



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

ROSANA PORTO MATIAS MATEUS

**AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA DE GESTANTES E SUAS
CONSEQUÊNCIAS NO DESFECHO DA GESTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE
BALNEÁRIO GAIVOTA-SC**

CRICIÚMA/SC

2021

ROSANA PORTO MATIAS MATEUS

**AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA DE GESTANTES E SUAS
CONSEQUÊNCIAS NO DESFECHO DA GESTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE
BALNEÁRIO GAIVOTA-SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Joni Marcio Farias

CRICIÚMA/SC

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M425a Mateus, Rosana Porto Matias.

Avaliação dos hábitos de vida de gestantes e suas consequências no desfecho da gestação no município de Balneário Gaivota-SC / Rosana Porto Matias Mateus. - 2021.

95 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2021.

Orientação: Joni Marcio Farias.

1. Grávidas - Balneário Gaivota (SC). 2. Hábitos de saúde. 3. Estilo de vida. 4. Cuidado pré-natal. 5. Fatores de risco. 6. Morte fetal. I. Título.

CDD. 22. ed. 618.24


ROSANA PORTO MATIAS MATEUS

**AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA DE GESTANTES E SUAS
CONSEQUÊNCIAS NO DESFECHO DA GESTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE
BALNEÁRIO GAIVOTA-SC**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 19 de maio de 2021.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Doutor Joni Marcio de Farias
Orientador - Presidente


Profª Doutora Valdemira Santana Dagostin
UNESC - Membro externo


Prof. Doutor Renan Antônio Ceretta
UNESC/PPGSCol - Membro interno

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado no cenário de práticas da Atenção Básica de Saúde do município de Balneário Gaivota.

Dedico este trabalho ao meu esposo Fabiano
Luchina e aos nossos filhos Lucas e Luísa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar saúde, permitir que eu concluísse este sonho que tanto almejava “mestrado profissional” e sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Aos meus pais, *Zoleide Porto Matias* e *Lauro Fernandes Matias*, minha inspiração e minha base, por me mostrar sempre o caminho correto apesar das dificuldades durante a trajetória.

Ao meu esposo *Fabiano Luchina Mateus*, pela confiança depositada em mim, por toda compreensão em momentos de ausência durante este processo, por cuidar de nossos filhos, para que eu pudesse tornar realidade meu sonho. Aos meus filhos *Lucas Matias Mateus* e *Luísa Matias Mateus*, fonte de minha inspiração e por compreenderem minha ausência durante esse processo.

Aos meus amigos e colegas de mestrado e de trabalho *Daiane Daboit da Rosa Melo*, *Eluana Generoso Rosso Tavares*, *Cassia Aparecida Machado Mighuel Fermiano* e *Rafael Santos da Silva*, que além de compartilharmos todo esse processo em realização de um sonho em sermos mestres, vivenciamos muitos momentos durante o mestrado de alegrias, no qual sentirei muita saudade de vivenciar.

Ao meu Orientador Prof^o Dr^o. *Joni Marcio Farias*, pelo incentivo, apoio e confiança diante do tema. Obrigada pelos momentos de aprendizagem que compartilhamos juntos e pelos momentos de dedicação e por me permitir em ser sua mestranda.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UNESC que de alguma forma contribuíram em minha trajetória e formação, permitindo o crescimento acadêmico e profissional e respeitando minhas dificuldades e explorando minhas potencialidades.

Aos colegas de mestrado por todos os momentos que compartilhamos juntos neste processo de ensinamento e aprendizagem.

A todos que, que de alguma forma ou outra, contribuíram para a realização deste estudo.

Sonhar é preciso! Sem sonhos, as pedras do caminho tornam-se montanhas, os pequenos problemas são insuperáveis, as perdas são insuportáveis, as decepções transformam-se em golpes fatais e os desafios em fonte de medo.

Augusto Cury

RESUMO

A gravidez é uma etapa natural do ciclo de vida da mulher que produz transformações físicas, psicológicas e sociais, fato que demonstra a importância de ter hábitos saudáveis e ações que minimizem os fatores de risco. As orientações no pré-natal contribuem para uma gestação saudável e diminuição da mortalidade materna e perinatal. A compreensão sobre o conhecimento das gestantes quanto os agravos neste período, bem como cuidados e hábitos saudáveis são elementos essenciais para a realização deste estudo, tendo em vista que a taxa média de mortalidade infantil de Balneário Gaivota é de 20,69 para 1.000 nascidos vivos, segundo o instituto brasileiro de geografia e estatística- IBGE, ficando acima da média nacional. O objetivo deste trabalho é verificar a influência dos hábitos de vida no período gestacional e sua relação com os desfechos da gestação. O estudo foi realizado no primeiro momento através de um desenho epidemiológico de diagnóstico das gestantes atuais, e no segundo momento através de uma análise retrospectiva e documental para identificação das mulheres com desfechos negativos. Foi utilizado um questionário para identificar dados sociodemográficos, história reprodutiva, assistência pré-natal, doenças pré-existentes, estilo de vida e hábitos saudáveis e análise de prontuários e fichas de investigação de óbito. Os resultados obtidos apontam que 60% das mulheres com desfecho negativo tiveram parto prematuro, e natimorto pregresso, 91,3% das gestantes atuais iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, mulheres que não completaram o tratamento para sífilis obtiveram desfechos negativos 13,3%. A atividade física apresentou-se como fator de proteção, 66% das que tiveram desfechos negativos não a praticavam. 53,3% das mulheres relataram convívio familiar conflituoso, indicando como fator de risco para desfecho negativo. Concluímos que hábitos como tabagismo, consumo de álcool, não tiveram relação causal com desfecho negativo. Mas que a prática de atividade física e a harmonia do convívio familiar são fatores de proteção na gestação para um desfecho positivo.

Palavras-chave: Gravidez. Hábitos saudáveis. Pré-natal. Óbito fetal.

ABSTRACT

Pregnancy is a natural step in a woman's life cycle that produces physical, psychological and social changes, a fact that demonstrates the importance of having healthy habits and actions that minimize risk factors. Prenatal guidance contributes to a healthy pregnancy and a reduction in maternal and perinatal mortality. The understanding of the pregnant women's knowledge about the health problems in this period, as well as care and healthy habits are essential elements for this study, considering that the average infant mortality rate of Balneário Gaivota is 20.69 for 1,000 live births, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE, being above the national average. The objective of this work is to verify the influence of life habits in the gestational period and their relationship with the pregnancy outcomes. The study was carried out at the first moment through an epidemiological diagnostic design of current pregnant women, and at the second moment through a retrospective and documentary analysis to identify women with negative outcomes. A questionnaire was used to identify sociodemographic data, reproductive history, prenatal care, pre-existing diseases, lifestyle and healthy habits and analysis of medical records and death investigation forms. The results obtained show that 60% of women with a negative outcome had a premature birth, and stillbirth, 91.3% of current pregnant women started prenatal care in the first trimester, women who did not complete the treatment for syphilis had negative outcomes 13.3%. Physical activity presented itself as a protective factor, 66% of those who had negative outcomes did not practice it. 53.3% of women reported conflicting family life, indicating as a risk factor for a negative outcome. We concluded that habits such as smoking and alcohol consumption had no causal relationship with a negative outcome. However, the practice of physical activity and the harmony of family life are protective factors during pregnancy for a positive outcome.

Keywords: Pregnancy. Healthy habits. Prenatal. Fetal death.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do Pré-Natal	37
Figura 2 - Localização do Município de Balneário Gaivota.....	43
Figura 3 - Prevalências estratificadas por grupo de relação ao sucesso da gravidez	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociais, econômicas e demográficas materna das gestantes com desfecho positivo e negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96).....	48
Tabela 2 - Características de história reprodutiva anterior das gestantes atuais e com desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96).....	49
Tabela 3 - Características da assistência ao pré-natal das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96).....	50
Tabela 4 - Características de doenças pré-existentes, estilo de vida e hábitos saudáveis das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96).....	51
Tabela 5 - Prevalência de fatores de risco e de proteção quanto ao sucesso da gravidez.....	53
Tabela 6 - Características sociais, econômicas e demográficas materna das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96)	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BHCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
DT	Difteria e Tétano
DTPA	Difteria Tétano e Coqueluche Acelular
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SISPACTO	Sistema de Informação de Pactuação de Meta e Indicadores
SISVAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 GRAVIDEZ	17
2.1.1 Fatores de risco para uma gravidez	21
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE	23
2.3 ESTILO DE VIDA E HÁBITOS SAUDÁVEIS	25
2.3.1 Tabagismo	26
2.3.2 Álcool	27
2.3.3 Sono repouso	28
2.3.4 Trabalho	29
2.3.5 Relação familiar	29
2.3.6 Atividade física	30
2.3.7 Alimentação saudável	32
2.4 PROGRAMA DE ATENÇÃO A GESTANTES	35
3 JUSTIFICATIVA	39
4 OBJETIVOS	40
4.1 OBJETIVO GERAL	40
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
5 HIPÓTESES	41
6 MÉTODOS	42
6.1 DESENHO DO ESTUDO	42
6.2 LOCAL DO ESTUDO	42
6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	43
6.4 AMOSTRA	43
6.4.1 Critérios de inclusão	43
6.4.2 Critérios de exclusão	44
6.5 VARIÁVEIS	44
6.6 COLETA DE DADOS	44
6.6.1 Procedimentos e logística	44
6.6.2 Instrumento(s) para coleta dos dados	46
6.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	46
6.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46

7 RESULTADOS	48
8 DISCUSSÃO	55
9 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE (S)	71
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	72
ANEXO (S)	81
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	82
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	81
ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	85
ANEXO D - CARTA DE ACEITE	87
ANEXO E - TABELAS DE RESULTADOS	88

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, em vista dessa sua evolução, se dá na maioria dos casos sem intercorrências (BRASIL, 2012b). No entanto, ocorrem modificações na anatomia, fisiologia e no metabolismo materno, podendo provocar desconforto para a gestante. Mudanças no comportamento e no estilo de vida e o uso de medicações minimizam algumas dessas alterações e que no término do período gestacional as alterações fisiológicas na maioria das vezes tendem a ser resolvidas, sem nenhum prejuízo à mulher (COSTA *et al.*, 2017).

Diante das alterações que ocorrem no processo de gestação, o profissional envolvido na assistência pré-natal deve promover o empoderamento da gestante, encorajando-a no cuidado centrado em suas necessidades, repassando conhecimento e contribuindo para o protagonismo da gestante na tomada de decisões (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2017). O empoderamento ou *empowerment* como um processo constante, em que os indivíduos e comunidades adquirem e ganham confiança, auto estima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, conscientes que é crucial ganharem controle sobre as suas vidas, especialmente na sua saúde (OMS, 2002).

O conhecimento e a capacidade de mudança através do empoderamento, auxilia na manutenção ou obtenção de um estilo de vida mais saudável (AIRES *et al.*, 2016). Estilo de vida pode ser caracterizado como um conjunto de hábitos e costumes, sendo capaz de contribuir para a promoção da saúde. Está relacionado a vários aspectos que refletem as atitudes, as oportunidades e valores na vida das pessoas (PÔRTO *et al.*, 2015).

No entanto, é essencial esclarecer durante a assistência pré-natal sobre os hábitos recomendados, como uma alimentação saudável e a prática de atividade física regular, a gestante deve abster-se do uso de tabaco e álcool, pois o consumo destas substâncias traz consequências para o organismo materno e fetal (BRASIL, 2012).

Com o propósito de prestar assistência adequada ao pré-natal, a atenção básica é a porta de entrada no sistema de saúde para gestantes. Visando acolher e dar assistência por meio de orientações e ações que minimizem os fatores de risco, objetivando uma gestação saudável (BRASIL, 2012b). Os profissionais envolvidos na assistência pré-natal devem contribuir para as práticas de educação em saúde,

através de orientação e incentivo à autonomia da gestante, fomentando a acreditarem em seu poder de ação (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2017).

A assistência pré-natal, no entanto, é um fator relevante na redução da mortalidade materna e perinatal. Contudo a maioria das mortes e complicações que ocorrem no período gestacional, no parto e puerpério são preveníveis, porém é necessário a participação ativa do sistema de saúde. Alguns países em desenvolvimento já alcançaram ótimos resultados na melhoria de seus indicadores através de ações organizadas, amplas e integradas, com aplicação de tecnologias simplificadas e economicamente viáveis. Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis, é o grande objetivo nacional e internacional no campo da saúde (BRASIL, 2012).

Diante o exposto a presente pesquisa possui a seguinte questão de pesquisa: Qual o conhecimento das gestantes sobre os hábitos de vida saudável? O conhecimento que as gestantes possuem é concretizado na prática dos hábitos saudáveis? Estes questionamentos são inerentes a partir do momento que compreendemos que ter conhecimento não predispõe a mudança de comportamento, mas desconhecemos se esta relação também é igual no período gestacional, e quais são os hábitos saudáveis do ponto de vista da gestante e do trabalhador em saúde. A partir do momento que se compreende a relação efetiva entre conhecimento e mudança de comportamento, pode-se estabelecer ações integrativas e resolutivas, da perspectiva de modificar o panorama atual no município sobre esta temática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 GRAVIDEZ

A gravidez é um período natural, em que a mulher vivencia grandes mudanças e importantes transformações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (COUTINHO *et al.*, 2014). As modificações fisiológicas são necessárias para o desenvolvimento do feto que tem duração de 280 dias ou 40 semanas, podendo ser calculada a idade gestacional desde o primeiro dia da última menstruação (DECHERNEY *et al.*, 2014).

Ao longo da gravidez a maioria das mulheres desenvolvem um novo sentimento que é a maternidade, onde desperta o cuidado consigo mesma e com o filho que está sendo gerado. A maternidade possibilita a mulher a reviver o sentimento de mãe e filha, proporcionando uma experiência onde seus medos e anseios vêm misturados com a imagem idealizada de ser mãe e ter um filho, sendo esta concretizada após o parto, momento único em que a mulher se torna mãe (SANTO, 2015).

Para a realização do diagnóstico de gravidez, o profissional médico ou enfermeiro deve estar atento aos sinais que poderão se manifestar, sendo classificado em presunção, probabilidade e certeza (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). Dentre os sinais pressupostos de gravidez podemos ressaltar o atraso menstrual, náuseas, vômitos, mudanças nas mamas. Os sinais de probabilidade incluem aumento do volume uterino e amolecimento da cérvix uterina. Nos sinais de certeza observa-se batimentos cardíacos fetais, movimentos fetais por volta das 18 semanas e na ultrassonografia transvaginal pode ser observado após seis semanas de gestação atividade cardíaca (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

O diagnóstico precoce da gravidez é realizado a dosagem de gonadotrofina coriônica humana (BHCG). A realização deste teste para confirmação da gravidez é mundialmente conhecida pela eficácia e rapidez. O exame é realizado através da detecção do BHCG no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. O Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Rede Cegonha, disponibiliza na unidade básica de saúde (UBS) teste rápido para gravidez, realizado em mulheres com atraso menstrual superior a quinze dias, a fim

de acelerar o processo para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal (BRASIL, 2012b).

A gestação é um processo subdividido em trimestres, o primeiro inicia com a concepção se estendendo até as 13 semanas, nesta fase acontece adaptações no corpo materno e nos seus sentimentos, a mulher vivencia emoções como a notícia da gravidez, momento de comunicação aos familiares e parceiro podendo ter repercussões variadas conforme o contexto em que ocorre a gravidez. Apresenta instabilidade emocional, oscilações do humor, sente mais ansiedade e teme o aborto (BRASIL, 2012b).

A mulher vivencia mudanças no seu organismo, há mudanças fisiológicas anatômicas e bioquímicas que ocorrem no organismo materno para que o feto seja gerado. Tais modificações geram desconforto e preocupações nas gestantes, principalmente nas primíparas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A formação da placenta inicia no primeiro trimestre, ela é responsável pelo intercâmbio de nutrientes, transporte de gases respiratórios e produtos de degradação entre a mãe e o concepto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). Dentre as modificações que a mulher passa nesse período, está o aumento do útero, devido a presença do feto e anexos. Por volta de 12 semanas de gestação se apresenta na cavidade abdominal e é palpável acima da sínfise púbica. O colo uterino também se modifica aumentando a vascularização e edema resultando no amolecimento e cianose do mesmo (COSTA *et al.*, 2017).

Ao longo da gravidez o epitélio vaginal se espessa, e há um aumento da sua descamação, resultando na maior secreção vaginal, devido a influência dos estrogênios (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). As mamas se tornam mais sensíveis e maiores, causando mastalgia, devido às alterações hormonais, podendo apresentar de formigamento a dor. No processo de crescimento uterino, ocorre um deslocamento para cima e achatamento da bexiga urinária, com isso logo no início da gravidez a queixa de polaciúria se torna frequente, podendo estar relacionada aos hormônios da gravidez (DECHERNEY *et al.*, 2014).

Em nível de volume sanguíneo ocorre uma expansão volumétrica, para poder responder às necessidades metabólicas do útero aumentado e assim dar suporte ao rápido crescimento da placenta e do feto. O crescimento do volume sanguíneo inicia no primeiro trimestre, devido ao aumento tanto do plasma quanto de eritrócitos (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Ocorre um aumento na frequência dos batimentos do coração materno, podendo elevar-se de 10 a 15 batimentos por minutos (bpm), fator importante para a manutenção do débito cardíaco. Estima-se uma diminuição da pressão arterial (PA) e da resistência vascular periférica, esse decréscimo da PA acontece principalmente no primeiro e no segundo trimestre da gestação (COSTA *et al.*, 2017).

As alterações do sistema digestório iniciam no primeiro trimestre, com náuseas e vômitos acometendo a maioria das gestantes. Podendo estar relacionado ao aumento dos níveis de gonadotrofina coriônica humana e de estrogênio. As gengivas poderão apresentar edema, hiperemia e sangram com facilidade, isso pode ser causado pelo aumento do estrogênio sistêmico (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

As alterações psíquicas e psicológicas advindas da gravidez, provocam na mulher grandes variações, subjetivas, gerando uma série de tendências que tocam a sensibilidade, os desejos, as fantasias e o medo, além de determinar ações comportamentais específicas. A gravidez é um período de transformação de ordem biológica e psicológica que acarreta deslocamento subjetivo nos sistemas psíquico, afetivo e sócio familiar (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

O segundo trimestre começa na 14^a semana e se estende até a 26^a semana, o desenvolvimento do feto e as modificações no corpo materno continuam. Com 20 semanas o útero está globoso, sendo palpável próximo à cicatriz umbilical em consequência deste aumento do útero, ocorre uma compressão na veia cava inferior e pélvicas, resultando na dificuldade do retorno venoso (COSTA *et al.*, 2017).

Dentro do útero o desenvolvimento fetal está ocorrendo de forma rápida, com 24 semanas o feto tem todos os órgãos desenvolvidos, porém é incapaz de existência extra uterina, devido a imaturidade do sistema respiratório. Neste período o feto é menos vulnerável aos efeitos teratogênicos, embora possa acontecer interferência no desenvolvimento funcional, principalmente do cérebro (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A produção do colostro se inicia a partir das 16 semanas de gestação, este é o primeiro leite rico em proteínas e anticorpos. O aparecimento de uma trama de vasos venosos na pele da mama, está relacionada ao aumento da circulação venosa, que ocorre para o desenvolvimento das mamas (DECHERNEY *et al.*, 2014).

Na gravidez normal o pâncreas sofre hiperplasia das células B das ilhotas de *langerhans*, consequência do bloqueio periférico da insulina pelos hormônios

gravídicos. Essa modificação aumenta a insulina plasmática livre e facilita as necessidades fetais de carboidratos. Na segunda metade da gravidez a placenta produz maior quantidade de hormônios com ação anti insulina, desta maneira a atividade da insulina é atrapalhada, alterando os níveis de glicose para que esta fique disponível para ser transferida ao feto (COSTA *et al.*, 2017).

O sistema respiratório sofre alterações anatômicas e funcionais, o diafragma é elevado cerca de 4cm durante a gravidez com isso associa-se a uma redução da capacidade pulmonar total e na capacidade residual funcional. A frequência respiratória necessariamente não se altera, o que ocorre é um aumento significativo do volume corrente e a ventilação-minuto em repouso, conforme a gravidez evolui (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Modificações na postura são notórias devido ao peso adicional do útero, feto e anexos, o equilíbrio materno tem seu centro de gravidade deslocado para frente. Resultando em dores, principalmente na coluna lombar, que tem sua anatomia modificada durante este período (COSTA *et al.*, 2017).

Pode-se perceber neste segundo trimestre uma mudança no desejo sexual, onde algumas mulheres aumentam este desejo, porém a maioria tende a diminuir a satisfação sexual. É nesta fase que a mulher tem a percepção dos movimentos fetais, gerando uma concretude da gravidez, tal percepção gera alívio, porém pode deixá-la preocupada caso contrário. Este trimestre é considerado do ponto de vista emocional o mais tranquilo (BRASIL, 2012b).

O terceiro trimestre inicia na 27ª semana de gestação tendo término de 40/41 semanas (BRASIL, 2018). Neste período o feto continua o amadurecimento do sistema respiratório e aumentando o peso, já tem sobrevivência extra uterina, por vezes podendo precisar de aparelhos para sobreviver quando ocorre o parto prematuro (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

No término da gestação o útero é encontrado próximo o apêndice xifóide, tendo sua capacidade volumétrica aumentada de 500 a 1000 vezes superior à do estado não gravídico, devido esse crescimento uterino, ocorre deslocamento do estômago, aumentando a incidência de pirose, que também está relacionada com o relaxamento do esfíncter gastroesofágico. A progesterona faz hipotonia da musculatura lisa do trato gastrointestinal e a compressão das estruturas abdominais provocadas pelo útero gravídico, retarda o trânsito intestinal. A vesícula fica distendida e a bile viscosa, deste modo aumentando a incidência de formar cálculo

(MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). A respiração profunda se torna mais difícil, pois o feto começa a empurrar o diafragma para cima e com essa elevação comprime também o coração que se ajusta à nova condição (SANTO, 2015).

O sistema endócrino sofre inúmeras modificações durante a gestação. A hipófise chega a aumentar 135%, a glândula tireoide pode aumentar 30% no final da gravidez, devido a hiperplasia e a maior vascularidade. Essas alterações fazem com que os hormônios produzidos por estas glândulas sofram modificações na quantidade de produção (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

A intensidade das emoções neste trimestre está associada à proximidade do parto e as mudanças com a chegada do bebê, podendo deixar a gestante mais ansiosa. Neste período ocorre uma diminuição do desejo sexual e um aumento das queixas físicas (BRASIL, 2012b).

2.1.1 Fatores de risco para uma gravidez

As complicações que acontecem no período gestacional, aumentam a mortalidade ou a morbidade da mãe ou do feto. Com uma incidência de 5 a 20% das gestações. A prevenção com o cuidado no pré-natal torna-se um fator fundamental para um desfecho favorável (DECHERNEY *et al.*, 2014).

No início da gestação o aborto é uma das complicações enfrentadas pela mulher, o aborto espontâneo ocorre em maior parte até 12 semanas de gestação. Inúmeras são as causas que levam ao aborto, podendo ser maternas ou fetais, ele é definido como a interrupção espontânea ou induzida da gravidez, quando o embrião ou feto pesa menos de 500mg (CUNNINGHAM *et al.*, 2016). Quando ocorre uma ameaça de aborto a mulher poderá ter dores devido as contrações uterinas e sangramento vaginal e cerca de 10% das gestações diagnosticadas clinicamente, são abortadas espontaneamente até 12 semanas (DECHERNEY *et al.*, 2014).

A pressão arterial crônica também acomete as gestantes antes das 20 semanas, notadamente este fator pode elevar os riscos de pré-eclâmpsia e de deslocamento prematuro de placenta, e como prevenção é realizado ultrassonografia mensal para monitorar o crescimento fetal em gestantes com hipertensão crônica (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

O manual técnico do Ministério da Saúde *Gestação de Alto Risco*, descreve a hipertensão ocorrida após as 20 semanas, acompanhada de proteinúria

como diagnóstico de pré-eclâmpsia, e após 12 semanas do parto tende a desaparecer. Neste quadro, a antecipação do parto em casos que não correspondem ao tratamento medicamentoso é o único tratamento definitivo, uma vez que há restrição do crescimento fetal e comprometimento da vitalidade. No organismo materno a pressão arterial persiste em níveis de gravidade, ocorrendo cefaleia, vômitos, comprometimento da função renal e hepática e trabalho de parto com sangramento. A síndrome de Hellp, também ocorre em casos de pré-eclâmpsia grave, apresentando elevação das enzimas hepáticas e hemólise (BRASIL, 2012).

A diabetes gestacional pode atingir 7% das gestantes, o pâncreas materno não consegue produzir insulina suficiente para controlar a alta resistência periférica à insulina (CABAR, 2016). É frequentemente diagnosticada no final do segundo ou no início do terceiro trimestre gestacional (COSTA *et al.*, 2017). Em estudo realizado em uma comunidade Ganense, observou-se que mulheres que desenvolvem diabetes mellitus gestacional são mais propensas a gerar bebês natimortos ou macrosféricos e estão mais propensas a intervenções cirúrgicas por meio de episiotomia e cesariana (BAWAH *et al.*, 2019).

O impacto da obesidade durante a gestação afeta a mulher principalmente no terceiro trimestre, é um fator de risco para complicações clínicas, diabetes e hipertensão, podendo também ter um desfecho desfavorável no parto. Além de aumentar a prevalência para macrosomia infantil (VITOLLO, 2015). A obesidade é considerada um grave problema de saúde pública, no período gestacional este fator torna-se mais significativo, estabelecendo o adequado ganho de peso gestacional um desafio para as equipes de saúde, no acompanhamento pré-natal (FORTE *et al.*, 2015).

Em um estudo realizado com puérperas na maternidade Darcy Vargas em Joinville, Santa Catarina demonstrou-se que as gestantes com sobrepeso e obesidade apresentaram maiores chances de complicações no parto, intercorrências maternas como diabetes gestacional e hipertensão. O risco de intercorrências perinatais como escore apgar baixo ao primeiro minuto e macrosomia é maior entre gestantes obesas (SILVA *et al.*, 2014).

O MS traz no manual técnico de gestação de alto risco (BRASIL, 2012), os fatores de risco gestacionais e os marcadores apresentados antes da gravidez divididos em três categorias:

✓ **Categoria 1 - Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:** Idade maior que 35 anos; Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de dois anos; Altura menor que 1,45m; Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e >30); Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; Situação conjugal insegura; Conflitos familiares; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Hábitos de vida - fumo e álcool; Exposição a riscos ocupacionais (esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse);

✓ **Categoria 2 - História reprodutiva anterior:** Abortamento habitual; Morte perinatal explicada e inexplicada; História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; Parto pré-termo anterior; Esterilidade/infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade e grande multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Diabetes gestacional; Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores);

✓ **Categoria 3 - Condições clínicas preexistentes:** Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias.

Em uma gestação de risco, o medo torna-se um sentimento presente na vida da mulher, devido a insegurança de prosseguir com a gestação, a fragilidade da vida que está sendo gerada podendo ser interrompida a qualquer momento. Em um estudo realizado com gestantes de risco, dentro do hospital materno infantil de referência para gravidez de risco, pode se observar nas falas das gestantes a insegurança a angústia misturada com medo de não conseguir realizar o sonho da maternidade (PIO; CAPEL, 2015).

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde constitui-se em um conjunto de estratégias e formas de perfazer saúde, no âmbito individual e coletivo, objetivando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida (MALTA *et al.*, 2018).

Na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), é reafirmado o trabalho multidisciplinar visando a atuação sobre a promoção da saúde, possibilitando a participação de diversos atores em um determinado território, aumentando a assistência à saúde que reforça o eixo da reorientação dos serviços de saúde da Carta de Ottawa (HEIDEMANN *et al.*, 2018).

A Carta de Ottawa, é um documento decorrente da primeira conferência de Promoção da Saúde realizada no Canadá no ano de 1986, descreve Promoção da Saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua Qualidade de Vida e Saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (CASTRO; FRACOLLI, 2013, p.162).

No Brasil, as diretrizes da promoção da saúde foram inseridas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, porém a PNPS tornou-se realidade apenas em 2006, sendo revisada em 2014 (MALTA *et al.*, 2018). O objetivo geral da PNPS é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010).

A PNPS traz em uma das suas diretrizes o fortalecimento da participação social, sendo significativa para o alcance de promoção da saúde, principalmente na equidade e empoderamento do sujeito ou coletivo (BRASIL, 2010). O termo empoderamento está relacionado à capacidade do indivíduo ou coletivo agirem para garantir seu bem-estar ou direito de participação na tomada de decisões que lhes dizem respeito (BERTH, 2019). O empoderamento para a saúde é indispensável na prática da educação em saúde. Definido como um processo onde possibilita a capacidade do indivíduo e de grupos sociais em expor suas necessidades e aflições, indicar estratégias que possibilitem a atuação na escolha e alcance de ações políticas, sociais e culturais que venham atingir a essas necessidades (LIMA *et al.*, 2019).

Faz-se necessário no processo de empoderamento a existência de vínculo e diálogo para haver comunicação e negociação entre os profissionais de saúde e as gestantes, facilitando o reconhecimento das potencialidades de cada uma delas. Assim, o empoderamento da gestante permite a ela comunicação com o meio em que está inserida (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2017).

A mulher empoderada na gravidez tende a ser participante no processo de cuidado, tendo conhecimento dos direitos no serviço de saúde. O empoderamento deve ser o resultado da distribuição de informação e oportunidades com intuito de fortalecer o conhecimento (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2017). Deste modo, conforme o grau de empoderamento da mulher durante a gravidez, a mesma contribuirá para um diagnóstico diferencial no processo de cuidado no período gestacional e ao tornar-se mãe (AIRES *et al.*, 2016).

O empoderamento feminino é essencial para as mulheres realizarem suas escolhas e exercerem seus direitos e cidadania. Porém é possível perceber que muitas mulheres são tratadas apenas nos seus aspectos biológicos e patológicos, não havendo a preocupação com aspectos educativos, que possibilitam um cuidado adequado consigo e com o bebê (NEVES *et al.*, 2017).

É perceptível que as gestantes empoderadas reconhecem a importância de realizarem a assistência ao pré-natal, pois permite a assiduidade da gestante nas consultas e instiga seu interesse por informação. A importância de empoderar a gestante durante a assistência pré-natal, para que a mesma possa tomar decisões com racionalidade, relacionando-se à descoberta e a prevenção de eventos adversos comuns no período gravídico, quando a mesma dá início precoce ao acompanhamento da mulher e do bebê e ao trabalho de parto e parto seguro (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2017).

2.3 ESTILO DE VIDA E HÁBITOS SAUDÁVEIS

O estilo de vida é caracterizado como um conjunto de hábitos e costumes que sofrem influência dentro de um processo prolongado de socialização. Dentre os hábitos e costumes estão a utilização de substâncias como álcool, fumo, chá e café, assim como as práticas de exercícios e hábitos alimentares (OMS, 1998).

Os padrões de comportamento estabelecidos pela gestante definem o estilo de vida da mesma. Alguns elementos do estilo de vida desempenham importante função para promoção da saúde e na prevenção de doenças, tais como atividade física e alimentação saudável. Igualmente outros elementos não menos importantes que os já citados, são essenciais para o bem-estar e garantia da qualidade de vida da gestante. Como, evitar uso de cigarros, consumo de álcool,

estar em harmonia com a família e amigos, praticar sexo seguro e saber gerenciar o estresse (GURGEL *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado com 82 gestantes, com objetivo de verificar quais mudanças nos estilos de vida que a gravidez provoca, constatou que a alimentação passou a ser mais saudável, atividade física praticada moderadamente, evitou-se exposição a perigos, o sono e repouso procuraram se adequar, as relações sociais tornarem-se mais próximas, realizaram autocuidado, as viagens foram diminuídas e nas vivências sexuais procuraram novas estratégias. Neste estudo, a maioria das mulheres procuraram um estilo de vida mais saudável, aproveitando o momento para deixar de lado consumos menos saudáveis como no caso do álcool e cigarros (COUTINHO *et al.*, 2014).

No decorrer da gravidez a mulher vivencia muitas modificações, incluindo alterações físicas e psicológicas. As alterações que ocorrem perpassam a vida pessoal, havendo também mudanças na vida do casal e de toda família. Sendo este momento oportuno para adoção de uma vida mais saudável (COUTINHO *et al.*, 2014). Entre os hábitos recomendados durante a gravidez, a realização da atividade física e alimentação adequada e equilibrada são significativamente favoráveis à melhoria da condição de saúde materna e neonatal (SILVA *et al.*, 2017).

2.3.1 Tabagismo

O tabagismo é considerado uma doença crônica causada pela dependência da nicotina presente nos produtos à base de tabaco. Atualmente é considerado um grande problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. O cenário Nacional avançou na redução do uso do tabaco, caindo 35% o consumo de cigarro nos últimos 10 anos, de acordo com o instituto nacional do câncer (INCA, 2017).

No entanto, mesmo com esse decréscimo no consumo de cigarro, a prevalência de mulheres fumantes é elevada. E o uso do cigarro causa impacto negativo durante o período gestacional, a mulher pode apresentar mais intercorrências durante o parto, aumenta o risco de o bebê nascer baixo peso, de ter restrição do crescimento intrauterino, placenta prévia e descolamento de placenta (DECHERNEY *et al.*, 2014).

A gestante deve ser encorajada a não fumar, no entanto pode estar exposta ao tabagismo passivo, sendo esta uma situação muitas vezes incontrollável. Apesar de todas as normas existentes de promover ambientes livres da fumaça do cigarro em locais fechados e instituições públicas, no meio familiar quem dita as ordens são os integrantes. Necessitando uma sensibilização para que a política pública adentre o lar (SIQUEIRA; MAEDA, 2017).

O Ministério da Saúde preconiza que na avaliação pré-concepcional, ocorra a investigação do hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas, a fim que o profissional de saúde oriente a mulher quanto aos efeitos adversos associados ao uso dessas substâncias. No entanto, se a gestante for fumante, já na primeira consulta o profissional deve discutir sobre os riscos do uso e os benefícios de abandonar o fumo. A gestante que não conseguir parar de fumar, deve ser encorajada a reduzir o consumo (BRASIL, 2012b).

Os profissionais de saúde devem acolher de maneira cuidadosa as gestantes fumantes, esse profissional se torna essencial para o sucesso dos programas de abordagem do fumo na gravidez. Torna-se fundamental desenvolver uma política bem definida de apoio à cessação do tabagismo na gravidez, onde o controle do uso do tabaco é relevante na prevenção de doenças e promoção da saúde materna e infantil (SANTO, 2015).

2.3.2 Álcool

O consumo de álcool durante a gestação causa consequências no desenvolvimento do sistema nervoso central do concepto. A síndrome alcoólica fetal é resultado do consumo desta substância, se caracteriza pela deficiência intelectual, microcefalia, diminuição da coordenação motora, hipotonia, hiperatividade, dismorfias faciais e restrição do crescimento fetal, entre outras patologias em diversos órgãos (COSTA *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado em Rio Branco no Acre, em 2017, com 30 gestantes que utilizavam algum tipo de substância química, revelou que 60% das gestantes entrevistadas referiram o uso do álcool. O cigarro foi a segunda droga mais referida e consumida, com 30% das gestantes que realizavam o pré-natal na unidade de saúde do estudo. Demonstrando neste estudo que a classe de drogas lícitas é mais utilizada pelas gestantes (MAIA *et al.*, 2019).

O álcool é reconhecido como um potente e comum teratígeno, causador mais frequente de deficiência intelectual não genética. A quantidade ingesta de álcool para causar consequências fetais deletérias é desconhecida, porém a ingestão de grande quantidade poderá apresentar risco principalmente de anomalias congênitas e risco de morte fetal (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Conforme descrito no caderno de atenção básica 32, o uso de álcool deve ser evitado no primeiro trimestre gestacional, pois a substância está associada ao aumento do risco de malformações. Para efetivação do cuidado, o profissional da saúde deve orientar a gestante sobre os riscos do uso da substância no período gestacional, oferecer ajuda e apoio para cessação ou diminuição do consumo do álcool e colocar-se como parceiro (BRASIL, 2012b).

2.3.3 Sono repouso

O sono e repouso fazem parte das necessidades humanas básicas essenciais à vida, e no período gestacional se encontram aumentadas. Em um estudo realizado com gestantes para conhecer as mudanças nos estilos de vida provocadas pela gravidez, algumas gestantes referiram mudanças a nível de hábitos de sono, onde neste período mostraram-se com aumento do sono e necessidade de período maior de repouso (COUTINHO *et al.*, 2014).

O aumento de sono é ocasionado pelo efeito soporífero da progesterona, ocorrendo desde o início da gestação, manifestação de fadiga é comum, podendo também estar associado no início da gravidez aos sintomas de náuseas e vômitos, já no terceiro trimestre por desconforto geral, frequência urinária e dispneia, consequência disso modifica o padrão de sono e repouso (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

A caderneta da gestante do MS de 2018, traz importantes orientações sobre o sono, como dormir 8 horas por noite, repousar alguns minutos no dia, elevar as pernas quando estiver sentada ou deitada e repousar sempre que necessário. Destaca a posição para gestante deitar, essa de preferência do lado esquerdo, com o travesseiro entre as pernas, pois esta posição irá facilitar a passagem de oxigênio para o bebê (BRASIL, 2018).

2.3.4 Trabalho

Em relação a mudanças no trabalho, não é recomendado o desempenho de qualquer atividade onde exija esforço físico intenso. O ideal é que nenhum trabalho ou atividade se mantenha a ponto de levar a fadiga. E sempre que necessário ocorra os períodos de repouso, fundamental para o bem-estar da mãe e do feto (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

A atividade doméstica e profissional realizada adequadamente é permitida, desde que não acarrete nenhum risco à gestação. É recomendado no último mês gestacional a cessação dos trabalhos profissionais e redução do trabalho doméstico, visto que o mesmo é tão ou mais cansativo que o trabalho realizado fora de casa (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Para aquelas mulheres com história prévia de dois ou mais abortos, não é recomendado atividade onde permaneça muitas horas em pé ou caminhando. A incidência de aborto espontâneo é maior em mulheres que trabalham mais de sete horas em pé. Já as mulheres sem história prévia de abortamento, não foi encontrado risco associado à atividade realizada no trabalho (BRASIL, 2012).

Os direitos trabalhistas que asseguram as gestantes, prevê licença maternidade de 120 dias para aquelas com carteira assinada. Outro direito é a garantia de estabilidade no emprego, não podendo ser demitida no período gestacional e após cinco meses do parto, a não ser por justa causa. Assegura também o direito de mudar de função sempre que apresente risco a sua saúde ou do feto, para isto deverá apresentar atestado médico comprovando a necessidade (BRASIL, 2018).

2.3.5 Relação familiar

A gravidez é um evento com grande significância na vivência de todos os elementos da família, momento de reflexão da constituição familiar e na formação de laços afetivos. Embora ocorra mudanças na estrutura e organização da família, esta continua sendo uma unidade que cuida dos membros (COUTINHO *et al.*, 2014).

Sendo considerada a gravidez um evento familiar, o vínculo tende a aumentar neste período, despertando uma relação de cuidado integral. Lembrando que a cultura pode interferir na maneira como cada família participa da gestação,

podendo ser sentida e aceita de formas diferentes de acordo com suas crenças, saberes e práticas (WILHELM *et al.*, 2017).

Mesmo quando planejada a notícia da gravidez é capaz de mudar a vida para sempre, podendo trazer sentimento de medo e gerar dúvidas. Ocorre mudanças na relação amorosa e a perda da individualidade assusta algumas mulheres, que na maioria das vezes associam trabalho com afazeres domésticos, somando mais a maternidade e o desafio de cuidar de um bebê (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

As mudanças ocorridas neste período, tendem a ser positivas quando a gravidez é planejada. Sendo observada uma pré-disposição do casal na busca de hábitos de vida saudáveis. É relevante que o casal esteja preparado física e emocionalmente para as modificações que aconteceram em suas vidas com a chegada do bebê (COSTA *et al.*, 2017).

Quando a gravidez não é planejada, as dificuldades emocionais podem advir no contexto familiar, como no caso de uma gestação na adolescência, na ausência de um parceiro fixo ou mesmo quando a mulher não deseja mais ter filhos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Neste sentido, o profissional de saúde é parte fundamental na abordagem integral dessa gestante, considerando sua história de vida, sentimentos e relação familiar. Pois muitos sintomas manifestados pela gestante podem estar associados a questões emocionais, ansiedades e medos. É fundamental a sensibilidade do profissional para entender o que ocorre com cada gestante (BRASIL, 2012b).

2.3.6 Atividade física

A atividade física é definida como um conjunto de ações praticadas que envolvem gasto de energia e alterações do organismo, por meio de movimentos corporais, podendo ser realizada individual ou grupo de pessoas. Proporcionando melhoras fisiológicas e promovendo benefícios no âmbito social e mental. Devido a isso, esta prática se torna fundamental em todos os estágios da vida, inclusive no período gestacional (SOARES *et al.*, 2017).

As mulheres que já realizam atividade física antes da gestação devem ser encorajadas a continuar com a prática. Todavia a atividade física contribuirá para

uma gestação com melhores ajustes neurais, hormonais, cardiovasculares e respiratórios e assim garantindo a homeostase do organismo perante as demandas energéticas aumentadas (COSTA *et al.*, 2017).

O caderno de atenção básica 32, descreve as orientações sobre exercícios físicos básicos que devem ser fornecidas durante a assistência pré-natal e puerperal. A realização proporciona benefícios, como uma boa preparação corporal e emocional, a mulher vivencia a gravidez com prazer (BRASIL, 2012b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde traz como uma das estratégias de produção de saúde, ações de prática corporal/atividade física e dentre essas estão as atuações a serem executadas na rede básica de saúde, como a oferta dessas práticas nos espaços de saúde e na comunidade (BRASIL, 2010).

Na caderneta da gestante disponibilizada pelo Ministério da Saúde, contém a receita para uma gravidez saudável, entre as dicas estão os exercícios presentes, orientações sobre caminhadas, atividades físicas leves e prazerosas. E caso haja contraindicação a não realização da atividade física (BRASIL, 2018).

A recomendação da atividade física na gravidez, inicia no primeiro trimestre e segue até o parto, salvo em caso de algum fator de risco que contraindique a prática. As gestantes são orientadas a realizar atividade física de forma regular e intensidade moderada, por 30 minutos ou mais diariamente. Devem evitar atividade que tenha o risco de queda e trauma abdominal. No caso de complicações na gravidez, como algum distúrbio hipertensivo associado à gravidez, parto prematuro, placenta prévia e doença cardíaca e pulmonar grave. É prudente abster-se ou limitar a atividade física (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Dentre as práticas seguras recomendadas para ser realizadas na gravidez estão a caminhada, natação, bicicleta ergométrica, aeróbio de baixo impacto, yoga, pilates, tênis e treinamento de força. Sendo de extrema importância a prescrição por um profissional da área, que irá planejar o exercício físico conforme o período da gestação. Devem ser interrompidos os exercícios caso aconteça sangramento vaginal, contrações dolorosas regulares, perda de líquido amniótico, dispneia antes do exercício, tontura, cefaleia e dor no peito (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Durante a realização da atividade física o feto aumenta de 10 a 30 batimentos, e a alteração no seu peso é mínima ou inexistente. Já os benefícios para a mulher são imensos, promove condicionamento físico podendo prevenir o

ganho de peso excessivo, além de reduzir os riscos de diabetes mellitus gestacional, pré-eclâmpsia e parto cesáreo (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A atividade física regular na gravidez é uma estratégia de cuidado pré-natal, com benefícios de curto e longo prazo para a mãe e bebê. Porém muitas gestantes não realizaram ou realizaram de forma insuficiente para obter os benefícios que atividade física proporciona (SOARES *et al.*, 2017).

2.3.7 Alimentação saudável

Conforme a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), compreende-se alimentação adequada e saudável como prática alimentar de acordo com os aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, assim como ao uso sustentável do meio ambiente. Devem estar adequadas a cada fase da vida e também conforme as necessidades alimentares específicas. Devendo ser acessível do ponto de vista físico e financeiro, com a quantidade e qualidade certa, sendo baseada em práticas produtivas corretas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2012c).

Alimentação relaciona-se à ingestão de nutrientes, assim como alimentos que tem e fornecem os nutrientes, a como os alimentos são combinados entre si e preparados, neste sentido a alimentação é mais que ingestão de nutrientes. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar (BRASIL, 2014).

O aumento acelerado da obesidade na população brasileira em todas as idades se reflete também nas gestantes. Grupo este que tem um ganho ponderal aumentado devido ao estado gestacional. Este fator está contribuindo para obesidade feminina, lembrando que a retenção de peso pós-parto é fator de risco independente do acúmulo de gordura abdominal e obesidade em geral nas mulheres, prevalecendo em mulheres com excesso de peso pré-gestacional ou ganho excessivo (CARDOSO, 2014).

O desfecho favorável da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação do estado nutricional materno, tem grande significado sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois a gestação é uma fase em que as necessidades nutricionais são aumentadas, devido aos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento

fetal. Deste modo a nutrição tem grande importância para o prognóstico da gestação (BRASIL, 2012c).

No decorrer da assistência pré-natal, a equipe de saúde tem de estar apta a realizar orientações para a gestante sobre os aspectos científicos e técnicos que envolvem uma gestação saudável, inclusive o tema nutrição. Esta ação do profissional pode ajudar a gestante a compreender quão importante a realização de boas práticas nesta fase em que ela se encontra (PALOMBARINI *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde lançou uma nova edição em 2014 do guia alimentar para população brasileira, apresentando um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação. Nele contém os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014).

O índice de massa corporal adequado para gestante na sexta semana de gravidez é entre 20,0/24,9 estas gestantes deverão ganhar entre 11,5 a 16,0 kg durante toda a gestação. Aquelas gestantes “baixo peso”, deverão ganhar entre 12,5 - 18,0 kg e as que estiverem sobrepeso de 7,0/11,5 kg já as obesas devem ganhar em torno de 7 kg. A gestante deve ser pesada toda consulta de pré-natal, assim como devem ser acompanhadas no sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), esse sistema monitora e estado nutricional (BRASIL, 2012b).

O estado nutricional pré-gestacional pode definir a saúde do embrião, não apenas pelas reservas energéticas, mas também pela necessidade de vitaminas, minerais e oligoelementos. No segundo e no terceiro trimestre, a nutrição do feto depende da ingestão de nutrientes da gestante e do estilo de vida da mesma. Quanto ao peso médio do feto no final de cada trimestre, no primeiro o peso médio é de 300g, no segundo 1.000kg, e no terceiro em torno de 3.000kg (VITOLLO, 2015).

Na primeira consulta deve-se prescrever a suplementação de ácido fólico 5mg diária, a fim de reduzir o risco de defeito do tubo neural. E sulfato ferroso 40mg diária, para evitar anemia, o consumo de alimentos fontes de ferro como carne, miúdos, folhas verdes escuras, grãos integrais entre outros se tornam essencial para prevenir a carência do ferro. A ingestão de alguma fonte de vitamina C, para ser consumida junto ao ferro é de grande valia, melhorando a absorção. Lembrando que as gestantes com excesso de peso ou baixo peso precisam de cuidados individuais e orientações direcionadas (BRASIL, 2012b).

Na suplementação de ferro é comum que a gestante apresente incômodo gastrointestinal, principalmente quando utilizado grande dosagem de ferro. Entre as

alterações observa-se a presença de constipação, náuseas, vômitos e diarreia. A frequência e severidade em que ocorrerão essas alterações, irá depender da quantidade de ferro elementar liberado no estômago (OMS, 2013).

A gestante deve ser orientada a manter uma dieta balanceada e de acordo com as necessidades especiais de ferro, ácido fólico, cálcio e zinco. A proteína é vital para o desenvolvimento embrionário, o cálcio se não for ingerido pode causar desmineralização do esqueleto materno. A ingestão de ferro adequada é de extrema importância para o aumento da produção de hemácias que se inicia em torno da sexta semana de gestação. O ácido fólico é recomendado para ser utilizado três meses antes da gestação (DECHERNEY *et al.*, 2014).

Estima-se que em torno da metade de todos os defeitos congênitos, não ocorreriam se mulheres em idade fértil consumissem a quantidade adequada de ácido fólico, seja através da ingestão alimentar fortificada com a substância ou pela suplementação com multivitaminas (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A caderneta da gestante disponibilizada atualmente pelo Ministério da Saúde, descreve dez passos para uma alimentação saudável. Entre eles a realização de pelo menos três refeições e dois lanches diários, evitar ficar muitas horas sem comer, ter uma rotina de horários das refeições, dar preferência a alimentos naturais, usar em pequena quantidade óleos, gorduras e açúcares. Evitar frituras e alimentos industrializados, comer diariamente legumes, verduras e frutas de época, feijão, cereais e leite, lembrando sempre de beber água entre as refeições (BRASIL, 2018).

O consumo adequado de água durante a gestação se torna indispensável para o correto desenvolvimento e manutenção do organismo materno e fetal. A ingestão diária recomendada nesta fase é 3 litros, devendo ser 2,3 litros ingeridos em forma de líquidos, inclusive água e o restante, através de alimentos que contenham água (VITOLLO, 2015).

De acordo com o caderno de atenção básica, atenção ao pré-natal de baixo risco, deve-se orientar a gestante sobre a preferência a ingestão de alimentos naturais, escolha de peixes e frango e sempre preferir carnes magras, evitar carnes cruas ou mal passadas devido ao risco de transmitir doença. Diminuir o consumo de gorduras e evitar acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois reduz o aproveitamento do cálcio do leite. Reduzir a quantidade de sal na comunidade e retirar o sal de mesa (BRASIL, 2012b).

As boas práticas de alimentação saudável e atividade física são aliados essenciais no controle do peso, na redução do risco de doenças e na melhoria da qualidade de vida. O profissional da saúde tem que ser consciente das ações constantes realizadas de promoção a essa população específica, a fim de motivá-las a ter hábitos alimentares saudáveis durante a gestação (BRASIL, 2012).

2.4 PROGRAMA DE ATENÇÃO A GESTANTES

A assistência ao pré-natal é de extrema importância no resultado da gestação, promovendo saúde para mãe e feto, identificando os fatores de risco para ambos, podendo assim realizar uma assistência adequada (BRASIL, 2012).

O cuidado pré-natal foi concebido por décadas por parteiras, religiosas e mulheres experientes da família, em 1983 com a publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), iniciou uma assistência com integridade, equidade em todas as fases do seu ciclo vital, destacando a atenção pré-natal, culminando no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

O Brasil nas últimas décadas apresenta tendência decrescente na mortalidade infantil, na década de 80 a taxa de mortalidade infantil foi 82,8/1000, tendo um forte decréscimo nos anos 2000 para 29,02/1000, porém o número de óbitos infantil no ano de 2017 no município de Balneário Gaivota SC, é expressivo com taxa de mortalidade infantil 20,69/1000, quando a taxa do Brasil no mesmo ano foi 12,4/1000 (IBGE, 2017).

A taxa de mortalidade infantil pode estar relacionada a ações dos serviços de saúde, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Apesar do aumento da cobertura do acompanhamento pré-natal, incompativelmente a incidência de sífilis congênita continua aumentado, como também a hipertensão arterial sistêmica, sendo esta a causa de morbimortalidade materna e perinatal mais comum no Brasil, demonstrando a fragilidade da qualidade da assistência pré-natal prestada (BRASIL, 2012).

O Governo Federal lançou a “Rede Cegonha” em 2011, como sendo uma nova estratégia para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País. Deste modo ela vem estruturar e organizar a assistência, assegurando às mulheres

o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e as crianças o direito ao nascimento seguro a ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012b).

Atualmente o Ministério da Saúde disponibiliza a 4ª edição da caderneta da gestante, lançada em 2018. É um instrumento que contém orientações para gestantes, desde os seus direitos, descrevendo as leis existentes e também orientações de cuidados para cada alteração ocorrida no período gestacional e as modificações em cada trimestre, trabalho de parto, os tipos de parto (BRASIL, 2018).

A caderneta, entregue a gestante no momento da primeira consulta de pré-natal, na unidade básica de saúde, apresenta ainda os cuidados pós-parto, amamentação, puerpério e planejamento reprodutivo, com interlocução com o campo onde o profissional da área da saúde está inserido e que organiza junto a gestante desde a identificação, gráfico de acompanhamento nutricional, curva de altura uterina/idade gestacional, resultado dos exames, tratamento de sífilis, medicações, antecedentes familiares, gestações anteriores e atual, vacinas, participação de atividades educativas, visita a maternidade, consulta de pré-natal e odontológica, pré-natal do parceiro e agendamento das consultas do pré-natal (BRASIL, 2018).

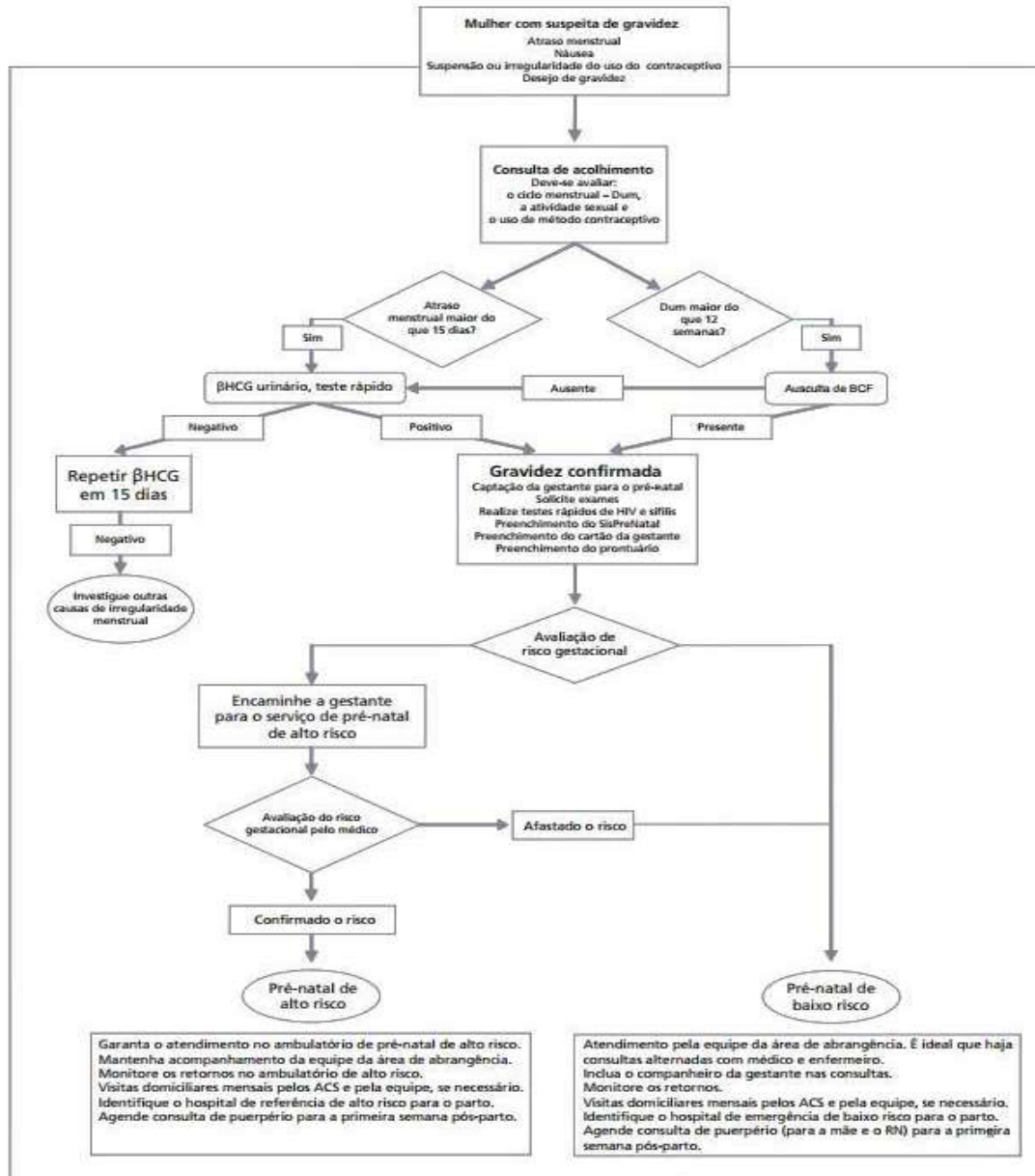
Conforme descrito no caderno de Protocolos da Atenção Básica saúde das mulheres, o acesso ao pré-natal no primeiro trimestre, oportuniza a realização de diagnóstico precoce de alterações e também favorece a realização de ações adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016).

A organização dos serviços a gestantes na saúde pública, estabelece a responsabilidade de consultas de pré-natal a serem realizadas por médicos e enfermeiros e os grupos de gestantes podem ser realizados por qualquer profissional da saúde, no entanto é de extrema importância o envolvimento de outros profissionais como o agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, dentista e ainda se necessário assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros (BRASIL, 2018).

Conforme o caderno de atenção básica 32, que descreve a atenção ao pré-natal de baixo risco, as consultas de pré-natal devem ser realizadas mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais até 41 semanas. Em caso de apresentar complicações que necessitem de acompanhamento no pré-natal de alto

risco, a gestante realiza acompanhamento em ambos serviços especializados e na atenção básica. Segue o fluxograma de pré-natal (BRASIL, 2012b).

Figura 1 - Fluxograma do Pré-Natal



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2012).

Para uma assistência adequada ao pré-natal, logo na primeira consulta são solicitados os exames alguns se repetem ao longo da gestação ou conforme necessidade, entre eles estão: tipagem sanguínea, fator Rh e ultrassonografia obstétrica (1º trimestre), hemoglobina, hematócrito, glicemia de jejum, urina tipo I, urocultura e antibiograma, teste rápido para sífilis, VDRL, teste rápido para HIV, anti HIV, teste rápido para HBsAg, anti-HBsAg, toxoplasmose IgG (1º e 3º trimestre),

teste de tolerância a glicose realiza-se no período de 24 a 28 semanas de gestação (BRASIL, 2016).

Acrescenta-se ainda as vacinas a serem realizadas durante o período gestacional de influenza e dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular), caso a gestante não estiver com esquema vacinal completo de dT (difteria e tétano) e hepatite B, também irá tomar. Quanto às medicações prescritas na primeira consulta de pré-natal, a suplementação com sulfato ferroso 40mg diário deve seguir até três meses pós-parto e o ácido fólico até 12 semanas de gestação (BRASIL, 2016).

O objetivo da realização do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação e facilitar o parto de um recém-nascido saudável, sem problemas para a saúde materna. Oportunizar uma assistência de forma integral, abordando aspectos psicossociais, realizando atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b).

Em um estudo transversal, realizado no ano de 2017 na cidade de Pirajá-BA, com 17 mulheres entre elas gestantes e puérperas que já haviam recebido assistência pré-natal, responderam um questionário com 17 questões, sendo 5 delas sobre o nível de conhecimento dessas mulheres acerca do pré-natal, com os maiores acertos no questionário de mulheres que tiveram, previamente contato com algum profissional de saúde. Essa instrução facilita a adesão de gestantes e puérperas nos cuidados fundamentais preconizados no pré-natal, reduzindo a morbimortalidade de gestantes, fetos e recém-nascidos (REZENDE; RODRIGUES, 2019).

3 JUSTIFICATIVA

Ao analisar a taxa de mortalidade infantil médio do município, verificou-se que a média da cidade é 20,69 para 1.000 nascidos vivos, segundo o instituto brasileiro de geografia e estatística- IBGE, ficando acima da média nacional 12,8 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2017). O município pactuou para o ano 2019 no Sistema de Informação de Pactuação de Meta e Indicadores (SISPACTO), um óbito infantil, no entanto até o momento ocorreram 4 óbitos infantil, tendo o coeficiente de mortalidade infantil de 36,69.

A necessidade de compreensão sobre o conhecimento das gestantes dos possíveis agravos durante este período, a relação entre o conhecimento e de fato a prática destes hábitos saudáveis são elementos textuais para a realização da pesquisa, para que possam ser estabelecidas estratégias de ação com interlocução com todas (individual e coletivamente), melhorando o serviço e o desfecho de uma gestação saudável.

Fatos que despertaram na pesquisadora o interesse pela temática, vinculado a sua atuação na coordenação do programa saúde da mulher no município, e pela compreensão que o período de gestação demanda de cuidados e busca de hábitos saudáveis que minimizem os riscos de complicações de mães e fetos. A observação do campo prático remete empiricamente definir que as gestantes do município que realizam o pré-natal demonstram ter hábitos inadequados durante todo período gestacional.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a influência dos hábitos de vida no período gestacional e sua relação com os desfechos da gestação.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Identificar as características sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, renda, cor da pele, área de residência, atividade laboral), gestacionais (realização de consulta pré-natal, exames, tabagismo, ganho de peso, ingestão de álcool, paridade);

- ✓ Verificar a prevalência de hábitos saudáveis entre as gestantes;
- ✓ Analisar as características reprodutivas das gestantes;
- ✓ Identificar a prevalência da assistência ao pré-natal;
- ✓ Verificar o histórico de doenças pré-existentes;
- ✓ Analisar a prevalência dos fatores de risco e grau de proteção.

5 HIPÓTESES

- ✓ As características sociodemográficas interferem a qualidade gestacional e o desfecho ao nascimento;
- ✓ As gestantes do município não possuem hábitos saudáveis durante a gestação;
- ✓ O histórico reprodutivo das gestantes interfere no desfecho ao nascimento;
- ✓ As gestantes do município têm baixa adesão e aderência na assistência ao pré-natal;
- ✓ Ter diagnóstico de DST ou outras doenças interfere em uma gestação saudável;
- ✓ Hábitos saudáveis durante a gestação é fator de proteção e diminuição de desfecho negativo ao nascimento.

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

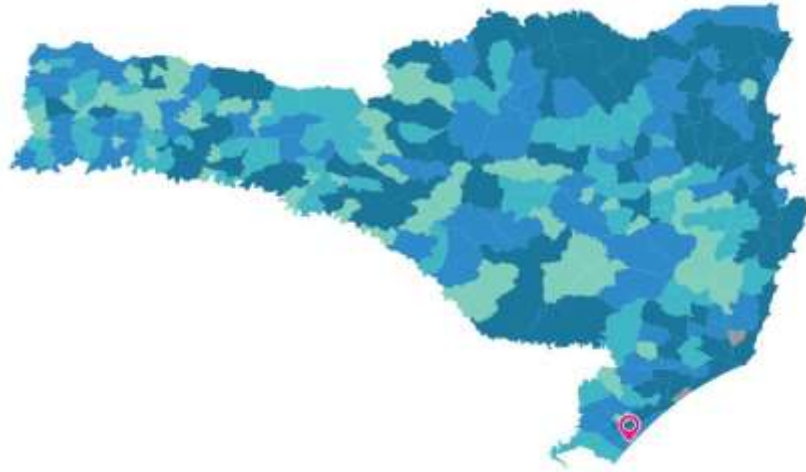
Para atender o objetivo de avaliar a relação entre os hábitos de vida e os desfechos negativos de nascimento, foi utilizado uma análise retrospectiva e documental, pelos prontuários e fichas de investigação de óbito fetal e infantil durante o período de 2014 a 2019, das mulheres cadastradas e atendidas nas Unidade de Saúde do município de Balneário Gaivota, localizado no sul de Santa Catarina

Para avaliar a qualidade de vida atual das gestantes sobre hábitos de vida, foi utilizado um desenho epidemiológico, descritivo, determinando a distribuição dos hábitos e condições relacionadas a saúde, de acordo com as características das gestantes do município no período de gestação dos anos 2019 e 2020. E avaliar os hábitos de vida das gestantes atuais e comparar com os hábitos de vida das gestantes que tiveram desfechos negativos.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Balneário Gaivota, cidade litorânea situada no extremo sul de Santa Catarina com área de unidade territorial de 147,588 km², clima temperado com temperatura média entre 15°C e 28°C e altitude de 5m acima do nível do mar. Atualmente, a população estimada do município, encontra-se com 11.260 habitantes em uma área demográfica de 56,49 hab/Km² (IBGE, 2019). O município conta com uma Secretaria Municipal de Saúde, três unidades de saúde e três Estratégias da Saúde da Família.

Figura 2 - Localização do Município de Balneário Gaivota



Fonte: IBGE (2017).

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população do estudo foi composta por dois grupos de mulheres, todas residentes do município de Balneário Gaivota. Grupo 1, 81 gestantes que realizaram assistência pré-natal na rede pública durante o período de coleta de dados. Grupo 2, 18 mulheres que tiveram desfecho negativo com óbitos fetais, infantis e natimortos nos últimos 5 anos.

6.4 AMOSTRA

A amostra do grupo 1 foi composta pelas gestantes voluntárias que atendiam a todos os critérios de inclusão e para o grupo 2 às 18 mulheres com desfechos negativos e com prontuário e ficha de investigação do óbito fetal na UBS.

6.4.1 Critérios de inclusão

Grupo 1 - Mulheres residentes do município de Balneário Gaivota, que estavam grávidas no momento da coleta de dados, que realizaram assistência de pré-natal pela rede pública e que aceitaram participar do estudo voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo B**).

Grupo 2 - Mulheres que tiveram desfecho negativo da gestação (natimorto, óbito fetal e infantil) no período de 2015 a 2019, que no momento da perda residiam em Balneário Gaivota e que aceitaram participar do estudo voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo B**).

6.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas da pesquisa as gestantes que não responderam o questionário corretamente e não atenderem aos critérios de inclusão, e que não concordarem em participar voluntariamente da pesquisa.

6.5 VARIÁVEIS

No presente estudo a variável dependente foi dividida em dois grupos, sendo eles: Grupo 1 gestantes atuais e o Grupo 2 o desfecho negativo da gestação (natimorto/óbito fetal e infantil). Como variáveis independentes foram: Idade; Estado civil; Conflitos familiares; Apoio familiar; Renda; Área de residência; Escolaridade; Cor da pele; Atividade laboral; Jornada de trabalho; Turno de trabalho; Menarca há menos de dois anos; Altura menor que 1,45m; Peso pré-gestacional menor que 45kg; Peso pré-gestacional maior que 75kg; Dependência de drogas; Exposição a riscos ocupacionais; Diabetes mellitus; Hipertensão Arterial; Consumo de bebida alcoólica; Tabagismo; Paridade; Pré-natal; Exames solicitados no pré-natal; Participação em atividade educativa para gestante; Tipo de parto; História reprodutiva anterior; Condições clínicas preexistentes; Prática de atividade física semanal; Quantidade de água ingerida; Número de refeições diárias; Consumo de frutas; Consumo de verduras; Duração do sono.

6.6 COLETA DE DADOS

6.6.1 Procedimentos e logística

Para a coleta dos dados a pesquisadora realizou um contato prévio com a secretaria municipal de saúde de Balneário Gaivota, onde foi explanado brevemente

o projeto. Após assinatura da carta de aceite (**Anexo D**), pelo representante da instituição, a pesquisadora iniciará o procedimento e logística.

Grupo 1 – A pesquisadora foi em todas as estratégias de saúde da família (ESF) para expor o projeto aos enfermeiros que realizam juntamente ao médico clínico geral as consultas de pré-natal de baixo risco em gestantes no primeiro e segundo trimestre, identificou com o enfermeiro da ESF as gestantes que realizaram pré-natal na unidade através da agenda de consulta. A pesquisadora convidou os enfermeiros das ESFs a fazerem parte da coleta dos dados, aplicando o questionário para as gestantes devido ao vínculo estabelecido entre gestante e enfermeiro. O contato com a gestante ocorreu no dia da consulta de pré-natal que é agendada mensalmente até às 28 semanas de gestação. Neste encontro foi apresentado o TCLE (**Anexo B**) após o consentimento oficializado pela assinatura do termo dar-se-á início a coleta de dados.

A pesquisadora realizou a coleta de dados na Unidade Zenita Mendes da Silva Pedro, na qual a mesma realiza juntamente ao médico obstetra a assistência às gestantes de alto risco e as gestantes de baixo risco com mais de 28 semanas gestacionais. O contato com a gestante ocorreu no dia da consulta de pré-natal que é agendada quinzenalmente para as gestantes de 28 a 36 semanas de gestação e semanalmente para gestante de 36 a 40 semanas. Neste encontro foi apresentado o TCLE (**Anexo B**) após o consentimento oficializado pela assinatura do termo dar-se-á início à entrevista.

Grupo 2 – Para identificar as mulheres que tiveram desfecho negativo da gestação a pesquisadora entrou em contato com a enfermeira coordenadora da vigilância epidemiológica do município, onde obteve acesso às fichas de investigação de todos os óbitos infantil e fetal, ficha síntese e prontuário, no período de 2015 a 2019, das respectivas mulheres. A pesquisadora entrou em contato por telefone com as mulheres, e as convidou para irem à Secretaria Municipal de Balneário Gaivota participar da pesquisa, respondendo o questionário. As mulheres que não puderam ir à Unidade de Saúde a pesquisadora foi até o domicílio da mulher para realizar a coleta de dados. Quando não houve sucesso na primeira tentativa de contato por telefone a pesquisadora fez novamente contato em período diferente do primeiro, quando necessário acionou o agente comunitário de saúde da área de abrangência do endereço da mulher para estar realizando uma visita e marcou a ida da mulher na unidade de saúde para fazer parte da pesquisa, ou uma

visita no domicílio para aplicação do questionário. O questionário foi aplicado pela mestranda enfermeira autora da pesquisa, após apresentação do TCLE (**Anexo B**).

6.6.2 Instrumento(s) para coleta dos dados

Para a coleta dos dados sobre a relação entre os hábitos de vida e os desfechos negativos de nascimento, a pesquisadora realizou uma análise documental através dos prontuários e das fichas de investigação de óbito fetal e infantil, presentes na unidade de saúde. E aplicou um questionário estruturado contendo as informações para a coleta das variáveis independentes subdivididas em demográficas, história reprodutiva, assistência pré-natal, doenças pré-existentes, estilo de vida e hábitos saudáveis (**Apêndice A**). E para avaliar a qualidade de vida atual das gestantes sobre hábitos de vida, a pesquisadora utilizou o questionário estruturado.

6.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foi elaborado um banco de dados em planilhas do software Microsoft Excel versão 2012. Em seguida, o banco de dados foi exportado para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22,0, onde foi realizada a análise estatística descritiva, como média, desvio padrão e frequência absoluta e relativa. A normalidade dos dados foi pelo Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, as análises de associação serão a correlação de *pearson (r)* e o risco relativo (OR). O nível de significância α estabelecido para os testes estatísticos foi de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

6.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e autorização do local onde será realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de aceite (**Anexo D**), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa

científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de TCLE (**Anexo B**).

6.8.1 Riscos e benefícios

Os riscos aos quais poderiam expor os participantes é o da perda da confidencialidade dos dados, no entanto, este risco foi amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais do participante. Além do mais, a confidencialidade dos dados e preservação da sua imagem será garantido pela assinatura do termo de confidencialidade (**Anexo C**).

E como benefícios foi possível pontuar a colaboração para a pesquisa científica e sua contribuição para que, sejam realizadas ações futuras para diminuição da taxa de mortalidade infantil no âmbito municipal.

7 RESULTADOS

Os dados apresentados a seguir são representativos de 81 gestantes cadastradas e acompanhadas no município no momento de realização da pesquisa e das 15 nutrizes que tiveram desfechos negativos (natimorto ou óbito fetal/infantil) residentes no município de Balneário Gaivota. Foram 3 gestantes excluídas por não atender a um dos critérios de inclusão (não estarem residindo em Balneário Gaivota), deste modo a amostra total é de 96 gestantes atuais e mulheres com desfecho negativo na gestação.

As tabelas apresentadas abaixo estão com os dados com maior relevância, em anexo encontram-se as tabelas com todos os resultados. Para avaliar as características socioeconômicas e demográficas da população estudada (Tabela 1), a amostra foi estratificada por gestantes atuais e desfecho negativo e pelas variáveis estado civil, cor de pele, escolaridade, renda familiar, área da residência, com quem mora e atividade laboral. Os dados com prevalência diferente foram a cor de pele 3,7% e 13,3% (gestantes atuais e desfecho negativo); na escolaridade em especial ter o ensino médio completo 40,7% e 26,7% respectivamente.

Tabela 1 - Características sociais, econômicas e demográficas materna das gestantes com desfecho positivo e negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96)

Variáveis	Gestantes atuais		Desfecho Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
Menor de 18 anos	13	16,0	0	0,0	13	13,5
De 19 a 35 anos	58	71,0	12	80,0	70	73,0
Mais de 35 anos	10	13,0	3	20,0	13	13,5
Estado Civil						
Solteiro	9	11,1	0	0,0	9	9,4
Casado	72	88,8	15	100,0	87	90,6
Cor da pele						
Branca	68	84,0	12	80,0	80	83,3
Preta	3	3,7	2	13,3	5	5,2
Parda	10	12,3	1	6,7	11	11,5
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto	17	21,0	2	13,3	19	19,8
Ensino fundamental completo	6	7,4	3	20,0	9	9,4
Ensino médio incompleto	7	8,6	3	20,0	10	10,4
Ensino médio completo	33	40,7	4	26,7	37	38,5
Ensino superior incompleto	9	11,1	1	6,7	10	10,4
Ensino superior completo	9	11,1	2	13,3	11	11,5
Renda familiar (salários-mínimos)						
<1	11	13,6	3	20,0	14	14,6
1 a 3	63	77,8	11	73,3	74	77,1

≥4

7

8,6

1

6,7

8

8,3

Quanto a característica de história reprodutiva anterior das gestantes (Tabela 2), a amostra foi estratificada por gestantes atuais (com uma amostra variável por já ser histórico gestante anterior) e desfecho negativo e pelas variáveis tipo de parto, aborto, quantidade e tipo, natimorto, perda de algum filho após nascimento, idade do recém-nascidos morto, parto prematuro, quantidade, se a gestação foi planejada e como foi planejada. Ao analisar os dados com maior diferença entre os grupos observa-se que o mais relevante é o parto prematuro onde 18,2% e 60% (gestantes atuais e desfecho negativo); e idade gestacional do parto prematuro com idade igual ou menor de 31 semanas de gestação 0,0% e 79,9% na devida ordem.

Tabela 2 - Características de história reprodutiva anterior das gestantes atuais e com desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96)

Variáveis	Gestantes atuais		Desfecho Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Qual tipo de parto você teve?						
Vaginal	26	59,1	3	20	29	49,2
Cesariana	9	20,5	3	20	12	20,3
Vagina/Cesariana	8	18,2	9	60	17	28,8
Fórceps	1	2,3	0	0	1	1,7
Você já teve aborto?						
Não	66	81,2	12	80	78	81,2
Sim	15	18,8	3	20	18	18,8
Você teve parto prematuro?						
Não	36	81,8	6	40	42	71,2
Sim	8	18,2	9	60	17	28,8
Qual a idade gestacional em semanas no parto prematuro?						
De 37 a 35 semanas	7	87,5	1	11,1	8	47
De 34 a 32 semanas	1	12,5	1	11,1	2	11,8
De 31 a 29 semanas	0	0	5	55,6	5	29,4
Menos de 29 semanas	0	0	2	22,2	2	11,8
Você já teve natimorto?						
Não	43	97,7	5	40	48	81,3
Sim	1	2,3	10	60	11	18,7
Você planejou esta gestação?						
Não	51	63	7	46,7	58	60,4
Sim	30	37	8	53,3	38	39,6
Como você planejou esta gestação?						
Consultou com médico ou enfermeiro para orientação pré-concepcional	9	30	3	37,5	12	31,57

Parou método contraceptivo e procurou a saúde ao descobrir a gravidez	20	66,7	5	62,5	25	55,6
Engravidou usando método contraceptivo e procurou a saúde ao descobrir a gravidez	1	3,3	0	0	1	2,2

Em relação às características da assistência ao pré-natal das gestantes (tabela 3) destacam-se as variáveis início de pré-natal com 9 semanas ou mais 24,6% e 33,3% (gestantes atuais e desfecho negativo); diagnóstico de pré-eclâmpsia, verifica-se que apenas as mulheres com desfecho negativo apresentaram 33,3%; dentre as mulheres que tiveram diagnóstico de sífilis e não completaram o tratamento 0,0% e 13,3% é possível observar a prevalência do desfecho negativo; no deslocamento prematuro de placenta 1,2% e 20% (gestantes atuais e desfecho negativo).

Tabela 3 - Características da assistência ao pré-natal das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96)

Variáveis	Gestantes atuais		Desfecho Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Com qual idade gestacional você realizou o cadastro de pré-natal						
De 4 a 8 semanas de gestação	61	75,3	10	66,7	71	74,0
De 9 a 12 semanas de gestação	13	16,0	3	20,0	16	16,7
Mais de 13 semanas de gestação	7	8,6	2	13,3	9	9,4
Você recebeu orientações do enfermeiro sobre a importância da assistência pré-natal?						
Não	4	4,9	0	0,0	4	4,2
Sim	77	95,1	15	100,0	92	95,8
Você realiza ou realizou consulta de pré-natal conforme é agendado em sua caderneta de gestante?						
Não	6	7,4	0	0,0	6	6,3
Sim	75	92,6	15	100,0	90	93,7
Você realiza ou realizou exames solicitados durante a assistência pré-natal?						
Não	5	6,2	0	0,0	5	5,2
Sim	76	93,8	15	100,0	91	94,8
Você foi orientada pelo médico ou enfermeiro sobre os sinais de emergência gestacionais como sangramento, sinais de perda de líquido e dor/forte, para ir até o hospital de referência?						
Não	10	12,3	1	6,7	11	11,5
Sim	71	87,7	14	93,3	85	88,5
Seu peso pré-gestacional estava dentro do normal?						
Não	39	48,1	4	26,7	43	44,8
Sim	42	51,9	11	73,3	53	55,2
Você teve diagnóstico de diabetes gestacional?						
Não	78	96,3	14	93,3	92	95,8
Sim	3	3,7	1	6,7	4	4,2
Você teve diagnóstico de pré-eclâmpsia?						
Não	81	100,0	10	66,7	91	94,8
Sim	0	0,0	5	33,3	5	5,2
Você descobriu sífilis na gestação?						
Não	75	92,6	13	86,7	88	91,7
Sim, realizei tratamento corretamente	6	7,4	0	0,0	6	6,2
Sim, não completei o tratamento	0	0,0	2	13,3	2	2,1
Você teve deslocamento de placenta?						
Não	80	98,8	12	80,0	92	95,8

Sim 1 1,2 3 20,0 4 4,2

Dentre as variáveis doenças pré-existentes estilo de vida e hábitos saudáveis das gestantes atuais e desfecho negativo (tabela 4) podemos verificar uma prevalência no uso de medicação controlada pelas gestantes atuais 12,3% e 6,7% desfecho negativo; consumo de álcool na gestação esteve presente em 22,2% e 6,7% respectivamente; praticaram atividade física 37% e 33,3% (gestantes atuais e desfecho negativo); apresentaram convívio familiar conflituoso 12,3% e 53,3% nessa ordem.

Tabela 4 - Características de doenças pré-existentes, estilo de vida e hábitos saudáveis das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96)

Variáveis	Gestantes atuais		Desfecho Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Você usa alguma medicação controlada?						
Não	71	87,7	14	93,3	85	88,5
Sim	10	12,3	1	6,7	11	11,5
Você consome ou consumiu álcool durante a gestação?						
Não	63	77,8	14	93,3	77	80,2
Sim	18	22,2	1	6,7	19	19,8
Você fuma ou fumou durante a gestação?						
Não	75	92,6	14	93,3	89	92,7
Sim	6	7,4	1	6,7	7	7,3
Você pratica atividade física durante a gestação?						
Não	51	63,0	10	66,7	61	63,5
Sim	30	37,0	5	33,3	35	36,5
Como é seu convívio com sua família?						
Tranquilo	71	87,7	7	46,7	78	81,3
Conflituoso	10	12,3	8	53,3	18	18,8

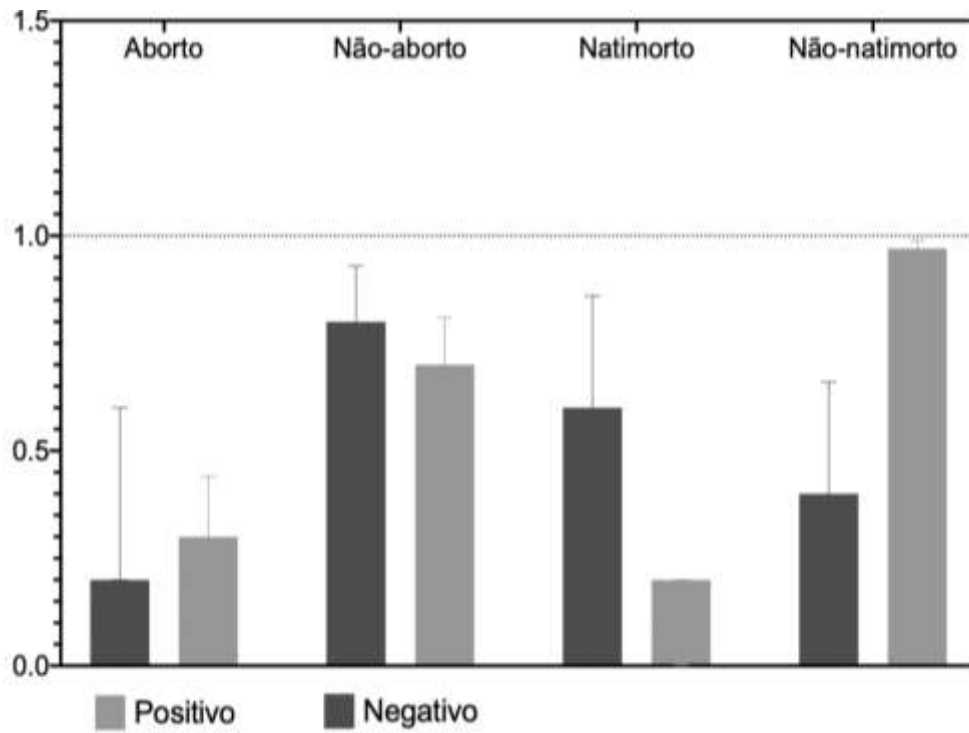
Na análise dos dados, referente a mostra da prevalência de fatores de risco e proteção quanto ao sucesso da gravidez (Tabela 5), podemos verificar que não ter um aborto progressivo parece se associar como proteção com o sucesso da gestação, uma vez que aquelas que estão grávidas no momento, tiveram somente 30% de abortos progressivos. Analisando natimorto progressivo, observamos que se torna um fator de risco, pois 60% das mulheres com desfecho negativo já tinham natimorto. O parto prematuro apresenta-se como fator de risco uma vez que 60% das mulheres com desfecho negativo tiveram parto prematuro. Já a prática de atividade física na gestação destaca-se como um fator de proteção, pois 66% das gestantes que tiveram desfecho negativo não praticaram atividade física.

Tabela 5 - Prevalência de fatores de risco e de proteção quanto ao sucesso da gravidez

	Gestantes atuais OR (IC)	Negativos OR (IC)
Aborto pgresso?		
Sim	0,30 (0,18 a 0,44)	0,20 (0,06 a 0,48)
Não	0,70 (0,55 a 0,81)	0,80 (0,51 a 0,93)
Natimorto pgresso?		
Sim	0,03 (0,002 a 0,15)	0,60 (0,33 a 0,81)
Não	0,97 (0,84 a 0,99)	0,40 (0,13 a 0,18)
Já teve parto prematuro?		
Sim	0,18 (0,05 a 0,09)	0,60 (0,33 a 0,81)
Não	0,81 (0,67 a 0,90)	0,40 (0,18 a 0,66)
Planejou a gestação?		
Não	-	0,46 (0,22 a 0,72)
Consultou com médico ou enfermeiro	0,30 (0,15 a 0,49)	0,20 (0,06 a 0,49)
Parou o método contraceptivo	0,66 (0,08 a 0,47)	0,33 (0,13 a 0,61)
Engravidou usando método contraceptivo	0,03 (0,004 a 0,21)	-
Idade gestacional do cadastro pré-natal		
4 a 8 semanas	0,75 (0,64 a 0,83)	0,66 (0,12 a 0,39)
9 a 12 semanas	0,16 (0,09 a 0,25)	0,20 (0,06 a 0,48)
Mais de 13 semanas	0,08 (0,04 a 0,17)	0,13 (0,09 a 0,42)
Realiza ou realizou os exames solicitados durante a assistência pré-natal?		
Sim	0,93 (0,85 a 0,97)	-
Não	0,06 (0,025 a 0,14)	-
Tem ou teve o diagnóstico de pré-eclâmpsia?		
Sim	-	0,33 (0,13 a 0,60)
Não	-	0,66 (0,39 a 0,86)
Descobriu sífilis na gestação?		
Não	0,92 (0,84 a 0,96)	0,86 (0,57 a 0,96)
Sim, realizei tratamento corretamente	0,07 (0,03 a 0,15)	-
Sim, não completei o tratamento	-	0,13 (0,031 a 0,42)
Consome ou consumiu álcool durante a gestação?		
Sim	0,23 (0,14 a 0,32)	0,07 (0,008 a 0,37)
Não	0,77 (0,67 a 0,85)	0,93 (0,62 a 0,99)
Pratica atividade física durante a gestação?		
Sim	0,37 (0,27 a 0,48)	0,33 (0,13 a 0,60)
Não	0,63 (0,51 a 0,72)	0,66 (0,39 a 0,86)

Esta figura abaixo (Figura 3), representa as primeiras duas perguntas da Tabela 5, de forma visual. Podemos observar a prevalências estratificadas por grupo em relação ao sucesso da gravidez. Neste gráfico todas as barras destacadas de cinza são das gestantes atuais e todas as barras destacadas em preto são de desfecho negativo.

Figura 3 - Prevalências estratificadas por grupo de relação ao sucesso da gravidez



8 DISCUSSÃO

Faz-se necessário apresentar que o objetivo central do estudo, tem uma relevância local e profissional muito forte, tendo em vista que a pesquisadora é uma trabalhadora do SUS e da UBS em específico no cuidado com as gestantes do Município. O tempo de atuação com esta atividade levanta algumas dúvidas que a realização do mestrado e desta pesquisa procura elucidar melhor, na perspectiva das tomadas de decisões serem mais assertivas. A pergunta central então, busca compreender quais são os hábitos de vida das gestantes atendidas no município e qual a relação destes hábitos com a possibilidade de sucesso na gestação e desfecho negativo, na perspectiva de mudança no cenário de prática.

Deste modo, a discussão procura estabelecer relação entre os objetivos específicos definidos previamente, com os resultados obtidos na pesquisa e a relação com a literatura atual, o estudo apresenta uma incidência maior da pele cor preta 13,03% entre as mulheres do desfecho negativo, do que as gestantes atuais 3,07% (Tabela 1).

No estudo realizado por Moura *et al.* (2018) com coorte retrospectiva de 55.404 gestantes com vinculações das informações do sistema de informação dos sistemas hospitalares do SUS, sistema de informação sobre nascidos vivos, sistema de informação sobre mortalidade e cadastro nacional de estabelecimento de saúde, revelou que a maior parte das gestantes era de raça/cor não branca. Já o estudo realizado por Pacheco *et al.* (2018) verificou que na análise da razão de chance dos desfechos desfavoráveis, não foram evidenciadas diferenças significativas segundo a raça/cor. Na atuação assistencial, verifica-se que a raça/cor não é fator de risco relevante para as gestantes assistidas.

Os achados apontam uma tendência de maior escolaridade entre as gestantes atuais, onde 40,07% delas tem ensino médio completo e apenas 26,07% das mulheres do desfecho negativo completaram o ensino médio (Tabela 2). A relação causal entre baixa escolaridade com complicações obstétricas é discutida por Moura *et al.* (2018) quando relacionaram a baixa escolaridade 5,02% das gestantes, com aumento do risco da internação prévia ao parto representando de forma indireta privações econômicas que repercutem no estado de saúde da gestante e também a dificuldade de entender e seguir as orientações do pré-natal. Em uma análise subjetiva, poder-se-á estabelecer relação de quanto menor a

escolaridade menor o grau de compreensão por parte da gestante, interferindo no entendimento das orientações recebidas acerca da assistência do pré-natal (dados não analisados)

No estudo de Barros, Aquino e Souza (2019), em relação à escolaridade das mães, os óbitos fetais no Brasil apresentaram tendências crescentes em 2 extremos, trazendo mulheres com muitos anos de escolaridade e conseqüentemente maior idade (30 a 44 anos) e adolescentes com pouca escolaridade. Destacando neste estudo um aumento da mortalidade fetal em mulheres com maior escolaridade, resultado controverso em relação ao estudo apresentado. Frente a este estudo as mulheres com maior escolaridade conseqüentemente tinham mais idade, acrescentando outro fator de risco (idade avançada), este fator aumenta os riscos de doenças pré-existentes, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. Na adolescência além da baixa escolaridade que dificulta o grau de entendimento, contribui para diversas alterações, como pré-eclâmpsia, aborto e parto prematuro.

Com relação a incidência de aborto pgresso, esse dado foi superior entre as gestantes atuais (30,0%) (Tabela 2), o aborto não interferiu no desfecho negativo, pois 20% desta população não teve aborto pgresso (Tabela 5). Ainda, apesar de o antecedente de aborto não ter sido significativamente no presente estudo, sua existência pode levar a complicações obstétricas, entre elas inserção anormal da placenta, partos prematuros, entre outras. Segundo Silva *et al.* (2020), em um estudo para analisar a ocorrência de óbitos infantis por causa evitáveis na região de saúde do Extremo Oeste de SC, realizado através das declarações de óbitos e fichas de investigação, verificou que 66,10% das mulheres mães das crianças menores de um ano que foram a óbito, não tiveram aborto anterior, corroborando com nossos achados.

Em relação ao parto prematuro, em nosso estudo 81,8% das gestantes atuais não apresentaram esta variável (Tabela 2). No entanto, a razão de chance de ocorrer parto prematuro nas mulheres com desfecho negativo é de 60% (tabela 5) indicando como um fator de risco na gestação. Entre estas 79,09% tiveram parto antes das 31 semanas de gestação (Tabela 2). Ocorrência esta que, contribui para complicações no recém-nascido e incidência de morte fetal, tornando fator de risco à ocorrência de parto prematuro, o que é corroborado por Almeida *et al.* (2019) em seu estudo de coorte histórica aberta sobre a prevalência de óbito e as complicações associadas a prematuros, realizado nos Hospital São José- SC, com prevalência de

óbitos total em curto prazo de 7,08%, e maior taxa de óbitos no grupo de prematuridade extrema (de 22 semanas a 27 semanas e 6 dias) com 66,06%. No estudo de coorte realizado por Victora *et al.* (2018) em Pelotas, verificou que entre os nascidos com muito baixo peso 169 crianças, apenas 09 tinham 37 ou mais semanas, concluindo neste estudo que embora a mortalidade em prematuro de muito baixo peso tenha diminuído em mais de 60% nos últimos anos, esse grupo ainda contribuí com mais da metade dos óbitos neonatais, que podem ser justificados devido a complicações como broncodisplasia, desconforto respiratório e hipoglicemia, fatores que aumentam a mortalidade neonatal.

A atenção deve ser dada também ao fato de que, as mulheres com desfecho negativo tiveram uma alta porcentagem (60%) de natimorto progresso, considerado como um fator de risco na gravidez (Tabela 5). Em um estudo das situações de morte fetal após as 24 semanas, realizado em Lisboa por Serrano *et al.* (2018) identificou que as mulheres que experimentaram uma morte fetal, na gravides subsequente, para além de um risco aumentado de restrição de crescimento fetal, tem também um maior risco de perda fetal, o que é consistente com os resultados encontrados na atual pesquisa, tornando extremamente importante a determinação do risco gestacional para o acompanhamento pré-natal.

Outro fator encontrado como relevante foi o início tardio do pré-natal, com 33,03% das mulheres com desfecho negativo, identificadas como realizaram adesão ao pré-natal após as 09 semanas de gestação (Tabela 3), considerado um fator que influencia negativamente no sucesso da gestação. Colaborando também no atraso ao uso de medicações prescritas no primeiro trimestre como no caso do ácido fólico e sulfato ferroso. Contudo entre as gestantes atuais 75% destas realizaram o cadastro no pré-natal de 4 a 8 semanas de gestação (Tabela 5), deste modo iniciar o pré-natal precocemente parece se associar como proteção no período gestacional.

No estudo de Santos *et al.* (2019) realizado com 652 puérperas mostrou-se que a gravidez planejada está associada ao início precoce do acompanhamento, favorecendo um acompanhamento adequado com melhores indicadores. Moreira, Mendes e Oliveira (2020), avaliou a qualidade do pré-natal de acordo com PHPN, identificando altos índices de início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas. Os Estudos também demonstraram que as razões para o início tardio do acompanhamento pré-natal variaram segundo características das mulheres. Entre as razões citadas estão problemas pessoais, gravidez não desejada e o diagnóstico

tardio de gravidez, entre outros fatores. Viellas *et al.* (2014). Os resultados apontam ser indispensável ações para um planejamento familiar eficaz e realização de busca ativa destas mulheres grávidas para um início precoce do pré-natal, por parte dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal das UBS para diminuir os índices encontrados na atual pesquisa.

Sobre gestante com pré-eclâmpsia, os resultados apontam que 33,03% das mulheres com desfecho negativo tiveram diagnóstico de pré-eclâmpsia, enquanto nenhuma das gestantes atuais foram diagnosticadas com a doença (Tabela 3), como demonstrado na tabela de prevalência de fatores de risco e proteção quanto ao sucesso da gravidez, onde 33% das mulheres com desfecho negativo representam um fator de risco pelo fato de ser diagnosticada com pré-eclâmpsia (Tabela 5), estando a pré-eclâmpsia entre os fatores que oferecem risco à gestação, na mesma linha do estudo de Alves *et al.* (2017), onde afirma que as complicações mais frequentes observadas foram as síndromes hipertensivas específicas da gestação, sobressaindo-se a pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e rotura prematura de membrana.

Os achados reverberam a extrema necessidade de um diagnóstico precoce diminuindo os riscos de desfecho desfavorável. Conforme Mello *et al.* (2019), entre os fatores de risco que devem ser precocemente diagnosticados para evitar um agravo maior na atual gestação, são: história de pré-eclâmpsia grave e/com crescimento intrauterino restrito, hipertensão crônica, doenças renais crônicas, diabetes mellitus pré-gravídica, IMC ≥ 30 , doenças autoimunes, idade superior a 40 anos. A identificação desta gestante com potencial risco para pré-eclâmpsia é uma das ações mais importantes, pois quanto mais precoce possível ser encontrada maior será a intervenção dos profissionais de saúde, tendo objetivo de minimizar os riscos de um desfecho desfavorável à gestação. As ações a serem aplicadas englobam orientações nutricionais, incentivo a atividade física, uso correto de medicamento caso seja prescrito, acompanhamento de pré-natal pelo especialista, realização dos exames conforme solicitados, acompanhamento psicológico quando necessário e orientação quanto aos sinais e sintomas de urgência gestacional, para que a mesma procura a unidade hospitalar de referência.

Algumas doenças sexualmente transmissíveis também precisam ser avaliadas devido elevar o risco de complicações na gestação como é a sífilis, causada por uma bactéria *treponema pallidum*. Dentre as mulheres com desfecho

negativo 13,03% tiveram diagnóstico confirmado para sífilis, mas não completaram o tratamento, entretanto todas as gestantes atuais realizaram corretamente o tratamento para sífilis (Tabela 3), tornando a doença um fator de risco a gestação conforme traz a tabela prevalência de risco, contribuindo de forma direta com o desfecho da gestação.

A prevenção da transmissão vertical da sífilis e a realização adequada do tratamento fornecido de forma gratuita no SUS, pode minimizar os riscos tanto para o recém-nascido, quanto para a mãe. A oferta de educação continuada aos profissionais de saúde sobre as recomendações deve ser de forma contínua e atualizados perante aos protocolos, pois a sífilis pode ser a causa de aborto tardio, natimorto, hidropisia fetal e parto prematuro. Brasil (2013). Em um estudo realizado por Araújo *et al.* (2019) com 137 puérperas, com objetivo de analisar os fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela sífilis na gestação, concluiu que os desfechos desfavoráveis ocorreram em mulheres que não realizaram o segundo exame VDRL e cuja titulação deste exame realizado na maternidade foi superior a 1.8.

O deslocamento prematuro de placenta aumenta significativamente as chances para desfecho desfavorável da gravidez, neste trabalho houve maior incidência (20%) entre as mulheres com desfecho negativo, considerado uma importante causa de mortalidade e morbidade perinatal. Em um estudo com 57 puérperas com o objetivo de analisar a presença de fatores de risco para o parto prematuro, revelou que o deslocamento prematuro de placenta está entre as patologias encontradas com frequência nas puérperas que tiveram seus recém-nascidos prematuros. Em nosso estudo, as mulheres que apresentaram desfecho negativo, foi possível observar que além do deslocamento prematuro de placenta, as mesmas também tiveram maior incidência de parto prematuro correlacionado ao estudo citado acima. A orientação torna-se imprescindível quando a mulher apresentar descolamento prematuro de placenta, sendo esta alertada aos riscos que podem estar apresentando futuramente devido a esta condição. É perceptível no cotidiano do trabalho onde algumas gestantes mesmo sendo orientadas não seguem as orientações repassadas pelo profissional que executa a assistência pré-natal.

O uso de medicação controlada foi observado uma porcentagem maior de uso (12,05%) no grupo das gestantes atuais, contudo o uso correto de medicações com prescrição deverá ser realizado sempre que necessário para tratar possíveis

doenças apresentadas na gestação, deste modo o tratamento correto e em tempo oportuno diminui os riscos de desfecho negativo da gestação. Há, porém, a necessidade da orientação do profissional de saúde sobre a importância da adesão e conclusão do tratamento, frente ao uso de medicações controladas que podem tratar patologias que influenciam na morbidade e mortalidade neonatal e materna. Em um estudo observacional, descritivo realizado por Aguiar *et al.* (2020), com 50 gestantes na atenção básica em um município do Ceará, verificou a utilização de medicamentos pelas pacientes grávidas, onde 88% utilizaram medicamentos, sendo mencionados 11 tipos diferentes, pertencentes ao grupo A e B de risco teratogênico, o índice de gestantes que utilizaram medicação é excepcionalmente alto, porém não identifica o número de gestantes que utilizaram apenas os medicamentos controlados.

Também se observou que o consumo de álcool foi maior entre as gestantes atuais, chegando a 22,02% (Tabela 4), no entanto entre as mulheres com desfecho negativo 93% desta população não consumia álcool (Tabela 5). Neste contexto uma pesquisa realizada no Piauí em cinco municípios na atenção básica com 75 gestantes, objetivando rastrear o consumo de bebidas alcoólicas, verificou que a prevalência do consumo de álcool nos últimos 12 meses foi de 40%, 80% com uso de baixo risco e 20% com uso de risco (GONÇALVES *et al.*, 2020). Importante mencionar que apesar dos valores apresentados neste estudo serem considerados baixo risco, pela quantidade ingerida de álcool, torna-se necessário a realização de ações para rastreio do consumo de álcool entre as gestantes para que assim seja realizado medidas de intervenção.

Nesta pesquisa a incidência de mulheres que praticavam atividade física foi maior entre as gestantes atuais (Tabela 4), e com a prevalência de 66% das mulheres com desfecho negativo, não praticarem atividade física no período gestacional (Tabela 5), resultado este que nos traz a atividade física com um fator de proteção a gestação. Importante mencionar os benefícios que a atividade física proporciona à gestante e ao feto. Diversos estudos mostram o impacto positivo sobre a prática de atividade física na gestação, entre eles um estudo realizado por Silva *et al.* (2020), com 260 puérperas na cidade de Joinville - SC, para analisar a influência do exercício físico durante a gestação, correlacionando a sua prática com o desfecho materno fetal. As puérperas foram divididas em dois grupos, ativo e inativo de acordo com a prática ou não de atividade física. O grupo ativo apresentou

índices maiores de chance de ganho de peso adequado no período gestacional e também de parto vaginal. Fatores estes que contribuem para a proteção da mulher e de seu bebê, pois os índices de mortalidade neonatal apresentados em partos cesarianos são maiores que partos normais (BRASIL, 2012). Tal como o peso inadequado na gestação, acomete outros fatores de risco, no entanto cabe ao profissional de saúde que primeiramente abordar esta gestante estratificar os fatores de riscos, encaminhá-la aos serviços de saúde necessários (BRASIL, 2012b).

Exercícios físicos praticados durante o período gestacional, promovem benefícios físicos, psicológicos e contribuem para um desenvolvimento saudável do feto, porém devem ser prescritos pelo profissional de educação física. Silva *et al.* (2020). É importante enfatizar que o profissional deverá saber da condição que a mulher se encontra, pois os exercícios poderão ser adaptados no período gestacional, para que não ocorra nenhum risco à gestante e sim benefícios que poderão contribuir para uma gestação saudável.

Mesmo o profissional de educação física sendo considerado um profissional da saúde e que pode/deve estar inserido na UBS, a realidade não é esta, ou seja, este profissional não atua neste local, situação encontrada no município do estudo aqui apresentado, tornando-se essencial a divulgação dos resultados desta pesquisa aos gestores municipais para que possam tomar ciência da situação que o município vivencia atualmente quanto aos números de casos de óbito fetal e infantil e assim realizar ações para diminuição dos fatores de risco apresentados pelas gestantes e incentivo aos fatores de proteção da gestação.

Outra variável relevante foi o convívio familiar conflituoso, onde mais da metade das mulheres com desfecho negativo referiram apresentar esta condição negativa (Tabela 4). Em um estudo realizado em Ribeirão Preto e São Luiz por Silva *et al.* (2014a), com gestantes adolescentes, observou que o relacionamento conflituoso ou inexistência de relacionamento com o companheiro ou problemas para lidar com o novo papel social de ser mãe, resultou em conflitos na relação com o bebê, assim como dificuldade em assumir a maternidade, porém, são necessários mais estudos para identificar a relação desta variável com o desfecho negativo.

Pode-se observar que quando se refere a relação conflituosa apresentada neste estudo, o pré-natal é afetado diretamente, já que a gestante apresenta dificuldade em participar no acompanhamento de pré-natal adequado conforme preconizado pelo Ministério da Saúde de no mínimo seis consultas. Como

pesquisadora e profissional de saúde é possível evidenciar situações onde as mulheres são abandonadas pelos companheiros, tendo que assumir o papel de mãe de família, outras sofrem violência psicológica sendo um fator que influencia no período gestacional (dados não avaliados na pesquisa). Deste modo observamos a importância da equipe multiprofissional servindo de apoio frente a estas situações podendo auxiliar e modificar essa condição no qual a gestante se encontra.

É fundamental durante a orientação, que os profissionais identifiquem na adesão ao pré-natal e acompanhamento algum fator de risco que possa influenciar negativamente no desfecho da gestação, que podem levar a perda de um filho e é necessário apoio para esta mulher caso este dano aconteça. Assim a equipe multiprofissional deve realizar intervenção de forma efetiva, contribuindo para diminuição dos fatores de riscos e incentivo aos fatores de proteção.

Em uma análise secundária observou-se que as gestantes atuais apresentam alguns hábitos que podem interferir na gestação, entre eles estão a incidência do consumo de álcool, uso de medicações controladas e peso pré-gestacional acima do adequado. Fatores estes que aumentam a probabilidade de apresentarem agravos e interferir de forma negativa no desfecho da gestação.

No presente estudo, dentre as limitações encontradas ressalta-se que em um estudo transversal o principal viés é a causalidade reversa. O período de coleta de dados foi impactado devido a pandemia do SARS-COV2, devido às matrizes de risco no momento da coleta estar gravíssimo impedindo a coleta, no momento em que a matriz de risco passou a ser de risco grave ou alto foi determinado algumas liberações de atividades pelo estado assim foi possível concluir a coleta de dados. Outro fator que teve limitação foi a busca ativa das 15 mulheres com desfecho negativo por perda fetal no qual três destas não foi possível localizá-las, assim não concluindo 100% da amostra.

Entre as limitações pressupõem-se que as informações dadas pelas mulheres com desfecho negativo, tenha sido negligenciada, por não querer assumir o equívoco dos hábitos apresentados no período gestacional. Como fortaleza do estudo, destaca-se que todas as mulheres que estavam gestantes no momento da pesquisa aceitaram participar da pesquisa e que este é um estudo pioneiro em Balneário Gaivota-SC.

9 CONCLUSÃO

Evidenciou-se neste estudo, que os hábitos de vida no período gestacional influenciam fortemente na gestação e no nascimento, em especial a prática da atividade física, o início precoce do pré-natal e nível de escolaridade, considerados como fatores de proteção à gestação.

Pontuamos a importância do início precoce da assistência ao pré-natal, encontramos no estudo que as mulheres aderem ao serviço, porém quando iniciaram tardiamente foi alto o desfecho negativo na gestação. Neste sentido, torna-se indispensável a atuação das equipes das Estratégias saúde da Família, em especial o Agente comunitário de Saúde, na busca ativa e orientação das mulheres grávidas para o início do pré-natal.

Dentre as hipóteses referidas no estudo, destacamos a história reprodutiva pregressa das mulheres, onde observamos que este pressuposto interfere no desfecho ao nascimento de forma negativa. Mulheres que tiveram natimortos e parto prematuro pregressos, são mais vulneráveis e apareceram em destaque nas que apresentaram desfechos negativos em suas gestações. A identificação deste fator de risco pode auxiliar no planejamento de ações para consolidação de rede perinatal. Essa identificação deverá ocorrer precocemente pelo profissional de saúde da atenção básica que presta assistência a gestante, para evitar complicações obstétricas e um desfecho desfavorável na gestação.

Os achados demonstraram que a população em estudo possui hábitos de vida saudáveis, contrariando nossa hipótese. A prática de atividade física, o não hábito de fumar e o pouco consumo de bebidas alcoólicas, destacam-se entre os fatores de proteção, aparecendo no estudo de forma positiva, indo de acordo com a nossa outra hipótese.

Desta forma, o estudo conseguiu alcançar os objetivos propostos, além disso, não possui a pretensão de exaurir a temática abordada, mas sim auxiliar os profissionais de saúde que realizam assistência a gestante, direcionando sua abordagem especialmente aos fatores que influenciam no desfecho da gestação, sendo eles positivos ou negativos.

Neste contexto e como devolutiva para o Município onde foi realizadas pesquisa e que esta em construção do plano municipal de saúde, sugere-se que o reforço de ações de promoção da saúde e prevenção de novos agravos, de forma intersetorial (secretaria de saúde e educação) sobre a temática gestação na adolescência e gestação não planejada. O fortalecimento do trabalho da enfermagem e do trabalho multidisciplinar no município com ênfase nas orientações e cuidados na gestação.

Ficou evidente também a necessidade de implantação de grupos terapêuticos para as gestantes, principalmente com programa de exercícios físico e alimentação saudável, bem como um programa de formação continuada para todos os profissionais que atuam com esta população, com temáticas sobre estado de saúde, avaliação, cuidados, serviços disponíveis da rede entre outras ações que contribuem para um atendimento mais humanizado e efetivo na diminuição de natimortos no Município.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Isabelly Brilhante de *et al.* Utilização de medicamentos na gravidez: Riscos e benefícios. **Cereus**. [S.l.], v. 3, n. 12, p. 162-174, ago. 2020. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3204/1686>. Acesso em: 19 mar. 2021.

AIRES, Clara *et al.* Empowerment in pregnancy: study on the adaptation of the Empowerment Scale for Pregnant Women to the Portuguese context. **Revista de Enfermagem Referência**. [S.l.], n. 10, p.49-58, 21 set. 2016. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv16033>.

ALMEIDA, Bruna de *et al.* Prevalência e fatores associados aos óbitos em prematuros internados. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 4, n. 48, p. 35-50, out. 2019. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/512>. Acesso em: 16 mar. 2021.

ALVES, Nayara Cristina de Carvalho *et al.* Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [S.L.], v. 38, n. 4, p. 01-08, 21 maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400409&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>.

ARAÚJO, Maria Alix Leite *et al.* Factors associated with unfavorable outcomes caused by Syphilis infection in pregnancy. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. [S.L.], v. 19, n. 2, p. 411-419, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-38292019000200411&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 22 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200009>.

BARROS, Patrícia de Sá; AQUINO, Érika Carvalho de; SOUZA, Marta Rovey de. Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**. [S.L.], v. 53, p. 12-22, 30 jan. 2019. Universidade de São Paulo, Agencia USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102019000100209&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000714>.

BAWAH, Ahmed Tijani *et al.* Gestational diabetes mellitus and obstetric outcomes in a Ghanaian community. **Pan African Medical Journal**. [S.l.], v. 32, p.01-07, 2019. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2019.32.94.17334>.

BERTH, Joice. **Empoderamento**. Estante Virtual: Pólen, 2019. 155 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ISqsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=empoderamento+&ots=eOUBtSXcGQ&sig=iRk1CjbxPxJtgao18HQG-OQfuwQ#v=onepage&q=empoderamento&f=false>. Acesso em: 02 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília, 4. ed., 2018.
CABAR, Fábio Roberto. **Principais temas em obstetrícia para residência médica**. São Paulo: Medcel, 2016.

CASTRO, Danielle Freitas Alvim de; FRACOLLI, Lisaine Aparecida. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 2, n. 37, p.159-165, 2013.

COSTA, Sérgio H. Martins *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

COUTINHO, Emília de Carvalho *et al.* Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers? **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**. [S.l.], v. 48, n. 2, p.17-24, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000800004>.

CRUZ, R. S. B. L. C; CAMINHA, M. F. C; BATISTA FILHO, M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. [S.l.], v. 18, n. 1, p.87-94, 31 mar. 2014. Portal de Periódicos UFPB.
<http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2014.18.01.14>.

CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* **Obstetrícia de Williams**. Porto Alegre: Amgh, 2016.

DECHERNEY, Alan H *et al.* **Current ginecologia e obstetrícia**: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Amgh, 2014.

FORTE, Cristina Carra *et al.* Relação entre a retenção de peso nos primeiros três meses pós-parto com ganho de peso e ingestão alimentar durante a gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** [S.l.], v. 15, n. 3, p.279-287, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292015000300003>.

GONÇALVES, Lorraine de Almeida *et al.* Screening of alcoholic consumption in pregnant women. **Reme Revista Mineira de Enfermagem.** [S.L.], v. 24, p. 1-6, 2020. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200059>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1468>. Acesso em: 20 mar. 2021.

GURGEL, Luilma Albuquerque *et al.* Lifestyle of pregnant women served by the primary health care of a Brazilian capital. **Revista brasileira em promoção da saúde**, 2017.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss *et al.* Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública.** [S.l.], v. 34, n. 4, p.01-13, 23 abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00214516>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Org.). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil.** 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Org.). **Dados Do Município: Balneário Gaivota.** 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/balneario-gaivota/panorama>. Acesso em: 28 de ago. 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer: câncer de pulmão.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao>. Acesso em: 15 ago. 2019.

JARDIM, Mara Julyete Arraes; SILVA, Andressa Arraes; FONSECA, Lena Maria Barros. **Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural.** 2017. 12 f. Monografia (Especialização). Curso de Políticas Públicas. Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2017.

LIMA, Vanessa Kelly da Silva *et al.* Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle / Educação em saúde para gestantes. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.968-975, 1 jul. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://ciberindex.com/index.php/ps/article/view/P968975>. Acesso em: 20 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>.

MAIA, Jair Alves *et al.* Uso de drogas por mulheres durante o período gestacional. **Revista Enfermagem Contemporânea.** Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, v. 8, n. 1, p.25-32, 10 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i1.1744>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l.], v. 23, n. 6, p.1799-1809, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MOREIRA, Alessandra de Cássia Gonçalves; MENDES, Samantha Arnaut Oliveira; OLIVEIRA, Fernanda de Lima. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal no Brasil: uma revisão integrativa**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14185/1/Samantha%20Arnaud%20Oliveira%20Mendes%2021450738.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

MOURA, Barbara Laisa Alves *et al.* Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. [S.L.], v. 34, n. 1, p. 1-13, 5 fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105012. Acesso em: 23 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016>.

NEVES, Aline Bandeira das *et al.* Grupo de gestantes como forma de empoderamento das mulheres. **Seurs**. Porto Alegre, v. 35, n. 1, p.77-82, mar. 2017. Disponível em: https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/3667/SEURS_77-82.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 out. 2019.

OLIVEIRA, Tcharlys Lopes de *et al.* Desvelando as alterações fisiológicas da gravidez: estudo integrativo com foco na consulta de enfermagem. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 12, p. 1-16, 18 dez. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.10836>. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10836/9802>. Acesso em: 28 jun. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Health promotion glossary**. Genera: WHO; 1998. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança**. 1. ed. Lisboa, abril 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 19 set. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (Brasil). **Diretriz de suplementação de ferro e ácido fólico em gestantes**. 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_gestantes.pdf. Acesso em: 16 set. 2019.

PACHECO, Vanessa Cardoso *et al.* As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde em Debate**. [S.L.], v. 42, n. 116, p. 125-137, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100125&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=Trata%2Dse%20de%20um%20estudo,do%20risco%20materno%20e%20neonatal. Acesso em: 15 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811610>.

PALOMBARINI, Aline Fernanda *et al.* Práticas Nutricionais De Gestantes Apoiadas Por Uma Unidade De Saúde Da Família: Um Estudo Exploratório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2014.

PIO, Danielle Abdel Massih; CAPEL, Mariana da Silva. Os significados do cuidado na gestação. The meaning of care in pregnancy El significado de la atención durante la gestación. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 7, n. 1, p.74-81, jun. 2015.

PÔRTO, Elias Ferreira *et al.* **Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática**. UNASP, 2015.

REZENDE, Ramon William; RODRIGUES, Glauce Lilia. Pré-natal e direitos da gestante e puérpera: avaliação do grau de conhecimento de pacientes de uma Unidade de Saúde da Família. Prenatal care and rights of pregnant and postpartum women: Evaluation the degree of patients' Knowledge of a Family Health Unit. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**. Pombal, v. 9, n. 2, p.1-6, abr. 2019.

SANTO, Eleine Vanila Gomes do Espírito. **Estilos de vida na gravidez, evidências e recomendações**. 2015. 55 f. Dissertação (Mestrado). Curso de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30693/1/Eleine%20Esp%20adrito%20Santo%20-%20Estilos%20de%20vida%20na%20gravidez%20Tese%20-%2004.01.15.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

SANTOS, José Marcos de Jesus *et al.* Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**. V. 19, n. 3. Recife jul./set. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000300003>. Acesso em: 05 mar. 2021.

SERRANO, Fátima *et al.* Estudo das situações de morte fetal após as 24 semanas. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**. [S. l.], v. 12, n. 3, p. 240-244, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000300015. Acesso em: 18 mar. 2021.

SILVA, Jean Carl *et al.* Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. [S.l.], v. 36, n. 11, p.509-513, nov. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-720320140005024>.

SILVA, Edna Lúcia Coutinho da *et al.* Gravidez e dinâmica familiar na perspectiva de adolescentes. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. São Paulo, v. 34, n. 86, p. 118-138, maio 2014a. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000100009. Acesso em: 20 mar. 2021.

SILVA, Ana *et al.* **Programa de atividade física para grávidas: O IMC, a idade gestacional e a prática de atividade desportiva antes da gravidez**. Revista E-PSI. Ano 7, suplemento 1, 2017. Disponível em: <https://revistaepsi.com/>. Acesso em: 08 mar. 2021.

SILVA, Rosana da *et al.* Óbitos infantis por causas evitáveis na Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina. **O Mundo da Saúde**. [S.L.], v. 44, p. 607-618, 1 jan. 2020. Centro Universitário São Camilo - São Paulo. Disponível em:

<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/983>. Acesso em: 16 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.202044607618>.

SIQUEIRA, Lucíola D'emery; MAEDA, Sayuri Tanaka. Tabagismo na gravidez: um estudo qualitativo na rotina de gestantes. **Revista de Enfermagem**. Recife, p.2612-2619, jun. 2017.

SOARES, Denise dos Santos Costa *et al.* Atividade Física na Gestação: Uma Revisão Integrativa. **Revista perspectiva: ciência e saúde**, 2017.

VITOLLO, M rcia Regina. **Nutri o: da gesta o ao envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

WILHELM, Laís Antunes *et al.* Participa o Da Família Na Gesta o: Revisão Integrativa. **Revista de enfermagem**. UFSM, 2017.

VICTORA, Julia Damiani *et al.* Prevalence, mortality and risk factors associated with very low birth weight preterm infants: an analysis of 33 years. **Jornal de pediatria**. Pelotas/RS, 2018. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755718306314?via%3Dihub>. Acesso em: 10 mar. 2021.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. V. 30. Sup:S85-S100, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 03 mar. 2021.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Avaliação dos hábitos de vida de gestantes e suas consequências no desfecho da gestação

Bloco A - Geral	
	NQUES: __ __
A1. Qual a sua idade? ____ ____ anos	
A2. Qual o seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/união estável (3) Separado(a)/divorciado(a) (4) Viúvo(a)	A2 ____
A3. Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	A3 ____
A4. Qual a sua escolaridade? (1) Ensino fundamental incompleto (2) Ensino fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo	A4 ____
A5. Qual a sua renda familiar? (1) Menor que 1 salário mínimo (2) 1 a 3 salários mínimos (3) Acima de 4 salários mínimos	A5 ____
A6. Qual a sua área de residência? (1) Urbana (2) Rural	A6 ____
A7. Com quem você mora? (1) Com companheiro, sem filhos (2) Com companheiro e filhos (3) Com familiares e filhos e companheiro (4) Com familiares sem companheiro (5) Sozinha	A7 ____
A8. Qual sua atividade laboral? (1) Não trabalha (2) Trabalha fora do Lar (3) Trabalho remunerado no lar	A8 ____
A9. Qual sua altura? _____ em centímetros	A9 ____
A10. Qual seu peso? _____ em quilos	A10 ____

Bloco B – História Reprodutiva Anterior	
B1. Você teve a menarca há menos de dois anos? (1) Não (2) Sim	B1 ____
B2. Você é primigesta ou múltípara? (1) Primigesta (2) Múltípara <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta B3	B2 ____
B3. Quantos filhos você tem? (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Cinco (6) Mais de cinco	B3 ____
B4. Qual tipo de parto você teve? (1) Vaginal (2) Cesariana (3) Fórceps	B4 ____
B5. Você já teve aborto? (1) Sim <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta B6 (2) Não	B5 ____
B6. Quantos abortos você teve? (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Mais de três	B6 ____
B7. Qual tipo de aborto? (1) Espontâneo (2) Induzido	B7 ____
B8. Você já teve natimorto? (1) Sim (2) Não	B8 ____
B9. Você perdeu algum filho após o nascimento? (1) Sim (2) Não	B9 ____
B10. Quantos filhos seus morreram? (1) Um (2) Dois (3) Três	B10 ____
B11. Eles morreram com qual idade? (1) Após o parto até 24 horas (2) De três a dez dias (3) De dez a trinta dias (4) Menor de um ano (5) De um a sete anos (6) Mais de sete anos	B11 ____
B12. Você teve parto prematuro? (1) Sim <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta B13	B12 ____

(2) Não	
B13. Quantos partos prematuros você teve? (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Mais de três	B13__
B14. Qual foi a idade gestacional em semanas no parto prematuro? (1) De 37 a 35 Semanas (2) De 34 a 32 Semanas (3) De 31 a 29 Semanas (4) Menos de 29 semanas	B14__
B15. Você está grávida no momento? (1) Não (2) Sim <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta B16	B15__
B16. Qual sua idade gestacional atual? (1) De 0 a 13 semanas (2) De 14 a 26 semanas (3) De 27 a 40/41 semanas	B16__
B17. Você planejou esta gestação? (1) Sim <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta B18 (2) Não	B17__
B18. Como você planejou esta gestação? (1) Consultou com médico ou enfermeiro para orientação pré-concepcional (2) Parou com o método contraceptivo e procurou o serviço de saúde ao descobrir a gravidez (3) Engravidou mesmo usando método contraceptivo e procurou o serviço de saúde ao descobrir a gravidez	B19__
Bloco C – Assistência Pré-natal	
C1. Com qual idade gestacional você realizou o cadastro de pré-natal? (1) De 4 a 8 semanas de gestação (2) De 9 a 12 semanas de gestação (3) Mais de 13 semanas de gestação	C1__
C2. Você recebeu orientações do enfermeiro sobre a importância da assistência pré-natal? (1) Sim (2) Não	C2__
C3. Você realiza ou realizou consulta de pré-natal conforme é agendado em sua caderneta de gestante? (1) Sim (2) Não	C1__
C4. Quando você falta a consulta de pré-natal, como você faz para remarcar? (1) Vou na unidade de saúde (2) Ligo para a unidade de saúde (3) A enfermeira me liga repassando nova data (4) O agente comunitário vem até a minha casa avisar	C4__
C5. Quantas consultas de pré-natal você realizou até o momento? (1) De uma a três (2) De quatro a seis (3) De sete a dez	C5__

(4) Mais de dez	
C6. Você está tomando ou tomou ácido fólico conforme prescrito pelo médico ou enfermeiro? (1) Sim (2) Não	C6__
C7. Você está tomando ou tomou sulfato ferroso conforme prescrito pelo médico ou enfermeiro? (1) Sim (2) Não	C7__
C8. Você realiza ou realizou os exames solicitados durante a assistência pré-natal? (1) Não (2) Sim (3) As vezes	C8__
C9. Você realiza os exames laboratoriais de pré-natal dentro do prazo solicitado para consulta? (1) Sim (2) Não <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta C10	C9__
C10. Você realiza ou realizou os exames de ultrassonografia obstétrica conforme solicitado? (1) Sim (2) Não	C10__
C11. Você teve ou tem alguma dificuldade de marcar os exames laboratoriais no sistema de saúde? (1) Não (2) Sim, o agendamento é demorado.	C11__
C12. Você teve ou tem alguma dificuldade de marcar as ultrassonografias obstétricas no sistema de saúde? (1) Não (2) Sim, o agendamento é demorado	C12__
C13. Você foi convidada a participar do grupo de gestante? (1) Sim, mas não participo <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta C14 (2) Sim, eu participo (3) Não	C13__
C14. Por qual motivo você não participa do grupo de gestante? (1) Trabalho no mesmo horário do grupo (2) Moro longe e não tenho como vir (3) Tenho mais filhos e não tenho com quem deixar (4) Não gosto de participar de grupo	C14__
C15. Você tem caderneta de vacinação atualizada? (1) Sim (2) Não	C15__
C16. Você está atualizando ou atualizou a caderneta de vacina conforme as vacinas preconizadas na gestação? (1) Sim (2) Não	C16__
C17. Você foi orientada pelo médico ou enfermeiro sobre os sinais de emergência gestacionais como sangramento, perda de líquido e dor/cólica forte, para ir até o hospital de referência?	C17__

(1) Sim (2) Não	
C18. Você foi orientada durante as consultas de pré-natal para realizar uma consulta com o dentista?	C18__
(1) Sim (2) Não	
C19. Você teve ou tem algum problema dentário?	C19__
(1) Sim (2) Não	
C20. Seu peso pré-gestacional estava dentro no normal?	C20__
(1) Sim (2) Não	
C21. Quanto de peso você aumentou na gestação ou até o momento? _____em quilo	C21__
C22. Você teve ou tem anemia na gestação?	C22__
(1) Sim (2) Não	
C23. Você teve ou tem infecção urinaria durante a gestação?	C23__
(1) Sim, tratei e realizei exames pós tratamento (2) Sim, tratei, mas não realizei exames pós tratamento (3) Sim, mas não tratei (4) Não	
C24. Seu exame de glicemia esta ou esteve alterado na gestação?	C24__
(1) Não (2) Sim <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta C24	
C25. Qual foram as orientações que você recebeu do profissional?	C25__
(1) Solicitou novo exame e orientou alimentação adequada (2) Solicitou novo, orientou alimentação adequada e encaminhou para nutricionista (3) Orientou alimentação adequada (4) Apenas solicitou novo exame de glicemia	
C26. Você teve diagnostico de diabetes gestacional?	C26__
(1) Sim (2) Não	
C27. Você teve diagnostico ou tem de pré-eclâmpsia?	C27__
(1) Sim (2) Não	
C28. Você descobriu sífilis na gestação?	C28__
(1) Não (2) Sim, realizei tratamento corretamente (3) Sim, não completei o tratamento.	
C29. Você tem ou teve corrimento vaginal patológico?	C29__
(1) Não (2) Sim, realizei tratamento (3) Sim, não tratei.	

C30. Você tem ou teve sangramento na gestação? (1) Não (2) Sim, no primeiro trimestre (3) Sim, no segundo trimestre (4) Sim, no terceiro trimestre.	C30__
C31. Você teve deslocamento de placenta? (1) Sim (2) Não	C31__
C32. Você tem o vírus HIV? (1) Sim, realizo tratamento conforme preconizado (2) Sim, mas não realizo tratamento conforme preconizado (3) Não	C32__
C33. Você teve ou tem toxoplasmose na gestação? (1) Não (2) Sim, realizei o tratamento corretamente (3) Sim, porém não realizei o tratamento corretamente	C33__
C34. Você teve febre em algum período da gestação? (1) Não (2) Sim, no primeiro trimestre (3) Sim, no segundo trimestre (4) Sim, no terceiro trimestre	C34__
C35. Você esteve internada no hospital durante a gestação? (1) Sim (2) Não	C35__
Bloco D – Doenças Pré-existentes	
D1. Você tem hipertensão arterial? (1) Sim (2) Não	D1__
D2. Você tem diabetes melitos? (1) Sim (2) Não	D2__
D3. Você usa alguma medicação controlada? (1) Sim (2) Não	D3__
Bloco E – Estilo de Vida e Hábitos Saudáveis	
E1. Você consome ou consumiu álcool durante a gestação? (1) Sim <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta E2 (2) Não	E1__

<p>E2. Qual é ou era a frequência do consumo?</p> <p>(1) Todos os dias (2) Três vezes na semana (3) Durante os finais de semana (4) Apenas em festa esporadicamente</p>	E2____
<p>E3. Você fuma ou fumou cigarro durante a gestação?</p> <p>(1) Sim <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta E4 (2) Não</p>	E3____
<p>E4. Qual a quantidade de cigarro que consome ou consumiu?</p> <p>(1) Mais de 20 cigarros diários (2) De 10 a 20 cigarros diários (3) De 5 a 9 cigarros diários (4) Menos de 5 cigarros diários (5) Não fuma todos os dias</p>	E4____
<p>E5. Você pratica atividade física durante a gestação?</p> <p>(1) Sim <input type="checkbox"/> Ir para a pergunta E6 (2) Não</p>	E5____
<p>E6. Qual a frequência que você pratica?</p> <p>(1) Três vezes na semana totalizando 150 minutos (2) Duas vezes na semana totalizando 120 minutos (3) Todos os dias 30 minutos (4) Três vezes na semana de 30 minutos (5) Esporadicamente</p>	E6____
<p>E7. Qual tipo de atividade física você pratica?</p> <p>(1) Caminhada (2) Corrida (3) Anda de bicicleta (4) Musculação (5) Pilates</p>	E7____
<p>E8. Como é seu convívio com sua família?</p> <p>(1) Tranquilo (2) Conflituoso</p>	E8____
<p>E9. Sua família apoia e incentiva você ter hábitos e estilo de vida saudáveis?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	E9____
<p>E10. Você utiliza ou utilizou algum tipo de droga ilícita na gestação?</p> <p>(1) Sim, maconha (2) Sim, cocaína <input type="checkbox"/> Caso a resposta por sim ir para a pergunta E11 (3) Sim, craque (4) Não</p>	E10____

<p>E11. Qual a frequência que você utiliza ou utilizou?</p> <p>(1) Todos os dias (2) Três vezes na semana (3) No fim de semana (4) Esporadicamente</p>	E11__
<p>E12. Você se expõe ou se expôs a produtos químicos durante a gravidez?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	E12__
<p>E13. Quantas horas você dorme a noite?</p> <p>(1) Mais de oito horas (2) Oito horas (3) Sete horas (4) Seis horas</p> <p>Menos de seis horas</p>	E13__
<p>E14. Você repousa durante o dia?</p> <p>(1) Não (2) Sim, mais de uma hora (3) Sim, uma hora (4) Sim, meia hora (5) Sim, quinze minutos.</p>	E14__
<p>E15. Seu trabalho exige esforço físico intenso?</p> <p>(1) Não, eu não trabalho (2) Não (3) Sim</p>	E15__
<p>E16. Você considera sua alimentação adequada para uma gestante?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	E16__
<p>E17. Você consome alimentos fontes de ferro como carne, miúdos, folhas verdes escuras, grãos integrais. Com qual frequência?</p> <p>(1) Não consumo (2) Sim, uma vez na semana (3) Sim, três vezes na semana (4) Sim, todos os dias.</p>	E17__
<p>E18. Você consome frutas?</p> <p>(1) Não (2) Sim, uma vez na semana (3) Sim, três vezes na semana (4) Sim, todos os dias.</p>	E18__
<p>E19. Você consome legumes e verduras?</p> <p>(1) Não (2) Sim, uma vez na semana</p>	E19__

(3) Sim, três vezes na semana (4) Sim, todos os dias	
E20. Você consome frituras e gorduras? (1) Não (2) Sim, uma vez na semana (3) Sim, três vezes na semana (4) Sim, todos os dias	E20__
E21. Você consome alimentos industrializados? (1) Não (2) Sim, uma vez na semana (3) Sim, três vezes na semana (4) Sim, todos os dias	E21__
E22. Quanto você bebe de água? (1) Não bebo água (2) Até um litro por dia (3) Até dois litros por dia (4) Até três litros por dia (5) Mais de três litros por dia	E22__
E23. Você toma refrigerante e suco industrializado durante a gravidez? (1) Não (2) Sim, uma vez na semana (3) Sim, três vezes na semana (4) Sim, todos os dias	E23__
E24. Você come doces e chocolates durante a gravidez? (1) Não (2) Sim, uma vez na semana (3) Sim, três vezes na semana (4) Sim, todos os dias	E24__
E25. Quantas refeições você faz no dia? (1) Duas refeições e um lanche (2) Três refeições e um lanche (3) Três refeições e dois lanches (4) Três refeições e três lanches (5) Três refeições e mais de três lanches	E25__

ANEXO (S)

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 4.091.889

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1484249.pdf	16/06/2020 17:05:29		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	07/05/2020 13:54:17	Joni Marcio de Farias	Aceito
Outros	questionario.pdf	13/03/2020 09:04:25	Joni Marcio de Farias	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	13/03/2020 09:04:02	Joni Marcio de Farias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/03/2020 09:03:35	Joni Marcio de Farias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	13/03/2020 09:03:23	Joni Marcio de Farias	Aceito
Outros	carta.pdf	04/12/2019 09:27:25	Joni Marcio de Farias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 17 de Junho de 2020

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



81

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: Avaliação dos hábitos de vida de gestantes e suas consequências no desfecho da gestação

Objetivo: Verificar a influência dos hábitos de vida no período gestacional e a relação com desfecho da gestação.

Período da coleta de dados: 04/05/2020 a 30/06/2020

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos

Local da coleta: Na unidade de Saúde ou no domicílio

Pesquisador/Orientador: Joni Marcio de Farias **Telefone:** (48) 3431-2609

Pesquisador/Acadêmico: Rosana Porto Matias Mateus **Telefone:** (48) 996204551

Aluna do Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 |



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



82

necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Você responderá um questionário com perguntas fechadas (assinalar) contendo informações sociodemográficas; Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; Situação conjugal insegura; Conflitos familiares; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Hábitos de vida - fumo e álcool; Exposição a riscos ocupacionais esforço físico, história reprodutiva anterior. Condições clínicas preexistentes; Hábitos saudáveis; Estilo de Vida e realização da assistência pré-natal. A entrevista terá duração de 20 minutos em média.

RISCOS

Os riscos aos quais poderão se expor os participantes é o da perda da confidencialidade dos dados, no entanto, este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais do participante. Além disso, a coleta dos dados será realizada em local reservado para manter a privacidade do indivíduo. Além do mais, a confidencialidade dos dados e preservação da sua imagem será garantido pela assinatura do termo de confidencialidade (APÊNDICE C).

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 |



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



83

BENEFÍCIOS

E como benefício podemos pontuar a colaboração para a pesquisa científica e sua contribuição para que, sejam realizadas ações futuras para diminuição da taxa de mortalidade infantil no âmbito municipal.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora Rosana Porto Matias Mateus pelo telefone (48) 996204551 e/ou pelo e-mail rosanaportomatias@hotmail.com

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo
TCLE CEP/UNESC – versão 2018 |



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



84

seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/>	<hr/>
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: Joni Marcio de Farias
CPF: _____ - _____	CPF: _____ - _____

Criciúma (SC), 04 de março de 2020.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 |

ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: Avaliação dos hábitos de vida de gestantes e suas consequências no desfecho da gestação

Objetivo: Verificar a influência dos hábitos de vida no período gestacional e a relação com desfechos da gestação

Período da coleta de dados: De janeiro de 2020 a fevereiro de 2020

Local da coleta: Estratégias Saúde da Família e Unidade de Saúde Zenita Mendes da Silva Pedro.

Pesquisador/Orientador: Joni Marcio Farias

Telefone:

(48)3431-2609

Pesquisador/Acadêmico: Rosana Porto Matias Mateus

Telefone:

(48) 99620-4551

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – UNESC

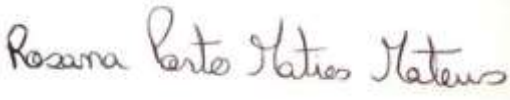
Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados e informadas pelas instituições acima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;

- Manter as informações em poder da pesquisadora Rosana Porto Matias Mateus por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador	Pesquisadora
<hr/> Assinatura Joni Marcio Farias CPF: 789.196.579-02	 <hr/> Assinatura Rosana Porto Matias Mateus CPF: 054.780.519-50

Criciúma (SC), março 2020.

ANEXO D - CARTA DE ACEITE



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE BALNEÁRIO GAIVOTA**

ANEXO A – CARTA DE ACEITE

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar (setor, banco de dados, prontuário, etc.) da Instituição Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Gaivota, localizado na rua: Avenida Alvim Manoel Cardoso, nº 688, bairro Interpraia, Balneário Gaivota/SC e CEP 88955-000, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Avaliação dos Hábitos de Vida de Gestantes e suas Consequências no Desfecho da Gestação" sob a responsabilidade do professor responsável Profº. Drº. Joni Marcio de Farias e mestrando(a) Rosana Porto Matias Mateus do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), pelo período de execução previsto no referido projeto.

Balneário Gaivota, 02 de dezembro de 2019

José Luís de Oliveira Lentz
Secretário Municipal de Saúde
Balneário Gaivota - SC
CPF: 951.853.303-19

José Luís de Oliveira Lentz
Secretário Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade de Saúde Zena M. S. Paula
Balneário Gaivota - SC

Carimbo da Instituição

ANEXO E - TABELAS DE RESULTADOS

Tabela 6 - Características sociais, econômicas e demográficas materna das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96)

Variáveis	Gestantes atuais		Desfecho Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estado Civil						
Solteiro	9	11,1	0	0,0	9	9,4
Casado	72	88,8	15	100,0	87	90,6
Cor da pele						
Branca	68	84,0	12	80,0	80	83,3
Preta	3	3,7	2	13,3	5	5,2
Parda	10	12,3	1	6,7	11	11,5
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto	17	21,0	2	13,3	19	19,8
Ensino fundamental completo	6	7,4	3	20,0	9	9,4
Ensino médio incompleto	7	8,6	3	20,0	10	10,4
Ensino médio completo	33	40,7	4	26,7	37	38,5
Ensino superior incompleto	9	11,1	1	6,7	10	10,4
Ensino superior completo	9	11,1	2	13,3	11	11,5
Renda familiar (salários-mínimos)						
<1	11	13,6	3	20,0	14	14,6
1 a 3	63	77,8	11	73,3	74	77,1
≥4	7	8,6	1	6,7	8	8,3
Área de residência						
Urbana	70	86,4	13	86,7	83	86,5
Rural	11	13,6	2	13,3	13	13,5
Com quem você mora?						
Companheiros sem filhos	30	37,0	2	13,3	32	33,3
Companheiro com filhos	38	46,9	10	66,7	48	50,0
Com familiares, filhos e companheiro	7	8,6	2	13,3	9	9,4
Com familiares sem companheiro	4	4,9	1	6,7	5	5,2
Sozinha	2	2,5	0	0,00	2	2,1
Atividade laboral						
Não trabalha	39	48,1	6	40,0	45	46,9
Trabalha fora do lar	37	45,7	5	33,3	42	43,8
Trabalho remunerado no lar	5	6,2	4	26,7	9	9,4

Tabela 2 - Características de história reprodutiva anterior das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96)

Variáveis	Gestantes Atuais		Desfecho Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Qual tipo de parto você teve?						
Vaginal	26	59,1	3	20	29	49,2
Cesariana	9	20,5	3	20	12	20,3
Vagina/Cesariana	8	18,2	9	60	17	28,8
Fórceps	1	2,3	0	0	1	1,7
Você já teve aborto?						
Não	35	70	12	80	47	72,3
Sim	15	30	3	20	18	27,7
Quantos abortos você teve?						
Um	8	53,3	3	100	11	61,1
Dois	7	46,7	0	0	7	38,9
Qual tipo de aborto?						
Espontâneo	14	9,3	2	66,6	16	88,8
Induzido	1	6,7	1	33,4	2	11,2
Você já teve natimorto?						
Não	43	97,7	5	40	48	81,3
Sim	1	2,3	10	60	11	18,7
Você perdeu algum filho após o nascimento?						
Não	42	95,4	7	46,7	49	84,1
Sim	2	4,6	8	53,3	9	15,9
Quantos filhos seus morreram?						
Um	3	100	11	73,3	14	77,8
Dois	0	0	2	13,3	2	11,1
Três	0	0	2	13,3	2	11,1
Eles morreram com qual idade?						
Após o parto até 24h	1	50	5	33,3	6	60
De três a dez dias	0	0	2	13,3	2	20
De dez a trinta dias	1	50	1	6,7	2	20
Você teve parto prematuro?						
Não	36	81,8	6	40	42	71,2
Sim	8	18,2	9	60	17	28,8
Quantos partos prematuros você teve?						
Um	5	62,5	7	77,7	12	70,6
Dois	3	37,5	2	22,3	5	29,4
Qual idade gestacional em semanas no parto prematuro?						
De 37 a 35 semanas	7	87,5	1	11,1	8	47
De 34 a 32 semanas	1	12,5	1	11,1	2	11,8
De 31 a 29 semanas	0	0	5	55,6	5	29,4
Menos de 29 semanas	0	0	2	22,2	2	11,8
Você planejou esta gestação?						

Não	51	63	7	46,7	58	60,4
Sim	30	37	8	53,3	38	39,6
Como você planejou esta gestação?						
Consultou com médico ou enfermeiro para orientação pré-concepcional	9	30	3	37,5	12	31,5 7
Parou método contraceptivo e procurou a saúde ao descobrir a gravidez	20	66,7	5	62,5	25	55,6
Engravidou usando método contraceptivo e procurou a saúde ao descobrir a gravidez	1	3,3	0	0	1	2,2

Tabela 3 - Características da assistência ao pré-natal das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021 (n = 96)

Variáveis	Gestantes Atuais		Desfecho Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Com qual idade gestacional você realizou o cadastro de pré-natal						
De 4 a 8 semanas de gestação	61	75,3	10	66,7	71	74,0
De 9 a 12 semanas de gestação	13	16,0	3	20,0	16	16,7
Mais de 13 semanas de gestação	7	8,6	2	13,3	9	9,4
Você recebeu orientações do enfermeiro sobre a importância da assistência pré-natal?						
Não	4	4,9	0	0,0	4	4,2
Sim	77	95,1	15	100,0	92	95,8
Você realiza ou realizou consulta de pré-natal conforme é agendado em sua caderneta de gestante?						
Não	6	7,4	0	0,0	6	6,3
Sim	75	92,6	15	100,0	90	93,7
Quantas consultas de pré-natal você realizou até o momento						
De uma a três	26	32,1	3	20,0	29	30,2
De quatro a seis	22	27,2	4	26,7	26	27,1
De sete a dez	22	27,2	6	40,0	28	29,2
Mais de dez	11	13,6	2	13,3	13	13,5
Você está tomando ou tomou ácido fólico conforme prescrito pelo médico ou enfermeiro?						
Não	7	8,6	0	0,0	7	7,3
Sim	74	91,4	15	100,0	89	92,7
Você está tomando sulfato ferroso conforme prescrito pelo médico ou enfermeiro?						
Não	9	11,1	2	13,3	11	11,5
Sim	72	88,9	13	86,7	85	88,5
Você realiza ou realizou exames solicitados durante a assistência pré-natal?						
Não	5	6,2	0	0,0	5	5,2
Sim	76	93,8	15	100,0	91	94,8
Você realiza os exames laboratoriais de pré-natal dentro do prazo solicitado para consulta						
Não	5	6,2	0	0,0	5	5,2
Sim	76	93,8	15	100,0	91	94,8
Você realiza ou realizou os exames de ultrassonografia obstétrica conforme solicitado?						
Não	5	6,2	0	0,0	5	5,2

Sim	76	93,8	15	100,0	91	94,8
Você teve ou tem alguma dificuldade de marcar os exames laboratoriais no sistema de saúde?						
Não	76	93,8	14	93,3	90	93,7
Sim, o agendamento é demorado	5	6,2	1	6,7	6	6,3
Você teve ou tem alguma dificuldade de marcar as ultrassonografias obstétricas no sistema de saúde?						
Não	70	86,4	10	66,7	80	83,3
Sim, o agendamento é demorado	11	13,6	5	33,3	16	16,7
Você tem caderneta de vacinação atualizada						
Não	3	3,7	0	0,0	3	3,1
Sim	78	96,3	15	100,0	93	96,9
Você está atualizando ou atualizou a caderneta de vacina conforme as vacinas preconizadas na gestação?						
Não	3	3,7	0	0,0	3	3,1
Sim	78	96,3	15	100,0	93	96,9
Você foi orientada pelo médico ou enfermeiro sobre os não sinais de emergência gestacionais como sangramento, sinais de perda de líquido e dor/forte, para ir até o hospital de referência?						
Não	10	12,3	1	6,7	11	11,5
Sim	71	87,7	14	93,3	85	88,5
Você foi orientada durante as consultas de pré-natal para realizar uma consulta com o dentista						
Não	23	28,4	9	60,0	32	33,3
Sim	58	71,6	6	40,0	64	66,7
Você teve algum problema dentário?						
Não	58	71,6	14	93,3	72	75,0
Sim	23	28,4	1	6,7	24	25,0
Seu peso pré-gestacional estava dentro do normal?						
Não	39	48,1	4	26,7	43	44,8
Sim	42	51,9	11	73,3	53	55,2
Você teve ou tem anemia na gestação?						
Não	56	69,1	11	73,3	67	69,8
Sim	25	30,9	4	26,7	29	30,2
Você teve ou tem infecção urinária durante a gestação?						
Não	53	65,5	13	86,7	66	68,8
Sim, tratei e realizei exames pós tratamento	21	25,9	2	13,3	23	24,0
Sim, tratei, mas não realizei exames pós tratamento	6	7,4	0	0,0	6	6,2
Sim, mas não tratei	1	1,2	0	0,0	1	1,0
Seu exame de glicemia esta ou esteve alterado na gestação?						
Não	50	61,7	14	93,3	64	66,7
Sim	31	38,3	1	6,7	32	33,3
Quais foram as orientações que você recebeu do profissional?						
Solicitou novo exame e orientou alimentação adequada	11	35,5	0	0,0	11	34,4
Solicitou novo e orientou alimentação e encaminhou a nutricionista	17	54,8	1	100,0	18	56,3
Orientou alimentação adequada	2	6,5	0	0,0	2	6,2
Apenas solicitou novo exame de glicemia	1	3,2	0	0,0	1	3,1
Você teve diagnóstico de diabetes gestacional?						
Não	78	96,3	14	93,3	92	95,8
Sim	3	3,7	1	6,7	4	4,2
Você teve diagnóstico de pré-eclâmpsia?						
Não	81	100,0	10	66,7	91	94,8
Sim	0	0,0	5	33,3	5	5,2
Você descobriu sífilis na gestação?						
Não	75	92,6	13	86,7	88	91,7

Sim, realizei tratamento corretamente	6	7,4	0	0,0	6	6,2
Sim, não completei o tratamento	0	0,0	2	13,3	2	2,1
Você tem ou teve corrimento vaginal patológico?						
Não	58	71,6	11	73,3	69	71,9
Sim, realizei o tratamento	16	19,8	2	13,3	18	18,8
Sim, não tratei	7	8,6	2	13,3	9	9,3
Você tem ou teve sangramento na gestação?						
Não	60	74,1	9	60,0	69	71,8
Sim, primeiro trimestre	14	17,3	1	6,7	15	15,6
Sim, segundo trimestre	4	4,9	2	13,3	6	6,3
Sim, terceiro trimestre	3	3,7	3	20,0	6	6,3
Você teve deslocamento de placenta?						
Não	80	98,8	12	80,0	92	95,8
Sim	1	1,2	3	20,0	4	4,2
Você tem o vírus HIV?						
Não	79	97,5	15	100,0	94	97,9
Sim, mas não realizo tratamento conforme preconizado	2	2,5	0	0,0	2	2,1
Você tem ou teve toxoplasmose na gestação?						
Não	79	97,5	15	100,0	94	97,9
Sim, realizei o tratamento corretamente	2	2,5	0	0,0	2	2,1
Você teve febre em algum período da gestação?						
Não	71	87,6	12	80,0	83	86,4
Sim, no primeiro trimestre	7	8,6	0	0,0	7	7,3
Sim, no segundo trimestre	3	3,8	1	6,7	4	4,2
Sim, no terceiro trimestre	0	0,0	2	13,3	2	2,1
Você esteve internado no hospital durante a gestação?						
Não	74	91,4	0	0,0	87	90,6
Sim	7	8,6	2	13,3	9	9,4

Tabela 4 - características de doenças pré-existent, estilo de vida e hábitos saudáveis das gestantes atuais e desfecho negativo de acordo com as variáveis independentes estudadas. Balneário Gaivota, Santa Catarina, 2021(n = 96)

Variáveis	Gestantes Atuais		Desfecho Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Você tem hipertensão arterial?						
Não	79	97,5	15	100,0	94	97,9
Sim	2	2,5	0	0,0	2	2,1
Você tem diabetes mellitus?						
Não	80	98,8	14	93,3	94	97,9
Sim	1	1,2	1	6,7	2	2,1
Você usa alguma medicação controlada?						
Não	71	87,7	14	93,3	85	88,5
Sim	10	12,3	1	6,7	11	11,5
Você consome ou consumiu álcool durante a gestação?						
Não	63	77,8	14	93,3	77	80,2
Sim	18	22,2	1	6,7	19	19,8
Qual é ou era a frequência do consumo?						
Durante os finais de semana	1	5,6	0	0,0	1	5,3
Apenas em festas esporadicamente	17	94,4	1	100,0	18	94,7
Você fuma ou fumou durante a gestação?						
Não	75	92,6	14	93,3	89	92,7

Sim	6	7,4	1	6,7	7	7,3
Qual a quantidade de cigarro que consome ou consumiu?						
De 10 a 20 cigarros/dia	0	0,0	1	100,0	1	14,2
De 5 a 9 cigarros/dia	2	33,3	0	0,0	2	28,6
Menos de 5 cigarros/dia	2	33,3	0	0,0	2	28,6
Não fuma todos os dias	2	33,3	0	0,0	2	28,6
Você pratica atividade física durante a gestação?						
Não	51	63,0	10	66,7	61	63,5
Sim	30	37,0	5	33,3	35	36,5
Qual a frequência você pratica?						
Três vezes por semana – 150 minutos	3	10,0	3	60,0	6	17,1
Duas vezes por semana – 120 minutos	8	26,7	0	0,0	8	22,9
Todos dos dias – 30 minutos	10	33,3	2	40,0	12	34,3
Três vezes por semana 30 minutos	5	16,7	0	0,0	5	14,3
Esporadicamente	4	13,3	0	0,0	4	11,4
Qual tipo de atividade física você pratica?						
Caminhada	28	93,3	4	26,7	32	91,4
Musculação	0	0,0	1	6,7	1	2,8
Pilates	2	6,7	0	0,0	2	5,8
Como é seu convívio com sua família?						
Tranquilo	71	87,7	7	46,7	78	81,3
Conflituoso	10	12,3	8	53,3	18	18,8
Sua família apoia e incentiva você ter hábitos e estilo de vida saudável?						
Não	11	13,6	4	26,7	15	15,6
Sim	70	86,4	11	73,3	81	84,4
Você utiliza ou utilizou algum tipo de droga ilícita na gestação?						
Não	78	96,3	15	100,0	93	96,9
Sim, maconha	2	2,5	0	0,0	2	2,1
Sim, cocaína	1	1,2	0	0,0	1	1,0
Qual frequência que você utiliza ou utilizou?						
No fim de semana	2	66,7	0	0,0	2	66,7
Esporadicamente	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Você se expõe ou se expôs a produtos químicos durante a gravidez?						
Não	27	33,3	10	66,7	37	38,5
Sim	54	66,7	5	33,3	59	61,5

Tabela 5 - Prevalência de fatores de risco e de proteção quanto ao sucesso da gravidez

	Gestantes Atuais	Negativos
Aborto progressivo?		
Sim	0,30 (0,18 a 0,44)	0,20 (0,06 a 0,48)
Não	0,70 (0,55 a 0,81)	0,80 (0,51 a 0,93)
Natimorto progressivo?		
Sim	0,03 (0,002 a 0,15)	0,60 (0,33 a 0,81)
Não	0,97 (0,84 a 0,99)	0,40 (0,13 a 0,18)
Já teve parto prematuro?		
Sim	0,18 (0,05 a 0,09)	0,60 (0,33 a 0,81)

Não	0,81 (0,67 a 0,90)	0,40 (0,18 a 0,66)
Planejou a gestação?		
Não	-	0,46 (0,22 a 0,72)
Consultou com médico ou enfermeiro	0,30 (0,15 a 0,49)	0,20 (0,06 a 0,49)
Parou o método contraceptivo	0,66 (0,08 a 0,47)	0,33 (0,13 a 0,61)
Engravidou usando método contraceptivo	0,03 (0,004 a 0,21)	-
Idade gestacional do cadastro pré natal		
4 a 8 semanas	0,75 (0,64 a 0,83)	0,66 (0,12 a 0,39)
9 a 12 semanas	0,16 (0,09 a 0,25)	0,20 (0,06 a 0,48)
Mais de 13 semanas	0,08 (0,04 a 0,17)	0,13 (0,09 a 0,42)
Toma ou tomou ácido fólico conforme prescrito?		
Sim	0,91 (0,82 a 0,95)	-
Não	0,08 (0,04 a 0,17)	-
Toma ou tomou sulfato ferroso conforme o prescrito?		
Sim	0,88 (0,79 a 0,94)	0,86 (0,57 a 0,96)
Não	0,11 (0,058 a 0,20)	0,13 (0,03 a 0,42)
Realiza ou realizou os exames solicitados durante a assistência pré-natal?		
Sim	0,93 (0,85 a 0,97)	-
Não	0,06 (0,025 a 0,14)	-
Realiza ou realizou os exames laboratoriais durante a assistência pré-natal?		
Sim	0,93 (0,85 a 0,97)	-
Não	0,06 (0,025 a 0,14)	-
Foi orientada por médico ou enfermeiro sobre sinais de emergência durante a gestação?		
Sim	0,87 (0,78 a 0,93)	0,93 (0,62 a 0,99)
Não	0,12 (0,06 a 0,21)	0,06 (0,008 a 0,37)
Tem ou teve o diagnóstico de pré-eclâmpsia?		
Sim	-	0,33 (0,13 a 0,60)
Não	-	0,66 (0,39 a 0,86)
Descobriu sífilis na gestação?		
Não	0,92 (0,84 a 0,96)	0,86 (0,57 a 0,96)
Sim, realizei tratamento corretamente	0,07 (0,03 a 0,15)	-
Sim, não completei o tratamento	-	0,13 (0,031 a 0,42)
Teve sangramento na gestação?		
Não	0,74 (0,63 a 0,82)	0,60 (0,33 a 0,81)
Sim, primeiro trimestre	0,17 (0,10 a 0,27)	0,06 (0,008 a 0,37)
Sim, segundo trimestre	0,049 (0,018 a 0,12)	0,13 (0,03 a 0,42)
Sim, terceiro trimestre	0,03 (0,01 a 0,11)	0,20 (0,06 a 0,48)
Tem diagnóstico de hipertensão arterial?		
Sim	0,03 (0,006 a 0,09)	-
Não	0,97 (0,90 a 0,99)	-
Tem diagnóstico de diabetes mellitus?		
Sim	0,02 (0,001 a 0,08)	0,07 (0,008 a 0,37)
Não	0,98 (0,91 a 0,99)	0,93 (0,62 a 0,99)

Consome ou consumiu álcool durante a gestação?

Sim	0,23 (0,14 a 0,32)	0,07 (0,008 a 0,37)
Não	0,77 (0,67 a 0,85)	0,93 (0,62 a 0,99)

Fuma ou fumou cigarro durante a gestação?

Sim	0,08 (0,03 a 0,15)	0,27 (0,09 a 0,54)
Não	0,92 (0,84 a 0,96)	0,73 (0,45 a 0,90)

Pratica atividade física durante a gestação?

Sim	0,37 (0,27 a 0,48)	0,33 (0,13 a 0,60)
Não	0,63 (0,51 a 0,72)	0,66 (0,39 a 0,86)

Utilizou algum tipo de droga ilícita na gestação?

Não	0,96 (0,88 a 0,98)	-
Sim, Maconha	0,02 (0,006 a 0,095)	-
Sim, Cocaína	0,01 (0,001 a 0,085)	-

Consome alimentos fontes de ferro como carne, miúdos, folhas verdes, feijão?

Não consumo	0,01 (0,001 a 0,08)	-
Sim, uma vez na semana	0,06 (0,025 a 0,14)	0,13 (0,03 a 0,42)
Sim, três vezes na semana	0,24 (0,16 a 0,35)	0,26 (0,09 a 0,42)
Sim, todos os dias	0,67 (0,56 a 0,77)	0,60 (0,33 a 0,81)