UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA-CAV

NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

ELISIANDRE MARTINS DE LIMA

Assistência Nutricional no pré-natal: avaliação do processo nas Unidades de Saúde da família no município de Vitória de Santo Antão, PE

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2015

ELISIANDRE MARTINS DE LIMA

Assistência Nutricional no pré-natal: avaliação do processo nas Unidades de Saúde da família no município de Vitória de Santo Antão, PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico da Vitória de Santo Antão da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento ao requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição sob orientação da professora **Dra. Sandra Cristina da Silva Santana** e a co-orientação da Professora **Dra. Michelle Figueiredo Carvalho.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2015

Catalogação na Fonte

Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.

Bibliotecária Roseane Souza de Mendonça, CRB4-1148

L732a Lima, Elisiandre Martins de.

Assistência nutricional no pré-natal: avaliação do processo nas Unidades de Saúde da família no município de Vitória de Santo Antão, PE / Elisiandre Martins de Lima. Vitória de Santo Antão: O Autor, 2015.

57f. : il.; fig.

Orientador: Sandra Cristina da Silva Santana.

Coorientador: Michelle Figueiredo Carvalho.

TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Nutrição, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Nutrição. 2. Pré-natal - Assistência nutricional. 3. Unidades de Saúde da família - Vitória de Santo Antão, PE. I. Santana, Sandra Cristina da Silva (Orientador). II. Carvalho, Michelle Figueiredo (Coorientador). III. Título.

613.2 CDD (23.ed.) **BIBCAV/UFPE-034/2015**

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por mais uma vitória, pela superação das dificuldades e por iluminar sempre meu caminho.

Aos meus pais Eli e Josely, pois sem eles nada disso seria possível, pelo incentivo, carinho, amor, compreensão, apoio e principalmente por acreditar no meu potencial. A vocês expresso o meu grande agradecimento.

A meus irmãos, Elitiane, pois mesmo distante sempre me mostrou seu carinho e encorajamento; a Elisafã, mesmo no seu silêncio pude perceber o quanto estava torcendo por mim; a Elivane por todo seu apoio e compreensão; a Elidiane por sempre desejar o melhor para mim; a Elisiane pela sua grande contribuição para que esse trabalho fosse terminado com sucesso, muito obrigada por muitas vezes abrir mão de muitas coisas para me ajudar.

As minhas grandes amigas Débora Caroline e Anna Ruth pelo apoio, incentivo e pela ajuda nos momentos difíceis da minha vida.

A minha orientadora Sandra Santana, pelo apoio e estímulo, dividindo seus conhecimentos, por fazer do meu trabalho uma experiência positiva e por ter confiado em mim, sempre me orientando e dedicando parte do seu tempo a mim.

A todos os meus professores, agradeço por transmitir seus conhecimentos e por fazer parte da concretização de mais um sonho na minha vida.

A todos que participam do Projeto PET-Rede cegonha (CAV), pela contribuição para que este trabalho fosse realizado.

Por fim, agradeço a todos, indistintamente, que atravessaram a minha vida desde então e contribuíram de alguma forma para a realização deste sonho.

“ Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los”.

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial na minha vida, autor do meu destino, pela força e coragem durante toda essa longa caminhada.

Aos meus pais Eli e Josely, pelo apoio e esforço contínuo para que tudo isso fosse possível e pelo exemplo de sabedoria que me fez chegar até aqui.

Aos meus irmãos, onde pude contar inúmeras vezes, me ajudando e apoiando no decorrer desta caminhada.

“Sábio é o ser humano que tem coragem de ir diante do espelho da sua alma para reconhecer seus erros e fracassos e utilizá-los para plantar as mais belas sementes no terreno de sua inteligência.”

Augusto Cury

Resumo

Objetivo: Avaliar a conformidade do processo da assistência nutricional oferecida durante o pré-natal em unidades de saúde da família no município de Vitória de Santo Antão, PE. **Metodologia**: Estudo transversal, com 75 gestantes a partir de 20 anos, que frequentavam as unidades de saúde do município. A coleta dos dados foi realizada a partir de visitas às unidades básicas de saúde, as informações foram obtidas utilizando dois questionários: um questionário aplicado a gestante, onde foi elaborado a partir do instrumento desenvolvido por Batista (2010) e um questionário de estrutura que foi respondido individualmente pelos profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal. O instrumento de coleta foi padronizado contendo questões formuladas a partir das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). **Resultados**: O perfil socioeconômico da população estudada mostrou que as maiorias das gestantes tinham idade entre 20 e 30 anos, vivendo em união conjugal, com baixa renda familiar per capita e baixa escolaridade. Com relação aos procedimentos de assistência nutricional, verificou-se que 73,3% das gestantes não tinham os gráficos do cartão preenchido. Fazendo uma comparação da conformidade da estrutura com os procedimentos realizados nas unidades, pôde-se observar que as mesmas apresentavam equipamentos para ações de assistência nutricional, enquanto os resultados obtidos com a avaliação do processo através da entrevista com as gestantes e análise do cartão do pré-natal, mostraram a falta de registros de altura e peso pré-gestacional. **Conclusão**: A ausência de registros das informações dos dados de importância à assistência nutricional nas consultas constitui um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal. Portanto, esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção nutricional oferecida por esses serviços através da prática das orientações dos manuais técnicos de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Avaliação em saúde, Avaliação de processos, Nutrição pré-natal, Estratégia Saúde da Família.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização das gestantes atendidas nas unidades de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas no município de Vitória de Santo Antão. (Página 31)

Tabela 2. Conformidade dos procedimentos de assistência nutricional no pré-natal segundo as fontes de informações no município de Vitória de Santo Antão. (Página 33)

Tabela 3. Comparação dos procedimentos clínicos e obstétricos realizados nas unidades em relação à disponibilidade ao usuário no município de Vitória de Santo Antão. (Página 37)

Lista de Abreviatura

DNCR - Departamento Nacional de Criança

IMC - Índice de massa corporal

IOM - Institute of Medicine

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PHPN - Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento

PNAN - Política Nacional de alimentação e Nutrição

PSF - Programa de Saúde da Família

RMM - Razão de Mortalidade Materna

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SISVAN - Sistema de Vigilância alimentar e Nutricional

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. Introdução 10

2. Justificativa 12

3. Objetivos 13

3.1 Objetivo Geral 13

3.2 Objetivo Específico 13

4. Revisão da Literatura 14

5. Metodologia 27

6. Resultados e Discussão 30

7. Conclusão 39

8. Referências 40

9. Apêndices 46

10. Anexos 55

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o período gestacional é considerado uma das etapas da mulher de maior risco nutricional, ocasionado pelo aumento das necessidades de nutrientes provindas dos ajustes fisiológicos da gestação e das ofertas de nutrientes para o desenvolvimento fetal (WILLIAMS, 2001).

O estado nutricional é caracterizado pela ingestão de nutrientes, na qual envolve os macronutrientes e os micronutrientes. É um fator fundamental antes e durante a gravidez para a saúde da mãe e de seu filho, situação importante a ser considerada, uma vez que estas mulheres constituem um grupo nutricionalmente vulnerável, especialmente nos países em desenvolvimento (KRASOVEC e ANDERSON, 1991).

A carência nutricional no período pré-gestacional ocasionada pela ingestão dietética insuficiente, pode levar a uma reserva inadequada de nutrientes e interferir no processo normal da gestação, com um comprometimento do desenvolvimento fetal e conseqüentemente do peso ao nascer (RODRÍGUEZ et al., 1996).

Além da carência nutricional, a obesidade também pode ser considerada um fator de risco relacionado às complicações no período gestacional. Alguns estudos têm mostrado que uma das causas que contribui para a obesidade nas mulheres é o ganho excessivo de peso durante a gestação, que pode estar ligada a outras complicações, como: hemorragias, diabetes gestacional, macrossomia fetal, necessidade de parto cirúrgico e mortalidade infantil (STUBALCH et al.,2007).

Em face da elevada prevalência de obesidade, sobrepeso e anemia entre as mulheres em idade reprodutiva no Brasil, da alta ocorrência de ganho de peso inadequado na gestação e da associação dessas exposições com o aumento do risco de complicações importantes para a mulher e o neonato, e ainda tendo em vista a má nutrição intrauterina de desfechos desfavoráveis na vida adulta, a oferta de uma atenção nutricional de qualidade ao longo da

gestação e com início paralelo ao pré-natal é de extrema importância (Ministério da saúde 2009).

O cuidado ao longo da gestação tem papel fundamental na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal. Apesar do contexto social e econômico ter grande influência para superação destes riscos, a assistência nutricional na reprodução é de grande importância para garantir a saúde e a vida da mulher nesta fase, bem como assegurar uma melhor condição de nascimento para as novas vidas que se iniciam (Ministério da Saúde 2009).

A assistência pré-natal foi normatizada em 1986, por meio do manual de pré-natal de baixo risco, e vem sendo atualizada ao longo do tempo. Considerada uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde no Brasil, trazendo iniciativas que visam à melhoria da atenção à maternidade, além de propostas elaboradas pelo Ministério da Saúde há pelo menos 25 anos (Ministério da Saúde 2009).

Logo, a assistência nutricional durante o pré-natal tem sido apontada como um fator protetor importante contra o baixo peso ao nascer, óbito fetal e neonatal precoce. De modo geral, os óbitos refletem a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal ao parto e ao recém-nascido. Desta forma, melhorar o cuidado pré-natal através da detecção e tratamento de doenças maternas, como diabetes e hipertensão, e da oferta de orientações para melhorar a nutrição materna tem grande potencial para reduzir as mortes perinatais. As intervenções nutricionais recomendadas para o pré-natal são baseadas no sentido de trazer como consequências a prevenção, diagnóstico e tratamento de eventos indesejáveis na gestação (KOFFMAM e BONADIO, 2005).

2. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a importância da assistência nutricional no pré-natal para um diagnóstico precoce da inadequação no estado nutricional das gestantes e de doenças associadas, mesmo com a ampliação na cobertura da atenção pré-natal no Brasil, verificada nos últimos anos e a importância das equipes de saúde da família nesse contexto, é evidente a persistência de problemas associados à assistência oferecida.

Assim, diante da carência de estudos que avaliem as várias dimensões do seu processo e a relevância das equipes de saúde da família na ampliação da cobertura da assistência pré-natal, justifica-se a realização deste trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Avaliar a conformidade do processo da assistência nutricional oferecida durante o pré-natal em unidades de saúde da família no município de Vitória de Santo Antão, PE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as gestantes atendidas nas Unidades de Saúde quanto as variáveis demográficas, socioecômicas e obstétricas.
- Verificar a conformidade dos procedimentos de assistência nutricional oferecida durante o pré-natal, com critério e normas pré-determinadas pelo Ministério da Saúde.
- Comparar os procedimentos de assistência nutricional oferecida pela Unidade com o acesso aos procedimentos utilizados pelas usuárias.

4. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura visa aprofundar o conhecimento sobre este assunto e, foram abordadas questões sobre estado nutricional do grupo materno-infantil, a importância nutricional durante o pré-natal, políticas em saúde materno-infantil, situação de saúde materno-infantil no Brasil e avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família.

4.1 Estado nutricional do grupo materno-infantil

A gestação é vista como um período onde é verificado um desgaste particular na mulher, entre os que merecem mais importância encontra-se os aspectos nutricionais. A alimentação adequada é o que mais influencia, pois é indiscutível que está associada com o trabalho de parto, pois previne certas complicações durante o puerpério, favorecendo a lactação e permite ao recém-nascido um bom estado de nutrição (ALVES et al., 2011).

De acordo com alguns estudos epidemiológicos, a inadequação do estado nutricional materno, seja ele no período pré-gestacional ou gestacional, é considerada um problema de saúde pública inquestionável, pois traz como consequências o desenvolvimento de irregularidades gestacionais que influenciam as condições de saúde do concepto e da saúde materna no período pós-parto (PADILHA et al., 2007);(WHO,1995).

Um dos fatores agravantes das causas da morbimortalidade materna é a baixa situação social das mulheres nos países em desenvolvimento, considerado um dos principais fatores que limita o acesso à educação básica, trazendo como consequência a redução da capacidade para tomar decisões relacionadas à saúde e nutrição. Antes e durante a gravidez a má nutrição traz grande contribuição para o mau estado de saúde materno, o que desenvolve como consequência problemas obstétrico e desfechos adversos da gravidez (NIQUINI et al., 2010).

Analisando os resultados obtidos no estudo de Fujimori sobre a Evolução do estado nutricional de grávidas atendidas na rede de saúde de Santo André, Brasil em maio de 2001, pode-se observar que dentre as 372 gestantes avaliadas através do índice de massa corporal (IMC) e ou gráfico de Rosso, metade das mulheres apresentaram peso pré-gestacional normal, porém 17,7% estava abaixo e 31,3% acima do peso normal. No terceiro trimestre, 18,8% tinha peso abaixo e 28,2% acima do normal. O peso ao nascer aumentou de acordo com o melhor provimento nutricional da gestante. Estes resultados indicam que um controle antropométrico adequado permite monitorar nutricionalmente as gestantes, prevenindo e/ou controlando a ocorrência de condições materno-fetais indesejáveis, fato que reafirma a importância da execução desta atividade como rotina no controle pré-natal (FUJIMORI et al. 2001).

4.2 A importância da assistência nutricional durante o pré-natal

Dentre os cuidados que é destinado à saúde da gestante, a atenção nutricional destaca-se pela sua relação com o estado nutricional pré-gestacional e gestacional(NIQUINI et al., 2010).

Durante a assistência pré-natal o acompanhamento nutricional é de extrema importância para a mulher como para o feto, pois, tem como objetivo principal, reconhecer os fatores de risco, identificar o estado nutricional, permitindo intervenções terapêuticas e preventivas na intenção de reduzir ou eliminar fatores e comportamento de risco passíveis de serem corrigidos, além de planejar a educação nutricional (AZEVEDO e SAMPAIO,2003).

No início do pré-natal, a avaliação nutricional individualizada é de extrema importância para estabelecer a demanda de nutrientes nessa fase, devendo ser continuado ao longo da gravidez (BELMONTE e LEUNG 2008).

Como o estado nutricional e a ingestão dietética são considerados de grande importância para a gestante e para o desenvolvimento do feto, a assistência nutricional tem o papel de identificar o estado nutricional materno e

orientar a alimentação das gestantes através dos resultados obtidos na avaliação nutricional (SANTOS et al., 2011).

Estudos mostram que gestantes que frequentam o pré-natal regularmente apresentam um melhor crescimento intra-uterino, menor mortalidade perinatal e infantil. De acordo com Kogan et al.,1994, existe uma relação entre o número de consultas realizadas durante o pré-natal com os indicadores de saúde materno-infantil, ou seja, quanto maior o número de consultas realizadas, melhor será as respostas dos indicadores materno-infantil.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, mostrou que gestantes que referiram o recebimento de instruções sobre alimentação no decorrer do pré-natal, associado a mudanças na alimentação, relacionam-se a melhores resultados no consumo de energia e nutrientes (BARROS et al., 2004).
Outro estudo sobre assistência nutricional pré-natal na prevenção e controle da deficiência de vitamina A e anemia em gestantes, foi observado que o cuidado nutricional aliado a consultas com a Nutricionista, está relacionado com a diminuição da prevalência de anemia e cegueira noturna (CHAGAS, 2007).

Pode-se ressaltar que, o cuidado nutricional adequado e resolutivo à gestante no pré-natal é considerado uma ação básica de grande potencialidade para oferecer uma resposta mais positiva sobre a qualidade de vida do binômio mãe-filho. Contudo, é de grande importância as avaliações da assistência nutricional recomendados pelo Ministério da Saúde com objetivo de analisar quais procedimentos estão sendo realmente oferecidos às gestantes (NIQUINI et al., 2010).

4.3 A importância e os principais exames laboratoriais realizados durante o pré-natal.

De acordo com o Ministério da Saúde, para uma assistência pré-natal de qualidade, são necessários alguns fatores, dentre eles ressalta-se a importância do apoio laboratorial mínimo e do comprometimento dos profissionais em solicitar estes exames às gestantes.

Exames laboratoriais e vacinas são procedimentos clínicos indispensáveis para o acompanhamento das gestantes. Na primeira consulta são solicitados diversos exames laboratoriais, a fim de que se possam obter dados que permitam a detecção precoce e a intervenção imediata se ocorrerem quaisquer problemas, como por exemplo, hemograma completo, grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis e outras DST's, provas bioquímicas, sumário de urina e fezes (FIRMO et al., 2013).

Dados do Ministério da Saúde apontam evidencias que indicam as baixas coberturas vista em itens críticos como a determinação de glicemia, o teste de HIV-AIDS, o exame preventivo ginecológico entre outros fatores, que mesmo sendo preconizado pelo Manual Técnico do Ministério da Saúde não são realizados. A definição dos parâmetros para análise da realização dos exames laboratoriais mínimos que devem ser realizados pelas gestantes durante o pré-natal foi feita conforme o preconizado no Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada (Ministério da Saúde, 2005).

A confirmação dos diagnósticos de doenças, através dos exames laboratoriais, é rápida e funciona juntamente com a assistência médica no acompanhamento das gestantes, tornando possível a identificação e redução de muitos problemas de saúde que podem atingir a mãe e seu bebê. Enfermidades, como a hipertensão, diabetes, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue da mãe para filho, a exemplo da sífilis e HIV, podem ser identificadas e tratadas, no pré-natal, ainda no primeiro trimestre de gravidez (FIRMO et al., 2013).

A confidencialidade dos resultados deve ser garantida. As condutas sugeridas devem ser informadas à gestante e seu parceiro. No caso do HIV, sífilis e outras DST, é orientado sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento do seu parceiro sexual. Recomenda-se o oferecimento de pelo menos uma consulta, durante a assistência do pré-natal, para todos os parceiros sexuais de todas as gestantes, independente do seu estado sorológico, o que facilitaria o envolvimento paternal no adequado acolhimento da criança (FIRMO et al., 2013).

Na maioria dos serviços de atendimento pré-natal o diagnóstico da anemia se resume à realização do hemograma, principalmente pela avaliação da hemoglobina (Hb) e do hematócrito, sendo estes exames considerados reflexos dos estoques de ferro do organismo.Testes hematológicos como a Hb, hematócrito,volume corpuscular médio e concentração de hemoglobina corpuscular sofrem menor variação circadiana de resultados, são mais rápidos, acessíveis e estão disponíveis na grande maioria dos laboratórios(PAPA et al., 2003).

Neste contexto, ressalta-se que a realização do pré-natal representa papel essencial em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e diminuindo os riscos da gestante (FIRMO et al., 2013).

4.4 Políticas em saúde materno-infantil

O surgimento das primeiras políticas voltadas para o controle social, na qual privilegiava a higiene, a infância, e a medicalização da família iniciaram no século XVIII na Europa. De acordo com Foucault (1984), um melhor número de crianças com boas condições de vida era o principal objetivo dessa primeiras políticas de saúde (NAGAHAMA e SANTIAGO,2005).

Com início do processo de medicalização, uma das medidas que foram efetivadas para o exercício do controle estatal foi o estabelecimento do parto como uma das tentativas de monitorar e controlar o desenvolvimento da população. A partir de então a procura sobre como entender os processos

patológicos e fisiológicos relacionados a gestantes, ao parto e recém-nascidos, avançando através do desenvolvimento científico e tecnológico, o que permitiu a interferência médica para o melhoramento das condições de saúde materno-infantil (NAGAHAMA e SANTIAGO,2005).

Já no Brasil, a preocupação do estado com a saúde materno-infantil se inicia aos anos de 1940 com a criação do Departamento Nacional de Criança (DNCR), primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil, tinha como objetivos integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância, e à adolescência, públicos e privados, juntamente com os programas de saúde pública em geral. Posteriormente, o DNCR agregou seu projeto à puericultura reforçando os cuidados também com as mães com relação à gravidez e amamentação. No período de atividade do DNCR (1940-1965), a principal preocupação estava em combater a mortalidade infantil como a garantia de se construir uma nação progressista, sadia e forte (NAGAHAMA e SANTIAGO,2005).

Com a criação do Ministério da Saúde em 1953, coordenando em nível nacional a assistência materno-infantil, as ações foram concentradas na puericultura e direcionadas para as camadas urbanas mais pobres com objetivo principal de assegurar braços fortes para a nação. Posteriormente, no final dos anos 50 houve a necessidade de priorizar o combate às moléstias endêmicas rurais e, em 1969 foi dada a extinção do DNRC (NAGAHAMA e SANTIAGO,2005).

Após o ano de 1964, a primeira citação aos cuidados referentes ao grupo materno infantil apareceu no documento Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno infantil na qual presumia programas voltados a orientação para as mulheres no período gestacional, assistência ao parto, ao puerpério, a gravidez de alto risco, além do controle das crianças no período de 0 a 4 anos de idade (NAGAHAMA e SANTIAGO,2005).

Em 1975, surge o primeiro programa de saúde materno-infantil (PSMI) destacando: a nutrição do grupo infantil, gestantes, parturientes, puérperas e as de idade fértil; estabelecendo ações planejadas que visavam contribuir para

a garantia do nascimento de crianças saudáveis. Em 1984, com objetivo de amparar a mulher em todo ciclo vital foi estabelecido o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher, o Ministério da Saúde estabeleceu base a ação programática, com objetivo de incluir a assistência à mulher no período da adolescência até a terceira idade e esclarecer o compromisso com os direitos das mulheres (NAGAHAMA e SANTIAGO,2005).

Na década de 1980 surge uma preocupação em dar lugar a novos ideais, como a valorização do ser humano em sua totalidade, levando a um movimento mundial em favor da humanização do parto e nascimento. A partir de 1988, o Ministério da Saúde começou a instituir ações que em conjunto criava o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). A principal característica do programa é a integralidade da assistência obstétrica e afirmação dos direitos da mulher agregada com diretrizes institucionais a fim de melhorar o acesso das mulheres aos serviços de saúde (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Modificações importantes e significativas no funcionamento do sistema de saúde aconteceram de forma rápida no ano de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde levou a considerar um período de reforma brasileira de saúde. Nos anos 90 foi iniciado a implementação do SUS, após a criação de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da saúde a fim de regulamentar o sistema (VIANA e DALPOZ,1998).

Com o processo de reforma incremental, ainda na década de 90, na qual se baseia em pequenos ajustes sucessivos, como exemplo a criação de dois novos programas: Programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e Programa de saúde da família (PSF), que provocaram mudanças na forma de organização dos serviços, determinação de recursos e remuneração das ações de saúde (VIANA e DALPOZ,2005).

O PACS é considerado um antecessor do PSF, onde introduziu pela primeira vez um foco a família e não somente ao indivíduo como unidade programática de saúde, além de outras visões como não “esperar” a demanda

“chegar” para intervir, mas agir sobre ela de forma preventiva (VIANA e DALPOZ, 2005).

Com as primeiras experiências dos agentes comunitários de saúde no estado do Ceará, o Ministério da Saúde em 1991 ampliou a cobertura do serviço de saúde para as regiões Norte e Nordeste do Brasil (NIQUINI et al., 2010).

A concepção do PSF foi dada em 1994, onde foi divulgada em seu primeiro documento o conceito deste programa: reorganização do SUS, com implantação prioritária nas áreas de risco (NIQUINI et al., 2010).

Em 1997 foram aprovadas as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família, com reconhecimento desses programas e sua importância na contribuição do aprimoramento e na consolidação do SUS, estimulando sua expansão para todo o território nacional (Portaria n°1886/GM-1997).

O PSF foi destinado à população para ser o primeiro contato com o serviço local de saúde, como programa tinha objetivos de desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, através de uma equipe que realizava assistência nas especialidades básicas, que era composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Entre as áreas de atenção básica beneficiadas pelas equipes de saúde da família encontram-se a saúde da mulher e da criança (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

No ano de 1999 o Ministério da Saúde, além de mostrar sua preocupação com relação à falta de alimentos e à pobreza, também mostrou preocupação e comprometimento com o grupo materno-infantil, através da aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e considerando-o prioritário para a ação do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com o objetivo de agregar aos serviços de saúde o controle do estado nutricional dos usuários e o mapeamento das endemias carências, como anemia e hipovitaminose A, com identificação de situação de risco,

prescrição de ações de prevenção e tratamento (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Em 2000, foram retratadas metas na declaração do milênio, adotada por 189 nações, dentre eles o Brasil, que tinha como objetivos a luta contra a fome, a pobreza, analfabetismo, doença, degradação do meio ambiente e discriminação contra mulheres. Entre os objetivos de desenvolvimento do milênio se destaca as reduções da taxa de mortalidade de menores de cinco anos em dois terços e da taxa de mortalidade materna em três quartos, que devem ser atingidas até 2015, tendo como referência o ano de 1990 (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Em busca de uma melhoria na assistência materno-infantil, foi lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde, o programa Rede cegonha, que tem como principal objetivo a efetivação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, tendo como garantia o acesso, acolhimento e resolutividade, obtendo desta forma a redução dos índices de mortalidade materno-infantil (CASSIANO et al., 2014).

Este Programa prevê ações com objetivo de ampliar e melhorar o acesso, além da qualidade da assistência à mulher e à criança através da integração da gestante à unidade de referência para assistência ao parto e transporte, da realização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguro e da atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade (CASSIANO et al., 2014).

O conjunto de ações que beneficiam a saúde da mãe e seu bebê incluem: oferecer o teste de HIV, sífilis e teste rápido de gravidez; orientar e ofertar métodos contraceptivos; fornecer o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, exames clínicos e laboratoriais; garantir o direito de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público e vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; qualificar os profissionais de saúde; criar centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; permitir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado; oferecer o Samu Cegonha ao recém-nascido que necessite de

transporte de emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais; e promover ações de incentivo ao aleitamento materno(CASSIANO et al., 2014).

Até então, o Programa Rede Cegonha é o mais completo já elaborado pelo Governo Federal. Suas ações são direcionadas para todas as etapas da vida da mulher e inclui estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido,até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade (CASSIANO et al., 2014).

4.5 Situação de saúde materno-infantil no Brasil

Comparado aos países desenvolvidos, o Brasil ainda possui índices de morbimortalidade materno-infantis bastante elevados. Em 2003, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 24,4 por mil e o de mortalidade materna igual a 51,7 óbitos por 100 mil. Estes resultados mostram que no Brasil esses índices estão cerca de seis vezes maiores em comparação aos países desenvolvidos. (CHRESTANI et al., 2008)

O governo federal, preocupado com esses índices de morbimortalidade infantil no Brasil, criou em 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal (PHPN). Desde então a cobertura da assistência à gestação e ao parto vem aumentando nos últimos anos em todas as regiões do país e de acordo com os dados do Ministério da Saúde, até 2004 aproximadamente 80% dos municípios brasileiros já estavam sendo contemplados pelo PHPN. Mas, apesar desse avanço, pouco se sabe sobre a qualidade desses serviços ofertados pelas unidades de saúde, principalmente nas regiões mais pobres, onde o acesso se torna mais dificultoso. De acordo com o Sistema de informações de nascidos vivos, em 2003 pôde-se observar a diferença entre as regiões Norte/Nordeste e Sul, onde 60% das gestantes da região Sul realizavam seis ou mais consultas de pré-natal contra 30% das regiões Norte/Nordeste. Com isso pôde-se afirmar novamente que além da cobertura da assistência não ser suficiente, os novos

programas e tecnologia alcançam tardiamente os mais necessitados (CHRESTANI et al., 2008).

Dados do Ministério da Saúde mostram que no período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a razão de mortalidade materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 1000 mil nascidos vivos, representando uma redução de 51%. Se tratando da mortalidade infantil em 1990 tinha-se um quantitativo de 26,6 óbitos por 1000 nascidos vivos e em 2010 de 16,2 óbitos por 1000 nascidos vivos representando um decréscimo de cerca de 40% (Ministério da Saúde, 2005).

Os principais motivos das mortes maternas registrada no Brasil em 2007, de acordo com a classificação internacional das doenças, foram doenças hipertensivas (23% das mortes maternas), sepse (10%), hemorragia (8%), complicações de aborto (8%), alterações placentárias (5%), outras complicações do trabalho de parto (4%) e alterações relacionadas ao HIV/AIDS (4%), 14 % são destinadas as outras causas diretas de todas as mortes e (17%) outras causas indiretas (NIQUINI et al., 2010).

No Brasil, apesar da cobertura da assistência pré-natal vir aumentando nas últimas décadas, as desigualdades no uso desta assistência ainda continuam. Na zona rural o percentual de mulheres que não realizam o pré-natal é alto. Também ainda existem diferenças na cobertura de acordo com regiões geográficas como no Norte e Nordeste do Brasil, esta última região, tem um dos estados, que é o Maranhão, onde o percentual de mulheres que não realizam o pré-natal é bastante elevado (COIMBRA et al., 2003).

4.6 Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família.

Considerada como um dos principais fatores de proteção contra a prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito perinatal no Brasil e em outros países em desenvolvimento, a assistência pré-natal tem como base três linhas de atuação: identificação das gestantes de alto risco (representa o principal

ponto na prevenção da morbimortalidade materna e infantil), ações de prevenção específicas para gestantes e o feto, assim como na educação em saúde (LEAL et al., 2004).

Normatizada em 1986 por meio do manual de pré-natal de baixo risco, a assistência pré-natal, ainda vem sendo atualizada ao longo do tempo, levando em consideração a evolução das evidências científicas e das recomendações internacionais. Para que seja ofertada uma assistência nutricional mínima no pré-natal é importante que seja agregado as recomendações de três manuais do Ministério da Saúde: Manual técnico de pré-natal e puerpério, Guia alimentar para a população brasileira e Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional (LEAL et al., 2004).

O manual técnico de pré-natal e puerpério foi elaborado com base nas evidências científicas atuais, recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS). Tem como objetivos oferecer referências para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde. Com isso, estima-se que os serviços de saúde tenham grande influência nos resultados gestacionais, por este motivo é de grande importância que as atividades indicadas pelos manuais de assistência pré-natal sejam colocadas em prática pelas secretarias estaduais e municipais de saúde para que seja ofertada uma atenção mínima de qualidade (Ministério da Saúde, 2005).

Indicadas para o pré-natal as intervenções nutricionais tem o papel de prevenir, diagnosticar e tratar distúrbios nutricionais pré-gestacionais (baixo peso, sobrepeso/obesidade), gestacionais (ganho de peso inadequado), carência nutricional específica e também monitorar e tratar as intercorrências da gestação como hipertensão e diabetes gestacional (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com o manual de vigilância alimentar e nutricional, para que ocorra o controle do estado nutricional é indicado o método antropométrico onde é possível conhecer o estado nutricional atual da gestante e contribui

para a previsão do ganho de peso até o final da gestação. É de grande significância o registro do estado nutricional tanto na ficha do SISVAN quanto no cartão da gestante, pois, oferece informações importantes para a prevenção e danos à saúde e nutrição. Além da antropometria, a avaliação clínica e laboratorial é de extrema importância para diagnósticos de doenças associadas à nutrição como diabetes e anemia.(Ministério da Saúde- Vigilância alimentar e nutricional, 2004).

Como o Manual de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde não possui orientações nutricionais para as gestantes, encontrando-se apenas orientações alimentares para solucionar problemas digestivos, no “Guia Alimentar para a População Brasileira”, encontram-se orientações no qual estão inseridas as sete diretrizes para o alcance de uma alimentação adequada para população e, em alguns momentos particulariza a alimentação para gestante (NIQUINI et al., 2010).

Em um estudo realizado para avaliar a assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família no Rio de Janeiro, observou-se que apesar de algumas variáveis estarem estabelecidas no pré-natal (aferição de peso, pressão arterial, exames de sangue e prescrição de suplementos) foi verificada uma grande necessidade de assistência nutricional e deficiências no seu processo, foi também observado uma carência de orientações específicas sobre a utilização do sulfato ferroso, consumo de alimentos e ganho de peso (NIQUINI et al., 2010).

Portanto, depois de visto que a extensão na cobertura da assistência pré-natal no Brasil é indiscutível a permanência de problemas ligados à assistência ofertada onde pôde ser observado através da prevalência das causas obstétricas diretas no padrão de mortalidade materna no Brasil, juntamente com um pequeno percentual de mulheres que recebem as atividades assistências mínimas indicadas pelo PHPN. Tudo isso mostra que ainda é um desafio para a assistência pré-natal à realização das atividades pelos manuais do Ministério da Saúde, sendo necessária uma avaliação constante com a finalidade de aperfeiçoar a qualidade da mesma (NIQUINI et al., 2010).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

A pesquisa é do tipo descritiva, com corte transversal e de abordagem quantitativa.

5.2 Local e Caracterização dos Participantes

A pesquisa foi realizada nas unidades de atenção básica no município de Vitória de Santo Antão. As referidas unidades foram identificadas usando o cadastro no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), perfazendo um total de 27 unidades, sendo 10 unidades localizadas na área rural e 17 na área urbana.

O cálculo para determinar a amostra das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das usuárias foi segundo o que recomenda Bolfarine e Bussab (2005). Para amostragem por conveniência, considerando a proporção de UBS com atendimento adequado (50%) para uma significância de 5% (ou uma confiança de 95%). A partir deste cálculo, a amostra resultou em 21UBS, sendo 5 da área rural e 16 da área urbana. Para esta pesquisa foram estudadas 62% das unidades perfazendo um total de 13 unidades, sendo 9 unidades da área urbana e 4 área rural.

A população do estudo foi composta por gestantes acima de 20 anos. Gestantes a partir de 19 anos e 11meses foram excluídas.

5.3 Delineamento Amostral

Para o cálculo da estimativa do número de gestante a ser estudada foi considerada a partir dos registros do setor de Recursos Humanos da SMS - Vitória de Santo Antão para o mês de junho de 2013, com levantamento de 454 gestantes.

Para determinar o número da amostra de gestante atribuiu-se o percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre no município, a partir de dados obtidos no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), o que totalizou em 252 gestantes. A amostra de gestante por UBS foi realizada por alocação proporcional distribuída entre as 21 UBS, totalizando, assim, 12 gestantes por unidade de saúde. Para realização desta pesquisa utilizou-se uma amostra de 75 gestantes correspondendo 30% da amostra total.

5.4. Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada a partir de visitas às unidades básicas de saúde, as informações foram obtidas utilizando dois questionários: um questionário aplicado a gestante, onde foi elaborado a partir do instrumento desenvolvido por Batista (2010) e um questionário de estrutura foi respondido individualmente pelos profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal. O instrumento de coleta foi padronizado contendo questões formuladas a partir das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).

Os entrevistadores foram treinados previamente e os instrumentos submetidos à pré-teste em UBS não participantes do estudo.

5.5 Processamento e análise dos Dados

O banco de dados foi criado com a utilização do programa EPI INFO versão 6.04. No processamento dos dados houve a transformação das perguntas em variáveis, as quais foram alimentadas com as informações dos questionários. A digitação dos dados foi realizada pela estudante, que foi treinada. O acompanhamento dos erros de digitação foi realizado pela extração de tabelas de frequência simples a partir da identificação de dados *e* conferência junto ao questionário e correções.

Os dados obtidos foram avaliados com o auxílio do *software* Epi Info, versão 6.04.

5.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão para a solicitação do consentimento formal para realização do projeto nas unidades através da carta da anuência.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP),Número do Parecer: 390.191,da Universidade Federal de Pernambuco. Ressalta-se que as informações coletadas foram tratadas de maneira sigilosa, preservando tanto a identificação dos profissionais quanto das unidades de saúde. Desta maneira, foram obedecidos os princípios Éticos da Pesquisa com Seres Humanos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução 196/96 (CONEP, 1996).

6. Resultados e Discussão

Participaram do estudo 13 unidades de saúde da família, tendo como quantitativo 75 gestantes estudadas. Pôde-se caracterizar as gestantes através das informações obtidas com a entrevista e análise do cartão da gestante.

A tabela 1 apresenta uma caracterização das gestantes atendidas nas unidades de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas. Observa-se que as gestantes eram compostas em sua maioria por mulheres com idades entre 20 e 30 anos (78,3%). Gestantes com menos de 20 anos foram excluídas, pois há um método proposto pelo Ministério da Saúde para fazer a avaliação nutricional de gestantes, mas não existe um método próprio para a gestante adolescente que, segundo Barros et al., (2008), ainda está em fase de crescimento, tem metabolismo diferenciado, está num outro ritmo de formação fisiológica, biológica e até comportamental se comparada às mulheres adultas.

Com relação ao estado civil, (48%) das mulheres eram casadas, o fato de a mulher grávida ter um companheiro fixo facilita sua adesão ao acompanhamento pré-natal. É importante, ainda, ressaltar que os profissionais de saúde valorizem, respeitem e vinculem o companheiro no cuidado à gestante. Essa prática garante a formação e o fortalecimento de uma rede de apoio que ajudará a gestante durante todo o processo gravídico puerperal, que cada uma vivencia de forma diferente (BARBOSA, 2007).

Tabela 1: Caracterização das gestantes atendidas nas unidades de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas no município de Vitória de Santo Antão, PE (2014).

Variáveis	n	%
Idade		
20-30 anos	59	78,7
30 e mais	16	21,3
Estado civil		
Solteira	21	28,0
Casada	36	48,0
Divorciada	1	1,3
Outros	17	22,7
Ocupação	(n=69)	
Do lar	34	45,3
Desempregada	7	9,3
Trabalho formal	7	9,3
Trabalho informal	21	28,0
Número de filhos		
Nenhum	33	44,0
1-3	35	46,7
4 e mais	7	9,3
N° de pessoas no domicílio	(n=74)	
Até 3 pessoas	54	72,0
4 a 6 pessoas	18	24,0
7 ou mais pessoas	2	2,7
Número de cômodos na casa	(n=73)	
1	2	2,7
2	5	6,7
3	8	10,7
4 ou mais	58	77,3
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	26	34,7
1 salário mínimo	33	44,0
Até 2 salários mínimos	15	20,0
> 2 salários mínimos	1	1,3
Recebe algum benefício?	(n=73)	
Sim	34	45,3
Não	40	53,3

No que se refere à escolaridade da gestante, observa-se que 33% realizaram o ensino médio completo, 28% ensino médio incompleto e 18,7% tinham quatro ou menos de quatro anos de estudos, correspondendo ao ensino fundamental incompleto. Segundo Araújo (1995), a educação é de grande importância, e apresenta uma ligação direta com a saúde, uma vez que a baixa escolaridade pode interferir na qualidade da assistência pré-natal, pois, devido à dificuldade de acesso à informação, a gestante pode ter menos conhecimento de seus direitos e dessa forma demorar a procurar a unidade de saúde para iniciar o pré-natal, além de outras dificuldades que essas gestantes podem enfrentar.

Quanto à questão de ocupação, foi visto que a grande maioria não tem trabalho remunerado, prevalecendo as que exercem atividades no lar (45,3%). Percebe-se que a maioria das gestantes (64%) tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos e 34,7% tinham renda familiar inferior a um salário mínimo. De acordo com Santos (2011), a baixa renda é considerada um dos fatores que levam as mulheres a usarem os serviços públicos de saúde.

Pôde-se observar que 46,7% das gestantes estudadas tinham de um a três filhos, 72,0% moravam com até três habitantes por domicílio, 73,3% tinham quatro ou mais cômodos na casa.

Em um estudo realizado por Lima, 2006 sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico, mostrou que a renda familiar média era de R$ 984,25 e a média de pessoas por família era de 3,4, de acordo com a maioria das mulheres. Assim, foi visto que a renda familiar era insuficiente para suprir as necessidades básicas, pois faltavam componentes considerados básicos e importantes para uma gestação saudável, onde muitas vezes podiam estar mal alimentadas e ansiosas com a questão econômica e a moradia (LIMA,2006).

O perfil socioeconômico da população estudada, mostrou semelhança com a população estudada pelos autores Feliciano et al. 1998, Low et al. 2001 e Trevisan et al. 2002, foi observado uma prevalência de mulheres com idade entre 20 e 29 anos, vivendo em união conjugal, com baixa renda familiar per

capita e escolaridade formal. De acordo com Pinto et al. (2005), os dois últimos fatores, colaboram em conjunto ou isoladamente, com a menor utilização da assistência pré-natal.

Portanto, a questão socioeconômica influencia de forma significativa na assistência pré-natal e coloca as gestantes em risco potencial de morbimortalidade.

Tabela 2: Conformidade dos procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo as fontes de informação no município de Vitória de Santo Antão, PE (2014).

Procedimentos	Conformidade (n)%	Fonte da informação	
		Cartão da gestante	Entrevista
Registro de peso atual	(75)100,0	X	
Registro de peso pré-gestacional	(70)93,0	X	
Registro de estatura	(63)84,0	X	
Registro de pressão arterial	(64)85,3	X	
Registro de resultado de exames			
Hemoglobina	(46)61,3	X	
Hematócrito	(43)57,3	X	
ABO(Rh)	(58)77,3	X	
VDRL	(59)78,6	X	
Anti-HIV	(58)77,3	X	
Toxoplasmose	(16)21,3	X	
Rubéola	(15)20,0	X	
Glicemia de jejum	(58)77,3	X	
Registro de vacinas			
dT	(59)78,6	X	
Hepatite B	(49)65,3	X	
Influenza	(68)90,6	X	
Registro de prescrição de sulfato ferroso	(59)78,6		X
Trimestre que iniciou as consultas de pré-natal: Até 17 semanas	(71)94,6		X
Registro de marcações no gráfico do estado nutricional	(20)26,7	X	

Na Tabela 2, pôde-se observar que 100% das gestantes estudadas tiveram o registro de peso atual no cartão do pré-natal, 93% o registro de peso pré-gestacional. O registro de pressão arterial atual foi encontrado no cartão de 85,3% das gestantes e 90,6% tiveram o registro da pressão arterial na última consulta. Resultados similares foram encontrados por Costa et al. (2009), onde 100% das gestantes tiveram o peso e a aferição da pressão arterial avaliados em toda as consultas no pré-natal, e por Carvalho et al. (2004) que teve os valores da pressão arterial encontrados em 89,0% dos cartões.

O registro e aferição da estatura não foram encontrados em 16% das gestantes estudadas, a ausência dessas informações compromete a avaliação do ganho de peso e do estado nutricional ao longo da gestação. Este resultado torna-se preocupante, pois através das curvas de peso serão identificados riscos relacionados com ganho de peso abaixo ou acima para a idade gestacional, desta forma, poderá ser orientado sobre as condutas adequadas para cada caso, evitando resultados perinatais ruins que estejam associados ao peso materno pré-gravídico insuficiente ou excessivo durante a gravidez.

No acompanhamento pré-natal os exames laboratoriais são indispensáveis, pois complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, auxiliando a adoção de diagnósticos e as condutas adotadas com relação aos mesmos (FIRMO et al., 2013).

Houve uma grande variabilidade no registro dos exames laboratoriais. Não foram encontrados registro de hemoglobina e hematócrito respectivamente em 38,7% e 42,7% dos cartões analisados. Esses resultados foram superiores aos encontrados por Coutinho et al. (2003), que em seu estudo não encontrou registros da dosagem de Hb/Ht em 21,6% dos cartões e Carvalho e Araújo (2007), onde 25,9% não tinham pelo menos uma dosagem de hemoglobina. Esses resultados chamam a atenção para a possível existência de mulheres grávidas com anemia não diagnosticada por estarem sem o registro de hemoglobina.

Quanto aos demais exames de rotina, encontrou-se elevado percentual de ausência de registro, superior ao encontrado por outros autores (Hansell,1991; Peoples-Sheps, 1991; Camús et al.,1992; Sikosana, 1994), ABO

(22,7%), VDRL (21,4%), Anti-HIV (22,7%), toxoplasmose (78,7%), rubéola (80,0%), hepatite B (53,4%).

Grangeiro et al. 2008 em sua pesquisa, verificou que somente metade das gestantes que participavam do pré-natal no município de Queixadá- CE tiveram acesso aos exames laboratoriais.

De acordo com o Manual de pré-natal e puerpério (2006), a solicitação de exames laboratoriais é critério fundamental para o acompanhamento pré-natal, pois a identificação de gestantes infectadas possibilita intervenções que possam reduzir a transmissão materno-fetal.

Entre os requisitos mínimos do acompanhamento pré-natal está a imunização que constitui uma peça importante no controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas. O registro de vacina como dT, Hepatite B e Influenza foi encontrado respectivamente em 78,6%, 65,3%, 90,6% nos cartões das gestantes. Um maior percentual de imunização foi encontrado em uma pesquisa realizada no município de Monte belo-MG em 2011, onde 83% das gestantes estavam com as vacinas em dias (anti-tetânica e Hepatite B) (Pacheco, 2011). Vale ressaltar que o profissional investigue o histórico de vacinação da gestante para proceder à administração de doses subsequentes, mas a imunização só deverá ser considerada com a apresentação do cartão de vacina.

O registro de glicemia foi encontrado em 77,3% das gestantes, resultados semelhantes foi encontrado em uma das unidades estudada por Barbosa em 2007 e Niquini et al.,2010, onde 74,1% das gestantes tinham o registro de glicemia. De acordo com o Caderno de Atenção ao Pré-natal (2012), o controle da glicemia antes e durante a gestação e a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, juntamente com o acompanhamento nutricional e dietético, têm diminuído significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Um controle mais adequado do diabetes durante a gestação propicia comprovadamente melhores resultados maternos e perinatais.

O Ministério da Saúde (2005) propôs um modelo de cartão para gestante, onde possui o gráfico de IMC/ semana de gestação. Na coleta de

dados 100% (75) das gestantes possuíam este cartão, sendo que 62,7% não tinham qualquer marcação no gráfico, 10,7% tinham o gráfico preenchido, porém incompletos e apenas 26,7% possuíam a marcação no gráfico completo.

O Ministério da Saúde 2005 recomenda que, ainda, na primeira consulta, a gestante deve ter seu estado nutricional inicial classificado em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade, segundo o IMC, que poderá ser calculado com o peso pré-gestacional referido ou o peso aferido até a 13° semana de gestação. Ainda adverte que o IMC inicial seja calculado e marcado no gráfico de IMC por semanas de gestação e que também seja realizada a previsão de ganho de peso para a gestante até o fim da gestação, de acordo com a faixa de ganho de peso, segundo seu estado nutricional inicial.

Com relação ao início das consultas de pré-natal, 94,6% das gestantes iniciaram as consultas até 17° semanas e 5,3% depois da 17° semana. Considera-se um bom resultado, pois, um dos pontos para uma assistência pré-natal de qualidade é a identificação precoce da gravidez juntamente com o rápido início do pré-natal, sendo considerada uma estratégia básica que tem como objetivos a detecção precoce de fatores de risco para uma gestação saudável, o planejamento adequado da assistência obstétrica e o fortalecimento da adesão da mulher ao pré-natal e ao desenvolvimento de atividades educativas. Nas recomendações do programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, incluídas na versão do manual (2005), encontra-se o número mínimo de consultas de pré-natal que deve ser seis, preferencialmente, uma com até 120 dias de gestação, duas no segundo trimestre de gestação e três no último trimestre.

A tabela 3 mostra uma comparação entre os procedimentos de assistência nutricional oferecida pela Unidade com o acesso aos procedimentos utilizados pelas usuárias.

Tabela 3: Comparação dos procedimentos clínicos e obstétricos realizados nas unidades em relação à disponibilidade ao usuário, Vitória de Santo Antão, PE (2014).

Procedimentos	Unidade	Usuárias
	(n)%	% (n)
Peso	(13)100	(75)100
Altura	(13)100	(63)84,0
Aferir PA	(13)100	(64)85,3
Exames solicitados		
Hemoglobina	(13)100	(46)61,3
Hematócrito	(13)100	(43)57,3
ABO(Rh)	(13)100	(58)77,3
VDRL	(13)100	(59)78,6
HIV	(13)100	(58)77,3
Rubéola	(10)76,9	(15)20,0
Hepatite B	(13)100	(35)46,6
Anti-tetânica	(12)92,3	(59)78,6
Glicemia de jejum	(13)100	(58)77,3

Foi observado que 100% das unidades informaram que realizavam a aferição da pressão arterial, peso, altura e solicitavam exames como hemoglobina, hematócrito, ABO(Rh), VDRL, HIV, Hepatite B e glicemia de jejum. Já os exames de Rubéola e a vacina anti-tetânica tiveram um percentual respectivamente de 76,9% e 92,3%.

De acordo com os profissionais entrevistados das unidades de saúde, todos os materiais básicos necessários para avaliação nutricional (balança, fita antropométrica e estadiômetro) estavam disponíveis, com exceção de 1 unidade que não possuía a balança e 3 unidades que não possuíam o estadiômetro.

Fazendo uma comparação da conformidade da estrutura com os procedimentos realizados nas unidades estudadas, pôde-se observar que as mesmas apresentavam equipamentos para ações de assistência nutricional como balança e fita antropométrica, enquanto os resultados obtidos com a avaliação do processo através da entrevista com as gestantes e análise do cartão do pré-natal, mostraram a falta de registros de altura e peso pré-gestacional. Se tratando dos exames laboratoriais e vacinas, todos os profissionais entrevistados afirmaram que a solicitação de exames e a realização da vacinação faziam parte da rotina nas unidades de saúde, com exceção das vacinas anti-tetânica e dos exames de rubéola e toxoplasmose. Entretanto foi verificada a falta de registro principalmente dos exames de hemoglobina e hematócrito que são fundamentais para o diagnóstico de anemia, principal deficiência encontrada nas gestantes.

A ausência dos registros de um determinado exame pode ocorrer por: falta de solicitação do exame pela equipe técnica; falta de registro adequado pelos profissionais, apesar do exame ter sido solicitado e realizado; dificuldades para o agendamento e a realização do exame pelo SUS; realização do exame, porém sem retorno ao serviço de saúde; ou não-realização do exame motivada pela própria paciente. É necessário avaliar se realmente não foram solicitados, se foram solicitados e não realizados, se ocorreu sub-registro da informação ou se não houve tempo de realizar exames por ingresso tardio no pré-natal. É possível que esteja ocorrendo uma ausência de registro dos resultados dos exames no cartão de pré-natal da gestante ou até mesmo uma demora na realização dos mesmos.

Wildschut et al. (1999) mostraram em seu estudo que, também na Holanda, existem variações dos testes laboratoriais e procedimentos rotineiros entre os profissionais que assistem a gestante no pré-natal. Houve consideráveis variações de conduta para glicemia, titulagem para rubéola e avaliação de glicosúria e proteinúria. A medida da pressão arterial e o peso foram os procedimentos pré-natais mais padronizados.

7. Conclusão

Contudo, pode-se verificar a conformidade dos procedimentos relacionados à assistência nutricional através das variáveis como aferição e registro no cartão de pré-natal do peso, altura e preenchimento do gráfico do IMC por semana gestacional. Apesar dos percentuais não se encontrarem muito baixos, pôde-se afirmar que tais variáveis não estão totalmente fixadas no pré-natal indicando uma baixa valorização dada à avaliação e acompanhamento do estado nutricional.

A ausência de registros dos dados nas consultas constitui um dos principais obstáculos para aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal. Segundo TANAKA, (1995), as deficiências nos registros refletem necessariamente uma deficiência na execução e resolução da assistência, pois pode ser que o registro não tenha sido feito por “falta de tempo” e/ou pelo não reconhecimento da importância deste registro.

Portanto, esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção nutricional oferecida por esses serviços através da prática das orientações dos manuais técnicos de pré-natal e puerpério do Ministério da saúde, reforçando a necessidade de treinamento da equipe de saúde da família para valorização e correta realização dos procedimentos como aferição e registro das medidas antropométricas e avaliação do estado nutricional inicial, tendo em vista uma adequada oferta da assistência nutricional para as gestantes.

Por fim, é evidente o papel dos profissionais das unidades de saúde da família na prevenção da morbi-mortalidade tanto materna quanto perinatal, por esse motivo ressalta-se a importância da avaliação da assistência pré-natal a fim de minimizar as deficiências encontradas tanto na estrutura como no processo da mesma.

8. Referências

1. ALVES, E.C;ERDMANN, G.C;PASSONI, C.M.S. Avaliação do perfil nutricional de gestantes de Paranaguá-Paraná. Artigo original, 2011. Disponível em: < http://www.unibrasil.com.br/pdf/nutricao/2011-2/10_tcc.pdf>. Acesso em 12 de Janeiro de 2015 às 14:30:30.

2.ARAÚJO, M.J.B. Ações de Enfermagem em Saúde Pública. 4. ed. M. J. Bezerra Araújo **Editora Ltda**.; 1995.

3. AZEVEDO, D.V; SAMPAIO, H.A.C. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. **Rev.Nutr Campinas** 2003; 16(3):273-280.

4.BELMONTE, F.A.L.; LEUNG, M.C.A.; NOCHIERI, A.C.M.; ASSUMPÇÃO, M.F. Perfil Nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. **O Mundo da Saúde** São Paulo 2008; 32(4):443-451.

5. BARROS, D.C; PERREIRA, R.A. ; GAMA, S.G.N.; LEAL, M.C. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública** 2004; 20 (1Suppl):121-9.

6.BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: **MS**; 2009.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2005.

8. 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.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2004.

10. BRASIL. Portaria nº 1.886. **Diário Oficial da União** 1997; 22 dez.

11. CAMUS, L.B.; ALARCON. E.P.; ORTIZ, F.L.; COLLADO, J.A.M.; CUBERO, P.A.; BARBAL, M.J.R.A. Evaluación de lacalidad de la assistência prenatal en atención primaria. **Atención Primaria**, 1992;10:726-729.

12. CARVALHO, G.M.; FOLCO, G.; BARROS, L.M.R.; MERIGHI M.A.B. Análise dos registros dos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. REME **Rev. Min Enferm** 2004; 8(4): 449-54.

13. CARVALHO, V.C.P.; ARAÚJO, T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev Bras Saúde Matern Infantil** 2007;7(3):309-17.

14. CASSIANO, A.C.M.; CARLUCCI, S.E.M.; GOMES, C.F.; BENNEMANN, R.M. Saúde materno infantil no Brasil evolução e Programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. Do Serviço Público** Brasília 65(2): 227-244 abr/ jun 2014.

15. CHAGAS, C.B. Assistência nutricional pré-natal na prevenção e controle da deficiência de vitamina A e anemia em gestantes [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / **Instituto de Nutrição José de Castro**; 2007.

16. CHRESTANI, M.A.D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro , 24(7): 1609-1618, jul, 2008.

17. COIMBRA, L.C.; SILVA, A.M.M.; MOCHEL, E.G. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública** 2003; 37:456-62.

18. COSTA, A.A.R.; RIBAS, M.S.S.S.; AMORIM, M.M.R.; SANTOS, L.C. Mortalidade materna na cidade de Recife. **Rev.Bras. Ginecol. Obstet.** Vol 24 número 7 Rio de Janeiro, Agost 2002.

19. COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN. S.; SAYD, J.D.; COUTINHO, L.M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2003; 25(10):717-24.

20. FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. Avaliação das ações de con-trole das DST/AIDS desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife, com ênfase na atenção especializada e pré-natal. Recife: **Hucitec**; 1998. p. 62-87.

21.FIRMO, W.C.A.; PAREDES, A.O.; et al. Perfil dos exames laboratoriais realizados por gestantes atendidas no centro de saúde Lago Verde, Maranhão, Brasil. **J Manag. Prim. Health Care** 2013; 4(2): 77-86.

22. FUJIMORI, E.; CASSANA, L.M.N.; SZARFARC, S.C.; OLIVEIRA, I.M.V.; SHINOHARA, E.M.G. Evoluciondel estado nutricional de embarazadas

atendidas enlared básica de salud, Santo André, Brasil. **Rev. Latino Ame Enfermagem** 2001 maio; 9(3): 64-9.

23. GRANGEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção pré-natal no município de Queixadá-CE segundo os indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm USP** 2008; 421: 105-11.

24. HANSELL, M. J., 1991. Sociodemographic factors and the quality of prenatal care. **American Journal of Public Health**, 81:1023-1028.

25. KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern Infantil** 2005;5(Supl 1):S23-S32.

26. KOGAN, M.D.; ALEXANDER, G.R.; KOTELCHUCK M, NAGEY, D.A.; JACK, B.W. Comparing mother's reports on the content of prenatal care received wither commended national guide lines for care. **Public Health Rep** 1994; 109:637-46.

27. KRASOVEC, K. ; ANDERSON, M.A. Nutrición Materna y resultados delembarazo. Washington: OPAS/OMS, 1991.

28. LEAL, M.C.; DA GAMA, S.G.N.; RATTO, K.M.N.; DA CUNHA, C.B. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública** 2004; 20 (1 Suppl):63-72.

29. LIMA, C.M.G. ; PELÁ, N.T.R. Estudo com gestantes atendidas em um centro municipal de saúde da periferia de Botucatu- São Paulo: relação entre baixo peso materno e baixo peso ao nascer do concepto. **Rev. Lat. Am. Emferm.** 1995; 3(1): 79-94

30. LIMA, M.O.P. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico. [Dissertação]. São Paulo: USP; 2006.

31. LOW, S.; BATISTA FILHO, M.; SOUZA, A.I. Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco. Recife: Bagaço; 2001.

32. NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** 2005; 10 (3): 651-7.

33. NIQUINI, R.P. Avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25833_niquinirpm.pdf>. Acesso em 12 de Janeiro de 2015 às 15:30:30.

34. PACHECO, A.J. Vacinação da gestante no pré-natal- Revisão integrativa da literatura. Campos Gerais-MG, 2011.

35. PADILHA, P.C.; SAUNDERS, C.; MACHADO, R.C.M.; SILVA, C.L.; BULL, A.; SALLY, E.O.F. et al.Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Rev.Bras.Ginecol.Obstet.** 2007; 29(10):511-8.

36. PAPA, A.C.E. et al. A anemia por deficiência de ferro na grávida adolescente. **RBGO** V.25, n10, 2003.

37. PEOPLES-SHEPS, M.D. et al. Prenatalrecords : a nationalsurveyof contente. **Am J obstet Gynecol** 1991; 164: 514-21.

38. PINTO, L.F.; MALAFAIA, M.F.; BORGES, J.A.; BACCARO, A.; SORANZ, D.R. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2005; 10: 205-13.

39. RODRÍGUEZ, S.; BLANCO, A. et al. Prevalencia de las anemias nutricionales de mujeres em edad fértil. **Encuesta nacional de nutricíon**, 1996.

40. SANTOS, E.V.O.; NASCIMENTO, S.M.; CAVALCANTI, C.L.; CAVALCANTI, A.L. Estado nutricional pré-gestacional e gestacional: Uma análise de gestante internas em um hospital público. **Rev. Bras. De ciências da saúde** –volume 15 número 4 páginas 439-446 2011.

41. SIKOSANA, P. L. N., 1994. An evaluation of the quantity of antenatal care at rural health centres in Metebeleland North Province. **Central African Journal of Medicine**, 40:268-272.

42. STULBACH TE; BENÍCIO, M.H.D.A.; ANDREAZZA, R.; KONO, S. Determinantes do ganho de peso ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. **Rev.Bras.Epidemiol.** 2007;10(1):99-108.

42. TANAKA, A.C. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): **Hucitec**; 1995.

43. TREVISAN, M.R.; DE LORENZI, D.R.S.; ARAÚJO, N.M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev.Bras Ginecol Obstet** 2002; 24:293-9.

44. VIANA ALDA; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** 1998; 8 (2): 11-48.

45. WILDSCHUT, H.I.J. Practice variation of test procedures reportedly use in routine antenatal care in The Netherlands. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 1999; 78: 27-32.

46. WILLIAMS, S. R. Nutrição durante a gravidez e lactação. In: WILLIAMS, S. R. Fundamentos de nutrição e dietoterapia. 6. ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2001.

47. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995.

9. APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

CURSO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Maiores de 18 anos)

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa "**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO-INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE, BRASIL"**, que está sob as responsabilidades das pesquisadoras Dr[a] Michelle Figueiredo Carvalho (Telefone para contato: (81)88882627; email: michellecarvalho57@gmail.com) e Dr[a] Sandra Cristina da Silva Santana (Telefone para contato: (81)92471053; email: scs_santana@yahoo.com.br), endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PECEP: 55608-680.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo deste estudo é AVALIAR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO-INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: **responder a um questionário referente à saúde materna e permite que as pesquisadoras obtenham alguns dados antropométricos, tais como: peso e altura da gestante.** Como risco você poderá sentir-se constrangida (o) ao não conseguir responder alguma pergunta. Você não precisará pagar nada na sua participação nessa pesquisa. Da mesma forma, você também não receberá nenhum pagamento.

A pesquisa tem como beneficio indireto a identificação do estado nutricional e uma análise da percepção do consumo alimentar das gestantes. Como benefício direto, as gestantes que estiverem com vacinação, acompanhamento e suplementação em atraso serão orientadas para atualização, bem como receberão orientação nutricional.

Os dados obtidos serão confidenciais e asseguramos o sigilo de sua participação durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a denegrir sua imagem, pois o objetivo principal é saber **as condições de saúde e nutrição materno-infantil no município de Vitória de Santo Antão.** O seu anonimato será preservado por questões éticas. Esses dados serão guardados em computador pessoal, no endereço profissional acima citado, sob a responsabilidade das pesquisadoras acima informado, pelo período de cinco anos.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**

_____ (assinatura do pesquisador)	_____ (assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/_____ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO-INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE, BRASIL"**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ 20____.

_____
Assinatura do Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e
aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

_____ Testemunha	_____ Testemunha

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

CURSO DE NUTRIÇÃO

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

Questionário da gestante		
Unidade de Saúde:		
Número do questionário:		QUEST _ _ _
Data da entrevista:	____/____/_____	DENT _ _/_ _ / _ _ _ _
Nome do entrevistador:		
Nome do ACS:		

Gestantes

Identificação		
1. Qual o seu nome?		
2. Qual a sua idade?		IDADE ____
3. Data de Nascimento:	____/____/_____	DNASC __/__/___
4. Qual o seu Endereço residencial?	_____ _____ _____ _____	
5. Qual bairro? 1 [ ] Bela Vista I 2 [ ] Bela Vista II 3[ ] Mário Bezerra 4 [ ] Loteamento Conceição 5 [ ] Redenção 6[ ] Lídia Queiroz 7 [ ] Amparo 8 [ ] Dr. Alvinho 9 [ ] Jardim Ipiranga 10 [ ] Maués 11 [ ] Matadouro 12 [ ] Cajueiro 13 [ ]Água Branca 14 [ ] Santana 15 [ ] Maranhão 16 [ ] Lagoa Redonda 17 [ ] Alto José Leal 18 [ ] Natuba		BAIRRO: ____

19 [ ] Caiçara 20[ ] Pirituba I 21[ ] Pirituba II 22[ ] Ladeira de Pedra 23[ ] Serra Grande 24[ ] Galiléia 25[ ] Pau Santo 26[ ] Oiteiro 27[ ] Cidade de Deus		
6. Telefone para contato:	( ) _____-_____	
7. Qual o seu estado Civil?	1[ ] Solteira 2[ ] Casada 3[ ] Viúva 4[ ] Divorciada 5[ ] Outros. Qual? _____	ESTCIV: ____
8. Qual a sua profissão?	1[ ] Do lar 2[ ] Desempregada 3[ ] Empregada Qual profissão? _____	OCUPA: ____
9. É alfabetizada?	1[ ] Sim 2[ ] Não	ALF:____
10. Qual o seu grau de escolaridade?	1[ ] Ensino fundamental incompleto 2[ ] Ensino fundamental completo 3[ ] Ensino médio incompleto 4[ ] Ensino médio completo 5[ ] Graduação incompleta 6[ ] Graduação completa 7[ ] Pós graduação 8[ ] Alfabetizada em casa	ESCOL: ____
11. Estuda atualmente?	1[ ] Sim 2[ ] Não	ESTAL:____
12. Tem quantos filhos?	1[ ] nenhum 6[ ] 5 2[ ] 1 7[ ] 6 3[ ] 2 8[ ] 7 4[ ] 3 9[ ] 8 5[ ] 4 10[ ] > 8	NFILHOS: ____
13. Você recebe a visita do ACS?	1[ ] Sim 2[ ] Não	VACS:____
14. Com qual frequência?	_____ _____	
15. Quanto tempo você demora da sua casa até a unidade de saúde?	_____ _____	
16. Qual o principal meio de transporte que você mais utiliza para chegar até a unidade de saúde?	1[ ] Carro próprio 2[ ] Táxi 3[ ] Andando 4[ ] Bicicleta 5[ ] Moto 6[ ] Ônibus 7[ ] Outro. Qual? _____	PMT:____
Situação Socioeconômica e Habitação		

17. Sua residência é?	1[ ] Própria 2[ ] Alugada 3[ ] Cedida 4[ ] Outra. Qual?_____	MORAD: ____
18. Mora com quem?	1[ ] Sozinha 2[ ] Com o companheiro sem filhos 3[ ] Com o companheiro com filhos 4[ ] Com o companheiro e familiares 5[ ] Com familiares 6[ ] Outro. Qual? _____	MRQ:_____
19. Quantas pessoas moram em sua residência (contando com você)?	1[ ] até 3pessoas 2[ ] 4 a 6 pessoas 3[ ] 7 ou mais pessoas	NPR:_____
20. De que é feita a casa onde você mora?	1[ ] Alvenaria 2[ ] Madeira 3[ ] Taipa 4[ ] Outra. Qual?_____	TPHAB: ____
21. Quantos cômodos têm na casa?	1[ ] 1 2[ ] 2 3[ ] 3 4[ ] 4 ou mais.	NCC:_____
22. Sua casa tem água encanada?	1[ ] Sim 2[ ] Não	SANBAS: ____
23. Como é feito o abastecimento de água?	1[ ] Carro Pipa 2[ ] Rede geral (Compesa) 3[ ] Poços 4[ ] Captação da água de chuva 5[ ] Açude 6[ ] Outro. Qual?_____	ABASTAG: ____
24. Qual o destino dos dejetos (fezes e urina)?	1[ ] Fossa 2[ ] Céu aberto 3[ ] Rede de esgoto 4[ ] Outro.Qual?_____	DESTDJT: ____
25. Você trata a água que você bebe?	1[ ] Sim 2[ ] Não	TAB:_____
26. Qual o tratamento utilizado?	1[ ] Fervura 2[ ] Cloração 3[ ] Filtração 4[ ] Mineral 5[ ] Outro. Qual? _____	TUPTA:_____
27. Qual o destino do seu lixo?	1[ ] Coletado 2[ ] Queimado 3[ ] Céu aberto 4[ ] Enterrado 5[ ] Outro. Qual?_____	DLIXO:_____
28. Qual a sua renda familiar?	1[ ] Inferior a 1 salário mínimo	RENDF:_____

	2[ ] 1 salário mínimo 3[ ] Até 2 salários mínimos 4[ ] Acima de 2 salários mínimos	
29. Recebe algum benefício?	1[ ] Sim 2[ ] Não Qual? _____	BENF:_____
Avaliação Clínica/ antropométrica		
30. Possui cartão da gestante?	1[ ] Sim, trouxe 2[ ] Sim, Não trouxe 3[ ] Não	PCG:_____
31. Os gráficos do cartão são preenchidos?	1[ ] Sim 2[ ] Não	PGC:_____
32. DUM:	___/___/____	DUM: ___/___/____
33. Idade gestacional pela ultima menstruação:		IGUM:_____
34. Idade gestacional pelo exame de ultrassonografia:		IGEU:_____
35. Peso pré-gestacional:		PESOPG:_____
36. Peso atual:		PESOA:_____
37. Altura:		ALT:_____
38. IMC:		IMC:_____
39. Pressão arterial atual:		PAA:_____
40. Pressão arterial da consulta anterior:		PACA:_____
41. Exames:		
Hemograma (Hb/Ht)	1[ ]Resultado:_____ 2[ ] Não consta no cartão	HBHt:_____
ABO (Rh)	1[ ]Resultado:_____ 2[ ] Não consta no cartão	ABO:_____
Glicemia em jejum	1[ ]Resultado:_____ 2[ ] Não consta no cartão	GLIJEJUM:_____
VDRL	1[ ]Resultado:_____ 2[ ] Não consta no cartão	VDRL:_____
Anti-HIV	1[ ]Resultado:_____ 2[ ] Não consta no cartão	AHIV:_____
Toxoplasmose	1[ ]Resultado:_____ 2[ ] Não consta no cartão	TOXOP:_____
Rubéola	1[ ]Resultado:_____ 2[ ] Não consta no cartão	RUB:_____
Hepatite B	1[ ]Resultado:_____	HEPB:_____

	2[ ] Não consta no cartão	
42. O exame preventivo foi realizado? (para mulheres acima de 20 semanas)	1[ ] Sim 2[ ] Não 8[ ] Não se aplica	REP:_____
Pré-natal		
43. Qual o motivo da ida à unidade:	1[ ] Rotina 2[ ] Vacinação 3[ ] Queixa. Qual? _____ 4[ ] Doença. Qual? _____ 5[ ] Esclarecimento de dúvidas 6[ ] Outro. Qual? _____	MOTIU:_____
44. Data da primeira consulta do pré –natal:	_____/_____/_____	DPC: ___/___/____
45. Trimestre que iniciou as consultas de pré-natal:	1[ ] 1ª (até 12 semanas) 2[ ] 2ª (13 a 24 semanas) 3[ ] 3ª (25 a 40 semanas) 4[ ] Não informado	TRIPN:_____
46. Número de consultas realizadas:	1[ ] Primeira consulta 5[ ] 4 2[ ] 1 6[ ] 5 3[ ] 2 7[ ] > 6 4[ ] 3 8[ ] Não informado	NCR:_____
47. A gestante foi classificada de alto risco?	1[ ] Sim 2[ ] Não	
48. Qual o local que você realiza o pré-natal:	Posto de saúde 1[ ] Sim 2[ ] Não	LPNPS:_____
	CESMU 1[ ] Sim 2[ ] Não	LPNC:_____
	Consultório particular 1[ ] Sim 2[ ] Não	LPNCP:_____
49. Qual (is) a(s) vacina(s) realizada(s) na gestante?	dT 1[ ] 1ª dose 2[ ] 2ª dose 3[ ] 3ª dose 4[ ] Reforço 5[ ] Imune 6[ ] Não iniciou o esquema vacinal	VDt:_____
	Hepatite B 1[ ] 1ª dose 2[ ] 2ª dose 3[ ] 3ª dose 4[ ] Imune 5[ ] Não iniciou o esquema vacinal	VHEPB:_____
	Influenza 1[ ] Sim 2 [ ] Não	VINF:_____
Percepção quanto à importância de uma nutrição adequada durante a gravidez		
50. Para você a alimentação deve ser “diferenciada” na gravidez?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	ALG:_____

51. Houve mudança alimentar com a gravidez?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	MUG:_____
52. Com qual importância você avalia uma alimentação adequada na gravidez?	1 [ ] Muito importante 2 [ ] Pouco importante 3 [ ] Sem importância	IAAG:_____
53. Você sabe o que pode acontecer com o bebê se a mãe apresentar **baixo peso** na gestação?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	PBP:_____
54.Você sabe o que pode acontecer com o bebê se a mãe apresentar **anemia** na gestação?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	PANEMIA:_____
55.Você sabe o que pode acontecer com o bebê se a mãe apresentar **diabetes** na gestação?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	PDIAB:_____
56. Você sabe o que pode acontecer com o bebê se a mãe apresentar **pressão alta** na gestação?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	PPAE:_____
57. Você sabe o que pode acontecer com o bebê se a mãe apresentar **obesidade** na gestação?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	POBES:_____
58. Você toma sulfato ferroso?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	SULFER:_____
59. Com qual frequência?	_____ _____ _____	
60. Você participa de alguma palestra ou curso de gestante?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	PPCG:_____
61. Você teve algum problema de saúde durante a gestação?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não Quais?_____	PSG:_____
62. Faz uso de bebida alcoólica?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não	UBA:_____
63. Quantas vezes você consome?	1 [ ] diariamente 2 [ ] 3 a 4x por semana 3 [ ] 1 a 2x por semana 4 [ ] quinzenalmente 5 [ ] mensalmente 6 [ ] Outro. Qual?_____	FRQBA:_____
64. Você fuma?	[ ] Sim [ ] Não, nunca fumei [ ] Não, já fumei anteriormente	FUMA:_____
65. Você usa algum medicamento?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não Quais?_____	USAMED:_____
66. Existe algum alimento BOM para essas situações:		

Situação	1. SIM 2. NÃO	Alimento	Por que?	
Gestante	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBG:_____
Resguardo	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBR:_____
Amamentação	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBA:_____
Bebê	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBB:_____
Febre	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBF:_____
Diarreia	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBD:_____
Menstruação	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBM:_____
Fraqueza	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBF:_____
Memória	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALBMEM:_____
67. Existe algum alimento RUIM para essas situações:				
Situação	1. SIM 2. NÃO	Alimento	Por que?	
Gestante	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALRG:_____
Resguardo	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALRR:_____
Amamentação	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALRA:_____
Bebê	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALRB:_____
Febre	1 [ ] Sim		_____	ALRF:_____

	2 [ ] Não		_____ _____	
Diarreia	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALRD:_____
Menstruação	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALRM:_____
Fraqueza	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALRF:_____
Memória	1 [ ] Sim 2 [ ] Não		_____ _____ _____	ALRMEM:_____

10. Anexo 1

Prefeitura
Vitória de Santo Antão
Trabalhando pela vitória de todos
www.prefeituradavitoria.pe.gov.br

Carta de Anuência

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução da pesquisa documental e coleta de dados, intitulado: **"Avaliação das Condições de Saúde e Nutrição Materno-Infantil Atendidas nas Unidades de Saúde no Município de Vitória de Santo Antão, PE, Brasil"**, a ser realizado pela Drª Michelle Figueredo Carvalho e Drª Sandra Cristina da Silva Santana, da Universidade Federal de Pernambuco – CAV estando a Secretaria de Saúde de Vitória de Santo Antão ciente do seu percurso metodológico e acordando que a Unidades de Estratégia Saúde da Família são contemplada pelo projeto.

Pesquisador: Michelle Figueredo Carvalho

Pesquisador: Sandra Cristina da Silva Santana

Autorizo em, 29 / 04 / 2013

Érica Lanny Alves Ximenes

Érica L. A. Ximenes
Coord. Núcleo de Projeto e Pesquisa de Saúde
COREN-PE - 006746

Érica Lanny Alves Ximenes

Coordenadora do Núcleo de Projetos/Pesquisas Acadêmicos de Saúde

---

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Avenida Henrique de Holanda, 727 – Matriz – CEP: 55.602-001 Fone/fax: (81) 3523-1111/2345
E-mail: saudevitoria_pe@hotmail.com CNPJ: 08.916.501/0001-24

10. Anexo 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO-INFANTIL ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE, BRASIL

Pesquisador: Sandra Cristina da Silva Santana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15371413.8.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 390.191

Data da Relatoria: 12/09/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL.

RECIFE, 10 de Setembro de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br