

PERFIL CLÍNICO OBSTÉTRICO DE MULHERES ASSISTIDAS EM UMA MATERNIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

OBSTETRIC CLINICAL PROFILE OF WOMEN ASSISTED IN A MATERNITY OF THE HIGH PARATANE SERTÃO

Fabiana do Nascimento Carvalho¹
Pierri Emanuel de Abreu Oliveira²
Thamires Gonçalves da Silva³
Edineide Nunes da Silva⁴
Elvira Uchoa dos Anjos⁵
Geane Silva Oliveira⁶

RESUMO: OBJETIVO: Traçar o perfil clínico obstétrico de mulheres assistidas em uma maternidade do alto sertão paraibano. **MÉTODO:** trata-se de uma pesquisa documental, exploratória descritiva com abordagem quantitativa. Após liberação do parecer número 985.838, do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria coleta aconteceu nos meses de março e abril de 2015. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi estruturado composto por questões cujo objetivo foi atender aos propósitos do estudo. A população foi composta de 150 prontuários de mulheres assistidas na maternidade Dr. Deodato Cartaxo, da cidade de Cajazeiras-PB e a amostra totalizou 100% da população que se enquadrou nos critérios de inclusão: o prontuário da parturiente está a disposição mediante autorização e assinatura do termo de consentimento de fiel depositário. Os dados foram analisados através do programa SPSS, versão 2.1 e todas as etapas da pesquisa seguiram os preceitos da resolução 466 de 2012, que trata de pesquisa com seres humanos. **RESULTADOS:** A pesquisa mostrou que mesmo com apresentação fetal do tipo cefálica e com situação longitudinal ainda assim prevaleceu o parto cesariana, o intervalo de parto adequado, poucas mulheres apresentaram intercorrências clínicas e a maioria com esquema vacinal completo. Foi percebido falha no preenchimento dos prontuários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto faz-se necessário que a coordenação da maternidade faça uma verificação minuciosa

¹ Enfermeira graduada pela Faculdade Santa Maria - FSM.

² Biomédico graduada pela Faculdade Santa Maria - FSM.

³ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da graduada da Faculdade Santa Maria - FSM.

⁴ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP; Professora da Universidade Federal da Paraíba, Cajazeiras, Paraíba.

⁵ Professora da Faculdade Santa Maria - FSM;

⁶ Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba; Professora da Faculdade Santa Maria - FSM.

do preenchimento dos prontuários, afim de que possa verificar possíveis falhas na assistência a essas mulheres que precisam ser atendidas pelos profissionais que ali desempenham o seu trabalho como cuidadores. Sendo assim, reforçamos a importância de mais pesquisas para o aperfeiçoamento da assistência, onde é preciso também lançar um olhar mais apurado acerca da assistência a essas mulheres que procuram o serviço, no sentido em relação ao perfil, identificando, priorizando e implementando políticas e ações que favoreçam a sua melhoria.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde da Mulher. Gestantes. Parturientes.

ABSTRACT: OBJECTIVE: *To describe the obstetric clinical profile of women receiving care at a maternity top backwoods of Paraiba. **METHODO:** This is a documentary, descriptive exploratory with a quantitative approach. After release of the opinion number 985 838, of the Research Ethics Committee of the School Santa Maria collection happened in March and April 2015. For data collection was used a semi structured questionnaire with questions aimed at fulfill the purposes of study. The population consisted of 150 medical records of women seen in maternity Dr. DeodatoCartaxo, the city of Cajazeiras-PB and the sample amounted to 100% of the population who fulfilled the criteria for inclusion are: the woman be hospitalized or under observation in maternity at the time of collection and your medical records be available through authorization and signature of the trustee consent. Data were analyzed using SPSS, version 2.1 and all stages of the research followed the precepts of Resolution 466 of 2012, which deals with human research. **RESULTS:** Research has shown that even with the cephalic fetal presentation type and longitudinal situation still prevailed cesarean delivery, adequate birth interval, few women had clinical complications and most with full vaccination schedule. It was perceived failure in completing the records. **CONCLUSION:** This study aims to contribute to improving the health of women who seek the services of hospitals, moreover, bring new knowledge in obstetrics, to improve knowledge about the nursing care and the mother's quality of life and the fetus, but also for the health care professional can reflect on its practices, enabling plan their actions and organize their assistance.*

Keywords: *Comprehensive Health Care for Women, Pregnant Women, Parturient.*

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher compreende um campo assistencial abrangente. Hoje no Brasil, o Sistema Único de Saúde(SUS) vem reforçando e reafirmando seus princípios, através da oferta de direitos serviços, visando atender de forma integral a mulher. (BRUGGEMANN; ONTICELLI; FURTADO; FERNANDES *et al*, 2011).

O trabalho de parto é a última fase de grandes proporções físicas, psicológicas e culturais fisiologicamente caracterizando como as últimas horas da gravidez onde existem dores decorrentes das contrações que acarretam a dilatação do colo uterino e forçam a saída do bebê pelo canal vaginal. As modificações corporais acontecem de maneira acelerada, ao contrário daquelas que ocorrem gradativamente durante os meses de gestação. É também o início da separação do bebê, o qual é um processo psicológico importante para a mãe (DIAS; DESLANDES, 2006).

De acordo com Straposson e Nedel (2010), a gravidez e o parto são acontecimentos sociais que integram e evidencia a reprodução de homens e mulheres. É um processo de experiência especial no mundo da mulher e de seu companheiro envolvendo também seus familiares e a sociedade, constituindo conhecimento humano dos mais significativos, para todos que dele participam.

Para Spindola, Progiante e Penna, (2012), a consulta no pré-natal é um momento importante de interação entre a mulher gestante e o profissional de saúde sendo uma ocasião propícia para o esclarecimento de dúvidas, a troca de experiências e/ou conhecimentos e a compreensão do processo de gestar. Tem o objetivo de cuidar da mulher e seu filho no período gestacional, considerando o contexto familiar e social da gestante, preparando-a para um parto e puerpério seguros e saudáveis, sendo um espaço privilegiado para que a mulher se sinta segura e confiante para trazer seus questionamentos e possa discuti-los. A consulta de enfermagem é um espaço de acolhimento que possibilita o diálogo e permite verbalizar dúvidas, sentimentos, e experiências o que contribui para estreitar o

vínculo entre a enfermeira e a gestante.

Diante do exposto e da experiência vivenciada pela pesquisadora na maternidade acompanhando as gestantes que se encontravam em trabalho de parto ou mesmo pós- parto, onde o processo assistencial da enfermagem a essas mulheres e o acolhimento são fatores importantes e primordiais para esse processo, questiona-se: qual perfil clínico obstétrico das mulheres assistidas em uma maternidade do alto sertão paraibano?

No estudo relacionado ao Perfil Clínico Obstétrico de Mulheres Assistidas em uma Maternidade do Alto Sertão Paraibano, buscam-se aportes teóricos a partir das ideias de alguns autores que refletem sobre o tema, que trarão grandes contribuições para a construção desse projeto que tem fim monográfico.

Esse estudo visa ainda contribuir com a melhoria da saúde das mulheres que buscam os serviços das maternidades, além disso, trazer novos conhecimentos na área obstétrica, no sentido de aprimorar os conhecimentos quanto à assistência de enfermagem e a qualidade de vida da gestante e do feto, e para o profissional de saúde possa refletir sobre suas práticas assistenciais, possibilitando planejar suas ações e organizar sua assistência. Por tanto, o objetivo deste trabalho é de traçar o perfil clínico obstétrico de mulheres assistidas em uma maternidade do alto sertão paraibano.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. A mesma foi realizada na maternidade Dr. Deodato Cartaxo, anexo do Hospital Regional localizado no município de Cajazeiras, a população deste estudo foi constituída por 150 prontuários das mulheres assistidas na maternidade nos meses de março e abril de 2015. A amostra constatou de 100% da população que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão. Para os critérios de inclusão utilizamos: o prontuário da parturiente está à disposição mediante autorização e assinatura do termo de consentimento de fiel depositário. E

para os critérios de exclusão serão substituídos os prontuários que estiverem ilegíveis ou incompletos.

Para construir um instrumento de coleta de dados faz-se necessário considerar sua qualidade, no que concerne à sua fidedignidade e validade, ao qual se refere respectivamente ao grau de exatidão dos dados fornecidos e ao fato de os dados estarem realmente avaliando aquilo que eles tem por objetivo (MATIOLI *et al.*, 2007).

A pesquisa foi realizada através de um questionário semi-estruturado (Apêndice D), construído e baseado seguindo o modelo da ficha: Histórico de Enfermagem da Gestante e Parturiente (Anexo B) parte componente do prontuário da mesma. Este aborda os seguintes itens: os dados sócios demográficos, dados obstétricos, dados clínicos, exame físico e esquema vacinal.

Inicialmente foi entregue um ofício a fim de solicitar a autorização (termo de anuência) para o desenvolvimento deste estudo ao Hospital Regional de Cajazeiras. Uma vez liberado o termo de anuência foi feito contato com a coordenadora da Maternidade Deodato Cartaxo para informar e certificar a liberação da pesquisa. Posteriormente o projeto foi enviado ao Comitê de Extensão e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, para apreciação e liberação do parecer ético, o mesmo foi aprovado sob número 985.838 e a pesquisa então iniciada. A coleta de dados aconteceu durante os meses de março e abril de 2015 mediante assinatura do termo de fiel depositário e em seguida pelo preenchimento do questionário de coleta.

Os dados foram expressos em tabelas, construídos no Programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences - versão 2.1 para Windows, essencialmente esta procura informar sobre a seleção das técnicas adequadas a uma situação concreta, bem como auxiliar a interpretação da informação disponibilizada pelo programa SPSS, também, para discussão com embasamento científico para melhor apresentação das variáveis. Sendo assim, foi construído um banco de dados no programa, utilizou-se de análises descritivas de frequência e porcentagem, além de média e desvio padrão. Como testes inferenciais foi utilizado correlação de Pearson e ANOVA com teste post hoc de Turkey. Foi aceito uma significância menor ou igual a 0,05 e os resultados estão expostos em tabelas. Logo em seguida dos dados foram confrontados com a literatura pertinente.

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria e sendo aprovado sob parecer 985.838 e segue os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 466/2012, outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Os referenciais supracitados possuem como objetivos assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa e dos pesquisadores do estudo. Será assegurada e preservada a identidade dos sujeitos da pesquisa buscando evitar danos e minimizar qualquer constrangimento e desconforto. (BRASIL, 2012).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados os dados coletados através de um questionário semi estruturado, cujo objetivo é mostrar o perfil clínico obstétrico de mulheres assistidas na maternidade Dr. Deodato Cartaxo da cidade de Cajazeiras-PB. Os resultados foram expressos armazenados e analisados através do programa estatístico SPSS-*Statistical Package for the Social Science*.

Tabela 1. Descrição dos dados demográficos

Variáveis		n	%
Faixa Etária	Menor de 16 anos	11	7,0
	16 a 26 anos	60	38,2
	27 a 37 anos	37	23,6
	38 a 40 anos ou mais	07	4,5
	NC	35	26,8
Total	-	150	150
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	21	13,4
	Ensino fundamental completo	12	7,6
	Ensino médio incompleto	3	1,9
	Ensino médio completo	13	8,3
	Ensino superior incompleto	2	1,3
	Ensino superior completo	4	2,5
	NC	95	65,0
Total	-	150	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A tabela 1 faz uma descrição dos dados demográficos e identificou que a maioria das puérperas é predominantemente adulta, estando na faixa etária entre 16 à 26 anos e 27 à 37 anos (61,8% da amostra), sendo portanto, consideradas pertencentes ao grupo de menor risco obstétrico. Leite *et al* (2013), em um estudo feito em São Paulo, com o objetivo de caracterizar puérperas e recém-nascidos, revelou semelhanças com a presente pesquisa, onde se demonstrou que 52% das mulheres tinham entre 20 e 29 anos. Entretanto, convém ressaltar em nosso estudo uma porcentagem significativa (11,7%) de puérperas adolescentes com idades abaixo de 16 anos e adultas acima dos 38 anos, o que caracteriza uma progressão no número de puérperas dentro do grupo de alto risco obstétrico.

Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se elevada ausência desta informação nos prontuários, com 65% da amostra com escolaridade não documentada. Entre as mulheres com apresentação desta variável, 13,4% possuem ensino fundamental incompleto e somente 2,3% possuem ensino superior completo. Constatou-se, portanto, a baixa escolaridade formal, o que também é demonstrado por Leite *et al* (2013), ao revelar um maior percentual (27,1%) de mulheres com o ensino fundamental incompleto.

Tabela 2. Descrição da idade gestacional em semanas.

Média	37,94
Desvio padrão	5,83
Mínimo	07
Máximo	42
NC	33

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nessa tabela foi utilizado o desvio padrão, esta é uma medida estatística que serve para verificar o nível de significância dos dados onde é traçado uma média e geralmente esses dados tendem a ser desviados pra menos ou para mais, então o desvio padrão é justamente para saber a significância, onde quanto mais alto o número do dado, mais insignificantes são esses dados e quanto menor forem esses dados mais relevantes e verdadeiros são essas informações.

A determinação da idade gestacional foi feita pela data da última menstruação e pela realização de ultra-sonografia transvaginal no primeiro trimestre da gestação, conforme protocolo do setor.

Grave; Sartori (2012) classifica o parto pré-termo em quatro categorias: 1) Parto pré-termo em geral: ocorre entre 20 e 37 semanas incompletas; 2) Parto pré-termo moderado: gestações de 32 a 36 semanas; 3) Parto muito pré-termo: ocorre entre 28 e 32 semanas incompletas; e 4) Parto pré-termo extremo: ocorre entre 20 e 28 semanas incompletas.

Camargo (2016) afirmam que as gravidezes pós-termo (> 42 semanas completas), assim como as superiores a 41 semanas gestacionais, têm sido associadas com vários resultados desfavoráveis tanto do ponto de vista materno como do fetal. Acresçam-se a esses fatos, os custos de monitorações da vitalidade fetal antes do parto, tentativas de indução ao parto, além de uma série de 21 transtornos emocionais às pacientes e familiares.

Tabela 3. Descrição dos dados gestacionais e fetais.

Variáveis		N	%
Tipo de apresentação fetal	Cefálica	117	74,5
	Pélvica	04	2,5
	NC	36	22,9
Situação Fetal	Longitudinal	123	78,3
	Transversal	0	0,0
	NC	34	21,7
Total		150	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A tabela 3 descreve os dados fetais, verifica-se que 74,5% dos prontuários mostram o feto em apresentação cefálica e 78,3% em situação fetal longitudinal um dos indicativos a escolha de partos eutócitos, prevaleceu o parto cesariano.

Nos recém-nascidos em apresentação pélvica, a cesariana reduziu a morbimortalidade neonatal. Entretanto, nas apresentações cefálicas, independentemente da idade gestacional e de outros potenciais confundidores, a cesariana se associou ao aumento de risco de mortalidade neonatal e de internação prolongada em centro de tratamento intensivo neonatal (ACCETTA, 2013).

Soalheiro (2012) aponta que a posição cefálica é a mais prevalente entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto normal, mãe e filho permanecem em boas condições de saúde, sendo este o mais seguro, tanto para a mãe quanto para o bebê. O contato pele a pele com o bebê e o aleitamento na primeira hora após o parto oferece benefícios psíquicos para a vida da criança, como também diminui os riscos de problemas respiratórios, ampliando a criação de um forte vínculo entre a mãe e o bebê.

Tabela 4. Descrição dos dados clínicos.

Variáveis		n	%
Edema	Não	57	36,3
	Sim	13	8,3
	NC	80	55,4
Total		150	100
Hipertensão	Não	65	41,4
	Sim	03	1,9
	NC	82	56,7
Total		150	100
Diabetes	Não	65	41,4
	Sim	3	1,9
	NC	82	56,7
Total		150	100
Doença mental	Não	68	43,3
	Sim	01	0,6
	NC	81	56,1
Total		150	100
Cardiopatias	Não	69	43,9
	Sim	0	0,0
	NC	81	56,1
Total		150	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A tabela 4 apresenta os dados clínicos da amostra. Verifica-se que somente 8,3% possuíam edema, 1,9% hipertensão, 1,9% diabetes e 0,6% doença mental. São vários os fatores que podem causar o edema gestacional, entre os quais obstrução venosa, obstrução linfática, aumento da permeabilidade capilar arterial, hipoproteïnemia, aumento da pressão capilar e alterações de hormônios. No presente estudo, constatou-se uma mínima quantidade de mulheres que apresentaram edemas, sendo um ponto positivo porque diminui os riscos das mesmas apresentarem intercorrência durante pré-parto ou mesmo durante o trabalho de parto.

Silveira *et al* (2001) definem edema gestacional como excesso de líquido intersticial acumulado nos tecidos, que pode surgir no segundo trimestre da gestação tanto em membros superiores quanto inferiores, muito embora, “cerca de 1/3 das grávidas exibem edema generalizado a partir do 3º trimestre da gestação”.

No que tange a hipertensão, Freire; Tedoldi (2009) consideram a hipertensão gestacional, como o aumento da PA que surge após as 20 semanas de IG e sem proteinúria. Pode representar uma pré-eclâmpsia que não teve tempo de desenvolver proteinúria, ou uma hipertensão transitória se a PA retornar ao normal após 12 semanas do parto, ou ainda uma hipertensão crônica se a PA persistir elevada. Segundo Massucatti; Pereira; Maioli (2012), o Diabetes Mellitus Gestacional, dentre outras complicações, altera o crescimento fetal e aumenta a taxa de malformações fetais. A incidência das mal formações congênitas nas gestações complicadas pelo diabetes, varia de 5 a 10%, taxa 2 a 3 vezes maior que a observada na população em geral, e também responsável por cerca de 40% das mortes perinatais. A triagem em todas as gestantes é o que mais se recomenda, pois quando se baseia em fatores de risco, diminui-se a necessidade de confirmação diagnóstica, de acordo com os dados do presente estudo, ainda com alto déficit de tais informações nos registros, é possível afirmar que grande maioria das mulheres não apresentou o DMG (41,4%).

Quanto à doença mental o presente estudo também apontou mínima prevalência (0,6%). Da silva (2012) aponta que o período gravídico-puerperal é uma fase de maior incidência de transtornos psíquicos, enquanto em outros esta fase da vida era um período protegido de doenças mentais. Ainda para o mesmo autor atualmente a influência e a prevalência de transtornos mentais durante a gravidez é semelhante ao registrado em mulheres fora do período gestacional.

As cardiopatias, por sua vez, caracterizam-se também como alterações hemodinâmicas da gravidez, que comumente desaparecem até a segunda semana pós-parto, mas o completo retorno à linha de base às vezes não acontece até seis meses após o parto. Lage; Barbosa (2012) apontam que no Brasil, a causa mais frequente de cardiopatia na gravidez é a doença reumática, cuja incidência é estimada em 50%. As lesões valvares obstrutivas, como as estenoses mitral e aórtica, apresentam pior evolução clínica durante a gestação, com complicações

maternofetais mais frequentes, quando comparadas às lesões regurgitantes, como as insuficiências mitral e aórtica.

Tabela 5. Dados relacionados ao exame físico.

Variáveis		n	%
Estado geral de saúde	Estado geral regular	97	61,8
	NC	53	38,2
Total		150	100
Nível de consciência	Consciente	105	66,9
	Orientada	35	22,3
	NC	10	10,8
Total		150	100
Hidratação	Sim	140	89,2
	NC	17	10,8
Total		150	100
Coloração	Normocorada	140	89,2
	NC	10	10,8
Total		150	100
Higiene pessoal	Sim	140	89,2
	NC	10	10,8
Total		150	100
Estado nutricional	Normal	133	84,7
	Desnutrida	01	0,6
	NC	16	14,6
Total		150	100
Esquema Vacinal	Completo	74	47,1
	Incompleto	41	26,1
	NC	35	26,8
Total		150	100
Edema	Não	07	4,5
	Sim	24	15,3
	NC	119	80,3
Total		150	100
Local	Generalizado	01	0,6
	MMII	16	10,1
	MMII – MMSS	01	0,6
	Não	01	0,6
	NC	131	87,9
Total		150	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A tabela 5 apresenta os dados relacionados ao exame físico, é importante a enfermagem estar sempre atenta na realização, pois através deste pode identificar alguma alteração que possam intervir pela equipe de profissionais de saúde. Portanto, esses resultados foram positivos porque mostraram dados relevantes onde apresentou na grande maioria das mulheres um estado clínico regular. Verificou-se que 61,8% tem estado regular de saúde, 66,9% possuem nível de consciência, 89,2% hidratada, 98,2% dos com coloração monocromática, 89,2% com higiene pessoal, 84,7% com estado nutricional normal, 47,1% com esquema vacinal completo e 15,3% com edema.

Leite *et al* (2013), observam que os diagnósticos de enfermagem na assistência ao pós-parto estão relacionados, principalmente, às alterações orgânicas acarretadas pelo tipo de cirurgia, mas que um estado geral estável, possibilita o correto manejo da lactação, bem como a promoção de uma melhoria na qualidade de vida da mulher e também do RN.

A puérpera tende a apresentar um estado de exaustão e relaxamento, principalmente se ela ficou longo período sem adequada hidratação e/ou alimentação, além dos esforços despendidos no período expulsivo. O presente estudo demonstrou, por sua vez, a prevalência da hidratação entre as participantes, bem como coloração e higiene pessoal e bom estado nutricional.

Ainda é de senso comum que toda e qualquer gestante deve dobrar o seu aporte calórico e que o ganho de peso ideal deve ser em torno de 12 quilos, independente do estado nutricional inicial da gestante. Contudo, não devemos esquecer que, numa região onde a desnutrição sempre foi um grave problema de saúde, a obesidade ainda não é vista assim pela população em geral.

A mulher no período gestacional pode se prevenir de várias patologias que poderão levar tanto a mãe quanto o recém-nascido ao óbito. O tétano e a hepatite B são doenças passíveis de imunização prévia e evitáveis.

A gestante refere diversas queixas, dentre elas o edema gestacional. A fisioterapia pode atuar neste sentido, através da drenagem linfática manual (DLM), que utiliza movimentos suaves para aumentar o volume e a velocidade de

transporte da linfa removendo o excesso de líquido. O registro da presença de edema esteve ausente em grande quantidade dos prontuários (80,3%), entretanto pode constatar que o edema existente (15,3%) se concentrava mais em MMII (10,1%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou o alcance dos objetivos propostos, através do qual se analisou perfil clínico obstétrico das mulheres assistidas em uma maternidade do alto sertão paraibano no município de Cajazeiras-PB.

Vimos que os números de mulheres com ensino fundamental incompleto prevaleceu bem maior, que esse estudo nos permitiu identificar o perfil das mulheres que são assistidas onde podemos comparar com as pesquisas que continuam mostrando ainda o baixo nível de escolaridade em nosso País.

O estudo revelou que mesmo com um número considerável de apresentação fetal do tipo cefálica e com situação longitudinal ainda assim prevaleceu o parto cesariano, portanto uma vez número de cesarianas ainda permanece alto apesar de que o Ministério da Saúde preconiza o parto vaginal, pois os profissionais de saúde sabem que a melhor escolha de uma mulher ter um parto saudável sem complicações é o vaginal, mas mesmo assim ainda continuam fazendo inúmeras de cesarianas.

Em relação do intervalo de uma gestação para outra observou-se na variável que as mulheres apresentam um espaçamento adequado, ou seja, reduz um risco de agravos para a mãe e o bebê, e podendo dar uma melhor assistência a criança principalmente no aleitamento materno que é muito importante, quando não se tem esse intervalo adequado muitas das vezes não amamentam o seu bebê porque já esta com outro ou mesmo amamenta durante a gestação onde a criança nasce com baixo peso.

Contudo identificou-se uma falha do preenchimento completo dos prontuários das gestantes, principalmente na parte do exame físico que é realizado na admissão das mulheres assistidas naquele local.

Quanto ao esquema vacinal o estudo mostrou que quase todas as gestantes foram vacinadas, portanto a realização das vacinas é necessária durante as diferentes fases do período gestacional, garantindo assim sua imunização e do seu bebê para que na hora do parto ocorra tudo bem.

Diante dos resultados encontrados é necessário que a coordenação da maternidade faça uma capacitação dos funcionários em relação ao preenchimento dos prontuários de acordo com a assistência a essas mulheres que precisam ser atendidas pelos profissionais que ali desempenham o seu trabalho como cuidadores. É necessário a realização de mais pesquisas sobre o aperfeiçoamento da assistência, onde é preciso também lançar um olhar mais apurado acerca da assistência a essas mulheres que procuram o serviço, no sentido em relação ao perfil, identificando, priorizando e implementando as políticas e ações que favoreçam a sua melhoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCETTA, S.G. *et al.* Cesariana primária em nulíparas: fatores de risco em hospital público universitário. **Revista HCPA**. v. 33, n. 3-4, p. 198-204, 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/109149>. Acesso em: 11 Jun. 2015.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRÜGGEMANN, O.M. *et al.* Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 658-68, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/03.pdf>> Acesso em 23 Ago.2014.

CAMARGO, Regiane Maia. **HIV no pré-natal: revisão integrativa da literatura**. 2016.

DA SILVA, Marta Maria Borja Serafim *et al.* **Doença mental na gravidez**. 2012.

DIAS, M. A. B. DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2647-55, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf> Acesso em: 23 Ago. 2014.

FREIRE, C.M.V.; TEDOLDI, C.L. Hipertensão arterial na gestação. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.93, n.6, supl.1, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001300017&script=sci_arttext. Acesso em: 05 Jun. 2015

GRAVE, M.T.Q.; SARTORI, V. Avaliação De Crianças Nascidas Pré- Termo A Partir Dos Reflexos Neonatais, Frequência Respiratória E Doenças Associadas. **Caderno pedagógico**. v. 9, n. 2, p. 139-151, 2012. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/Article/312>. Acesso em: 09 Jun. 2015.

LAGE, E.M.; BARBOSA, A.S. Cardiopatias e gravidez. **Revista Feminina**. v. 40, n.1,p.93-112, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3079.pdf>. Acesso em: 11 Jun. 2015.

LEITE, F.M.C.; BARBOSA, T.K.O.; MOTA, J.S. *et al.* Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 18, n.2, p.344-50, 2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32584/20700>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

MASSUCATTI, L.A.; PEREIRA, R.A; MAIOLI, T.U. Prevalência De Diabetes Gestacional Em Unidades De Saúde Básica. **Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde**. v. 1, n.1, p.70-79, 2012. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/329/279>. Acesso em: 05 de Jun. 2015.

MATIOLI, C.P. *et al.* Metodologia: interpretando autores In: FIGUEIREDO, N.M.A. (organizadora). **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Paulo: Yendis, p. 89-115, 2007.

SILVEIRA, Denise; SANTOS, Iná; COSTA, Juvenal. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo**. 2001.

SOALHEIRO, L.C. Fatores associados à preferência por cesariana em uma amostra representativa de primíparas na Região Sul do Brasil, 2011. 2012. Tese de Doutorado. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=670112&indexSearch=ID>. Acesso em: 10 Jun.2015.

SPINDOLA,T.; PROGIANTI, J. M.; PENNA, L.H.G. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. **Revista Ciencia y Enfermeria**, v. 18, n.2, p. 65-73, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_07.pdf>. Acesso em: 23 Ago.2014.

STRAPASSON, M. R, NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a16.pdf>>. Acesso em: 23 Ago. 2014.