possibilitando que ela expresse seus sentimentos, assegurando uma atenção resolutiva e articulação com a rede de atenção à saúde para garantir a continuidade da assistência. Além disso, é dever da equipe de saúde, procurar entender o que significa a gestação para aquela mulher e sua família, principalmente nos casos em que a gestante seja adolescente. (BRASIL, 2006).

Levando em conta a importância do pré-natal e a alta taxa de mortalidade neonatal, é essencial que se elabore estudos epidemiológicos dos nascidos vivos, devido à grande importância que este instrumento tem para caracterizar a situação das mães e dos seus bebês, da mesma forma, para acompanhar o perfil desse grupo populacional (PEDRAZA, 2012).

A modificação e o progresso da saúde materno-infantil, estão dentre os objetivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, para que estes sejam realizados, é necessária a atenção pré-natal e puerperal. Tomar conhecimento do perfil epidemiológico perinatal, possibilita a obtenção de dados e materiais que auxiliam na criação de propostas visando a melhoria da assistência à saúde e a organização do cuidado materno-infantil (GESSER et al. 2019).

Na vivência acadêmica em um hospital de referência, para atendimento a gestantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível observar que os nascimentos que ali ocorrem são diversificados, ou seja, tem diferentes via de parto, idades gestacionais, idades das gestantes, realização do pré-natal e condições de saúde do recém-nascido. Entendendo que essas e outras variáveis podem influenciar no bem-estar da mulher e da criança surgiu o seguinte questionamento: Qual é o perfil dos binômios mãe/recém-nascido em um hospital de referência para atendimento a gestantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

Desta forma estabeleceu-se como objetivo geral deste estudo conhecer as características maternas e dos recém-nascidos em um hospital de referência, para atendimento a gestantes, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo como objetivos específicos:

- Identificar o perfil materno em relação a idade, escolaridade, situação conjugal, nacionalidade, ocupação, número de gestações e tipo de partos anteriores;
- Apresentar as características maternas durante o pré-natal, em relação ao número de consultas, exames e imunizações realizadas, presença de comorbidades e fumo durante a gestação, idade gestacional e peso no início do pré-natal, peso na última consulta;
- Descrever as condições do processo de nascimento em relação ao tempo decorrido desde a chegada ao hospital até o nascimento, Idade Gestacional, dilatação do colo uterino na chegada ao hospital, situação da bolsa amniótica, a via de parto, tipo de intervenção durante o parto;
- Verificar as condições do recém-nascido, ao nascimento, referente a Sexo, APGAR, CAPURRO, medidas antropométricas, presença de má formação congênita e para qual unidade hospitalar foi encaminhado.

Com isso percebe-se que é possível identificar as questões do pré-natal, dados maternos, características do nascimento e do parto, individualidades e medidas do conceito. Sendo possível levar à comunidade acadêmica e à comunidade em geral, a importância da criação e fortalecimento de ações de educação em saúde no período gravídico-puerperal. Assim, também, salientar a relevância da realização do pré-natal de forma adequada e qualificada, com cuidados prestados pelos profissionais de saúde, pela própria gestante e pela sua família, com o foco na gestação e o nascimento saudável.

METODOLOGIA

Este é estudo caracterizado por uma abordagem descritiva com pesquisa de campo. Segundo Triviños (1987), a pesquisa descritiva requer uma série de informações pelas quais o pesquisador deseja buscar. Da mesma forma, esta estratégia de pesquisa expõe os fatos e fenômenos de determinada realidade. A pesquisa de campo é definida pelas investigações em que, além da pesquisa em bibliografias ou documentais, é realizada a coleta de informações em conjunção a pessoas, utilizando como recurso diferentes tipos de pesquisa. (FONSECA,2002).

Foi realizada numa maternidade de um Hospital no Norte do Rio Grande do Sul. Este hospital é referência regional para atendimento obstétrico de risco habitual e alto risco. A coleta de dados aconteceu no período de 16 de outubro a 16 de novembro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o Número do Parecer: 4.955.893, bem como pela direção da instituição hospitalar e da unidade de internação maternidade através da assinatura do Termo de autorização da instituição.

Participaram do estudo, dez binômios mãe/filho, pós-parto e nascimento, que estavam internados na maternidade da instituição hospitalar definida para o estudo, nos meses de outubro e novembro do ano de 2021 e que aceitaram participar da pesquisa. A mãe aceitou a participar voluntariamente do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permitindo o acesso a seu prontuário e de seu filho recém-nascido.

Inicialmente o contato com as possíveis participantes, foi realizado através de uma visita ao quarto das mesmas onde a pesquisadora se apresentou, informou o objetivo, metodologia e questões éticas da pesquisa e fez o convite para a participação na pesquisa. Para aquelas que relatavam interesse na participação, realizou-se a leitura do TCLE e posterior colhia das assinaturas, sendo em duas cópias, uma entregue à participante e outra permanecendo com a pesquisadora. Para a coleta de dados, após o aceite da participante, a instituição e pesquisadora acordaram que o acesso, aos prontuários físico, eletrônico, caderneta de gestante e caderneta da criança, no posto de enfermagem da unidade.

O instrumento de coleta utilizado foi dividido em dois tópicos: “Informações materna”, onde foram registrados os dados referentes a mulher participante e “Informações do Recém-Nascido” onde se registrou os dados referentes ao filho recém-nascido da participante.

As informações materna coletadas foram: idade, escolaridade, situação conjugal, nacionalidade, ocupação, número de gestações e tipo de partos anteriores, número de consultas

de pré-natal, exames e imunizações realizadas, presença de comorbidades, fumante, idade gestacional, peso no início do pré-natal e peso na última consulta, tempo decorrido desde a chegada ao hospital até o nascimento, dilatação do colo uterino na chegada ao hospital, situação da bolsa amniótica, a via de parto, tipo de intervenção no parto.

As informações coletadas do recém-nascido da mulher participante foram: Idade Gestacional no nascimento, Sexo, Apgar, Capurro, medidas antropométricas, presença de Má Formação Congênita e acomodação do RN imediatamente após o nascimento.

Os dados obtidos foram dispostos em duas planilhas do Microsoft Excel, sendo divididos pelas informações coletadas, sendo uma planilha para as informações maternas e outras para as informações do recém-nascido. Após a digitação, as informações a serem coletadas foram divididas em colunas e os dados obtidos foram dispostos nas linhas. Os dados foram analisados e descritos em cinco tópicos, sendo estes: “Dados Referentes A Mãe”; “Dados Referentes Á Gestação Atual”; “Dados Referentes Á Mãe No Parto Atual”; “Dados Referentes Ao Bebê”.

RESULTADOS

Dados Referentes A Mãe

Das dez mulheres que aceitaram participar da pesquisa, apareceu uma variação da idade de 19 a 41 anos, sendo que na faixa de 19 a 29 anos foram 6 mulheres (60%) e entre 30 a 41 anos foram 4 mulheres (40%). Estudos relatam que é recomendado engravidar na faixa etária entre 20 e 29 anos, visto que, mulheres que estão, abaixo ou acima desta idade, tem maior probabilidade de intercorrências durante a gestação (NETO et al., 2020).

Todas as participantes eram de nacionalidade brasileira. Essa informação foi considerada importante para a análise em função de que nesta instituição ocorrem partos de mulheres haitianas e venezuelanas com frequência. A partir de 2010 tem se intensificado o número de imigrantes haitianos no Brasil, dentre estes, mulheres em idade fértil, o que causou um aumento no número de nascimentos de crianças haitianas (BATISTA, 2018).

Em relação a situação laboral das participantes encontraram-se seis ocupações diferentes, sendo, 05 mulheres (50%) com atividades consideradas do lar, e as outras cinco (50%) cada uma, referente a uma profissão, sendo estas: auxiliar administrativo, auxiliar de limpeza, trabalhadora em fábrica têxtil e comerciária.

Segundo estudo de Neto, 2020, na contemporaneidade, “o número de mulheres que trabalha fora de casa e contribui, muitas vezes, com a renda familiar, ou até garante o sustento da família é muito grande, e ainda há uma grande parcela da sociedade que não possui renda e/ou vive de benefícios do governo ou de forma autônomas com trabalhos não registrados. A pobreza e a baixa condição educacional estão na raiz de problemas como condições habitacionais inapropriadas, condições de higiene e alimentação inadequadas, estes fatores estão intimamente ligados à altas taxas de morbidade e mortalidade infantis, influenciando na qualidade de vida dos envolvidos no núcleo familiar”.

Quanto à escolaridade, foram encontrados 6 graus de escolaridade, sendo respectivamente, ensino fundamental completo 2 mulheres (20%), ensino médio incompleto 1 participante (10%), o ensino médio completo que mais se destacou com 5 mulheres (50%), ensino superior incompleto 1 (10%) e o ensino superior completo com 1 (10%) participante.

De acordo com Lourenço, 2020, quanto mais elevado o nível de escolaridade materna, tem-se uma maior realização do pré-natal, com mais número de consultas sendo iniciadas no 1º trimestre, além disso, maior duração da gestação e, em consequência disso, menor probabilidade de morbimortalidade materna e infantil. Ao passo que, em estudo de ROCHA et al, 2019, em relação aos determinantes sociais de saúde na adesão pré-natal, mostra que a baixa escolaridade e condições socioeconômicas são fatores que influenciam na saúde materna e podem ocasionar prejuízos para a assistência de pré-natal de qualidade, em virtude de aumentarem o risco obstétrico e atrasar a adesão de mulheres, corroborando para a inadequação do processo de cuidados no pré-natal.

Relacionado à situação conjugal foi observado que das 10 participantes, uma não tinha companheiro. Todas as outras 9 mulheres (90%) tinham um companheiro, com o qual conviviam em união estável ou concubinato.

Quanto ao número de gestações anteriores, seis (60%) das participantes tiveram gestações anteriores, sendo uma quatro vezes, outra três vezes e quatro uma vez. Quatro (40%) das participantes referiram não ter gestações anteriores. Das participantes que já haviam tido gestações anteriores, cinco participantes haviam realizado parto normal, duas participantes haviam realizado cesariana, e uma havia tido um aborto. Sendo que uma das participantes havia realizado um parto normal e uma cesariana.

Outra informação considerada importante quando se trata de gestação e nascimento é o hábito de fumar. Das participantes deste estudo apenas uma (10%) referiu ser fumante ativa.

Uma (10%) considerou-se fumante passiva e oito (80%) das mulheres informaram não ser fumante.

O uso do fumo durante a gestação influencia no desenvolvimento do concepto, visto que é uma substância que ultrapassa a barreira placentária, a nicotina e o monóxido de carbono, possuem afinidade pela hemoglobina do feto, impedindo que ela se ligue ao oxigênio, causando a hipoxemia fetal, que acarreta na alteração da nutrição e conseqüentemente no seu desenvolvimento, além disso, o tabagismo na gestação ocasiona o parto prematuro, menor crescimento fetal, menor perímetro cefálico e baixo peso ao nascer. O autor em sua pesquisa realizada com 300 prontuários de puérperas, encontrou a prevalência de 15,7% (47 prontuários) mulheres que tiveram o hábito de fumar durante a gestação, onde considerou baixa em relação a amostra estudada (PENA, 2017).

Dados Referentes Á Gestação Atual

Quanto à presença de patologias na gestação atual foi observado que das 10 participantes, quatro (40%) não apresentaram patologias durante a gestação. Em contrapartida, entre as outras seis (60%) mulher identificou-se os registros de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Infecção do Trato Urinário, Hipotireoidismo (ITU), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Obesidade grau III, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e Alcoolismo. Sendo que destas, a Infecção do Trato Urinário foi a mais frequente com 40% de ocorrência. Um dado que teve destaque é que uma das participantes apresentou todas as seguintes situações: HAS, DMG, Hipotireoidismo, ITU, Obesidade grau III e TAG.

Em estudo realizado por VEIGA, 2017, com 163 gestantes observou-se que 109 destas realizaram três exames de Urina, onde 11 gestantes foram diagnosticadas com Infecção do Trato Urinário na gestação, e destas 11 gestantes, 2 tiveram parto prematuro, ou seja, antes das 37 semanas de gestação. O autor traz a importância da detecção precoce da ITU durante o período gravídico, podendo desta forma, prever possíveis danos que posteriormente possam interferir no trabalho de parto prematuro e na saúde do binômio mãe e filho.

Durante a gestação o corpo passa por diversas transformações fisiológicas, anatômicas e bioquímicas, podendo gerar um desequilíbrio em algumas funções do organismo, facilitando o surgimento de comorbidades, além disso, alguns fatores evitáveis podem contribuir á isto, por exemplo, falta de hábitos saudáveis, não realizar pré-natal e por esta razão descobrir

tardamente a presença de comorbidades, outrossim, as mulheres que já possuem patologias anteriores á gestação, deverão controlá-las o mais precocemente possível, para que diminua as chances de causar problemas ao feto. As comorbidades mais encontradas durante a gestação são: Anemia, Doenças Hipertensivas Da Gestação, Diabetes Gestacional, Infecção Do Trato Urinário, Sífilis, Hepatite B (PRIMO et al., 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A associação de uma ou mais comorbidades, como por exemplo, a Diabetes Mellitus e a Hipertensão arterial, podem causar diversas alterações no binômio mãe-feto, visto que, as modificações causadas incluem, alterações oculares, infecções urinárias recorrentes, descolamento de placenta na genitora, alterações anatômicas no feto, óbito fetal, incompatibilidade céfalopélvica do binômio, tais situações, corroboram para o aumento dos casos de morbimortalidade gestacional (RODRIGUES, 2019).

Sabe-se que as gestantes são orientadas para a realização de consultas de pré-natal para o acompanhamento da gestação, o mais precocemente possível. No grupo de dez mulheres que participaram deste estudo ocorreu uma variação em relação ao número de consultas, que foi de duas a dezesseis consultas. Sendo que cinco (50%) participantes realizaram de 10 a 16 consultas, três (30%) realizaram entre 6 a 7 consultas e duas (20%) participantes tinham registro de menos de seis consultas de pré-natal.

Segundo o Manual de Pré-Natal e Puerpério, criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, as gestantes deverão realizar no mínimo seis consultas de pré natal, realizando, no primeiro trimestre uma consulta, no segundo trimestre duas consultas e no terceiro trimestre três consultas.

O acompanhamento gestacional, também chamado de pré-natal, visa reduzir a mortalidade materno-infantil, posto que, propicia o cuidado do binômio mãe-bebê, através da medicina preventiva e da identificação de possíveis eventos prejudiciais, fazendo com que estes sejam tratados precocemente (SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

É de suma importância que a gestante seja acompanhada desde quando descobre a gravidez até o puerpério, com a caderneta preenchida corretamente, para que assim, o pediatra consiga observar o recém-nascido e orientar a mãe de forma resolutiva (LIMA,2020).

Ainda em relação ao pré-natal é importante a gestante informar ou estar registrado na carteira de gestante quando iniciou as consultas e os cuidados durante a gestação. Neste grupo pesquisado o início do pré-natal variou de 6 semanas a 22 semanas de gestação, a realização da

primeira consulta de pré-natal. Sendo que seis (60%) das mulheres deste estudo iniciaram o pré-natal antes das 12 semanas de gestação.

No ano de 1988 foi criada a caderneta da gestante, para auxiliar no acompanhamento pré-natal, nela, contém informações da gestação, como por exemplo, detalhes das consultas, exames, dados antropométricos, comorbidades, gestações anteriores, procedimentos realizados (GONZALES, CÉSAR, 2019).

A 4ª edição caderneta da gestante, disponibilizada pelo Ministério da Saúde no ano de 2018, além de todas os dados já citados, também contém informações acerca da legislação e direitos das gestantes, desenvolvimento do feto, as modificações corporais, físicas e emocionais que este período causa nas mulheres, cuidados que se deve ter na gestação, dicas de alimentação, situações e sintomas que aparecem no período gestacional, como identificar o trabalho de parto e como funcionam os partos, tanto vaginais quanto cesarianas, puerpério, amamentação, sinais de alertas e o pré-natal do parceiro (BRASIL, 2018).

É fundamental que a gestante leve sua caderneta em todas as consultas de pré-natal, realização de exames e demais procedimentos realizados, pertencendo aos profissionais o dever de preencher corretamente e com letra legível todas as informações necessárias, para que desta forma, outros profissionais que atenderão essa gestante saibam dar continuidade na assistência e acompanhar com melhor qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2013).

Segundo o Caderno 32- Atenção Ao Pré-Natal De Baixo Risco, criado pelo ministério da saúde, as consultas deverão iniciar no primeiro trimestre, ou seja, até a 12ª semana de gestação, sendo que, até a 28ª semana deverão ocorrer de forma mensal, da 28ª á 36ª semana de forma quinzenal, e a partir da 36ª até a 41ª de forma semanal, sendo que, isto poderá sofrer alterações conforme a necessidade da gestante. Salienta-se que não existe alta do pré-natal anteriormente ao parto e, o acompanhamento só irá ser encerrado após a consulta de puerpério, em torno de 42 dias após o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Durante as consultas de pré-natal, ainda é importante os profissionais verificarem o peso da gestante no início da gestação e no seu decorrer avaliar e orientar o controle do mesmo, para que variações extremas não sejam fatores complicadores da gestação e parto. O peso materno no início do pré-natal do grupo de mulheres que participou neste estudo variou de 49 a 127,7Kg. Já o peso materno na última consulta variou de 54 a 145 kg. O ganho de peso para estas gestantes, pelos registros que estavam feitos na caderneta de gestante, variou de zero a 17,3kg. Sendo que a gestante que não teve registro de aumento de peso é a que realizou apenas duas

consultas de pré-natal com início deste com 22 semanas de gestação, podendo ser este valor não fidedigno pelo não comparecimento da mulher nas avaliações. A gestante que apresentou maior ganho de peso foi a que já tinha apresentado peso maior no início do pré-natal.

Para cada estado nutricional existe uma faixa de ganho de peso adequada, sendo que para aquelas gestantes que possuem baixo peso (IMC <18,5kg/m²) é de 12,5 a 18kg ao total na gestação, já aquelas que estão com o peso adequado (IMC de 18,5 a 24,9kg/m²) varia de 11,5 á 16kgs ao total da gestação, as gestantes com sobrepeso (IMC de 25,0 á 29,9kg/m²) o ganho de peso varia de 7,0 á 11,5kg até o final da gestação e aquelas com obesidade (IMC ≥ 30kg/m²) varia de 5,0 à 9,0kg até o final da gestação.

Ainda no pré-natal, sabe-se que são realizados diversos exames em diferentes trimestres de gestação. Com base nos registros da carteira de gestante foi possível verificar que todas as gestantes realizaram os seguintes exames: tipagem sanguínea e fator Rh, hemograma, glicemia em jejum, exame qualitativo de urina (EQU) e Urocultura.

O teste rápido de HIV foi realizado por nove (90%) gestantes, a sorologia para hepatite B (HbsAg) oito (80%) gestantes realizaram. Sete gestantes (70%) realizaram o exame de tireoestimulante (TSH) e exame de Toxoplasmose. Os Teste Rápido para Sífilis, VDRL, Teste de Tolerância Oral a Glicose (TTOG), foram realizados por apenas cinco participantes. Salientando que todas as participantes realizaram mais de um exame.

O(a) companheiro(a) deve realizar os seguintes exames: ABO-Rh, Glicemia, Sífilis (teste rápido), VDRL, Hiv/Anti-HIV (teste rápido), Hepatite C e B, Hemograma, Lipidograma, Dosagem de Colesterol HDL, LDL e Total, Eletroforese de Hemoglobina. A realização de exames durante o pré-natal é importante pois é por meio dela que se detecta alterações metabólicas e/ou a presença de doenças que podem causar malefícios ao feto e à mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Em relação a situação vacinal, das participantes deste estudo, durante o pré-natal foi observado que duas das mulheres não realizaram nenhuma vacina neste período. Vale salientar que estas foram as que realizaram duas e três consultas durante o pré-natal, o que demonstra que o não comparecimento as consultas geram não realização dos cuidados essenciais para a gestante.

As demais participantes todas realizaram mais do que uma vacina. A que mais foi registrada como realizada foi a vacina da Hepatite e Influenza, com oito registros ou seja 80% das participantes.

A vacina da Hepatite B deve ser aplicada nas gestantes que não foram anteriormente vacinadas e que estão suscetíveis à infecção. Já a vacina da Influenza deve ser realizada nos meses em que o vírus se encontra mais presente, mesmo que a gestante estiver no primeiro trimestre da gestação (SBIM, 2021).

A vacina DTPa, que protege da difteria, tétano e coqueluche de forma acelular, sete (70%) das participantes realizaram, sendo indicada em todas as gestações pois permite a transferência de anticorpos ao feto até que este possa ser imunizado, devendo ser realizada a partir da 20ª semana de gestação. Apenas uma (10%) participante realizou a vacina Antitetânica.

No momento atual, em que vivenciamos a pandemia do COVID-19, é recomendado a aplicação de vacina para gestantes, sendo que neste grupo apenas seis participantes realizaram a vacina da COVID-19. Segundo o que consta na Lei nº 14.190 de 29 de julho de 2021, as gestantes, puérperas e lactantes, independente da presença ou não de comorbidades deverão estar presentes como um dos grupos prioritários no Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a Covid-19. Entretanto, por ter ocorrido evento adverso grave com possível relação à vacina AstraZeneca/Fiocruz, em que contém vetor viral em sua composição, a aplicação da mesma foi vetada neste público-alvo, desta forma, as gestantes e puérperas poderão aplicar as vacinas Sinovac/Butantan ou Pfizer/Wyeth, sendo que, aquelas gestantes que já haviam recebido a primeira dose da vacina AstraZeneca/Fiocruz deverão receber a segunda dose da vacina Pfizer/Wyeth (BRASIL, 2021).

Estudos relataram que quando as mulheres com confirmação da gestação, chegam até a Atenção Primária À Saúde (APS), quem realiza a 1ª consulta de pré-natal é o enfermeiro, onde é por meio desta consulta que ele entregará a caderneta da gestante e orientar sobre o ciclo gravídico, a partir daí, as consultas de pré-natal são realizadas por profissionais médicos, o que não permite que o profissional da APS crie vínculo com estas gestantes, todavia, a realização de grupo de gestantes tem grande relevância no que se trata à adesão de pré-natal, visto que, é por meio deste que as gestantes constroem vínculo com o profissional enfermeiro e toda a equipe multidisciplinar, além disso, durante os grupos são esclarecidas dúvidas e informações importantes para as mulheres durante o período gravídico (BRANCHI, 2020; SEHNEM, 2020).

Dados Referentes À Mãe No Parto Atual

O saco amniótico ou bolsa amniótica, é formado por duas membranas finas e transparentes, âmnion e córion, dentro destas membranas contém o líquido amniótico que envolve o feto durante seu desenvolvimento, embora o saco amniótico seja flexível, ao mesmo tempo ele é resistente e essencial para o êxito da gestação. Cerca de 60% das gestações a termo, quando a bolsa amniótica rompe, entram em trabalho de parto nas primeiras 24h (SPMR; PINHEIRO, 2007).

Das dez participantes deste estudo, o tempo de bolsa rota variou de na hora do parto até mais de 6 horas antes do parto. Sendo que para quatro (40%) das mulheres o rompimento da bolsa ocorreu em mais de 6 horas antes do parto. Para três (30%) gestantes o rompimento da bolsa ocorreu de 2 a 4 horas antes do parto. E para outras três (30%) a bolsa rompeu no momento do parto.

Nos casos de Ruptura Prematura da Membrana, pode ocasionar maior risco de infecção à mãe e ao concepto, visto que estará mais exposto ao canal vaginal e este ser um local colonizado por bactérias, principalmente ao Streptococcus do Grupo B, podendo causar a sepse neonatal (PINHEIRO, 2007).

No momento em que a gestante vem ao hospital com alguma necessidade ela é avaliada e um dos pontos observados é a dilatação do colo uterino, que pode indicar o momento de internação ou não. Neste grupo estudado, no momento da internação as gestantes apresentaram desde nenhuma dilatação até a seis centímetros. Sendo que três (30%) gestantes estavam com três centímetros de dilatação, duas (20%) com 5cm, outras duas (20%) com 1cm, outras duas cada uma respectivamente com 4 e 6 centímetros de dilatação e por fim uma das gestantes internou sem apresentar dilatação. Esta por sua vez internou mesmo sem estar apresentando dilatação do colo uterino, pois estava com alteração na cardiocografia fetal.

O trabalho de parto inicia com as contrações uterinas dolorosas e ritmadas, a modificação cervical, e o apagamento (esvaecimento) causando a dilatação do colo uterino. Para que o bebê nasça é necessário a dilatação cervical total, sendo esta de 10 centímetros, após a dilatação total, o parto deve acontecer em até 4 horas. Quando a mulher procura o serviço de saúde com 4 ou mais centímetros de dilatação, deve ser admitida imediatamente (BRASIL, 2017).

A cardiocografia fetal é uma técnica utilizada para monitorar a frequência cardíaca fetal e a presença de contrações uterinas, esta técnica pode ser realizada externamente antes da ruptura das membranas ou internamente após a sua ruptura. A monitorização externa é realizada

através de dois aparelhos, um sensor de ultrassom que irá registrar a frequência cardíaca fetal e um transdutor externo que registra a presença das contrações uterinas. Para a interpretação correta deste exame é necessário um tempo mínimo de 20 minutos de duração (ROSA, 2018)

Quanto a realização de indução no parto, duas (20%) das dez participantes fizeram indução. A indução do parto corresponde à estimulação artificial das contrações uterinas antes de iniciar de forma natural, induzindo ao trabalho de parto. Recomenda-se às mulheres a partir da 22ª semana de gestação quando a continuação da gravidez apresenta risco materno-fetal (SCAPIN et al, 2018).

No que se refere ao tipo de parto realizado, cinco (50%) das participantes deste estudo realizaram partos vaginal, mais comumente chamado de normal. E cinco (50%) realizaram cesariana, sendo que as indicações para a mesma foram, em duas gestantes (20%) a Desproporção Céfalo-pélvica e para as demais situações foi uma para cada gestante: Descolamento de Placenta; Colecistite Aguda, MAP pouco reativo e ILA 1.

Embora o parto ser um evento natural do ser humano feminino, inúmeras são as causas que interferem para a decisão de qual a via de parto será a escolhida, priorizando o bem-estar da mãe e do concepto. O parto pode acontecer de duas maneiras, vaginal ou por via abdominal por meio da cesariana, sempre, respeitando o processo de parturição e o nascimento seguro para o bebê (LOURENÇO, 2020).

Conforme dados da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, a quantidade de cesarianas vem crescendo no Brasil, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país tanto em hospitais públicos quanto nos hospitais privados (CONITEC, 2016).

A Organização Mundial da Saúde, recomenda que em média de 85% dos partos sejam por via vaginal, devido ao fato de “ser considerado o mais seguro e saudável para o nascimento de uma criança”. O parto normal é considerado um processo fisiológico da mulher, de baixo risco, com menos intervenção técnica e de início espontâneo (PATAH, 2011; LOURENÇO, 2020).

Além de fortalecer o vínculo precoce da mãe com o recém-nascido, por meio do contato pele a pele e com a amamentação nas primeiras horas de vida, o parto normal também, possui uma recuperação materna mais rápida após o parto, tem menores índices de infecção e de hemorragias, menor risco de morte materna e neonatal e também, os gastos dos serviços de saúde, são menores se relacionados com a cesariana (CESAR *et al.*, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

A Cesárea, em contrapartida, tem se tornado um procedimento cirúrgico de exceção, com a retirada do concepto por via abdominal, sendo recomendada nos casos em que há risco de complicações para a mãe e/ou o bebê durante a gestação ou até mesmo durante o trabalho de parto (LOURENÇO, 2020).

Apesar da cesariana auxiliar na diminuição da morbimortalidade materna e infantil, sua indicação deve seguir critérios e sua necessidade deve ser justificada, devido ao fato de este procedimento ser capaz de acarretar maiores intercorrências para a mãe e o recém-nascido, por exemplo, maior risco de processos infecciosos e hemorrágicos, dificuldade de cicatrização, maior tempo de permanência no ambiente hospitalar, histerectomia, demora na recuperação da mulher no pós-parto (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2012; DOMINGUES et al., 2015).

Segundo estudos de Villar et al., Souza et al., 2010 e Freitas & Fernandes, 2016, as principais indicações para a realização da cesariana incluem: a desproporção céfalo-pélvica, a apresentação pélvica, sofrimento fetal agudo, anomalias congênitas, a má posição fetal, a centralização fetal, a placenta prévia oclusiva, a proclividade de cordão, o herpes genital ativo, a hipertensão arterial induzida ou não pela gravidez.

Dados Referentes Ao Bebê

Os dados apresentados neste tópico são referentes as informações coletadas do prontuário do recém-nascido (RN) das mães que participaram deste estudo.

A idade gestacional (IG) no nascimento, registrada no prontuário conforma exame de ecografia (ECO), variou de 30 semanas + 5 dias até 40 semanas + 5 dias, sendo que quatro nascimentos ocorreram antes das 37 semanas de gestação.

Segundo dados obtidos pela Secretaria do Estado de Saúde, 2015, RN Pré-termo é aquele cuja a idade gestacional é menor que 37 semanas completas, RN a Termo é aquele cuja a idade gestacional varia de 37 a 42 semanas de gestação e RN pós-termo é aquele cuja a idade gestacional é maior que 42 semanas completas (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE, 2015).

Após o nascimento é realizada a avaliação do CAPURRO em todas as crianças. Neste grupo que participou do estudo esta avaliação variou de 34 semanas e 2 dias a 40 semanas e 3 dias. Percebe-se que existe uma pequena variação entre a IG calculada por ECO e a definida pelo CAPURRO, o que pode ser considerado normal em função da técnica que cada um é

realizado. É importante registrar que o RN que tinha registro de IG 30 semanas e 5 dias por ECO, não apresentava registro do CAPURRO, no momento da coleta de dados, pois foi encaminhado diretamente para a UTI, necessitando de assistência imediata considerando sua prematuridade.

O método Capurro serve para estimar a idade gestacional do RN, baseado em cinco características físicas e duas neurológicas (BRASIL, 2014).

Dos dez bebês nascidos, oito foram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Quanto ao APGAR, no primeiro minuto variou de 5 a 9 e no quinto minuto a variação foi de 8 a 10. O índice de APGAR é utilizado para avaliar as condições vitais do recém-nascido, onde avalia-se a frequência cardíaca, esforço respiratório, tono muscular, irritabilidade reflexa e cor (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE, 2015).

Quando o bebê nasce são realizadas diversas medidas, chamadas de medidas antropométricas, que servem para avaliação do estado geral do RN assim como para o futuro acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

No grupo de recém-nascidos que participou deste estudo o peso ao nascer variou de 1.110 kg a 3.430 kg, sendo que o peso mais baixo pertence ao recém-nascido com idade gestacional de 30 semanas + 5 dias. O comprimento variou de 38 cm a 50 cm. O perímetro cefálico variou de 28 cm a 35,5 cm. O perímetro torácico variou de 29 cm a 35,5cm, sendo que em um registro não havia informação sobre perímetro torácico.

Outro dado proposto, nos objetivos deste estudo, foi a presença de malformação no RN. Identificou-se que dos dez recém-nascidos, apenas um tinha registro de alterações físicas, mas não tinha definido nenhuma síndrome específica. O RN apresentou as mãos encurtadas e com dedo extranumerário bilateral, sendo registrado que estas características também estavam presentes na mãe.

A partir dos dados coletados neste estudo, percebe-se que nestes nascimentos foi registrado prematuridade, baixo peso e APGAR no primeiro minuto abaixo de sete, ocasionando a necessidade de um atendimento rápido e com encaminhamento para unidades com cuidados mais específicos. Assim, três dos RN necessitaram ser encaminhados diretamente para a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIn). Os outros sete RN estavam em condições adequadas para irem diretamente para o alojamento conjunto com suas mães.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste trabalho evidenciaram que, neste hospital, no período de outubro á novembro de 2021, das participantes inclusas na pesquisa, as características mais encontradas podem ser resumidas em: a) a faixa etária mais encontrada foi entre 19 a 29 anos; b) o percentual de mulheres com companheiro foi de 90%; c) das gestantes, 60% apresentaram patologias durante a gestação; d) todas as gestantes realizaram mais de um exame durante o pré-natal; e) 80% das gestantes realizaram vacinas no período gestacional; f) quatro gestantes (40%), tinham registros de bolsa rota há mais de 6 horas antes do parto; g) quatro nascimentos ocorreram antes das 37 semanas de gestação; h) três recém-nascidos foram encaminhados para a UTIn imediatamente após o parto.

A partir do estudo, foi possível verificar que, as puérperas que realizaram o pré-natal adequadamente possuíram uma gestação mais tranquila e um nascimento saudável, já as que por alguma razão, não realizaram o acompanhamento adequado, vieram a ter intercorrências durante a gestação e o nascimento, podendo destacar dentre estas, o nascimento prematuro.

Sabe-se que através do acompanhamento pré-natal é possível detectar patologias e tratá-las precocemente, da mesma forma, é onde os profissionais criam vínculo com a gestante e fazem com que ela passe pelo período gestacional sendo instruída e tendo apoio, ouvindo seus anseios e medos e sanando suas dúvidas.

É de suma importância que os enfermeiros, durante as consultas de enfermagem às mulheres em idade fértil, conversem sobre planejamento familiar e abordem desde cedo a importância da realização do pré-natal.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Delma Riane Rebouças. **Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso**. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Rp5SZVsmXQgsV3DrZcbKf6C/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 28 nov. 2021.

BRANCHI, Kéuri Zamban. **Atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção primária à saúde: relato de experiência**. 2020. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/20181/16165>. Acesso em:

11 dez. 2021.

BRASIL, G. et al. Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher? **Scire Salutis**, Anais do Fórum Perinatal de Obstetrícia v.8, n.2, p.9-23, 2018.

[http://www.sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-](http://www.sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-9600.2018.002.0002/1269)

9600.2018.002.0002/1269. Acesso em: 14 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em:

05 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2021. Disponível em: 27.

<https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322>. Acesso em: 10 out. 2021.7

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para a Implementação da Rede Cegonha**.

Brasília: MS, 2011. Acesso em 20 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**.

Brasília: MS, 2011. Acesso em 26 de julho de 2021.

BRASIL. 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, 2012.

318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Acesso em 01 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. Acesso em 03 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Acesso em 12 de outubro de 2021.

BRASIL. 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, 2010. 302 p. Acesso em 27 de novembro de 2021;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il. Acesso em 01 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento À Covid-19. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19#page=44>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Imunizações. Ministério da Saúde. **Calendário de Vacinação SBIm Gestante**: recomendações da sociedade brasileira de imunizações (sbim) :: 2021/2022. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2021/2022.

2021. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

CESAR JA, MANO OS, CARLOTTO K, GONZALES-CHICA DA, MENDOZA-SASSI RA. **Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife. 2011;11(3):257-263. Acesso em 29 de julho de 2021.

CONITEC - COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília. Ministério da Saúde, 2016. Acesso em 09 de novembro de 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 28 de maio de 2021

DOMINGUES RMSM, HARTZ ZMA, DIAS MAB, LEAL M. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. 2012;28(3):425-437. 51. Acesso em 21 de julho de 2021.

DOMINGUES RMSM, VIELLAS EF, DIAS MAB, TORRES JA, THEME-FILHA MM, GAMA SGN DA, LEAL MC. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(3):140-147. Acesso em 22 de julho de 2021.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GESSER, Aldo Guilherme Pretti *et al*. **Perfil epidemiológico de recém-nascidos atendidos em uma maternidade de alto risco no Sul do Brasil**. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/8900/6325>>. Acesso em: 20 maio 2021.

GONZALES, Tatiane Nogueira; CESAR, Juraci Almeida Cesar. **Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.19, n.2, abr/jun, 2019. Acesso em 10 de novembro de 2021.

GUIMARÃES RM, SILVA RLPD, DUTRA VGP, ANDRADE PG, PEREIRA ACR, JOMAR RT, FREIRE RP. **Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife. 2017;17(3):581-590. Acesso em 18 de outubro de 2021.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, 2014.

LIMA, Ferkenia Milles dos Santos; LEANDRO, Cícera Cláudia Gomes Bitu; BEZERRA, Martha Maria Macedo. **A importância do registro do acompanhamento do período gestacional para a neonatologia**. Id on Line Rev.Mult.Psic., Outubro/2020, vol.14, n.52, p. 332-343. ISSN: 1981-1179. Acesso em 16 de agosto de 2021.

LOURENÇO, Renata dos Santos. **Perfil epidemiológico dos nascimentos no Brasil (1930-2018) e nos hospitais no município do Rio de Janeiro (2011-2017)**. 2020. 208 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Acesso em 15 de outubro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. **Caderneta da Gestante**. 2018. Brasília. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>> Acesso em 10 de setembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF; 2013. Acesso em 30 de julho de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Importância do Pré-Natal**. 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/>. Acesso em: 18 maio 2021.

NETO, Luiz Henrique Teixeira Siqueira *et al.* **Perfil socioeconômico e gestacional de gestantes de um município da Amazônia Brasileira**. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18912/15208>. Acesso em: 30 nov. 2021.

PADILHA, Alexandre Rocha Santos. **Resolução Nº 466, De 12 De Dezembro De 2012**. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2021.

PATAH L, MALIK A. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países**. Rev. Saúde Pública. 2011;45(1):185-94. Acesso em 02 de outubro de 2021.

PEDRAZA, D. F. **Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): análise crítica da literatura.** *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 17, n. 10, p. 2729-2737. 2012.

PENA, Janaina Cristina de Paula *et al.* **USO DO ÁLCOOL E TABACO NA GESTAÇÃO: INFLUÊNCIA NO PESO DO RECÉM-NASCIDO.** 2017. Disponível em:

<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3070/2207>.

PINHEIRO, Rossiclei de Souza *et al.* **Estudo dos fatores de risco maternos associados à sepse neonatal precoce em hospital terciário da Amazônia brasileira.** 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/yN6FHYcbqjzbzR8Y9ZCHSbnD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2021

PONTES, M. G. A.; LIMA, G. M. B.; FEITOSA, I. P.; TRIGUEIRO, J. V. S. **Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência.** *Ciência da Saúde Nova Esperança, João Pessoa*, v.12, n.1, p.69-78, 2014. Acesso em 28 de setembro de 2021.

POSSATI, A. B.; PRATES, L. A.; CREMONESE, L.; SCARTON, J.; ALVES, C. N.; RESSEL, L. B.. **Humanização do parto: significado e percepções de enfermeiras.** *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro*, v.21, n.4, p.1-6, 2017. Acesso em 30 de agosto de 2021.

PRIMO, C. C.; TREVIZANI, C. C.; TEDESSO, J. C.; LEITE, F. M. C.; ALMEIDA, M. V. S; LIMA, E. F. A. **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem na Assistência Pré-Natal.** *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem*, v.6, n.1/5, 2015. Disponível em: Acesso em 29 de novembro de 2021.

ROCHA CGG, HEIDEMANN ITSB, RUMOR PCF, ANTONINI FO, DURANA MK, MAGAGNIN AB. **Determinantes sociais da saúde na consulta de enfermagem do pré-natal.** *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:241571. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241571>. Acesso em 10 de dezembro de 2021.

RODRIGUES, Alesandro Lima. **IMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO.** 2019. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/325/98>. Acesso em: 25 nov. 2021.

ROSA, Rita Lourenço Lucas da. **Cardiotocografia vs STAN: as diferenças nos partos no Centro Hospitalar Cova da Beira entre 2015 e 2016**. 2018. Disponível em:

https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8900/1/6078_12740.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos; ABREU, Andréia Patrícia de Sousa Brasil Abreu; CAMPOS, Tarcylla Gomes. **Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante**. Revista de enfermagem da UFPE, v.11(Supl. 7), jul, 2017. Acesso em 22 de julho de 2021.

SCAPIN, Soliane Quitolina *et al.* **INDUÇÃO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: MÉTODOS E DESFECHOS**. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/cCpfS7xth6BTZK5h4cRdwqv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SEHNEM GD, SALDANHA LS, ARBOIT J, RIBEIRO AC, PAULA FM. **Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros**. Revista de Enfermagem Referência, 2020; 5(1):e19050. Acesso em 11 de dezembro de 2021.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO (Brasil). **Saco Amniótico**. 2021. Disponível em: <https://smpm.pt/34-reprografia/s/347-saco-amniotico>. Acesso em: 28 nov. 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VEIGA, Samara Pavan da et al. **INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES E CORRELAÇÃO COM O TEMPO DE DURAÇÃO DA GESTAÇÃO**. 2017. Disponível em:

<https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/177>. Acesso em: 11 dez. 2021.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. **A História Do Parto: Do Domicílio Ao Hospital; Das Parteiras Ao Médico; De Sujeito A Objeto**. Disciplinarum Scientia, Santa Maria-RS, ano 2015, v. 16, ed. 1, p. 95-107, 15 jun. 2016. Disponível em:<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>. Acesso em: 30 maio 2021.

VIELLAS EF, DOMINGUES RMSM, DIAS MAB, GAMA SGM DA, THEME FILHA MM, COSTA JV DA BASTOS MH, LEAL MC DO. **Assistência do Pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2014. Acesso em 30 de outubro de 2021.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque *et al.* **Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos**. 2021. Disponível em: 28. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n3/789-800/pt>. Acesso em: 14 novembro. 2021.

ZANARDO, G. L. P.; CALDERÓN, M., NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, p.1-11, 2017. DOI:<http://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em 23 de setembro de 2021.