UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SILVANA ALBINO DA SILVA SANTOS NOVAIS

**Avaliação do pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e ou
lactente nos primeiros seis meses de vida**

RIBEIRÃO PRETO

2017

SILVANA ALBINO DA SILVA SANTOS NOVAIS

Avaliação do pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e ou lactente nos primeiros seis meses de vida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra na Área de concentração: Promoção de Saúde Mental.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Maria Pimenta Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Novais, Silvana Albino da Silva Santos

Avaliação do pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e ou lactente nos primeiros seis meses de vida. Ribeirão Preto, 2017. Ribeirão Preto, 2017.

104 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Carvalho, Ana Maria Pimenta de

1. Pré-natal.
2. Desenvolvimento neuropsicomotor.

NOVAIS, Silvana Albino da Silva Santos

Avaliação do pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e ou lactente nos primeiros seis meses de vida.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____ Julgamento: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____ Julgamento: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____ Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus essa vitória, pois ele me deu o dom da vida, a força para levantar todos os dias e lutar pelos meus ideais, e assim fazer-me a cada dia uma pessoa mais confiante em sua bondade, e em sua infinita misericórdia.

Dedico aos meus filhos, minhas eternas crianças, **Felipe e Fabiana**, presentes que Deus me concedeu na terra, pela compreensão diante dos momentos de minha ausência. Saibam que os amo demais e que por vocês sou capaz de tudo. Não posso deixar de mencionar minha nora, **Rosana**, que já tenho como uma filha.

Dedico ao meu lindo e querido esposo, **Cornélio**, companheiro de mais de 30 anos, que mantém o juramento feito diante de Deus. Pessoa que nunca mediu esforços para me ajudar, agradar e fazer feliz. Aquele que sempre me incentivou a continuar a luta para atingir meus objetivos. Sempre companheiro, amigo, compreensivo, amante. Obrigada por estar sempre ao meu lado a maior parte de minha vida.

Dedico aos meus pais, **Rosária e João**, pessoas que através de amor, carinho, limites fizeram a pessoa que sou hoje, com qualidades, defeitos, cheia de vontade de vencer, e nunca desistir de meus ideais.

Família o bem mais precioso que possuímos, com a permissão de um grande Deus.

“Por esta razão, o homem deixará pai e mãe e se unirá à sua mulher”.

(Marcos 10:7)

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa que encerro em minha vida acadêmica, e por isso agradeço a Deus por ter colocado em minha vida pessoas tão compreensivas e especiais, e que sem elas não seria possível colher o belo fruto semeado ao longo desse tempo. A essas pessoas serei grata por uma eternidade.

À Prof^a. Dr^a. Ana Maria Pimenta de Carvalho, que me deu colo quando estava aos prantos por saudades de minha família. Por acreditar em minha ideia, estar disposta a contribuir para melhor aprendizado e ajudar a chegar ao fim deste ciclo.

À minha querida prima Adriana, que sempre esteve ao meu lado, nas alegrias, nas tristezas, nas viagens, nas aflições, nos momentos de ansiedade, sendo meu acalento nas tempestades. Muitas das coisas bonitas que sentimos, como a gratidão, não podem ser vistas ou tocadas, pois estão dentro do nosso coração. Agradeço a Deus todos os dias por você existir e estará sempre em minhas orações.

À essa Universidade, seu corpo docente, direção, administração e colegas que contribuíram para a formação ao longo de minha vida de pós-graduando.

À funcionária da pós-graduação, Adriana, pelas orientações e esclarecimentos diante de minhas apreensões.

À Miyeko pelas orientações e disponibilidade nas análises dos dados.

Às minhas colegas e grandes companheiras nas estradas Talita, Andréia, Claudia, Mirelle.

Às mães que aceitaram participar dessa pesquisa, para a qual disponibilizaram de seu precioso tempo, entregando os seus filhos para que fosse feita a avaliação.

Obrigada a todos!

RESUMO

NOVAIS, S. A. S. S. **Assistência pré-natal e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e ou lactente nos primeiros seis meses de vida. 2017.** 108 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudos sobre os impactos da assistência pré-natal sobre o desenvolvimento da criança têm apresentado resultados controversos. O desenvolvimento infantil é um processo que se inicia desde a vida intrauterina e envolve múltiplas aquisições, tais como o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, à cognição, às relações sociais e afetivas da criança. O presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a assistência ao pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor em um município do Sul de Minas Gerais. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, longitudinal, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no município do sul de Minas Gerais. A população de estudo foi constituída pelas puérperas, que tiveram assistência nos dois hospitais de atendimento do SUS, através de um estudo retrospectivo de registro das salas de parto nos hospitais, com um grupo válido foi de 135 puérperas. Para a coleta dos dados foram utilizados instrumentos válidos disponíveis, para avaliação do pré-natal, dados do nascimento e o critério socioeconômico. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado. Quanto às variáveis sociodemográficas verificou-se quanto à idade das puérperas que 7 (5,2%) tinham entre 18 e 19 anos, 78 (57,8%) 20 e 29 anos, 47 (34,7%) 30 a 39 anos e, 3 (2,2%) mais de 40 anos. Quanto ao risco gestacional, observou-se que 72 (53,3%) eram de baixo, 16 (11,9%) de médio e 47 (34,8%) de alto risco gestacional. Quanto às intercorrências clínicas obstétricas 86 (63,7%) eram de baixo risco, 12 (8,9%) de médio e 37(26,9%) alto risco. O pré-natal foi considerado adequado em 01 (0,7%) e parcial para 134 (99,7%) das gestantes. Em relação ao número de consultas, para 89 gestantes (65,9%) foi considerado adequado, para 15 (11,1%) parcial e para 31 (23%) inadequado. Observou-se que 68 (50,4%) dos RN eram do sexo masculino e 67 (49,6%) do sexo feminino, e quanto ao peso nove (6,6%) apresentaram peso abaixo de 2.500g. Houve predomínio de RNs com peso entre 2.501g e 4.000g, 121 (89,6%). Os resultados apontam que a maioria dos RN e lactentes apresentaram um desenvolvimento neuropsicomotor normal para a idade de acordo com o TTDD II, contudo, 30,4% no primeiro mês e 21,5% no sexto mês eram classificados como suspeitos em relação a área de domínio linguagem. Os principais fatores responsáveis pela classificação das gestantes como de alto risco, neste estudo, foram: características individuais e intercorrências clínicas obstétricas,

sendo que um dos principais fatores foi o consumo de drogas. As principais intercorrências clínicas e obstétricas foram hemorragias na gestação (12,6%), idade gestacional superior a 41 semanas (11,1%) e episódios de infecção urinária (10,4%). Verificou-se que 47,4 % das gestantes foram classificadas como de alto risco gestacional na classificação geral, enquanto na classificação das características individuais 77% foram de baixo risco, na história reprodutiva 86,7 % de baixo risco e nas intercorrências clínicas obstétricas 63,7%. Em 99,3% a assistência ao pré-natal foi classificada como parcial. Nenhum dos aspectos da assistência pré-natal mostrou associação significativa com o desenvolvimento neuropsicomotor do RN e/ou lactente. A contribuição do presente estudo refere-se à descrição da qualidade da assistência pré-natal no contexto em que foi desenvolvido. Sugere a não relação entre essa assistência e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança nos primeiros seis meses de vida.

Palavras-chave: Pré-natal. Desenvolvimento neuropsicomotor.

ABSTRACT

NOVAIS, S. A. S. S. **Evaluation of prenatal and neuropsychomotor development of the newborn and / or infants in the first six months of life.** 2017. 108 f. Dissertation (Master degree) - University of São Paulo, Ribeirão Preto – College of Nursing, Ribeirão Preto, 2017.

Studies about the prenatal assistance impacts on child development has shown controversial results. Child development begins in intrauterine life and encompass multiple attainments such as physical growth, neurological maturing and building of skills related to behavior, cognition, child's social and affective relations. This paper aimed assess the relation between prenatal assistance and neuropsychomotor development at a South of Minas Gerais' city. It is a longitudinal descriptive epidemiologic study with a quantitative approach. The study has been carried at the South of Minas Gerais' city. The study's population is composed by women who have recently given birth that had assisted at two public system hospitals through retrospective analysis of the delivery rooms registries, with a valid group of 135 women. Available valid instruments were used in data collection to assess prenatal, birth data and socio-economic criteria. The research was sent to and approved by the Universidade de São Paul's Nursing School Ethic Committee in Research at Ribeirão Preto. In socio-demographic variables there were 7 (5,2%) women aging between 18 and 19 years, 78 (57,8%) with 20 to 29 years, 47 (34,7%) with 30 to 39 years and 3 (2,2%) with more than 40 years old. As for the gestational risk 72 (53,3%) were at low, 16 (11,9%) at medium and 47 (34,8%) at high gestational risk. For obstetric clinical complications there were 86 (63,7%) with low risk, 12 (8,9%) with medium and 37 (26,9%) with high risk. Appropriate prenatal was found in 1 (0,7%) and partial in 134 (99,7%) women. There were 89 (65,9%) women with adequate, 15 (11,1%) with partial and 31 (23%) with inadequate number of consults. Among the newborn, 68 (50,4%) were male and 67 (49,6%) female and 9 children (6,6%) weighed bellow 2.500g. There was a predominance of newborn weighing between 2.501g and 4.000g, 121 (89,6%). Results point out that most of the newborn and infant shown normal neuropsychomotor development for the age, according to the TTDD II, although 30,4% on the first month and 21,5% on the sixth month were classified as suspects regarding language domain. The main factors for the women classification with high risk in this study were: individual characteristics and obstetric clinical complications and drug consumption were a key factor. The major obstetric clinical complications were gestation bleeding (12,6%), gestation age above 41 weeks (11,1%) and urinary infection episodes (10,4%). 47,4% of the woman were classified as gestational high risk on general classification

while on individual characteristics classification 77% were low risk. On reproductive history 86,7% were low risk and on obstetric clinical complications 63,7%. In 99,3% the prenatal assistance were classified as partial. None of the prenatal assistance aspects shown meaningful relation with newborn and/or infant neuropsychomotor development. The present study contribution lies in the quality description of the prenatal assistance on the context it was developed. It proposes no relation between this assistance and child neuropsychomotor development in its first six months old.

Keywords: Prenatal. Neuropsychomotor Development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama referente à seleção da amostra da pesquisa	43
----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Sistema de pontuação conforme itens que a família possui no critério de classificação econômica Brasil	45
Quadro 2	Sistema de pontuação conforme graus de instrução do chefe da família no critério de classificação econômica Brasil	45
Quadro 3	Sistema de pontuação conforme as consultas realizadas por trimestre de gestação	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das participantes do estudo quanto à idade, situação conjugal e classificação socioeconômica, Alfenas – MG, 2015	56
Tabela 2	Características físicas, história de violência e uso de drogas das participantes do estudo, Alfenas – MG, 2015	57
Tabela 3	Condições clínicas relacionadas à história reprodutiva anterior, Alfenas – MG, 2015	58
Tabela 4	Características maternas quanto à intercorrências clínicas / obstétricas durante a gestação atual, Alfenas – MG, 2015	59
Tabela 5	Classificação do risco gestacional das participantes quanto às variáveis individuais, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas/obstétricas, Alfenas – MG, 2015	59
Tabela 6	Classificação geral das condições do pré-natal em relação às variáveis número de consultas, exames, medicações e imunização, Alfenas – MG, 2015	60
Tabela 7	Descrição dos RN segundo peso e sexo, Alfenas – MG, 2015	61
Tabela 8	Avaliação neuropsicomotora do RN/lactente no 1º e 6º mês de vida, Alfenas – MG, 2015	61
Tabela 9	Relação entre variáveis gestacionais e a avaliação do RN/lactente na área motora grosseira, Alfenas – MG, 2015	63
Tabela 10	Relação entre variáveis gestacionais e a avaliação do RN/lactente na área motora fina adaptativa, Alfenas – MG, 2015	64
Tabela 11	Relação entre variáveis gestacionais e a avaliação do RN/lactente na área pessoal social, Alfenas – MG, 2015	66
Tabela 12	Relação entre variáveis gestacionais e a avaliação do RN/lactente na área linguagem, Alfenas – MG, 2015	68

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira De Empresas E Pesquisa
APS	Atenção Primária Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CTA	Centro Testagem E Aconselhamento
DINSAMI	Divisão Nacional Materno Infantil
DN	Declaração Nascido Vivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
IMESA	Instituto Medicina Especializada De Alfenas
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PAISMC	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher e da criança
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RN	Recém-nascido
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema Informação Nascido Vivo
SUS	Sistema Único de Saúde
TTDD II	Teste Triagem de Desenvolvimento de Denver II
WHO	World Health Organization
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	19
2	INTRODUÇÃO	21
3	OBJETIVO	35
3.1	OBJETIVO GERAL	36
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	36
4	HIPÓTESES	37
5	METODOLOGIA	39
5.1	TIPO DE ESTUDO	40
5.2	LOCAL DE ESTUDO	40
5.3	AMOSTRA DE ESTUDO	41
5.4	INSTRUMENTOS DE COLETA	44
5.4.1	Cartão de pré-natal	44
5.4.2	Critério padrão de Classificação Econômica Brasil	44
5.4.3	Ficha de Declaração Nascido Vivo (DN)	45
5.4.4	O Teste de Triagem Desenvolvimento de Denver II	46
5.5	CLASSIFICAÇÃO DE ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO	47
5.5.1	Risco gestacional e suas variáveis	47
5.5.2	Classificação do pré-natal e suas variáveis	48
5.5.3	Avaliação neuropsicomotora e variáveis da classificação	50
5.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	51
5.6.1	Estudo piloto	51
5.6.2	Procedimentos de coleta de dados	51
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	52
5.8	ANÁLISE DE DADOS	54
6	RESULTADOS	55
6.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E DO RISCO GESTACIONAL	56
6.1.1	Caracterização sociodemográficas	56
6.1.2	Características consideradas para a avaliação de risco gestacional	57
6.1.3	Características da história reprodutiva anterior	58
6.1.4	Intercorrências clínicas/obstétricas das participantes	58

6.1.5	Classificação do risco gestacional	59
6.1.6	Avaliação das condições do acompanhamento do pré-natal	60
6.2	CARACTERIZAÇÃO DO RN/LACTENTE	60
6.2.1	Avaliação dos RN quanto ao sexo e peso	60
6.2.2	Avaliação dos RN/lactente no 1º e 6º mês de vida	59
6.3	ANÁLISE BIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS GESTACIONAIS E O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	62
7	DISCUSSÃO	70
8	CONCLUSÃO	83
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICES	95
	ANEXOS	105

1 APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na área de saúde foi ainda no final dos anos 80, como atendente de enfermagem, à mesma época do início de minha vida conjugal. Em 1991 casei-me com o Cornélio, companheiro, amigo, parceiro que nunca deixo de citar por fazer sempre parte de minhas conquistas. Logo, por exigências do mercado, tornei-me auxiliar de enfermagem. Em 2000 as exigências passaram a ser de técnico de enfermagem e assim resolvi me graduar. Ao término de minha graduação em enfermagem resolvi que gostaria de atuar na docência e comecei minhas atividades na área e onde estou até hoje. Neste intervalo tive meus filhos, Felipe e Fabiana, hoje com 25 e 21 anos respectivamente, os quais considero diplomas que a vida me deu.

Foram cursos e especializações na área de atuação na área de saúde pública, sempre com enfoque na atenção primária que me deram suporte para atuar junto a alunos da enfermagem e da medicina, trabalhando com gestantes e crianças, e atuando no comitê municipal de prevenção óbito fetal, infantil e materno. Minha maior frustração era investigar os óbitos e concluir que os mesmos poderiam ser evitados por um acompanhamento adequado do pré-natal, trabalho esse que os acadêmicos realizavam com muita eficácia, e aí ficava a pergunta:

- ✓ *“Porque os médicos da atenção primária não realizam o acompanhamento adequado no pré-natal?”*
- ✓ *“E esse acompanhamento interfere no desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e lactente?”*

Em 2015 iniciei a pós-graduação, com a pesquisa voltada para essa área, com a necessidade de investigar a qualidade da assistência ao pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor.

Com isso, como enfermeira docente na área resolvi fazer um estudo no município de Alfenas com objetivo de contribuir para uma melhor assistência nessa área, ciente de que o enfermeiro é de fundamental importância na assistência ao pré-natal e para que o atendimento à gestante seja qualificado e considerado de excelência.

2 INTRODUÇÃO

O período gestacional é uma fase natural da vida de muitas mulheres, marcada por intensas transformações biopsicossociais, o que demanda uma assistência contínua e integral por parte dos profissionais de saúde contribuindo para um desfecho favorável à díade mãe e recém-nascidos (RN) (REZENDE; SOUZA, 2012).

No entanto, a história descreve que a assistência ao pré-natal no contexto brasileiro nem sempre foi delineada nesta perspectiva, era um processo muitas vezes vivenciado apenas pela mulher, o que não difere do processo do parto, em que familiares e eventualmente parteiras eram as pessoas que ofereciam suporte neste momento (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014). Em relação à evolução histórica pode-se referenciar que o primeiro programa de proteção à maternidade e à infância foi instituído durante o Estado Novo, entre os anos de 1937 a 1945, sendo que as atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 2011a).

Contudo, a assistência à saúde da mulher com vista às questões relacionadas ao período gravídico e ao parto surgiu em 1960 com a Atenção Básica a Saúde (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014). Posteriormente, na década de 75 foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o propósito de melhorar a qualidade da informação; estimular o aleitamento materno; garantir a suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil; ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Vale ressaltar que até esse momento não existiam programas relacionados à assistência à saúde da mulher, e ao nascimento seguro (BRASIL, 2011b).

Em 1983, a Divisão Nacional Materno Infantil (DINSAMI) elaborou o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com objetivo de melhorar a saúde dessa população com capacidade resolutiva da rede pública. No ano seguinte, esse programa foi implantado e posteriormente dividido em dois programas específicos, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC), com vistas à assistência às peculiaridades de cada grupo (BRASIL, 2011a).

Portanto, o PAISM veio preconizar a assistência integral e com abordagem global da saúde da mulher, nos aspectos clínico-ginecológicos e educativos; assistência do pré-natal, do

parto e do puerpério e outras condutas prioritárias deste grupo (GONÇALVES et al., 2008; BRASIL, 2011a).

Com o intuito de reduzir a mortalidade infantil, o país no ano de 2000, foi signatário dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) definida pela Organização das Nações Unidas (ONU), no qual estabeleceu oito metas, dentre essas está reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2007).

Outra iniciativa do governo brasileiro foi deliberação da portaria GM nº 569, a qual vem determinar o acompanhamento adequado do pré-natal e que definia os seguintes requisitos: seis ou mais consultas de pré-natal e uma de puerpério até 42 dias após o nascimento, aderir ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação e ter realizado pelo menos uma vez testes laboratoriais de rotina: ABO-Rh, hemoglobina (HB), hematócrito (HT) e Vírus Imunodeficiência Humana (HIV), na primeira consulta, *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), Urina I, Glicemia de jejum na primeira consulta e na 30ª semana, aplicação da vacina antitetânica, além de estrutura física e equipamentos adequados (BRASIL, 2000).

Ainda no que tange à assistência à gestante, o país implantou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), Parto e Puerpério em junho de 2000 com vistas, a assegurar a melhoria no acesso, a cobertura e a qualidade da assistência em todas as etapas, promovendo vínculo entre os serviços ambulatoriais e o momento do parto (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Posteriormente, em 2006, o Ministério da Saúde (MS), aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela saúde, um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pactuado entre as três esferas de governo com as prioridades de redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (BRASIL, 2006).

Outra política governamental que se associou ao PHPN foi a reestruturação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que contribuiu para a formação de vínculo entre as gestantes e o serviço de saúde, assim como a captação precoce da gestante, a avaliação e a assistência ao pré-natal conforme o preconizado pelo MS. Todo esse processo permite a promoção da saúde e a instrumentalização da mulher durante a gestação, o puerpério, os cuidados com o RN e/ou lactente (BRASIL, 2006). Neste sentido, é importante apontar que estudo conduzido com gestantes do município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, detectou que as gestantes que foram assistidas pela ESF foram mais orientadas sobre esse período e tiveram uma melhor avaliação física, o que reforça que esse modelo representa uma rede importante na assistência a gestante (ANVERSA et al., 2012).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada a partir de 2004, que associada aos princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080

e Lei nº 8.142, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), exerceu grandes influências na operacionalização da assistência pré-natal, parto e puerpério e que tornou cada vez mais efetiva com a municipalização das ações e serviços na atenção primária (BRASIL, 2011a).

Ressalta-se que a NOAS, veio fortalecer o processo da gestão do SUS e com isso a regionalização da assistência a que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica”, estabelecendo a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério (BRASIL, 2011b). Enquanto, a PNAISM baseia-se nos princípios do SUS com enfoque no cuidado do gênero feminino, com assistência integral, universal e equidade, enfatizando os direitos sexuais e reprodutivos, no combate a violência doméstica e sexual. O principal objetivo da PNAISM é implantar ações de saúde, de forma a garantir os direitos humanos das mulheres e reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis e preveníveis (BRASIL, 2011a).

Em 2011, o MS, iniciou a implantação progressiva do Projeto Rede Cegonha em todo o país, que veio fomentar a prevenção dos fatores de risco para a saúde infantil, associados à gestação e aos primeiros dias de vida. A atenção qualificada ao parto é responsável pela diminuição da morbimortalidade neonatal e pelos óbitos infantis, visto que a vigilância à saúde de uma criança inicia-se antes de seu nascimento (BRASIL, 2011c; VICTORA et al. 2011; CAVALCANTI, 2013).

Além de todos esses programas e políticas na assistência ao ciclo gravídico puerperal, o governo de Minas Gerais instituiu a deliberação 1.682 pela Comissão Intergestores Bipartite do SUS, que aprovou os critérios para a estratificação de risco e de acompanhamento da gestante no pré-natal na rede de atenção primária, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde. Esses critérios referem-se às características individuais da gestante, como: condições socioeconômicas, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual (MINAS GERAIS, 2013).

Nesta deliberação também foram propostos quatro tipos de estratos de risco: risco habitual, médio risco, alto risco e muito alto risco e assim que identificados são definidos os fluxos assistenciais diferenciados.

Os critérios utilizados para estratificação de risco, de acordo com a deliberação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2013), são:

- ✓ Risco habitual - idade entre 16 e 34 anos; intervalo interpartal maior que um ano; ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual;
- ✓ Risco médio - idade menor que 16 e maior que 34 anos; ocupação; a situação conjugal insegura; a baixa escolaridade (< 4 anos); ser tabagista; altura menor que 1,45 m; índice de

massa corporal (IMC) < 19 ou > 30; uso de drogas. Também compõe esse grupo mulheres que tiverem história anterior de desnutrição fetal ou malformação; nuliparidade e multiparidade; cirurgia uterina anterior; intervalo interpartal menor que um ano. Entre os últimos dados para este grupo estão as intercorrências clínicas/obstétricas na gravidez atual, como infecção urinária e outras patologias não classificadas como de alto ou de muito alto risco;

✓ Alto risco - dependência química de drogas; morte perinatal explicada e inexplicada; abortamento habitual; esterilidade/infertilidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; prematuridade. Situações controladas na gravidez como desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico; gestação múltipla; ganho ponderal inadequado; diabetes gestacional; hemorragias da gestação e outras intercorrências clínicas;

✓ Muito alto risco - doença obstétrica na gravidez atual não controlada; intercorrências clínicas como as patologias não controladas; malformações fetais e isoimunização, entre outras.

Diante dessa estratificação de risco o acompanhamento da gestante no pré-natal e parto deverá ocorrer da seguinte forma: as de risco habitual e risco médio, na unidade básica de saúde e o parto na maternidade de risco habitual. Já as de alto risco serão acompanhadas na unidade básica de saúde e no centro referência de atenção secundária/serviço de referência para gestação de alto risco e o parto deverá ocorrer na maternidade de alto risco. Para as de muito alto risco o atendimento será nas mesmas localidades dessa última, acrescentando o serviço de medicina fetal (MINAS GERAIS, 2013).

Portanto, cabe ressaltar que os programas e políticas desenvolvidos no decorrer das últimas décadas contribuíram para as mudanças nas taxas de óbitos infantis, no país, uma vez que na década de 30, a média era de 162 por mil nascidos vivos. Em 1980 uma média de 83 óbitos por mil nascidos vivos (RIPSA; 2012), sendo que as principais causas neste período ou anterior a este, se relacionava às doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2012b). Verificou-se que a queda foi acontecendo gradativamente, sendo que entre os anos de 2000 a 2008, essa queda foi, em média de 3,2% ao ano (RIPSA; 2012), já em 2015 o país conseguiu reduzir para 13,8 por mil nascidos vivos (IBGE, 2017). Salienta-se, que atualmente as principais causas de óbito infantil se referem às afecções originadas no período perinatal, complicações da gravidez, do trabalho de parto e nascimento. Essas complicações acometem crianças no período neonatal precoce, o que eleva os índices de morbimortalidade por septicemia bacteriana do recém-nascido e afecções respiratórias do recém-nascido (BRASIL, 2007).

O Brasil é um dos 62 países que conseguiram alcançar a meta estipulada pela ONU de redução da mortalidade infantil (PORTAL BRASIL, 2017). É fundamental considerar que os dados da mortalidade infantil diferem entre as regiões, em decorrência das desigualdades

existentes e agravadas por fatores como disponibilidade de recursos, acesso aos serviços de saúde para o pré-natal, parto e puerpério, e a falta de informações e dados confiáveis (VICTORA et al., 2011; LAURENTI et al., 2015).

Destaca-se que além dos programas e políticas governamentais que foram implantadas para assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal que contribuíram para o êxito na redução das taxas de óbito infantil, é necessário considerar que existem fatores extrínsecos e intrínsecos que interferem negativamente no pré-natal como a baixa escolaridade, a idade da gestante entre 10 e 14 anos, o aborto provocado, doenças maternas como hipertensão arterial, diabetes, infecções urinárias, HIV, doenças cardíacas entre outras e assistência tardia ao pré-natal, (GAMA et al., 2004; BRITO et al., 2011; PESSOA et al., 2015). A gestação associada ao consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas também podem contribuir com resultados desfavoráveis para a díade mãe e feto (WRIGHT; WALKER, 2007; RENNER et al., 2015).

Outro fato importante que deve se destacar é a ausência de companheiro, visto que mulheres solteiras apresentam três vezes mais risco de não realizarem o pré-natal, quando em relação às casadas ou de união estável. Vale ressaltar que o companheiro é um grande incentivador para adesão da gestante ao pré-natal e a um número maior de consultas e exames atendendo ao preconizado pelo MS (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Diante do exposto, a assistência multiprofissional durante o pré-natal visa diagnosticar as reais necessidades maternas e a vitalidade do feto, o que contribui para que ações e estratégias implementadas, sejam coerentes com os programas atuais direcionados à saúde da mulher (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011). Assim, a estratificação do risco gestacional preconizada pela deliberação 1.682 já referenciada anteriormente (MINAS GERAIS, 2013), associada a uma assistência adequada contribuirá para a redução dos riscos de ocorrer um parto prematuro resultando um conceito frágil e com baixo peso (FRAGA et al., 2008; NOBRE, 2009). É oportuno considerar que, também devem ser ofertados os medicamentos preconizados neste período, imunobiológicos, exames laboratoriais e de ultrassonografia (BRASIL, 2006).

Torna-se imperativo, que durante a assistência ao pré-natal seja realizado o rastreamento do consumo de substâncias psicoativas pela equipe multiprofissional, e a implementação de condutas necessárias (COUTINHO; COUTINHO; COUTINHO, 2014). Existem evidências de que a gestantes usuárias de substâncias ilícitas que mantém vínculo com a unidade de saúde, reduzem de forma significativa os efeitos negativos sobre o RN e a gestante, dentre eles estão o baixo peso ao nascer, a prematuridade, as complicações materno-fetais e os custos com essa assistência (WRIGHT; WALKER, 2007).

Nessa perspectiva, ressalta-se que os problemas e agravos no período gestacional, ausência de acompanhamento (NOBRE, 2009), consumo de drogas, e a não aceitação da gestação são fatores que podem contribuir para as alterações no desenvolvimento infantil (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004; MARIN et al., 2012). Marin et al (2012) ainda complementa que a identificação desses fatores durante o período gestacional e a implementação de intervenções contribuirão para a redução dos problemas inerentes a gestação e ao desenvolvimento infantil. Assim, as estratégias interventivas devem ser implementadas com vistas à melhoria das condições de saúde da gestante e do feto, prevenindo complicações posteriores (SILVA et al., 2015).

Toda a complexidade da assistência pré-natal requer um grande aporte da pesquisa visando identificar seus impactos sobre a saúde da mãe e da criança. A tal linha de investigação impõe-se, no entanto, questões metodológicas importantes, sobretudo quanto a se desenvolver instrumentos que ofereçam índices de avaliação da assistência pré-natal. No geral, têm sido utilizados o número de consultas e o início delas no primeiro trimestre de gestação (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013).

Estudo de revisão apontou que uma assistência adequada de pré-natal atua como fator de proteção contra o baixo peso ao nascer. No entanto essa relação nem sempre é confirmada e os autores chamam atenção para as dificuldades na comparação entre os estudos considerando-se as diferentes formas de avaliar a assistência ao pré-natal, a diversidade das amostras estudadas e a coleta de dados a partir de registros efetuados nos serviços que são incompletas (SILVEIRA; SANTOS, 2004). Investigações recentes têm mostrado que os efeitos do pré-natal são pequenos e não significativos em relação ao desenvolvimento infantil, além do que os estudos sobre a associação entre o pré-natal e as condições pós-natal são pouco exploradas (NOONAN et al., 2013).

Woodhouse, Camelo e Wehby (2014) conduziram um estudo longitudinal entre 1996 a 2011, que detectou uma associação positiva entre número de visitas de pré-natal e o peso ao nascer, ao mesmo tempo ele verificou que essa associação diminui ao longo do período em que os dados foram coletados. A assistência ao pré-natal tem um resultado positivo em relação ao cuidado da gestante com a sua própria saúde, como a interrupção do hábito de fumar, a imunização, o incentivo ao aleitamento o que gera um impacto positivo na saúde do RN, além de favorecer a saúde mental da gestante que contribui para uma relação positiva entre esta e o RN (CONWAY; KUTINOVA, 2006).

No presente trabalho, o foco de interesse é o RN e ou lactente e, nesta direção, conforme o estudo de Noonan et al. (2013) em que exploraram a relação entre atenção ao pré-natal e a

saúde da criança aos cinco anos de idade. Esses autores partem do pressuposto que os efeitos do pré-natal podem não ser vistos a curto prazo, mas ter efeitos a longo prazo. Como índices de saúde o estudo investigou a asma, a obesidade, e a avaliação da saúde geral e o início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, contudo não mostrou haver relação entre as variáveis pretendidas.

Estudo multicêntrico, envolvendo a cooperação de diferentes países considerados de média e baixa renda, incluindo o Brasil, analisou a relação entre assistência pré-natal e as variáveis: o peso da criança ao nascer, altura da criança aos 24 meses e o nível de escolaridade mais alto alcançado na vida adulta. Os autores argumentam que essas duas últimas variáveis têm sido bastante exploradas por associarem-se a resultados ao longo do ciclo vital, que têm forte relação com morbidade, mortalidade, engajamento laboral e parentalidade. É importante enfatizar que a operacionalização deste estudo envolveu processo rigoroso de coleta de dados, uma vez que foram encontradas diferenças importantes entre os países na forma de registrarem as informações, das quais se pode destacar que os índices da assistência ao pré-natal foram a presença de qualquer assistência durante a gestação, se houve mais visitas aos serviços que o preconizado em cada país e se a primeira visita ao serviço ocorreu no primeiro trimestre da gestação (LIU et al., 2017). Os autores ainda complementam que não houve associação significativa entre assistência pré-natal e o peso da criança ao nascer, mas confirmaram sua relação com a altura da criança aos 24 meses e nível de escolaridade na vida adulta.

Em investigação conduzida com pré-escolares na cidade de Feira de Santana no estado da Bahia, os autores avaliaram o desenvolvimento neuropsicomotor da criança com idades entre quatro e cinco anos e verificaram uma taxa de 46,3% de desempenho anormal no teste de Denver, instrumento escolhido para a avaliação neuropsicomotora. As variáveis que se associaram a atrasos no desenvolvimento foram sexo, idade de cinco anos, não realização de pré-natal, início do pré-natal após o primeiro trimestre de gestação e consumo de álcool (BRITO et al., 2011).

Também com foco no desenvolvimento neuropsicomotor, Crestani et al. (2013) avaliaram as condições maternas e do pré-natal e sua relação com o desenvolvimento do RN e/ou lactente desde o primeiro até o 18º mês de vida. Utilizaram como instrumento de avaliação do RN e/ou lactente o proposto por Kupfer e fatores maternos como condições socioeconômicas, presença de sintomas depressivos e com relação ao pré-natal o número de consultas considerando o preconizado que é seis. Verificaram em sua análise que em diferentes momentos do desenvolvimento no qual as variáveis associáveis apresentaram resultados deficitários. Nos primeiros quatro meses, o status conjugal e o número de filhos associaram-se ao risco de

problemas no desenvolvimento neuropsicomotor. No período de 4 a 8 meses os fatores foram renda e número de consultas de pré-natal. No período de 8 a 12 meses o planejamento da gestação foi o fator associado e dos 12 aos 18 meses a presença de sintomas depressivos, a idade e a ocupação materna foram os fatores significativamente associados a piores resultados na avaliação dos riscos para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Liu et al (2017) ressaltam que a assistência pré-natal vai além das visitas as gestantes, há um conteúdo não explorado nas pesquisas que envolvem a avaliação de peso, pressão arterial, testagem sanguínea, oferta de suplementos nutricionais, orientação quanto ao aleitamento, nutrição, uso de drogas e apoio às mães quanto a estresse que possam estar enfrentando e também a avaliação do RN. Essa complexidade tem sido pouco explorada visto que a maior parte dos estudos se centra no número de visitas e no período em que elas se iniciaram. Vale destacar que o uso de complementos nutricionais pode ser importante para o desenvolvimento cerebral da criança e de suas habilidades cognitivas. (LIU et al., 2017)

Com base nos resultados dos estudos mencionados a presente investigação teve como questão indagadora: *“Os RNs e/ou lactentes em que as mães realizaram o pré-natal adequadamente como preconizado pelo MS, e que tenham boas condições de saúde apresentam menor probabilidade de alterações no desenvolvimento?”*

Sabe-se que o desenvolvimento infantil é um processo que se inicia desde a vida intrauterina e envolve múltiplas aquisições, tais como o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, cognitiva, social e afetiva da criança (ROTTA; PEDROSO, 2006; SIGOLO; AIELLO, 2011). Souza e Veríssimo (2015) elaboraram um mapa conceitual sobre o conceito de desenvolvimento infantil, e apontam os fatores que influenciam esse processo, que incluem: o consumo de substâncias psicoativas, o uso de medicamentos na gestação, doenças maternas e/ou infantil, prematuridade e baixo peso, saúde materna e o desenvolvimento cognitivo dos pais, condições socioeconômicas, ambiente familiar e interação dos pais. E que esse é um processo único, contínuo, progressivo e dinâmico.

Vale ressaltar que a avaliação do desenvolvimento infantil constitui-se um desafio para os profissionais de saúde em relação ao processo de avaliação, a definição precisa do significado dos atrasos e dos limites de normalidade, assim como definição correta dos instrumentos serem utilizados (SILVA et al. 2011). Estudo de revisão integrativa da literatura conduzido na Universidade Federal do Maranhão por Silva et al (2011), detectou 11 instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil publicados desde 1947, que serão elencados a seguir com suas principais características:

- ✓ Teste de Gesell (1920) tem como objetivo avaliar o comportamento adaptativo, motor grosseiro e delicado, de linguagem e pessoal-social, no período de quatro semanas a 36 meses;
- ✓ Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley (BSID) (1933), avalia crianças de um a 42 meses de idade, com objetivo de investigar o desenvolvimento infantil com propriedades psicométricas, nas áreas de cognição, linguagem, motor e social-emocional;
- ✓ Teste de Denver (1992), o qual foi mais tarde adaptado e nomeado como Teste Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDD II), investiga no período de zero a seis anos de idade, direcionado para avaliar os riscos e não de realizar o diagnóstico de atrasos de desenvolvimento nas áreas de motricidade ampla, fina adaptativa, de comportamento pessoal-social e linguagem;
- ✓ Teste de Triagem Sobre o Desenvolvimento de Milani-Comparetti (1967), avalia no período de zero a dois anos de idade, com objetivo de avaliar o desenvolvimento motor com base na correlação entre as aquisições funcionais motoras da criança e as estruturas reflexas, nas áreas motoras, de controle postural e padrões de movimentos ativos, nos reflexos primitivos, nas reações de endireitamento e equilíbrio;
- ✓ Gráfico do Desenvolvimento Motor de Zdanska-Brincken (1969), que investiga no período de quatro semanas a aquisição da marcha, objetivando o controle postural dos lactentes, nas áreas motoras, para avaliar os movimentos da cabeça e do tronco, a postura sentada, a postura bípede e a locomoção;
- ✓ Escala Avaliação Comportamento Neonato (NBAS) (1973), avalia o RN de três dias a um mês de idade, com o objetivo de identificar problemas neurológicos, nas áreas de comportamento neuromotor e social interativo;
- ✓ Avaliação dos Movimentos da Criança (MAI) (1980) pode ser utilizada até um ano de idade, com a finalidade de acompanhar os efeitos da fisioterapia nas áreas do desenvolvimento motor, com avaliação do tônus, reflexos primitivos, reações automáticas de endireitamento, equilíbrio e proteção, além de movimentos voluntários, obtidos por estímulos visuais e auditivos ou por meio da manifestação de marcos motores;
- ✓ Avaliação neurológica de recém-nascidos prematuros e a termo (1981), avalia de zero a um ano de idade, com a finalidade de detectar precocemente anormalidades neurológicas e neurocomportamental;
- ✓ Peabody Developmental Motor Scale (Escala PDMS) (1969 – 1982) acompanha o RN e criança de zero a cinco anos de idade, com objetivo de identificar lactentes com atraso no desenvolvimento motor e suas necessidades nas áreas motoras grosseiras e finas;

- ✓ Timp - Test of Infant Motor Performance (1993), investiga o RN de zero ao quarto meses, para avaliar a qualidade de movimento, controle e alinhamento postural, equilíbrio e coordenação de acordo com sua evolução e habilidades funcionais;
- ✓ Alberta Infant Motor Scale (AIMS) (1990 – 1992) verifica o RN de zero a 18 meses, para avaliar o desenvolvimento motor grosseiro, neuromaturação, padrões motores e posturais (SILVA et al., 2011).

Cabe destacar que a grande maioria das investigações conduzidas no cenário nacional para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor utilizou-se o TTDD II (SANTOS; ARAÚJO; PORTO, 2008), o que corrobora com a Sociedade Brasileira de Pediatria que recomenda este instrumento para o acompanhamento do desenvolvimento, reafirmando que este deve ser usado pela equipe multiprofissional, apesar de não ter sido padronizado formalmente (CUNHA; MELO, 2005). A literatura considera que o TTDD II padrão ouro por ser um dos testes de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo (LIMA, (2008)).

Outro fator importante a ser considerado é a facilidade de aplicação, o baixo custo, possibilita um treinamento rápido de uma equipe quando necessário e pode ser utilizado em vários locais, como unidades básicas de saúde, ambulatórios, consultórios, clínicas, unidades pediátricas em hospitais, creches, pré-escolas e serviços especializados em distúrbios do desenvolvimento infantil (SIGOLO; AIELLO, 2011).

Assim sendo o diagnóstico precoce é um desafio para o profissional da saúde, na avaliação e compreensão precisas do significado de qualquer atraso e dos limites da normalidade. Contudo, a intervenção precoce no desenvolvimento motor do RN e/ou lactente é um importante instrumento para estimulá-lo a desenvolver suas habilidades, diminuindo as incapacidades do mesmo (SILVA et al. 2011).

Corroborando com esse fato, a literatura mostra a importância da identificação precoce de sinais de atraso no desenvolvimento infantil e as dificuldades na escolha desse instrumento, visto que essa triagem é muito importante e deve ser realizada como uma prática pela equipe multiprofissional (SIGOLO; AIELLO, 2011).

É no processo de interação do RN e/ou lactente com o ambiente que ambos se constroem em mútua influência como reafirmados pela teoria bioecológica, estruturada segundo os quatro elementos, processo-pessoa-contexto-tempo (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Em relação ao processo, podemos citar as interações que o RN e/ou lactente com as pessoas, os objetos e tudo o que o rodeia em seu ambiente, interações, vínculos, afeto. Quando citamos a pessoa, nela estão os elementos que influenciam a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais, de continuidade e mudança nas habilidades motoras,

cognitivas, psicossociais e de linguagem e as herdadas geneticamente. Já na área do contexto, podemos citar o ambiente na qual está inserido, experiências vividas, cuidados que recebe, conforme Bronfenbrenner, dividindo-o em microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. E o último elemento, o tempo, afirmando que o desenvolvimento não ocorre instantaneamente, e sim é construído ao longo da vida, o qual pesquisa na área da neurociência vem destacando o período pré-natal e os primeiros anos de vida (SOUZA; VERISSIMO, 2015).

Quando referimos ao microssistema, ressaltamos o ambiente familiar, podendo ser considerados algumas instituições de abrigo ou Casa da Criança (abrigamento); no mesossistema é considerado as influências dos ambientes em que a criança em desenvolvimento está inserida, como creche; o exossistema é referido com a relação entre exossistema e desenvolvimento, sendo que esses influenciam diretamente nas relações; e o macrossistema são os fatores de estrutura mais amplas que influenciam no desenvolvimento que podemos citar as condições socioeconômicas e culturais (SOUZA; VERISSIMO, 2015).

Devemos considerar que a teoria bioecológica do desenvolvimento nos propõe uma interação entre os elementos, sendo estes considerados como fator de proteção quando suas influências são favoráveis não só ao desenvolvimento do RN e/ou lactente como para a vida toda, assim todos devem ter foco de atenção nas políticas públicas e nas práticas sociais e comunitárias (BRASIL, 2011b; SOUZA; VERISSIMO, 2015).

Neste contexto, podemos observar que a teoria de Urie Bronfenbrenner colabora para os estudos com crianças e famílias, estabelecendo uma conexão clara e consistente entre a teoria utilizada e os métodos empregados para se chegar a dados fidedignos na pesquisa em contextos naturais. A teoria ecológica e sistêmica de Bronfenbrenner proporciona probabilidades para analisar aspectos da pessoa em desenvolvimento, do contexto em que vive e dos processos interativos que influenciam o próprio desenvolvimento humano, em determinados períodos de tempo. E, no início da vida as condições de saúde materna, o ambiente em torno dela, a assistência pré-natal que pode receber constituem-se fatores do ambiente imediato da criança que exercem influência sobre o desenvolvimento dela (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Para ter um desenvolvimento infantil satisfatório, principalmente nos primeiros anos de vida, o que contribui para a formação de um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, com maior possibilidade de tornar-se um cidadão mais resolvido, apto a enfrentar as adversidades que a vida oferece, um diagnóstico precoce certamente dará mais chances a uma criança com atraso, possibilitando acesso a atenção adequada e proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida (OPAS, 2005).

Diante de todas as colocações devemos ressaltar a importância da assistência de enfermagem no contexto da Atenção Primária Saúde (APS), na promoção de saúde e prevenção de doenças, para a mulher nos períodos gravídico e puerperal, e para o RN e/ou lactente. Portanto a atuação do enfermeiro, além de técnica, destaca-se pela influência mútua promovida entre as gestantes e demais membros da equipe, estabelecendo um vínculo de confiança, que irá permanecer no acompanhamento de RN e/ou lactente.

No contexto que se refere à assistência ao pré-natal, ela deve ser realizada por uma equipe multiprofissional de saúde, o que corrobora com essa afirmativa a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem - Decreto nº 94.406/87, no qual o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado inteiramente pelo enfermeiro (BRASIL, 2006), com uma assistência direta à mulher no período gravídico e puerperal (VIELLAS et al., 2014).

Contribuindo com essas perspectivas, o enfermeiro é um sujeito de escuta ativa, sem preconceitos, possibilitando a gestante um diálogo aberto e com segurança, fortalecendo a adesão à assistência ao pré-natal resultando em um nascimento sem complicações, desde que seja colocado à disposição da mulher e da sua família (BRASIL, 2006).

Desse modo a consulta de enfermagem é caracterizada por um conjunto de ações que compete à profissão e cabe ao enfermeiro demonstrar a importância da assistência e consulta de enfermagem na gestação no que tange à promoção de saúde, prevenção de complicações durante o período gravídico e fazer os encaminhamentos que forem necessários (MARQUES et al. 2011). Entretanto, a assistência de enfermagem às gestantes de baixo risco, tende a ser um momento de mudanças não apenas fisiológicas, e sim emocionais e biopsicossociais, exigindo dos profissionais uma atenção individualizada e holística (SANTOS, 2014).

Contudo, podemos concluir que as necessidades das gestantes modificaram-se ao longo do tempo, assim como a assistência prestada pelo serviço de saúde e profissionais que nele atuam, conforme nos descrevem os documentos que explicitam as políticas de atenção à saúde da mulher e as normativas legais (MARQUES et al., 2011).

Para a melhoria da saúde da população, se tem dado grande importância da qualidade do cuidado pré-natal com objetivo de redução da morbi-mortalidade materna e perinatal, melhorando a qualidade da assistência prestada às gestantes conforme as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e melhorar os indicadores de saúde infantil (GONÇALVES et al., 2008; LAURENTI et al., 2015)

3 Objetivos

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a assistência ao pré-natal e sua relação com o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Caracterizar as puérperas quanto à idade, classificação socioeconômica, história reprodutiva anterior e fatores de riscos gestacionais;
- ✓ Caracterizar a assistência recebida no pré-natal;
- ✓ Caracterizar os recém-nascidos quanto ao sexo, peso e desenvolvimento neuropsicomotor;
- ✓ Investigar a relação entre a classificação do risco gestacional e o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido/lactente;
- ✓ Investigar a relação entre assistência pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido/lactente;

4 HIPÓTESES

- ✓ Puérperas com classificação socioeconômica, história reprodutiva anterior e fatores de riscos gestacionais desfavoráveis têm maiores riscos de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor de seus RN e ou lactentes;
- ✓ Assistência adequada à gestante durante o pré-natal resulta em um desfecho favorável para o RN e ou lactente;
- ✓ Recém-nascidos e lactentes em que as mães realizaram pré-natal adequado, quanto ao número de consultas, exames, medicações e vacinação preconizados pelo Ministério da Saúde, têm maior probabilidade de serem classificados como normal pela avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de pelo TTDD II.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal, retrospectivo e prospectivo com abordagem quantitativa.

O estudo descritivo trata da distribuição de frequência de variáveis de interesse do pesquisador ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

A pesquisa descritiva é de grande valor para o estudo de fenômenos naturais, tornando-se possível descrever as relações observadas entre as variáveis (POLIT; HUNGLER, 1995). Geralmente é categorizada como transversal e longitudinal. Na pesquisa transversal, o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico. O caráter instantâneo de um estudo se define quando a produção de dados é realizada em um único momento no tempo, como se fosse um corte transversal do processo em observação (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

Os estudos longitudinais abordam uma sequência temporal conhecida entre uma exposição, ausência da mesma ou intervenção terapêutica, e o aparecimento da doença ou fato evolutivo. Destinam-se a estudar um processo ao longo do tempo para investigar mudanças, podendo ser prospectivo, o que acompanha ao longo do tempo ou retrospectivo, baseado em dados ou fatos passados (HOCHMAN, 2005).

A abordagem quantitativa investiga fatos com variáveis pré-determinadas submetidas à mensuração: os resultados numericamente são expressos em tabulações e gráficos (APPOLINÁRIO, 2004). Também significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, utilizando recursos e técnicas estatísticas. É comum ser utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, nas quais se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito (OLIVEIRA, 2000).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município que está situado na região sul do estado de Minas Gerais, com uma população estimada de 79.222 habitantes, área de 850,446 Km² (BRASIL, 2016), localizado na Bacia Hidrográfica do Entorno do Lago de Furnas. Há dois distritos pertencentes a esse município (Barranco Alto e Gaspar Lopes). Destaca-se como referência educacional para todo o sul de Minas e também como polo microrregional na área de saúde.

Atualmente existem 13 unidades de Estratégia de Saúde da Família na cidade e uma equipe itinerante para a zona rural. Existem ainda duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são responsáveis pelos atendimentos destinados à população que não se encontram na área de abrangência do ESF. O município conta também com unidades de referência para atender aos clientes que necessitam de tratamentos especializados como: Cardiologia, Ortopedia, Neurologia e outros que são realizados nos Ambulatórios, Clínicas ou Institutos, totalizando 11 unidades de atendimento. Existem dois hospitais públicos, sendo um hospital filantrópico que será referenciado como “hospital A” e o outro hospital escola como “hospital B”, ambos com atendimento de urgência, emergência, internações, obstétrico e cirurgias e um hospital particular; além do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Vigilância Sanitária e Epidemiológica e o CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento, responsável pela realização de testes sorológicos de HIV/hepatites B e C e sífilis e aconselhamento e orientações de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

A pesquisa se desenvolveu nas residências de RN/lactentes selecionados, que tiveram seu parto nos hospitais com atendimento pelo Sistema Único de Saúde, deste município.

5.3 AMOSTRA DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída pela dupla puérpera e seu filho (a), que tiveram assistência nos dois hospitais de atendimento do SUS.

Os critérios de inclusão foram mulheres que tiveram seus filhos a termo no terceiro trimestre do ano de 2015, que residiam na zona urbana do município do sul de Minas Gerais, e o RN a partir do 15º até o 30º dia de vida, de gestações a termo, ou seja, de 37 a 41 semanas, e posteriormente esses lactentes com 6 meses de vida.

Os critérios de exclusão foram as puérperas menores de 18 anos, pelo fato que haveria necessidade de estarem acompanhadas de seus respectivos responsáveis (COSTA; BRIGAS, 2007). Outras situações se referem às puérperas com patologia na gestação, prematuridade ou de baixo peso ao nascer, uma vez que esses conceitos poderiam apresentar alteração no desenvolvimento neuropsicomotor (PESSOA et al., 2015) e gravidez gemelar. E também as mulheres que após três tentativas de contato, seja por via telefônica e/ou visita domiciliária, não foram encontradas, assim como, aquelas que foram assistidas nestas instituições, mas que não residiam no município em estudo. Quanto aos RN, aqueles que apresentavam alterações neurológicas e/ou patologias descritas nos prontuários que pudessem prejudicar a avaliação, foram excluídos. Para definição da amostra foram acessados os registros das salas de parto

dos hospitais A e B, referentes às informações das mulheres que foram assistidas no parto e seus respectivos RN. Posteriormente, realizou-se uma busca ativa do prontuário da puérpera e seu RN no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) dos hospitais, com o objetivo de coletar informações referentes ao endereço, telefone, pré-natal, parto, nascimento e os dados referentes ao RN. Toda essa coleta foi realizada concomitantemente com a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor do RN que será descrita posteriormente.

Portanto, constatou-se neste primeiro momento, um total de 472 mulheres que tiveram filhos nos hospitais da rede pública, sendo 233 no “Hospital A” e 239 no “Hospital B”. Baseada nos critérios de inclusão e exclusão verificou-se que 111 e 95 dessas mulheres, residiam nesse município; e destas 109 e 91 mulheres tinham idade maior ou igual a 18 anos; 106 e 73 tiveram idade gestacional superior ou igual a 37 semanas, respectivamente. Assim, as prováveis participantes do estudo eram de 106 e 73 mulheres e seus filhos, totalizando-se 179. Ainda dentro dessa amostra, foram excluídas 44 mulheres e RN, uma vez que para 14 não se encontrou o endereço descrito no SINASC, 24 recusaram-se a participar da pesquisa, 02 por estarem internados até o trigésimo dia de vida e 04 por serem gravidez gemelar. Com isso o grupo válido foi de 135 mães e seus RN conforme descrito no diagrama 1.

Figura 1. Diagrama referente a seleção da amostra da pesquisa.

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para a coleta dos dados foram utilizados quatro instrumentos: avaliação do pré-natal, dados do nascimento, avaliação neuropsicomotora do RN e o critério socioeconômico.

5.4.1 Cartão de pré-natal

O cartão de pré-natal é o instrumento de registro referente ao acompanhamento da gestação, história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências. A gestante deve ser orientada sobre a importância de estar sempre com o cartão, que será utilizado para a referência e a contra referência da mesma (BRASIL, 2012b).

Em 2014, o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou uma Caderneta da Gestante contendo vários assuntos como: direitos antes e depois do parto; o cartão de consultas e exames, com espaço para anotar dúvidas; orientações para uma gravidez saudável e sinais de alerta; informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do feto, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto; informações e orientações sobre amamentação e sobre a Certidão de Nascimento (BRASIL, 2014).

5.4.2 Critério padrão de Classificação Econômica Brasil

Classificação socioeconômica familiar com base no Critério de Classificação Econômico da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) está relacionada ao poder de compra das pessoas e ao grau de instrução do chefe da família. Neste instrumento são analisadas as seguintes questões: quantidade de itens que a família possui, dentre eles estão televisores em cores, radio, banheiro, automóvel e máquina de lavar. Esse instrumento é de uso livre disponível no site: <http://www.abep.org/> (ANEXO A).

Quadro 1. Sistema de pontuação conforme itens que a família possui no Critério de Classificação Econômica Brasil.

Item	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão	0	1	2	3	4
Radio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete/DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Fonte: ABEP, 2013.

Quadro 2. Sistema de pontuação conforme o grau de instrução do chefe da família no Critério de Classificação Econômica Brasil.

Instrução do chefe da família	Pontuação
Analfabeto / Fundamental 1 incompleto	0
Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	1
Fundamental 2 completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	8

Fonte: ABEP, 2013.

Com a somatória de todos os itens, a pontuação varia de 0 a 46. Assim os pontos de corte das classes são: A₁ – 42 a 46 pontos; A₂ – 35 a 41; b₁ – 29 a 34; B₂ – 23 a 28; C₁ – 18 a 22; C₂ – 14 a 17; D – 8 a 13; E – 0 a 7 (ABEP, 2013).

5.4.3 Ficha de Declaração Nascido Vivo (DN)

O SINASC é um sistema que foi implantado no Brasil em 1990 com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos vivos, segundo as variáveis de peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e número de partos, dentre outras constantes (ROUQUAYROL; FILHO, 2003). Para alimentar o sistema de informação nascido vivo (SINASC) foi criada a DN, que em junho de 2012, a Lei nº 12.662 transformou em documento de identidade provisória, aceita em todo o território nacional. Utilizada anteriormente apenas como forma de registro do nascimento de crianças vivas, a DN agora tem valor oficial (BRASIL, 2012c). A DN é padronizada e é distribuída, em três vias, para todo o país pelo Ministério da Saúde. A cada parto realizado nos hospitais ou outras

instituições de saúde, a primeira cópia da DN deve ser preenchida e enviada para o respectivo departamento de saúde. No caso de parto residencial, a informação é enviada por um Cartório de Registro Civil (BRASIL, 2017). A DN não substitui o registro civil de nascimento, que permanece obrigatório e gratuito, mas fortalece a coleta de informações dos RN (BRASIL, 2012c).

5.4.4 O Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II

O TTDD II foi desenvolvido por William Kurt Frankenburg em 1967, na Universidade de Colorado e traduzido e adaptado por Figueiras, Pedromônico, Sales e Figueiras (2000) e posteriormente por Drachler, Marshall e Carvalho-Leite (2007). O instrumento avalia o risco no desenvolvimento da criança em quatro grandes áreas: Pessoal-Social, Linguagem, Motor Fino-Adaptativo e Motor Grosseiro, e é utilizado para avaliação desde o 15º dia de nascimento até os seis anos. Este instrumento foi escolhido por ser um dos mais utilizados por profissionais de saúde e ser de fácil utilização (SANTOS; ARAÚJO; PORTO, 2008).

Na folha de aplicação faz-se uma linha vertical sobre a idade do lactente e esta passa pelas quatro áreas do desenvolvimento que serão avaliadas, mostrando os itens que serão aplicados para a idade referida. A linha vertical corta os retângulos existentes em cada item e estes são divididos, sendo uma parte branca (25 a 75% não executam ainda a tarefa) e outra sombreada (75 a 90% já deveriam executar a tarefa). O comportamento em cada item do teste será avaliado da seguinte forma: Passou (P), se o bebê conseguir realizar a tarefa proposta no item; Falhou (F), se o bebê não conseguir realizar a tarefa, Recusa (R), se caso o bebê recusar realizar a tarefa e Não houve oportunidade (NH), caso não seja possível realizá-la (SANTOS; ARAÚJO; PORTO, 2008).

É importante ressaltar que todas as variáveis relacionadas às condições socioeconômicas, gestacionais, do pré-natal, do nascimento e do desenvolvimento neuropsicomotor foram mantidas em um único instrumento (APÊNDICE A), com o objetivo de dinamizar o processo de coleta de dados. Salienta-se que os dados que se repetiam nos instrumentos foram mantidos apenas uma única vez.

5.5 CLASSIFICAÇÃO DE ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para análise das variáveis do estudo, como os exames laboratoriais e ultrassonografia, o número de consultas durante o pré-natal, o uso de medicações e as vacinas, foram atribuídas classificações de zero a dez, sendo que: o zero foi atribuído quando as ações e estratégias foram realizadas de forma adequada; e de um a dez para as ações e estratégias não realizadas, tendo como referência as normas vigentes estabelecidas pelos Critérios para Estratificação de Risco de acordo com a Deliberação 1686 de 2015 e adaptada para Nota Técnica Conjunta da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013). É oportuno considerar que a nota atribuída está diretamente relacionada à relevância das ações ou estratégias não realizadas, ou seja, quanto maior a nota menor foi a adesão às ações, ao pré-natal, o que pode prejudicar a saúde materna e os resultados do parto e do nascimento do RN (LIU et al., 2017). A seguir serão descritas as principais variáveis e os critérios estabelecidos para análise.

5.5.1 Risco gestacional e suas variáveis

Para avaliação do risco gestacional foram identificadas três áreas de informação, a saber: características individuais e sócio-demográficas, história reprodutiva anterior e intercorrências clínicas e obstétricas na gestação atual.

Cada área contém itens relativos a fatores de risco que são pontuados de forma a definir se aquela gestação apresentou um baixo risco, médio risco ou alto risco, (MINAS GERAIS, 2013). Com base no instrumento proposto por Soares [201?] (ANEXO C), foram definidas as pontuações a serem atribuídas a cada item, ressaltando que a autora soma todos os itens para classificação do risco gestacional e no presente estudo a somatória foi realizada considerando-se os blocos dos itens já referidos, para avaliar o peso de cada um desses três conjuntos de variáveis em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor do RN e lactente.

O conjunto de questões relativas às características individuais e sociodemográficas é formado por nove fatores de risco. Cada um deles recebe uma pontuação podendo somar 20 pontos no conjunto dos nove itens. Foi incluído o nono item que se refere à classificação socioeconômica da família, visto que esta é uma variável apontada por Pessoa et al (2015) como relevante para o crescimento e desenvolvimento infantil. A pontuação de cada item pode ser zero, um, dois ou 10, sendo que zero, é atribuído quando a gestante não apresenta aquela condição; um para presença do fator de condição relativa a baixo risco; dois para

condição que se figura como risco moderado e dez às condições que representam alto risco, nos casos com implicações ou mais comprometimentos, sendo que o relato de uso de drogas lícitas e ou ilícitas procede esta pontuação tendo como referência o que preconiza Kassada et al. (2013); Renner et al. (2014) com uso dessas substâncias no período gravídico. O consumo de substâncias psicoativas também é pontuado como fator de risco na caderneta da gestante (BRASIL, 2016);

✓ O conjunto de questões relativas à história reprodutiva anterior é constituído por 14 fatores de risco. Foi atribuída a cada item uma pontuação podendo somar 51 pontos. Foi atribuída nota zero, dois, cinco ou dez pontos, sendo que o zero foi atribuído a aquela condição que não apresenta fator de risco; dois para riscos leves (nuliparidade/multiparidade, tromboembolismo, nefropatias, cardiopatias, morte perinatal, abortamento habitual, prematuridade); nota cinco para os de risco moderado como crescimento intrauterino restrito e dez, para alto risco, que comprometem gravemente a gravidez, podendo incluir síndromes hemorrágicas e hipertensivas;

✓ Os quesitos referentes às intercorrências clínicas e obstétricas na atual gestação composta de um conjunto 13 fatores. Também foi atribuída a cada item uma pontuação e podendo somar até somar 110 pontos. Para esses a pontuação foi de zero, atribuído a ausência do fator de risco, cinco pontos a condições de médio risco, como infecção urinária de repetição, anemias, isoimunização e 10 pontos a fatores de alto risco, sendo esses mais graves (sífilis adquirida durante a gestação, diabetes gestacional, hemorragias da gestação, trabalho de parto prematuro e eclampsia).

Mediante essa classificação a cada fator de risco foi avaliado, a condição do risco gestacional por cada área, características individuais e sociodemográficas, história reprodutiva anterior e intercorrências clínicas e obstétricas na gestação atual com a somatória dos pontos e classificados como:

- ✓ Baixo risco – em que a pontuação total foi entre zero e quatro pontos;
- ✓ Médio risco – a pontuação varia entre cinco e nove pontos;
- ✓ Alto risco – a pontuação é igual ou superior a dez pontos.

5.5.2 Classificação do pré-natal e suas variáveis

Para avaliação do pré-natal, identificou-se quatro áreas de informação, a saber: números de consultas de pré-natal, exames realizados, medicações profiláticas e vacinação. Cada área contém itens relativos ao mapeamento da assistência de um pré-natal adequada, de

acordo com a estratificação de risco descrita na deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.682 de 2013 (MINAS GERAIS, 2013).

O número de consultas preconizado pelo ministério da saúde se refere a uma consulta mensal até 28ª semana e quinzenal de 28ª a 36ª semanas e a partir dessa idade gestacional deve ser semanal, as quais podem ser alternadas entre médico e enfermeiro (MINAS GERAIS, 2013). Vale ressaltar que o PHPN recomenda a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal para uma gestação a termo, com início do acompanhamento ainda no primeiro trimestre da gestação, somando-se no mínimo uma consulta no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2000).

Neste sentido, utilizou-se o último critério descrito do PHPN para a classificação do número de consultas, e assim atribuiu-se pontos por trimestre de gestação, sendo zero caso tenha realizado as consultas adequadamente, um ponto se realizou parcialmente (50% ou mais) e dois pontos se realizou inadequadamente (menos que 50%).

Quadro 3. Sistema de pontuação conforme as consultas realizadas por trimestre de gestação.

	Nº de consultas					
	Ideal	Nota	Parcial	Nota	Inadequado	Nota
1º trimestre (1 a 13 semanas)	1	0	0	1	0	1
2º trimestre (14 a 27 semanas)	2	0	1	1	1	1
3º trimestre (28 a 40 semanas)	3	0	2	1	1	2

Desse modo classificou-se as consultas de pré-natal como adequado de zero a um ponto; dois a três pontos como parcial; e quatro ou mais como inadequado.

✓ Em relação aos exames preconizados atribuiu-se uma somatória de 13 pontos, no qual observou-se a data da realização e o número de vezes em que o exame foi realizado. Para cada item realizado em tempo oportuno foi atribuído zero ponto, caso não tenha realizado recebeu um ponto. Assim foram classificados como exames realizados adequadamente de zero a cinco pontos, parcialmente de seis a dez pontos e inadequadamente aqueles que receberam nota igual ou superior onze pontos;

✓ Quanto às medicações profiláticas durante o pré-natal, foi avaliado o uso do ácido fólico, o qual é preconizado três meses antes do período gestacional até o final; e o sulfato ferroso a partir do 5º mês de gestação (MINAS GERAIS, 2013), sendo preconizado na 20ª semana. Nesse sentido, no que refere ao ácido fólico, foi atribuído zero para as gestantes que o consumiram desde o início do pré-natal até o final, um ponto para as gestantes que consumiram por no mínimo três meses, e dois pontos para as gestantes que fizeram uso da

medicação por menos de três meses ou em nenhum momento da gestação. No caso do sulfato ferroso, foi atribuído zero ponto para as gestantes que fizeram uso da medicação a partir da 20ª semana de gestação até o final da gravidez, um ponto para as gestantes que fizeram o uso da medicação por no mínimo oito semanas e dois pontos para aquelas que fizeram uso por menos de oito semanas ou em nenhum momento de sua gravidez. A partir desses critérios estabelecidos e suas pontuações realizou-se uma classificação como adequado em caso da somatória de zero a um ponto, parcial de dois pontos e de forma inadequada de três ou mais pontos;

✓ Em relação à vacinação a estratificação de risco (MINAS GERAIS, 2013) é preconizado que a gestante apresenta um esquema para proteção contra o tétano, coqueluche, hepatite e influenza, esta última em períodos sazonais. A vacina DTP acelular (difteria, tétano e coqueluche) é indicada para as gestantes a partir da vigésima sétima semana (27ª) até a trigésima sexta (36ª) semana de gestação preconizado no Calendário Nacional de Vacinação (BRASIL, 2014). No caso da vacina contra hepatite B considera-se vacinadas aquelas que apresentam três doses da vacina anterior ou durante a gestação. E em época sazonal a vacina influenza deve ser aplicada durante a campanha. Caso a gestante tenha feito o uso adequado das vacinas foi atribuído zero, 1 ponto se considerado esquema de vacina incompleto e 2 pontos para aquela que não fez uso adequado durante a gestação. Com esses critérios estabelecidos e suas pontuações realizou-se a classificação como adequado em caso da somatória de zero a um ponto, parcial de dois pontos e de forma inadequada de três ou mais pontos.

Diante dessa classificação realizou-se a somatória dos pontos nas quatro áreas, o qual variou no máximo de 25 pontos. Considerou-se adequado, o pré-natal com nota entre zero e oito pontos; parcial entre nove e 17 pontos; e inadequado quando igual ou superior a 18 pontos.

5.5.3 Avaliação neuropsicomotora e variáveis da classificação

Para avaliação neuropsicomotora do RN utilizou-se os critérios já definidos no TTDD II, no qual classifica-se como adequado o RN e/ou lactente que realizou a atividade proposta para idade; cautela quando observou falha ou recusa na realização do teste em que destas 75% a 90% respondem satisfatoriamente e atraso quando existe falha ou recusa em realizar o teste, no qual 90% da população nessa idade realiza (FRANKENBURG, 1992).

O instrumento de coleta permite identificar três tipos de respostas como: sim (a criança realizou o teste), não (não realizou) e relato dos pais (a mãe ou responsável afirmaram que a criança consegue realizar a manobra). Mediante essas respostas considerou-se normais as respostas de “sim” e “relato dos pais” e a ambos foram atribuídos nota zero, e suspeitos aqueles com resposta de “não”, com nota igual a 1, para cada teste de cada área de domínio. Assim, na presente investigação considerou-se “normal” para cada área de domínio, no primeiro e no sexto mês de vida aqueles que realizaram ou responderam positivamente todos os testes e/ou que apresentaram no máximo um teste suspeito, com pontuação igual zero; e suspeito aqueles que não responderam satisfatoriamente a dois ou mais testes, recebendo uma pontuação igual a 1.

5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.6.1 Estudo piloto

O estudo piloto é um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa, no qual realiza um estudo completo, que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia, de modo a possibilitar alteração dos instrumentos na fase que antecede a investigação (BAILER; TOMITCH; D’ELY, 2011). Conduziu-se o estudo piloto com uma amostra de 10 puérperas e seus recém-nascidos em Junho de 2015, na cidade do Sul de Minas Gerais. Identificou-se questões repetidas, as quais foram excluídas do instrumentos e avaliou-se a dinâmica da realização do estudo, quanto ao tempo necessário para a realização da entrevista e aplicação do teste nos RN.

5.6.2 Procedimento de coleta de dados

O período de coleta dos dados compreendeu os meses de Julho a Outubro 2015 para avaliar os dados do prontuário e realizar a avaliação neuropsicomotora do RN, e posteriormente de Janeiro a Março de 2016, para avaliação neuropsicomotora do lactente.

A coleta dos dados foi conduzida pela pesquisadora. O primeiro contato foi realizado por telefone com cada puérpera e assim agendou-se a visita à sua residência. Quando não havia telefone de contato realizou-se uma visita domiciliar para agendar uma data e na possibilidade já realizava a entrevista e avaliação do RN e/ou lactente. O agendamento das

visitas no período puerperal, entre 25º e 30º dia, era feito conforme a disponibilidade das participantes da pesquisa. Outra situação que acontecia e impedia a realização da coleta naquele momento era quando o RN e/ou lactente estava dormindo, sendo alimentado ou mostrava irritabilidade. Assim agendava-se uma nova visita.

Na primeira visita foram solicitados o cartão de pré-natal e de vacina, exames laboratoriais e ultrassonográficos, a aplicação do instrumento de avaliação socioeconômica, conversava-se com as puérperas sobre a gravidez e o parto, a fim de confirmar e/ou completar as informações contidas nos registros dos serviços de saúde.

Depois de coletadas todas essas informações, solicitou-se à mãe um lugar para a avaliação do RN. Em seguida, foi feita a assepsia das mãos com álcool gel a 70% e iniciado o TTDD II, despindo o menor paulatinamente junto à mãe que acompanhou toda a avaliação. Para a segunda visita, após em torno de seis meses, realizou-se um novo contato agendando a visita, e nesse momento feitos esclarecimentos que se fizeram necessários. Solicitou-se à mãe um local para realizar a segunda avaliação neuropsicomotora com todos os cuidados descritos na primeira avaliação e executado o procedimento.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a resolução 466/12, que trata de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, foram obedecidos todos os princípios (BRASIL, 2012a). O projeto foi encaminhado para autorização prévia dos diretores clínicos dos hospitais A e B onde o estudo foi desenvolvido (APÊNDICE A e B).

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo com o Parecer de número 44115415.9.0000.5393 (ANEXO B).

No primeiro momento as puérperas foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa, esclareceu-se que a participação era de forma voluntária, garantindo-se o anonimato, sigilo de dados e a liberdade de desistência em qualquer momento da pesquisa. As puérperas que concordaram em participar do presente estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

No banco de dados foram codificados e lançados em planilhas do Excel 2000, em dupla digitação. Após o preenchimento foi feita a validação para identificar possíveis discordâncias, e assim foram revisados e alterados. Os dados foram processados com o auxílio dos programas IBM SPSS Statistics 24 (2016) e R i386 versão 3.1.0 (2014).

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva apresentando as frequências absoluta e relativa das variáveis nominais/categóricas e, para as variáveis numéricas, os intervalos dos valores obtidos, mediana, média e desvio padrão. Entre as variáveis nominais temos: estado civil, escolaridade, avaliação neuropsicomotora. Já entre as numéricas podemos citar: idade gestacional, número de consultas, antecedentes pessoais, uso de medicações, data de realização de consultas e exames. Aplicou-se o teste exato de Fisher ou Qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre as condições gestacionais e os índices de desenvolvimento dos RNs e/ou lactentes.

Dentre as condições gestacionais podemos descrever que a mesma foi avaliada conforme as características individuais da gestante (escolaridade, idade, estado civil, classificação ABEP), a história reprodutiva anterior (gravidez anterior, número de abortos, agravos acometidos em gravidez anterior) e as intercorrências clínicas e obstétricas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, sangramento, pré-eclâmpsia) ocorridas durante a gravidez atual (MINAS GERAIS, 2016a).

Quando se refere às avaliações do desenvolvimento dos RN e/ou lactentes, nas áreas de domínio motor grosseiro, motora fino-adaptativa, pessoal-social e linguagem, no primeiro e sexto mês de vida, conforme o TTDD II, identificando casos suspeitos conforme a avaliação da mãe, para as análises adotou-se o nível de significante $\alpha=0,05$.

6 RESULTADOS

Nesta seção serão descritos os resultados de acordo com os objetivos propostos. Nele consta a caracterização sociodemográfica das participantes, a avaliação de risco gestacional, a história reprodutiva anterior, as intercorrências clínicas obstétricas, a classificação do risco gestacional e avaliação das condições do pré-natal dos RN quanto ao sexo, ao peso, à classificação neuropsicomotora por área, à análise bivariada das variáveis gestacionais e o desenvolvimento neuropsicomotor.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E DO RISCO GESTACIONAL

6.1.1 Caracterização sociodemográfica

A tabela a seguir exibe as variáveis relativas à caracterização das puérperas do estudo quanto à idade da mãe, ao estado civil, à classificação socioeconômica e à escolaridade.

Tabela 1 - Caracterização das participantes do estudo quanto à idade, situação conjugal e classificação socioeconômica, Alfenas - MG, 2015.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Idade materna (anos)</i>		
18 -19	7	5,2
20 – 29	78	57,8
30 – 39	47	34,7
40 – 49	3	2,2
<i>Estado civil</i>		
Solteira	20	14,8
Casada	55	40,7
Separada judicialmente	1	0,7
União estável	59	43,7
<i>Classificação Econômica – ABEP</i>		
A ₂	0	0,0
B ₁	7	5,2
B ₂	38	28,1
C ₁	42	31,1
C ₂	33	24,4
D	14	10,4
E	1	0,7
<i>Escolaridade da mãe</i>		
Fundamental I (1ª a 4ª série)	12	8,9
Fundamental II (5ª a 5ª série)	26	19,2
Médio (Colegial ou 2º grau)	72	53,3
Superior incompleto	10	7,4
Superior completo	15	11,1
Ignorado	0	0,0

Observou-se que 78 (57,8%) das puérperas tinham idade entre 20 e 29 anos. No que refere à situação conjugal constatou-se 55 (40,7%) são casadas, seguidas por 59 (43,7%) que apresentam união estável. Em relação à classe socioeconômica verificou-se que a maioria das puérperas era pertencente ao estrato C1 42 (31,1%), C₂ 33(24,4%) e B2 38 (28,1%). Quanto à escolaridade das puérperas, observou-se que 72 (53,3%) apresentavam ensino médio completo e 26 (19,2%) o ensino fundamental II (5^a a 8^a série).

6.1.2 Características consideradas para avaliação de risco gestacional

Quanto às características das puérperas em relação à avaliação do risco gestacional referente à altura, o IMC, à violência e ao uso de álcool e outras drogas, serão referenciadas na tabela 2.

Tabela 2 - Características físicas, história de violência e uso de drogas das participantes do estudo, Alfenas - MG, 2015.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Altura</i>		
<i>Menor que 1,45m</i>	00	0,0
<i>1,45 ou mais</i>	130	96,3
<i>Não souberam informar</i>	05	3,7
<i>IMC</i>		
<i>Menor que 19 Kg/m²</i>	03	2,2
<i>Entre 19 e 30Kg/m²</i>	100	71,4
<i>Maior que 30Kg/m²</i>	23	17,0
<i>Não souberam informar</i>	9	6,7
<i>Violência sofrida</i>		
<i>Sim</i>	01	0,7
<i>Não</i>	134	99,3
<i>Uso de drogas lícitas e ilícitas</i>		
<i>Álcool</i>	18	13,3
<i>Cigarro</i>	26	19,3
<i>Drogas ilícitas</i>	05	3,7

Em relação à altura, cinco (3,7%) puérperas não souberam informar e 130 (96,3%) relataram uma altura de 1,45m ou mais. Observou-se que três (2,2%) apresentavam IMC menor que 19 Kg/m² e 16 (11,9%) apresentavam acima de 30 Kg/m², ambos referenciados como fator de risco. Evidenciou-se que uma (0,7%) das mães relatou ter vivenciado situação de violência doméstica durante a gestação. No que refere ao uso de drogas lícitas e ilícitas, 18

(13,3%), 26 (19,3%) e cinco (3,7%) relatam fazer uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas respectivamente, durante o período gestacional.

6.1.3 Características da história reprodutiva anterior

A tabela 3 apresenta as características da história reprodutiva das puérperas quanto aos agravos acometidos em gestações anteriores.

Tabela 3 - Condições clínicas relacionadas à história reprodutiva anterior, Alfenas - MG, 2015.

<i>Condições clínicas prévias</i>	<i>Sim</i>		<i>Não</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Crescimento intrauterino restrito</i>	2	1,5	133	98,5
<i>Nuliparidade e multiparidade</i>	2	1,5	133	98,5
<i>Toxemia gravídica</i>	0	0,0	135	100,0
<i>Cesáreas prévias (2 ou +)</i>	12	8,9	123	91,1
<i>Doenças psiquiátricas</i>	0	0,0	135	100
<i>Hipertensão arterial com uso de medicação</i>	7	5,2	128	94,8
<i>Tromboembolismo</i>	0	0,0	135	100,0
<i>Cardiopatias</i>	0	0,0	135	100,0
<i>Nefropatia</i>	5	3,7	130	96,3
<i>Endocrinopatias</i>	2	1,5	133	98,5
<i>Morte perinatal</i>	4	3,0	131	97,0
<i>Abortamento habitual</i>	0	0,0	135	100,0
<i>Isoimunização</i>	3	2,2	132	97,8
<i>Prematuridade</i>	6	4,4	129	95,6

Constatou-se que nenhuma das puérperas relatou história de toxemia gravídica, doença psiquiátrica, tromboembolismo, cardiopatias e abortamento habitual. Nota-se que 1,5% das puérperas informaram ter apresentado em gestações anteriores crescimento intrauterino restrito, nuliparidade e multiparidade, e endocrinopatias. As alterações mais frequentes relatadas pelas puérperas foram a cesáreas prévias 12 (8,9%) e hipertensão arterial com uso de medicação sete (5,2%).

6.1.4 Intercorrências clínicas/obstétricas das participantes

A seguir, serão referenciadas as intercorrências clínicas/obstétricas das participantes durante o período gestacional (Tabela 4).

Tabela 4 – Características maternas quanto à intercorrências clínicas/obstétricas durante a gestação atual em Alfenas – MG, 2015.

<i>Intercorrências</i>	<i>Sim</i>		<i>Não</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Episódios de infecção urinária</i>	14	10,4	121	89,6
<i>Sífilis durante a gestação</i>	1	0,7	134	99,3
<i>Hipertensão arterial na gestação ou pré-eclâmpsia</i>	2	1,5	133	98,5
<i>DMG / Endocrinopatias</i>	7	5,2	128	94,8
<i>Anemia – hemoglobina</i>	0	0,0	135	100,0
<i>Hemorragias da gestação</i>	17	12,6	118	87,4
<i>Eclampsia</i>	1	0,7	134	99,3
<i>Pielonefrite</i>	5	3,7	130	96,3
<i>Cardiopatias</i>	0	0,0	135	100,0
<i>Anidrâmnio /polidrâmnio com dor/dispneia</i>	3	2,2	132	97,8
<i>Trabalho de parto prematuro</i>	1	0,7	134	99,3
<i>Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas</i>	15	11,1	120	88,9

As principais intercorrências clínicas e obstétricas ocorridas na gestação foram hemorragias da gestação 17 (12,2%), 15 (11,1%) com idade gestacional com 41 semanas ou mais e infecção urinária 14 (10,4%).

6.1.5 Classificação do risco gestacional

Na tabela 5, encontram-se a classificação das puérperas no que se refere aos riscos durante o período gestacional.

Tabela 5 - Classificação do risco gestacional das participantes, quanto às variáveis individuais, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas/obstétrica, Alfenas- MG, 2015.

<i>Características</i>	<i>Baixo</i>		<i>Médio</i>		<i>Alto</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Individuais</i>	104	77,0	0	0,0	31	23,0
<i>História reprodutiva anterior</i>	117	86,7	16	11,9	2	1,5
<i>Intercorrências clínicas/obstétricas</i>	86	63,7	12	8,9	37	27,4
<i>Classificação geral</i>	58	43,0	13	9,6	64	47,4

No que se refere à classificação do risco gestacional, observou-se um predomínio de puérperas de baixo risco com 104 (77,0%) em relações às características individuais; 117 (86,7%) com história reprodutiva anterior; e 86 (63,7%) com intercorrências clínicas/obstétricas. Quanto à classificação geral 58 (43,0%) apresentaram risco gestacional baixo, 13 (9,6%) médio e 64 (47,4%) alto.

6.1.6 Avaliação das condições do acompanhamento pré-natal

Quanto às condições de realização do pré-natal, a classificação em relação ao número de consultas, exames, medicações e imunização, realizadas estão descritas na tabela 6.

Tabela 6 - Classificação geral das condições do pré-natal em relação às variáveis de número de consultas, exames, medicações e imunização, Alfenas- MG, 2015.

<i>Variáveis</i>	<i>Adequado</i>		<i>Parcial</i>		<i>Inadequado</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Pré-natal em geral</i>	01	0,7	134	99,3	0	0,0
<i>Números de consultas</i>	92	68,1	20	14,8	23	17,0
<i>Realização dos exames</i>	2	1,5	70	51,9	63	46,7
<i>Uso de medicações</i>	0	0,0	135	100,0	0	0,0
<i>Imunização</i>	59	43,7	76	56,3	0	0,0

Evidenciou-se que em relação ao número de consultas de pré-natal 92 (68,1%) realizaram de forma adequada; no que refere à realização de exames apenas dois (1,5%) foi conduzido de forma adequada ao preconizado; quanto ao uso de medicação e de imunização, 135 (100%) e 76 (56,3), respectivamente, fizeram uso de forma parcial. Assim, de modo o pré-natal foi classificado como sendo conduzido de maneira parcial na maioria das puérperas 134 (99,3%).

A seguir serão apresentadas as características do RN quanto as variáveis: sexo, peso e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO RN/LACTENTE

6.2.1 Avaliação dos recém-nascidos quanto ao sexo e peso

Na tabela 7 estão descritas as características do RN quanto ao sexo e o peso de nascimento.

Tabela 7 - Descrição dos RN segundo peso e sexo, Alfenas - MG, 2015.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
<i>Masculino</i>	68	50,4
<i>Feminino</i>	67	49,6
<i>Peso</i>		
<i>Abaixo de 2.000g</i>	01	0,7
<i>De 2.000 e 2.500g</i>	08	5,9
<i>De 2.501 a 3.000</i>	44	32,6
<i>De 3.001 a 3.500</i>	51	37,8
<i>De 3.501 a 4.000</i>	26	19,3
<i>Acima de 4.001g</i>	05	3,7

Observou-se que 68 (50,4%) dos RN eram do sexo masculino e 67 (49,6%) do sexo feminino, e quanto ao peso nove (6,6%) apresentaram peso abaixo de 2.500g, houve um predomínio de RN com peso entre 2.501g e 4.000g, 121 (89,6%).

6.2.2 Avaliação neuropsicomotora dos RN/lactente

No que refere à avaliação neuropsicomotora do RN e lactente no primeiro e sexto mês, quanto aos domínios motor grosseiro, motor fino, pessoal social e linguagem, estão descritas na tabela 8.

Tabela 8 - Avaliação neuropsicomotora do RN/lactente no 1º e 6º mês de vida, Alfenas- MG, 2015.

<i>Áreas</i>	<i>1º mês</i>				<i>6º mês</i>			
	<i>Normal</i>		<i>Suspeito</i>		<i>Normal</i>		<i>Suspeito</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Motora grosseira</i>	133	98,5	2	1,5	124	91,9	11	8,1
<i>Motora fina</i>	135	100,0	0	0,0	131	97,0	4	3,0
<i>Pessoal social</i>	131	97,0	4	3,0	131	97,0	4	3,0
<i>Linguagem</i>	94	69,6	41	30,4	106	78,5	29	21,5

Os resultados apontam que a maioria dos RN e lactentes apresentou um desenvolvimento neuropsicomotor normal para a idade de acordo com o TTDD II. Referente ao primeiro mês classificou-se como suspeitos dois (1,5%) no domínio motor grosseira, quatro (3%) no pessoal social e 41 (30,4%) na linguagem. Na avaliação do 6º mês de vida, verificou-se que 11 (8,1%) dos lactentes foram classificados como suspeito no domínio motor grosseiro, quatro (3%) no motor fino e no pessoal-social e 29 (21,5%) no domínio de linguagem.

Referente ao objetivo específico de identificar a relação entre a classificação do pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor do RN e/ou lactente, estão descritas nas tabelas de 9 a 12.

6.3 ANÁLISE BIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS GESTACIONAIS E O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR.

A Tabela 9 mostra análise bivariada entre as variáveis gestacionais, classificação do pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor na área de domínio motor grosseiro.

Tabela 9 - Relação entre variáveis gestacionais e a avaliação do RN/lactente na área motora grosseira, Alfenas- MG, 2015.

Variáveis gestacionais	Motora grosseira									
	1º mês					6º mês				
	Normal		Suspeito		Valor-p	Normal		Suspeito		Valor-p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Características individuais										
Baixo risco (104)	104	100,0	0	0,0	0,051	95	91,3	9	8,7	1,000
Médio risco (0)	0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	
Alto risco (31)	29	93,6	2	6,4		29	93,6	2	6,4	
História reprodutiva										
Baixo risco (117)	115	98,3	2	1,7	1,000	109	93,2	8	6,8	0,265
Médio risco (16)	16	100,0	0	0,0		13	83,1	3	18,8	
Alto risco (2)	2	100,0	0	0,0		2	100,0	0	0,0	
Intercorrências clínicas e obstétricas										
Baixo risco (86)	84	97,7	2	2,3	1,000	77	89,5	9	10,5	0,317
Médio risco (12)	12	100,0	0	0,0		11	91,7	1	8,3	
Alto risco (37)	37	100,0	0	0,0		36	97,3	1	2,7	
Classificação Risco gestacional										
Baixo risco (58)	58	100,0	0	0,0	0,589	52	89,6	6	10,4	0,214
Médio risco (13)	13	100,0	0	0,0		11	84,6	2	15,4	
Alto risco (64)	62	96,9	2	3,1		61	95,3	3	4,7	
Classificação exames										
Adequado (2)	2	100,0	0	0,0	0,245	2	100,0	0	0,0	0,450
Parcial (70)	70	100,0	0	0,0		66	94,3	4	5,7	
Inadequado (63)	61	96,8	2	3,2		56	88,9	7	11,1	
Classificação vacinas										
Adequado (59)	57	96,6	2	3,4	0,189	53	89,8	6	10,2	0,533
Parcial (76)	76	100,0	0	0,0		71	93,4	5	6,6	
Idade gestacional consultas nos três trimestres										
Adequado (92)	91	98,9	1	1,1	0,238	84	91,3	8	8,7	0,800
Parcial (20)	19	95,0	1	5,0		18	90,0	2	10,0	
Inadequado (23)	22	95,7	1	4,3		22	95,7	1	4,3	

Fonte: Autores

Com relação à análise bivariada entre as variáveis gestacionais, classificação do pré-natal e do motor grosseiro não identificou associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) no primeiro e sexto mês de vida. Contudo, identificou-se uma porcentagem significativa de RN e lactentes que foram classificados como suspeitos (21,8%) e (18,2%) no primeiro e sexto mês, no domínio motor grosseiro em relação às puérperas consideradas de alto risco nas características individuais. Observou-se também que as puérperas que tiveram a classificação inadequada para os exames e parcial para a imunização durante o período gestacional, os seus

lactentes no 6º mês, apresentaram maiores taxas (11,1%) e (6,6%), respectivamente, para serem categorizadas como suspeitos.

A seguir, será referenciada a análise bivariada entre as variáveis gestacionais e o desenvolvimento neuropsicomotor área de domínio motora fina adaptativa, na tabela 10.

Tabela 10 - Relação entre as variáveis gestacionais e a avaliação do RN/lactente na área motora fina adaptativa, Alfenas - MG, 2015.

Variáveis gestacionais	Motora fina adaptativa									
	1º mês					6º mês				
	Normal		Suspeito		Valor-p	Normal		Suspeito		Valor-p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Características individuais										
Baixo risco (104)	104	100,0	0	0,0	-	101	97,1	3	2,9	1,000
Médio risco (0)	0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	
Alto risco (31)	31	100,0	0	0,0		30	96,8	1	3,2	
História reprodutiva										
Baixo risco (117)	117	100,0	0	0,0	-	113	96,6	4	3,4	1,000
Médio risco (16)	16	100,0	0	0,0		16	100,0	0	0,0	
Alto risco (2)	2	100,0	0	0,0		2	100,0	0	0,0	
Intercorrências clínicas e obstétricas										
Baixo risco (86)	86	100,0	0	0,0	-	83	96,5	3	3,5	1,000
Médio risco (12)	12	100,0	0	0,0		12	100,0	0	0,0	
Alto risco (37)	37	100,0	0	0,0		36	97,3	1	2,7	
Classificação Risco gestacional										
Baixo risco (58)	58	100,0	0	0,0	-	56	96,5	2	5,5	1,000
Médio risco (13)	13	100,0	0	0,0		13	100,0	0	0,0	
Alto risco (64)	64	100,0	0	0,0		62	96,9	2	3,1	
Classificação exames										
Adequado (2)	2	100,0	0	0,0	-	2	100,0	0	0,0	1,000
Parcial (70)	70	100,0	0	0,0		68	97,1	2	2,9	
Inadequado (63)	63	100,0	0	0,0		61	96,8	2	3,2	
Classificação vacinas										
Adequado (59)	59	100,0	0	0,0	-	57	96,6	2	3,4	1,000
Parcial (76)	76	100,0	0	0,0		74	97,4	2	2,6	
Idade gestacional consultas nos três trimestres										
Adequado (92)	92	100,0	0	0,0	-	89	96,7	3	3,3	1,000
Parcial (20)	20	100,0	0	0,0		20	100,0	0	0,0	
Inadequado (23)	23	100,0	0	0,0		22	95,7	1	4,3	

Fonte: Autores

Nota: Teste Exato de Fisher

A análise bivariada entre as variáveis gestacionais e a motora fina adaptativa também não identificou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) no primeiro e sexto mês de

vida. Entretanto, no primeiro mês de vida nenhum RN foi classificado como suspeito nos quesitos estudados. Classificou-se como suspeito um (3,2%) dos lactentes, no sexto mês na área de domínio motora fina adaptativa em relação às puérperas consideradas de alto risco nas características individuais. Nas puérperas que tiveram a classificação risco gestacional alto teve dois (3,1%) dos lactentes como suspeitos na avaliação da área de domínio motora adaptativa fina. As gestantes classificadas com pré-natal inadequado, em relação aos exames realizados e consultas de pré-natal, tiveram seus lactentes categorizados como suspeitos na área motora fina adaptativa, respectivamente dois (3,2%) e um (4,3%).

Das variáveis gestacionais e o desenvolvimento neuropsicomotor área de domínio pessoal e social, segue na tabela 11, com seus resultados.

Tabela 11 - Relação entre as variáveis gestacionais e avaliação do RN/lactente na área pessoal social, Alfenas- MG, 2015.

Variáveis gestacionais	Pessoal social									
	1º mês					6º mês				
	Normal		Suspeito		Valor-p	Normal		Suspeito		Valor-p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Características individuais										
Baixo risco (104)	104	100,0	0	0,0	0,002	102	98,1	2	1,9	0,226
Médio risco (0)	0	0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	
Alto risco (31)	27	87,1	4	12,9		29	93,5	2	6,5	
História reprodutiva										
Baixo risco (117)	113	96,6	4	3,4	1,000	113	96,6	4	3,4	1,000
Médio risco (16)	16	100,0	0	0,0		16	100,0	0	0,0	
Alto risco (2)	2	100,0	0	0,0		2	100,0	0	0,0	
Intercorrências clínicas e obstétricas										
Baixo risco (86)	84	97,7	2	2,3	0,369	82	95,3	4	4,7	0,529
Médio risco (12)	11	91,7	1	8,3		12	100,0	0	0,0	
Alto risco (37)	36	97,3	1	2,7		37	100,0	0	0,0	
Classificação Risco gestacional										
Baixo risco (58)	58	100,0	0	0,0	0,197	56	96,5	2	3,5	1,000
Médio risco (13)	13	100,0	0	0,0		13	100,0	0	0,0	
Alto risco (64)	60	93,7	4	6,3		62	96,9	2	3,1	
Classificação exames										
Adequado (2)	2	100,0	0	0,0	1,000	2	100,0	0	0,0	1,000
Parcial (70)	68	97,1	2	2,9		68	97,1	2	2,9	
Inadequado (63)	61	96,8	2	3,2		61	96,8	2	3,2	
Classificação vacinas										
Adequado (59)	56	94,9	3	5,1	0,318	56	94,9	3	5,1	0,318
Parcial (76)	75	98,7	1	1,3		75	98,7	1	1,3	
Idade gestacional consultas nos três trimestres										
Adequado (92)	90	97,8	2	2,2	0,380	90	97,8	2	2,2	0,155
Parcial (20)	19	95,0	1	5,0		18	90,0	2	10,0	
Inadequado (23)	22	95,7	1	4,3		23	100,0	0	0,0	

Fonte: Autores Nota: Teste Exato de Fisher

No que refere ao primeiro e sexto mês de vida na análise bivariada entre as variáveis gestacionais e a área de domínio pessoal social, não se observou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Entretanto, identificou-se uma porcentagem significativa de RN que foram classificados como suspeitos dois (3,1%) RN no primeiro mês nessa área de domínio em relação às puérperas consideradas de alto risco nas características individuais. Notou-se que as puérperas que tiveram a classificação de risco alto em intercorrências obstétricas

tiveram seus RN classificados como suspeitos um (2,7%). Observou-se que puérperas classificadas como de alto risco gestacional, os seus RN foram categorizados como suspeitos dois (3,1%). Em relação aos exames realizados no período gestacional de forma inadequada, dois (3,2%) dos RN e lactentes foram considerados como suspeitos. Quando se refere ao número de consultas de pré-natal, na classificação de inadequado, encontrou-se um (4,3%) dos RN e lactentes foram dois (10%) considerados suspeitos já no sexto mês referente às consultas que foram classificadas como parcialmente realizadas.

Na tabela 12 verifica-se a análise bivariada entre as variáveis gestacionais e o desenvolvimento neuropsicomotor na área de domínio de linguagem.

Tabela 12 - Relação entre as variáveis gestacionais e a avaliação do RN/lactente na área da linguagem, Alfenas- MG, 2015.

Variáveis gestacionais	Linguagem									
	1º mês					6º mês				
	Normal		Suspeito		Valor-p	Normal		Suspeito		Valor-p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Características individuais										
Baixo risco (104)	75	72,1	29	27,9	0,250*	82	78,9	22	21,1	0,865*
Médio risco (0)	0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	
Alto risco (31)	19	61,3	12	38,7		24	77,4	7	22,6	
História reprodutiva										
Baixo risco (117)	79	67,5	38	32,5	0,444	89	76,1	28	23,9	0,274
Médio risco (16)	13	81,3	3	18,8		15	93,8	1	6,3	
Alto risco (2)	2	100,0	0	0,0		2	100,0	0	0,0	
Intercorrências clínicas e obstétricas										
Baixo risco (86)	56	65,1	30	34,9	0,155	68	79,1	18	20,9	0,947
Médio risco (12)	11	91,7	1	8,3		9	75,0	3	25,0	
Alto risco (37)	27	73,0	10	27,0		29	78,4	8	21,6	
Classificação Risco gestacional										
Baixo risco (58)	40	69,0	18	31,0	0,164	46	79,3	12	20,7	1,000
Médio risco (13)	12	92,3	1	7,7		10	76,9	3	23,1	
Alto risco (64)	42	65,6	22	34,4		50	78,1	14	21,9	
Classificação exames										
Adequado (2)	2	100,0	0	0,0	0,731	2	100,0	0	0,0	0,898
Parcial (70)	50	71,5	20	28,6		54	77,1	16	22,9	
Inadequado (63)	42	66,7	21	33,3		50	19,4	13	20,6	
Classificação vacinas										
Adequado (59)	40	67,8	19	32,2	0,709	44	74,6	15	25,4	0,326
Parcial (76)	54	71,1	22	28,9		62	81,6	14	18,4	
Idade gestacional consultas nos três trimestres										
Adequado (92)	64	69,6	28	30,4	1,000	71	77,2	21	22,8	0,595
Parcial (20)	14	70,0	6	30,0		15	75,0	5	25,0	
Inadequado (23)	16	69,6	7	30,4		20	87,0	3	13,0	

Fonte: Autores

Nota: Teste Exato de Fisher

*Qui-quadrado de Pearson

Com relação à análise bivariada entre as variáveis gestacionais e a linguagem também não se identificou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) no primeiro e sexto mês de vida. Contudo, identificou-se uma porcentagem significativa de RN que foram classificados como suspeitos 29 (27,9%) RN e 22 (21,1%) lactentes cujas mães foram classificadas como de baixo risco nas características individuais no domínio de linguagem. Já

nos classificados como de alto risco, 12 (38,7%) no primeiro mês e sete (22,6%) lactentes na mesma área de domínio.

Observou-se também que as puérperas que foram classificadas como sendo de médio risco em relação à história reprodutiva anterior, tiveram seus RN três (18,8%) e lactentes um (6,3%) considerados com suspeitos na área. Já as puérperas classificadas com risco alto em intercorrências clínicas e obstétricas, tiveram seus RN dez (27%) e lactentes oito (21,6%) categorizados como suspeitos. Na classificação de risco gestacional no pré-natal as puérperas classificadas como de baixo risco, tiveram seus RN 18 (31,1%) e lactentes 12 (20,7%); na classificação de médio risco, foram três (23,1%) lactentes considerados suspeitos e nos classificados como de alto risco, 22 (34,4%) RN e 14 (21,9%) lactentes foram categorizados como suspeitos.

No que refere à realização dos exames, as puérperas classificadas como realizados parcialmente, constatou-se como suspeitos RN 20 (28,6%) e lactentes 16 (22,9%) e as classificadas como inadequados observou-se RN 21 (33,3%) e lactentes 13 (20,6%) suspeitos. Na imunização durante o período gestacional, classificada como parcial seus RN e lactentes, no primeiro e no sexto mês, apresentaram maiores taxas 22 (28,9%) e 14 (18,4%), respectivamente, para serem categorizados como suspeitos. Identificou-se que puérperas com números de consultas classificadas como parcialmente e inadequado, respectivamente, no primeiro mês, seis e sete (30,0% e 30,4%) e no sexto mês, cinco e três (25,0%, 13,0%) considerados como suspeitos para área de domínio de linguagem na avaliação neuropsicomotora.

7 DISCUSSÃO

Verificou-se que no presente estudo a maioria das puérperas tinham entre de 20 a 39 anos idades, casadas ou em união estável, com classificação econômica conforme ABEP entre B₂, C₁ e C₂ e a escolaridade no ensino médio completo. Esses dados se assemelham ao resultado de uma investigação conduzida na maternidade do interior do Rio Grande do Sul que detectou 65,0% de mulheres na faixa etária de 21 a 35 anos, e que 65,9% eram casadas ou de união estável (RENNER et al., 2015). O que corrobora com os resultados de uma pesquisa em uma maternidade filantrópica, que observou (54%) das mulheres tinham entre 20 e 29 anos, casadas ou em união estável (83,6%), escolaridade com ensino médio (32,8%) e que (61,6%) pertenciam à classe C (LEITE et al., 2013).

É importante considerar que a idade ideal para engravidar é entre 15 e 35 anos (MINAS GERAIS, 2016a), visto que os extremos de idade vêm sendo considerado fator de risco para gestação, mães jovens podem levar a partos pré-termo espontâneo, por outro lado, as com idade mais avançada tendem a ter mais partos pré-termo induzidos (ASSUNÇÃO et al., 2012; PESSOA et al., 2015). Estudo realizado em centros municipais de educação infantil em Goiânia – GO mostrou que RN com suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor eram filhos de mulheres de maior idade e desempregadas (BRAGA; RODOVALHO; FORMIGA, 2011).

A altura materna é considerada como um fator importante na história nutricional da mulher, portanto a altura da mãe abaixo de 1,50 metros é considerada como um fator de risco para gestante, podendo ter uma forte associação de risco para que seus RN sejam de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2002).

Ainda no que tange às características individuais, vale destacar que no presente estudo uma puérpera referiu ter vivenciado violência durante o período gestacional. Em um estudo na maternidade pública de Florianópolis – SC, com 753 puérperas, no ano de 2014, foi constatado que 17,8% dessas mulheres sofreram violência durante a gestação (ROJAS, 2014). Esses dados coadunam com uma revisão integrativa conduzida entre 2001 a 2011, a qual constatou que a gestação não é um fator que protege a mulher de violência pelo companheiro. Ressalta-se também, que nem sempre esse processo é identificado, uma vez que as mulheres têm receio em relatar o sofrimento vivido e o profissional de saúde nem sempre tem sensibilidade para avaliar (COSTA; SILVA; SIQUEIRA, 2015). Xavier et al. (2013) complementam que as consultas tem uma abordagem deficitária no que refere a violência, sendo necessário acrescentar capacitações relacionadas a práticas de cuidados voltadas para essa área.

Em relação ao uso de drogas, verificou-se na investigação atual que as participantes relataram o uso de cigarro (19,3%), álcool (13,3%) e drogas ilícitas (3,7%) durante a gestação. O estudo realizado na capital do Acre detectou que entre as drogas consumidas no período gestacional, o que apresentou maior taxa de consumo foi o álcool (2 %), o tabaco (1%) e drogas ilícitas (4,87%) (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015). Outra investigação realizada em Fortaleza encontrou o consumo de tabaco (11,3%) e o etilismo (16%) (ROCHA et al., 2013). Esses dados estão em conformidade ao estudo de Laurenti et al (2015), que retratam o consumo de drogas que não são abandonadas nem mesmo durante o período gestacional. Portanto, há evidências na literatura nacional e internacional do consumo destas substâncias neste período (KASADA et al., 2013; RENNER et al., 2015). É provável que muitas das gestantes se omitissem em divulgar o consumo de drogas durante o período gravídico, o que contribui para que os dados não sejam reais (THIENGO et al., 2012)

Quanto às características da história reprodutiva anterior detectou-se, no presente estudo que as maiores taxas foram relativas às cesáreas (8,9%), à hipertensão arterial (5,2%) e à prematuridade (4,4%). Devido às taxas de cesáreas neste estudo terem sido baixas, uma vez que se preconiza entre 10 a 15% como ideal (OMS, 2015), as gestantes foram atendidas em serviço destinado a mulheres com baixo risco gestacional, destaca-se a relevância dos profissionais da ESF orientar as mulheres quanto os benefícios do parto vaginal para a díade mãe e filho, minimizando os medos e ansiedades em relação a esse procedimento (OLIVEIRA, 2013). O que não difere em relação à doença hipertensiva, uma vez que pesquisa realizada com gestantes na APS em Juiz de Fora - MG, detectou negligência em relação às orientações precisas durante a assistência ao pré-natal em relação a essa patologia, que o conhecimento das mesmas era empírico e que as principais fontes de informação foram as mães, avós, tias e vizinho. Assim, é necessário que os profissionais de saúde estejam qualificados para a conscientização e orientação das gestantes prevenindo complicações relacionadas à doença (ALMEIDA; SOUZA, 2016). A literatura vem ressaltando que a hipertensão arterial na gestação é uma das principais causas de mortalidade materna (RUIZ, 2015), quanto a frequência desta comorbidade em gestação anterior o estudo de Xavier et al (2013) retrata uma proporção 3,0%, inferior ao encontrado na amostra do presente estudo.

Quanto às intercorrências clínicas e obstétricas, verificou-se um predomínio das participantes relatando ter apresentado hemorragias da gestação (12,6%), idade gestacional maior que 41 semanas (11,1%) e infecções urinárias (10,4%). Esses dados são similares à

investigação conduzida nas maternidades do Estado de São Paulo no ano de 2011 que detectou que as principais complicações durante a gestação a infecção urinária, seguida por anemia, vômitos exagerados, hipertensão arterial e hemorragia (LAURENTI et al., 2015). É importante ressaltar que a gravidez é um período no qual a mulher está exposta a vários riscos dentre eles a infecção do trato urinário com grandes repercussões materna e fetal (DUARTE et al., 2008; FIGUEIREDO; GOMES; CAMPOS, 2012).

Dentre os desfechos da classificação do risco gestacional, constatou-se que uma taxa expressiva (47,4%) das gestantes consideradas de alto risco, sendo que 27,4% foram classificadas como alto risco no que refere às intercorrências clínicas e obstétricas, seguidas por características individuais (23%). Estudo conduzido no ambulatório da Fiocruz no RJ com referência para a gravidez de alto risco detectou que 83,3 % das gestantes foram classificadas como alto risco (XAVIER et al., 2013).

No Brasil, ainda são incipientes as investigações que determinam a classificação do risco gestacional, além do que Gonçalves et al. (2008) reitera que os estudos conduzidos neste campo relatam procedimentos mínimos para identificar situações de risco para a saúde do binômio mãe-filho, tais situações impossibilitam a comparação dos dados do presente estudo.

Porém, com base nos dados da investigação atual, pode-se inferir a relevância da realização do pré-natal e da classificação do risco gestacional, o que coaduna com o estudo de Santos et al (2012), que descrevem que a identificação precoce dos fatores de risco gestacional e a ações de promoção, prevenção e tratamento podem contribuir no desfecho favorável da saúde do binômio mãe e filho. Há que se ressaltar que a identificação precoce, contribui para a operacionalização desse sistema em rede, através da referência e contrarreferência, garantindo a assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, seguindo assim as normas preconizadas pelo MS (GONÇALVES et al., 2008). Sabe-se que o acompanhamento do pré-natal pela APS reforça a importância das políticas públicas de saúde (CRESTANI et al., 2013)

Vale ressaltar que os principais fatores responsáveis pela classificação das gestantes como de alto risco neste estudo foram em relação às características individuais e às intercorrências clínicas obstétricas. No que tange as características individuais, os principais fatores que contribuíram para alta pontuação na classificação de risco foi o consumo de drogas, com o predomínio de consumo de drogas lícitas. A literatura é bastante pontual em relação ao consumo de droga e a associação com as complicações graves para díade mãe e concepto, como prematuridade (RENNER et al., 2015), aborto, risco de infecções, deslocamento prematuro da placenta, hipertonía uterina (THIENGO et al., 2012), síndrome da

abstinência alcoólica, crescimento restrito e atraso no desenvolvimento infantil (MAIA; PEREIRA; MENEZES 2015). Destaca-se a necessidade de políticas públicas e assistência a esse público com vista à prevenção e ao tratamento do uso de drogas para reduzir os malefícios na gestante e no RN (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

Ainda sobre a classificação do risco gestacional, o estudo atual encontrou que os principais contribuintes para as altas taxas de intercorrências clínicas obstétricas foram hemorragia da gestação e os episódios de infecção urinária. Por conseguinte, as hemorragias durante a gestação constituem um fator contribuinte para a mortalidade materna, a qual é considerada como uma das maiores causas evitáveis (SOUZA et al., 2013).

Em relação à infecção do trato urinário, estudo realizado na Paraíba, detectou que a prevalência de infecção urinária foi de 22,2% através da interpretação do resultado da urocultura (NASCIMENTO; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2012), o que se assemelha aos resultados do estudo atual. Vale destacar que durante o período gravídico esse aparelho é acometido por modificações anatômicas e fisiológicas, como a dilatação pielocalicial e ureteral, o refluxo vesico-ureteral, a diminuição do tônus vesical e do esvaziamento da bexiga e hiperestrogenismo, o que o torna mais propenso à infecção (FIGUEIREDO; GOMES; CAMPOS, 2012).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem subsidiar uma assistência integral enfocando as condições social, ambiental, psicológica e física da gestante, além do cuidado multiprofissional em um serviço de rede com o objetivo de reduzir as complicações materno-fetal (AQUINO; SOUTO, 2015). Os autores ainda complementam que a APS deve atuar de forma estratégica a fim de rastrear qualquer morbidade durante esse período, o que colabora com a prevenção destas é que a assistência ao pré-natal seja o mais precoce possível (DOMINGUES et al., 2012; CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Outro fato importante de ser elucidado se refere à importância da adesão das gestantes na assistência ao pré-natal contribuindo para diminuição das taxas de complicações materna e perinatal (GONÇALVES et al., 2008). Salienta-se que a adesão da mulher ao programa de assistência ao pré-natal, proposta pela APS, surge a partir da interação entre a mesma e equipe de profissionais de saúde, contribuindo para o seu empoderamento e instrumentalizando para o autocuidado (MARTINELLI et al., 2014).

Contudo, o que se observa na realidade da assistência ao pré-natal em investigações conduzidas no contexto nacional é que a mesma apresenta múltiplas deficiências em relação às ações básicas preconizadas pelo MS, o que contribui para a persistência de resultados desfavoráveis na saúde materno-infantil (DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014).

Esses achados confirmam o resultado do estudo atual, uma vez que na avaliação das condições de acompanhamento do pré-natal, identificou-se que 99,3% o realizaram parcialmente. Martinelli et al (2014) conduziram um estudo na região norte do Espírito Santo e detectou que o pré-natal foi realizado adequadamente em 92,6%, e ao avaliar separadamente os parâmetros estabelecido pelo PHPN (início do pré-natal, número de consultas, realização de exames e imunização), entretanto, ao somar esses parâmetros a avaliação do pré-natal diminui.

Chama a atenção que o número de consultas realizadas pelas gestantes no estudo atual foi de 17% que entraram na classificação de inadequado e 14,8% parcial. Pesquisa realizada em Porto Alegre com 182 díades, mãe e filho, detectou que 57% realizaram seis ou mais consultas. Outra investigação realizada no Espírito Santo detectou que 69% realizaram um número adequado de consultas, e que quanto maior o número de consultas mais chances de receber cuidados preventivos e de promoção à saúde neste momento (MARTINELLI et al., 2014). Um estudo afirma que o início precoce da assistência ao pré-natal está associado à realização de mais de seis consultas, à prescrição de ácido fólico, sulfato ferroso e vacinação (FIGUEIREDO et al., 2013; VIELLAS et al., 2014). A literatura reforça que nem sempre o número de consultas é um indicador de qualidade na assistência (BUENO; WEBER; OLIVEIRA, 2010).

No presente estudo, ficou claro que apesar de um número bastante expressivo de gestantes que realizaram o número adequado de consultas, verificou-se que o maior comprometimento na assistência ao pré-natal se refere à realização dos exames em que 46,7% e 51,9% foram classificadas, respectivamente, como inadequado e parcial. Estudo nacional com base em dados hospitalares evidenciou que em nenhuma região brasileira a realização dos exames preconizados pelo MS no período gestacional foi adequada, sendo que a região Sul que apresentava o melhor desempenho neste quesito representa apenas 55,8% (VIELLAS et al., 2014). Martinelli et al. (2014) complementa que a qualidade da assistência ao pré-natal é inadequada em relação a proposta do PHPN, uma vez que detectou baixos índices (30%) de realização de exames laboratoriais.

Esses dados não diferem de uma pesquisa conduzida no Rio Grande do Sul, e em uma base de dados nacional “Nascer no Brasil” que constataram que apesar das gestantes estarem com acompanhamento de consultas recomendadas pelo MS, a maioria realizou o exame proposto na primeira solicitação e houve um declínio em relação à realização de exames subsequentes (BUENO; WEBER; OLIVEIRA, 2010; VIELLAS et al., 2014). Há que se ressaltar que o início precoce das consulta de pré-natal está associado diretamente à realização dos exames de rotina conforme preconizado pelo MS (FIGUEIREDO et al., 2013). Sabe-se que o seguimento clínico da gestante com exames laboratoriais são de grande relevância para a

detecção precoce de morbidades do período gestacional (MARTINELLI et al., 2014; VIELLAS et al., 2014; LAURENTI et al., 2015).

Cabe ainda ressaltar que, todas as gestantes foram categorizadas como parcial na avaliação quanto ao uso de medicações profiláticas como ácido fólico e sulfato ferroso na presente pesquisa, ou seja não fizeram o uso conforme preconizado pelo MS. Há relatos na literatura enfocando que o consumo desses medicamentos é baixo. Em investigação com gestantes do Paraná detectou-se que 48,6% não fizeram uso de sulfato ferroso e 35,7 % de ácido fólico (MURAKAMI; HOFELMANN, 2016). Outra pesquisa encontrou também que 32,5% não fizeram o uso destes medicamentos no primeiro trimestre gestacional, o que torna preocupante uma vez que, essas medicações contribuem para a maturação e o desenvolvimento fetal (LUNARDI-MAIA; SCHUELTER-TREVISOL; GALATO, 2014).

Outro critério utilizado para avaliar a assistência ao pré-natal foi a vacinação, a qual deve ser administrada durante o ciclo gravídico. Pesquisa bibliográfica conduzida entre o período de 2003 e 2012 sobre a importância da vacinação e os possíveis riscos à gestante, concluiu que a vacinação confere imunidade a mãe, e ao filho pela passagem transplacentária e o aleitamento materno (LOUZEIRO et al., 2014).

No presente estudo, verificou-se que apenas 43,7% das participantes eram classificadas como adequada para o esquema completo de vacinação e que 56,3% parcial, no que se assemelham com estudos de Domingues et al (2012) que detectaram que apenas 54% foram consideradas imunizadas quanto ao tétano; o que é bastante semelhante aos dados de Martinelli et al (2014), que encontraram apenas 58,7% que foram imunizadas contra essa doença. Esses resultados não se diferem em relação à vacinação contra a hepatite B, uma vez que em estudo realizado no interior paulista, apenas 68,4% apresentavam esquema completo para as vacinas contra hepatite B e dupla adulto (ROCHA et al., 2016). Neste sentido, faz-se necessário implementar estratégias que estimulem a adesão da gestante à vacinação (MARTINELLI et al., 2014).

Cabe destacar, que a grande maioria das investigações conduzidas para avaliar o pré-natal se refere apenas a alguns dados isolados como o número de consultas, vacinação, e uso de medicamentos profiláticos, o que difere do presente estudo, uma vez que este analisou todos os itens pactuados pelo MS como promissores para assistência integral a gestante. Considerando, todos os dados referenciados do presente estudo e da literatura retratada pode-se inferir que muitas das gestantes não têm a qualidade da assistência pré-natal, apesar da

existência de políticas nacionais que enfatizam a importância desta assistência e a busca ativa das gestantes (FIGUEIREDO et al., 2013).

Quanto a descrição das características do RN, evidenciou-se no presente estudo que o sexo dos RN apresentou-se numa porcentagem bastante semelhante, o que corroboram com investigação conduzida por Brito et al. (2011) e Laurenti et al. (2015).

No que refere ao peso, no estudo atual observou-se um predomínio de RN com peso acima de 2.500gramas, sendo que apenas nove (6,6%) RN com peso abaixo de 2.500gramas. Estudo com crianças de seis a 18 meses matriculados em um berçário da Paraíba observou que 9,8% delas nasceram com baixo peso (SILVA, A. et al., 2015). O baixo peso ao nascer é de grande relevância para avaliar a vitalidade do RN, podendo esse apresentar morbidades que poderão resultar em desfechos desfavoráveis, como infecções e hospitalizações prolongadas (LAURENTI et al., 2015; PESSOA et al., 2015). Corroboram com esse fato, estudos entre a associação de dados do crescimento e desenvolvimento com o peso ao nascer, mostrou também maior risco para o desenvolvimento neuropsicomotor (BRAGA; RODOVALHO; FORMIGA, 2011).

Em relação ao quesito desenvolvimento neuropsicomotor na avaliação do primeiro mês, identificou-se na pesquisa atual que a área com maior número de RN e/ou lactentes, considerado suspeito foi a linguagem (30,4%). O que não difere em relação à avaliação do sexto mês de vida, com declínio em torno de 9%. Resultados semelhantes são encontrados em outras investigação conduzidas no contexto nacional em que utilizou-se como instrumento para a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor o TTDD II (SANTOS; ARAÚJO; PORTO, 2008).

Deste modo, pode se ressaltar que o estudo com uma amostra de 45 lactentes nas creches municipais de Goiânia, com período de nove a 24 meses de idade, observou-se uma média de 46% do grupo com atraso na linguagem (RODOVALHO; BRAGA; FORMIGA, 2012). Outro estudo em UBS de Botucatu, com 65 lactentes de 12 meses de idade encontrou que 24,6% deles apresentaram atraso na área de linguagem pelo TTDD II (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014). Investigação realizada com 150 prontuários de crianças com 24 a 60 meses detectou que 23% apresentavam atraso na linguagem (PINTO et al., 2015).

Deve-se considerar que são vários os fatores que podem explicar esse resultado como a falta de estimulação dos pais e/ou responsáveis (RODOVALHO; BRAGA; FORMIGA, 2012); escolaridade dos pais e ambiente domiciliar sem estimulação adequada para os padrões linguísticos (PINTO et al., 2015); altos níveis de ansiedade e depressão materna que está

associada ao efeito negativo entre mãe e filho resultando em déficit na área de linguagem (FRAGA et al., 2008) associado ao efeito negativo de interação entre mãe e filho resultando em déficit na área de linguagem (FRAGA et al., 2008).

Ademais, constatou-se que 1,5% e 8,5% dos RN e/ou lactentes respectivamente apresentaram atraso no desenvolvimento motor grosseiro. Pesquisa com crianças paulistanas entre 24 e 60 meses, observou-se 92,7% responderam satisfatoriamente a avaliação TTDD II na área motora grosseira. Fato importante de ser elucidado é a investigação de Rodovalho, Braga e Formiga (2012) em que detectaram que não houve alteração em atraso no desenvolvimento motor em nenhuma criança avaliada, e que essa situação está relacionada à estimulação das crianças inseridas na creche o que difere dos resultados encontrados em estudos em ambiente domiciliar, corroborando com a premissa em que o ambiente familiar exerce um papel fundamental no desenvolvimento infantil (FORMIGA et al., 2013; PINTO et al., 2015).

Brito et al (2011), detectaram que em média 10,0% das crianças de quatro a cinco anos apresentavam alteração motora grosseira. Os autores ainda fazem um contraponto, em relação ao desenvolvimento motor grosseiro e as questões de gênero, e conclui que os meninos apresentam melhor habilidade nesta área, em decorrência dos mesmos residirem em ambientes com condições socioeconômicas precárias e as crianças circulam sozinhas em torno de suas casas. O que não difere dos resultados de Rezende; Costa e Pontes (2005) que inferem que o espaço da rua para as práticas recreativas auxiliam na aquisição de habilidades motoras grossas.

No que se refere à área motora fina e pessoal social no presente estudo, houve uma pequena parcela de RN e/ou lactentes categorizados como suspeito, o que pode estar relacionado ao ambiente parental e social carente de estímulos (BRITO et al., 2011). Também não foram encontrados suspeitos na área motora fina em uma pesquisa realizada em uma creche com crianças menores de 3 anos no município de Coronel Fabriciano-MG (CARNEIRO; BRITO; SANTOS, 2011), o que contrapõe com um estudo em prontuários de 150 crianças de 24 a 60 meses, cujo resultado foi de que 32% destas apresentaram-se suspeitos neste quesito (PINTO et al. 2015).

É importante fazer uma ressalva que em relação ao desenvolvimento pessoal social evidenciou-se que 3% da amostra eram considerados suspeitos no primeiro e sexto mês de avaliação, porém os participantes que apresentavam essa alteração no primeiro mês não eram os mesmos na avaliação posterior. Pesquisa realizada em Botucatu SP, com crianças de 12

meses, verificou 6,2% como suspeito (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014). Pinto et al (2015) observaram que 12% apresentaram suspeitos na avaliação, e reforça a importância de descartar as possibilidades de influências de fatores externos no momento da aplicação do teste.

Quanto ao objetivo do presente estudo referente à investigação da classificação do risco gestacional, à assistência pré-natal e à relação com o desenvolvimento neuropsicomotor do RN e/ou lactente, evidenciou-se que não houve associação estatisticamente significativa com essas variáveis, exceto a variável de características individuais e a área pessoal social no primeiro mês de vida. Portanto, considera-se que a hipótese apresentada na investigação atual em que os RN e/ou lactentes nascidos de mães classificadas como baixo risco gestacional e que tiveram uma assistência pré-natal adequada têm maior probabilidade de serem classificados como normal no desenvolvimento neuropsicomotor, não foi confirmada.

Crestani et al (2013) citam pesquisa em que avaliaram as condições maternas e do pré-natal e sua relação com o desenvolvimento da criança do primeiro até o 18º mês de vida, que utilizaram como instrumento de avaliação o proposto por Kupfer e avaliação de fatores maternos como escolaridade, idade, renda, planejamento da gravidez, número de filhos, ocupação, presença de sintomas depressivos e com relação ao pré-natal o número de consultas. Em diferentes momentos do estudo observaram-se resultados deficitários da criança após associação das variáveis. Dentre eles estão risco de problemas no desenvolvimento neuropsicomotor, presença de sintomas depressivos, Ressalte-se que neste estudo utilizaram o valor de $p \leq 0,10$. Isto tem sido pouco usual, mas os autores argumentam que o fizeram em função do tamanho de sua amostra e das “demandas da análise multifatorial” (CRESTANI et al., 2013).

Outra pesquisa conduzida com 319 crianças, na faixa etária de 36 a 48 meses detectou que a realização ou não do pré-natal não apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,474$) com a variável de desenvolvimento infantil, tendo como instrumento de avaliação o TTDD II (GUERREIRO et al., 2016). Pesquisa realizada em Londrina com 104 crianças, observou que as variáveis maternas gestacionais como renda familiar, emprego, escolaridade materna, realização ou não de pré-natal, presença de infecções, vaginose e hipertensão arterial, não mostraram associação com o desenvolvimento neuropsicomotor (KRELING; BRITO; MATSUO, 2005).

O que difere dos dados da investigação de Pilz e Schermann (2007), na qual a situação socioeconômica baixa, intervalo interpartal com menos de dois anos, mães com baixa escolaridade e a falta de atenção dos pais no auxílio do cuidado com filho geram efeitos

negativos no desenvolvimento neuropsicomotor. Também, foi identificado em uma amostra de 220 lactentes de oito a 12 meses, da Universidade Federal do Rio Grande, que encontrou gestantes que realizaram o número de consultas adequadas e de qualidade e com isso contribuíram para o nascimento seguro e com desenvolvimento neuropsicomotor normal de acordo com o TTDD II (VELEDA; SOARES; CÉZAR-VAZ, 2011).

Em suma, as investigações não são conclusivas em relação à associação da realização ou não do pré-natal com o desenvolvimento neuropsicomotor. Um contraponto importante é que nos estudos desenvolvidos no contexto nacional e internacional, que investigaram a relação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e a assistência ao pré-natal, as variáveis investigadas não seguem o mesmo padrão e a maioria das vezes foram analisadas isoladamente, e também foram conduzidos em momentos diferentes da vida da criança. Formiga et al. (2013) complementam que variáveis relacionadas à assistência ao pré-natal devem ser em conjunto, evitando impacto negativo no desenvolvimento do lactente, e que a assistência ao pré-natal iniciada precocemente irá permitir acesso a diagnósticos e tratamentos evitando repercussões graves para a díade (DOMINGUES et al., 2012).

Salienta-se que outras investigações devem ser conduzidas nesta perspectiva de desenvolvimento neuropsicomotor da criança e avaliação da qualidade do pré-natal (VELEDA; SOARES; CÉZAR-VAZ, 2011), além do que é importante que sejam conduzidos estudos longitudinais e que se utilizem abordagens metodológicas e critérios de avaliação do pré-natal propostos pelo MS.

Apesar dos resultados não evidenciarem uma associação positiva entre o pré-natal e o desenvolvimento infantil, essa assistência é fundamental para a saúde da criança, uma vez que possibilita maior interação do profissional de saúde com as gestantes, o que contribui para a educação das mães em relação ao cuidado e a estimulação da criança (NOONAN et al., 2013). Ainda, a assistência ao pré-natal pode prevenir a ocorrência da prematuridade e do baixo peso, que são fatores associados ao atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, principalmente em relação ao domínio motor (GUIMARÃES et al., 2011; FORMIGA et al., 2013). Outro fato importante são as associações das variáveis do pré-natal que vem acontecendo ao longo dos tempos, com alterações no conteúdo e na qualidade da assistência, através de inovações com novas tecnologias e melhor interação entre os profissionais e as gestantes, pois com isso consegue identificar precocemente riscos, comportamentos que possam prejudicar a gravidez (WOODHOUSE; CAMELO; WEHBY, 2014).

Partindo dessa premissa é necessário fazer uma ressalva, que as mudanças no desenvolvimento neuropsicomotor iniciam-se no período de pré-natal perdurando pela vida,

principalmente nos primeiros anos de vida, com aquisições das habilidades progressivas, o que depende da interação das características biopsicológicas e ambientais (FORMIGA et al., 2013; SOUZA; VERÍSSIMO, 2015). Portanto, a avaliação deve ser conduzida nos primeiros dois anos de vida, uma vez que o período crítico do ponto de vista neural, particularmente em decorrência da estimulação ambiental (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014; LIMA; CAVALCANTE; COSTA, 2016).

Neste sentido, faz-se necessário investir na capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas ESF para avaliação e acompanhamento integral do desenvolvimento neuropsicomotor (VELEDA; SOARES; CÉZAR-VAZ, 2011). Corroborando com essas diretrizes, os autores sugerem criação de programas estruturados de avaliação e intervenções nas áreas de desenvolvimento consideradas suspeitas, prevenindo complicações no futuro que interfiram na qualidade de vida da criança (RIBEIRO; BELTRAME, 2010). Estudos de Silva, L. et al. (2015) referem que existem muitos discursos relacionados à assistência ao pré-natal referindo dificuldades na qualidade desse cuidado, sendo este primordial para o desfecho favorável para díade mãe e filho. Contudo, é importante sensibilizar profissionais de saúde para um registro adequado em prontuários das gestantes e uma melhor adesão aos protocolos preconizados pelo MS para assistência durante o período gestacional (ANVERSA et al., 2014).

É pertinente tecer alguns comentários sobre algumas variáveis que foram investigadas em relação às condições maternas e à assistência pré-natal e que podem impactar na saúde infantil. Com relação às características individuais o consumo de drogas lícitas e ilícitas é um fator relevante, uma vez que as gestantes usuárias dessas substâncias tendem à baixa adesão ao pré-natal, com número inferior de consultas segundo os padrões do MS (GAMA et al., 2004), importante mencionar que além desse fato tem as questões de risco social e emocional dessas mulheres (KASSADA et al., 2013), que são essenciais para a segurança da gestação e a interação da família no processo de gestar e parir (SILVA, L. et al., 2015).

Estudo conduzido em Fortaleza mostrou que o consumo de drogas ilícitas durante a gravidez está relacionado a fatores individuais, ambiente, ausência de companheiro, e esse consumo resultou em prejuízos para os RN, destacando a sífilis congênita, baixo peso ao nascer, prematuridade, desconforto respiratório e infecção neonatal, sendo estes fatores predisponentes para alterações no desenvolvimento (PORTELA et al., 2013).

Outro fato importante é que gestantes, mesmo quando acompanhadas pela ESF, que apresentaram infecção urinária, depressão durante a gestação, e terem consumido drogas lícitas, tiveram seus RN suspeitos em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor nas áreas

de domínio linguagem (24,6%) e na área pessoal social (6,1%) (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014). Entre as comorbidades, o processo hemorrágico durante o período gravídico também resulta em RN com déficit no desenvolvimento (RIBEIRO; BELTRAME, 2010).

Uma situação que corrobora ainda nessa temática é que a gravidez não planejada e não aceita, tem o maior risco das crianças apresentarem atrasos nas áreas de domínio de linguagem e de motor fino (MARIN et al., 2012). Fatores como o baixo nível socioeconômico associado à baixa escolaridade contribui para um desfecho desfavorável no desenvolvimento neuropsicomotor, uma vez que os pais poderão apresentar dificuldades de cuidado com o filho (a) (VELEDA et al., 2011; PESSOA et al., 2015), as quais são elencadas como de difícil resolução (VELEDA et al., 2011).

A literatura aponta, que o baixo número de consultas de pré-natal é um fator de risco para alteração no desenvolvimento neuropsicomotor em relação às puérperas que realizaram seis ou mais consultas (CRESTANI et al., 2013), complementam ainda que, gestantes captadas precocemente pela APS, sem fatores de riscos detectados durante o pré-natal, conseguem uma melhor adesão ao serviço de saúde, diminuindo assim complicações perinatais (GONÇALVES et al., 2008; PORTELA et al., 2013).

Em um estudo conduzido em sete maternidades do Espírito Santo, observou-se que as gestantes que realizaram um número adequado de consultas tem mais chances de receber cuidados preventivos e de promoção à saúde durante a gestação (MARTINELLI et al., 2014), Velede et al., (2011) relatam que o indicador de qualidade da assistência prestada é o número de consultas de pré-natal. Contudo, estudo conduzido em maternidade de Wal Ferraz observou que o número adequado de consultas não implica em uma assistência de qualidade (FONSÊCA; PÁDUA; VALADARES NETO, 2011). Anversa et al. (2014) determinam que exames realizados em tempo oportuno podem identificar e corrigir alterações que acometem a gestante e o feto, e estabelecer terapias para evitar complicações.

Nesta direção, é oportuno ressaltar que, apesar de a presente investigação não ter encontrado associação entre a assistência pré-natal e o desenvolvimento neuropsicomotor, a mesma se apresenta como relevante na promoção e prevenção da saúde materno-infantil.

7 Conclusões

7 CONCLUSÃO

Serão elencadas as conclusões do estudo baseadas nos objetivos propostos.

Quanto aos objetivos referentes a caracterizar as puérperas quanto à idade, classificação socioeconômica, escolaridade, o consumo de drogas, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas e obstétricas, e classificação do risco gestacional conclui-se que:

- ✓ 57,8% das puérperas tinham idade entre 20 a 29 anos;
- ✓ 65,9 % das puérperas eram pertencentes a classificação econômica C₁, C₂ e D;
- ✓ 53,3 % das participantes referenciaram ter cursado o ensino médio;
- ✓ 19,3% das puérperas relataram ter consumido o cigarro, 13,3% de bebidas alcoólicas e 3,7 % drogas ilícitas durante o período gestacional;
- ✓ Em relação à história reprodutiva 8,9% das mulheres enfatizaram ter realizado duas ou mais cesáreas prévias, 5,2% eram hipertensas e 4,4% relataram ter tido filhos prematuros;
- ✓ Quanto às intercorrências clínicas e obstétricas 12,6% relataram ter apresentando hemorragia na gestação, 11,1% idade gestacional superior a 41 semanas e 10,4% episódios de infecção urinária;
- ✓ Verificou-se que 47,4 % das gestantes foram classificadas como de alto risco gestacional na classificação geral, enquanto a classificação quanto às características individuais 77% foram de baixo risco, na história reprodutiva 86,7 % de baixo risco e nas intercorrências clínicas obstétricas 63,7%;

Quanto ao objetivo referente à caracterização da assistência recebida no pré-natal, conclui-se que:

- ✓ 68,1% realizaram um número adequado de consultas de pré-natal de acordo com a preconização do MS;
- ✓ 51,9 e 46,7% respectivamente realizaram parcialmente e inadequadamente os exames preconizados pelo MS;
- ✓ Quanto ao consumo de ácido fólico e sulfato ferroso, todas as participantes foram classificadas como parcial neste quesito;
- ✓ Em relação a imunização 56,3% foram categorizadas como parcial;
- ✓ 99,3% a assistência ao pré-natal foi classificada como parcial;

Em relação aos objetivos específicos sobre caracterizar o recém-nascido conclui-se que:

- ✓ 50,4% eram do sexo masculino e 74% apresentavam peso entre 2501g e 3500g no nascimento;

✓ A maioria dos RN e/ou lactentes apresentavam desenvolvimento neuropsicomotor normal no primeiro e sexto mês de avaliação. Contudo, 30,4% no primeiro mês e 21,5% no sexto mês eram classificados como suspeitos em relação à área de domínio linguagem.

Considerando a proposta de investigar a relação entre a classificação do risco gestacional, e a assistência pré-natal com o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido/lactente, constatou-se que:

✓ As variáveis gestacionais como características individuais, história reprodutiva, intercorrências clínicas e obstétricas e a classificação do risco gestacional não apresentaram associação significativa com o desenvolvimento neuropsicomotor, exceto no domínio pessoal social com as características individuais da gestante e o primeiro mês do RN;

✓ No que se refere as condições de acompanhamento do pré-natal não apresentou associação significativa com o desenvolvimento neuropsicomotor do RN e/ou lactente.

Importante destacar que o estudo apresentou limitações que devem ser consideradas, entre elas a ambiência desfavorável para a realização da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor; a realização da avaliação do desenvolvimento do RN e/ou lactente ser realizada em um único momento no primeiro e no sexto mês de vida; quanto à avaliação da puérpera e da assistência ao pré-natal, à falta de registros em prontuários e/ou no cartão de pré-natal sendo necessário considerar as informações referenciadas pelas mesmas; e por último, temos a falta de orientações que deveriam ter sido feitas as puérperas, como uma intervenção para que fossem realizados estímulos adequados conforme as situações suspeitas encontradas na pesquisa.

Apesar das limitações o estudo possibilitou reconhecer a importância da realização de um pré-natal conforme o preconizado pelo MS, com assistência voltada para promoção de saúde. Apesar das hipóteses não terem sido confirmadas, identificou-se vários fatores que podem contribuir para um desfecho favorável, dentre eles a necessidade de acompanhamento pré-natal, com uma rede de saúde unificada e integrada, além de serviços de qualidade, com atuação de uma equipe multidisciplinar, trabalhando interdisciplinarmente com o objetivo de um acompanhamento integral na assistência ao pré-natal e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor. Nos estudos também se encontrou variações quanto à adequação ao pré-natal, nas diversas regiões do Brasil e em estudos internacionais.

Finaliza-se, ressaltando a relevância de que outros estudos sejam realizados com esse desenho metodológico, com amostras maiores e que os impactos do pré-natal devem ser verificados a mais longo prazo na vida da criança, pois poderiam contribuir para refinar a

investigação. Outro fator importante que deve ser considerado é a população mais consciente da relevância sobre a adesão a essa assistência e que, quanto mais precoce o início do pré-natal menos os riscos de situações que poderiam levar a desfechos desfavoráveis para a díade mãe e filho. Também se tem que considerar que as políticas públicas e programas assistenciais sejam direcionados para assistência integral da gestante, puérpera e RN e/ou lactente.

Referências

ALMEIDA, G. B. S.; SOUZA, M. C. M. O Conhecimento da gestante sobre a hipertensão arterial na gravidez. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 3, 2016.

ANVERSA, E. T., et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2014.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2004.

AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Revista Médica Minas Gerais**; Minas Gerais, v. 25, n. 4, p. 568-576, 2015.

ASSUNÇÃO, P. L. de et al. Desafios na definição da idade gestacional em estudos populacionais sobre parto pré-termo: o caso de um estudo em Campina Grande (PB), Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 455-466, 2011.

ASSUNÇÃO, P. L., et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1078-1090, jun. 2012.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil**. 2013. Disponível em: www.abep.org/new/criteriobrasil.aspx Acesso em 15 de julho 2014.

BAILER, C.; TOMITCH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Revista Intercâmbio**, São Paulo, v. 24, p. 129-146, 2011. LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759x.

BRAGA, A. K. P.; RODOVALHO, J. C.; FORMIGA, C. K. M. R. Evolução do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças pré-escolares de zero a dois anos do município de Goiânia (GO). **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 230-239, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 20 junho 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**, 1. ed., 2. reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. 82 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006: 2011c.

BRASIL. **Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria/GM nº 12.662, de 05 de junho de 2012**. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12662-5-junho-2012-613163-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 20 junho 2016.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3. Ed, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>. Acesso em: 17 junho 2016.

BRITO, C. M. L., et al. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1403-1414, jul 2011.

BRONFENBRENNER U. **Bioecologia do desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Exames laboratoriais em gestantes atendidas pelo programa de acompanhamento pré-natal do município de Ijuí – RS. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí. Editora UNIJUÍ, v. 10, n. 19 p. 127-131, jul/dez., 2010.

CARNEIRO, J. M.; BRITO, A. P. B.; SANTOS, M. E.A. Avaliação do desenvolvimento de crianças de uma creche através da escala de Denver II. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.15, n. 2, 2011.

CAVALCANTI, P. C. S., et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.1297-1316, dez. 2013.

CONWAY, K. S.; KUTINOVA, A. Maternal health: does prenatal care make a difference? **Health Econ**, v. 15, p. 461–488, 2006. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16518834>> Acesso em 16 de maio de 2017.

COSTA, M. C.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para infância e adolescência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.

COSTA, M. S.; SILVA, E. S.; SIQUEIRA, E. T. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5441>>. Acesso em 20 out.2016.

COUTINHO, T.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas. **FEMINA**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, 2014.

CRESTANI, A. H., et al. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 847-856, 2013.

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F. C. C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18. n. 1. p. 87-94, 2014.

CUNHA H. L., MELO N. A. Avaliação de riscos ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças: triagem utilizando o teste Denver II e identificação de fatores maternos de risco. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 6, p. 20-42, 2005.

- CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: Competências essenciais desempenhadas por enfermeiro. Esc. Ana Nery. **Revista de enfermagem**, v. 13, n. 1, 2009.
- DOMINGUES, R. M., et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-462, 2012.
- DUARTE, G., et al. Infecção urinária na gravidez. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.
- DRACHLER, M. L.; MARSHALL, T.; CARVALHO-LEITE, J. C. A continuous-scale measure of child development for population-based epidemiological surveys: a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. **Paediatr Perinat Epidemiol**, n. 21, p. 138-53, 2007.
- FIGUEIREDO, A.; GOMES, G.; CAMPOS, A. Infecções urinárias e gravidez – diagnóstico, terapêutica e prevenção. **Acta Obstétrica e Ginecologia Portuguesa**, v. 6, p. 24-133, 2012.
- FIGUEIREDO, F. S. F., et al. Atenção gestacional conforme início do pré-natal: estudo epidemiológico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 4, 2013. Disponível em: < http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4259/html_20>, Acesso em: 17 fev. 2017.
- FONSÊCA, L. A. C.; PÁDUA, L. B.; VALADARES NETO, J. D. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Revista Interdisciplinar Novafapi**, Teresina, v. 4, n. 2, p. 40-45, 2011.
- FORMIGA, C. K. M. R., et al. Comparison of the motor development in preterm infants from two brazilian regional samples. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 352-357, 2013.
- FRAGA, D. A., et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, 2008.
- FRANKENBURG W. K., et al. **DENVER II: training manual**. 2nd ed. Denver, USA: Denver Developmental Materials; 1992.
- FRANKENBURG, W. K., et al. The Denver developmental screening test. **The Journal of Pediatrics**, v. 71, n. 2, p. 181-191, 1967. Disponível em: < [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(67\)80070-2/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(67)80070-2/abstract)>. Acesso em 28 de fevereiro de 2015.
- GAMA, S. G. N., et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101-S111, 2004.
- GONÇALVES, R., et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-353, jun. 2008.
- GUERREIRO, T. B. F., et al. Triagem do Desenvolvimento Neuropsicomotor de Crianças das Unidades de Educação Infantil do Município de Belém, Pará, Brasil. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, Belém, Pará, v. 26, n. 2, p. 181-189, 2016.
- GUIMARÃES, C. L. N., et al. Desenvolvimento motor avaliado pelo Test of Infant Motor Performance: comparação entre lactentes pré-termo e a termo. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 15, n. 5, p. 357-363, oct. 2011.
- HALPERN, R; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p.104-110, 2004.
- HASS, C. N.; TEIXEIRA, L. B.; BEGHETTO, M. G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre – RS. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, 2013.

- HOCHMAN, B. et al. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cirúrgica Brasileira, São Paulo, v. 20, supl. 2, 2005.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>> Acesso em: 27 de abr. de 2014
- IBM SPSS Statistics 21. IBM. 2016. **Software**. Disponível em: <<http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/products/statistics/>>. Acesso em 20 de julho de 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Bases de dados. Sistema de informação de nascidos vivos 2017**. Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos-sinasc.html>> Acesso em: 20 de mai. de 2017.
- KASSADA, D. S., et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013.
- KRELING, K. C. A.; BRITO, A. S. J.; MATSUO, T. Fatores perinatais associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos de muito baixo peso. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 98-108, 2006.
- LAURENTI, R., et al. O estudo do binômio mãe-filho: descrição e resultados gerais. The study of the mother-child binomial: description and general results. **Revista brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, N. 2, P. 398-412, jun. 2015.
- LEITE, F. M. C., et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica, **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, jun. 2013.
- LIU, X. et al. Prenatal care and child growth and schooling in four low- and medium-income countries. **PloS One**, v. 12, n. 2, p. 0171299, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171299>> Acesso em 13 de maio de 2017.
- LOUZEIRO, E. M., et al. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática de literatura no período de 2003 a 2012. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 193-203, 2014.
- LUNARDI-MAIA, T.; SCHUELTER-TREVISOL, F.; GALATO, D. Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 541-547, dez. 2014.
- MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea**, V.4, n. 2, p. 121-128, dez. 2015.
- MARIN, A. H., et al. A não aceitação da gravidez e o desenvolvimento de crianças com quatro anos de idade no bairro Vila Jardim, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 7, n. 25, 2012.
- MARQUES, A. G. B. et al. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. v. 33, n. 4, p. 41-47, 2012.
- MARTINELLI, K. G., et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, fev. 2014.
- MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2004.
- MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.682, de 10 de dezembro de 2013**. Aprova os novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante no pré-natal e o fluxo de atendimento da gestante na rede de atenção no âmbito do estado de Minas Gerais. Governo do Estado de Minas Gerais, Secretaria de Saúde, 2013.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Atenção à Saúde da Gestante – **Critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante**. Minas Gerais, 2016a.

- MURAKAMI, P. Y.; HÖFELMANN, D. A. Uso de suplementos de ácido fólico e ferro em gestantes de uma unidade de saúde do Paraná. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, v. 18, n. 3, p. 100-113, jul-set, 2016.
- NASCIMENTO, W. L. S.; OLIVEIRA, F. M.; ARAÚJO, G. L. S. Infecção do trato urinário em gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Ensaio e ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo grande, v. 16, n. 4, p. 111-123, nov-dez. 2012.
- NOBRE, F. D. A. Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, 2009.
- NOONAN, K., et al. Effects of prenatal care on child health at age 5. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 17, n.2, p. 189-99, 2013.
- OLIVEIRA, A. R. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controle. **Revista Portal de Medicina Geral**, v. 29, n. 01, p. 151-159, 2013.
- OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. 2ed. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 115.
- OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 103-109, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2017.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005.
- PESSOA, T. A. O., et al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. **Avances em Enfermeria**, Bogotá, v. 33, n. 3, p. 401-411, set. 2015.
- PILZ, E. M. L.; SCHERMANN, L. B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas, Rio Grande Sul. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 181-190, mar. 2007.
- PINTO, F. C. A., et al. Denver II: comportamentos propostos comparados aos de crianças paulistanas. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1262-1269, aug. 2015.
- Portal Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>. Acesso em 28 junho 2017.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed., Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. 391p.
- Portela, G. L. C., et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (on line)**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 58-63, 2013.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil – IDB 2011. Brasília: RIPSa, 2012. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01a.htm>> Acesso em 26 junho 2017.
- RENNER, F. W., et al. Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014. **Boletim Científico de Pediatria**. Santa Cruz, Rio Grande do Sul, v. 4, 2015.
- REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo informação**. São Paulo, v.16, n.16. p. 45-69, dez. 2012.

- REZENDE, M. A.; COSTA, P. S.; PONTES, P. B. Triagem de desenvolvimento neuropsicomotor em instituições de educação infantil segundo o Teste de Denver II. **Revista de Enfermagem**, Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 348-355, 2005.
- RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 215-226, jan. 2014.
- RIBEIRO, J.; BELTRAME, T. S. Características neuromotoras e biopsicossociais de lactentes com histórico de risco biológico. **Fisioterapia e Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 1, p. 25-34, 2010.
- ROCHA, R. S. et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 37-45, jun. 2013.
- ROCHA, B. C. C., et al. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2287-2292, jul. 2016.
- RODOVALHO, J. C.; BRAGA, A. K. P.; FORMIGA, C. K. M. R. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia/GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 122-32, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10382/15564>> Acesso em: 12 ago. 2016.
- ROJAS, P, F. B. Violência contra gestantes: prevalência e fatores associados na maternidades públicas de uma região metropolitana do sul do país. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
- ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados a não realização de pré-natal em município de porte grande. **Revista Saúde Pública**, Pelotas, RS, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.
- ROTTA, N.T.; PEDROSO, F.S. Transtornos da linguagem escrita - dislexia. In: Newra Tellechea Rotta; Lygia Ohlweiler; Rudimar dos Santos Riesgo. (Org.). **Transtornos da aprendizagem- abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, v. 1, p. 151-164
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. MEDSI: Rio de Janeiro, 2003.
- RUIZ, M. T., et al. Associação entre síndromes hipertensivas e hemorragia pós-parto. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p. 55-61, 2015.
- SANTOS, R. S.; ARAÚJO, A. P. Q. C.; PORTO, M. A. S. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: Instrumento de avaliação. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n.4, p. 289-299, 2008.
- SANTOS, E. M. F., et al. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 102-106, mar. 2012.
- SANTOS, E. V. A importância do pré-natal e o papel do enfermeiro neste contexto. **Portal Educação**. 2014. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-importancia-do-pre-natal-e-o-papel-do-enfermeiro-neste-contexto/57913>> Acesso em 27 junho 2017.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 3, Set. 2004.
- SIGOLO, A. R. L.; AIELLO, A. L. R. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 48, p. 51-60, 2011.
- SILVA, A. C. D., et al. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1881-1893, set. 2015.

- SILVA, L. A. et al., A qualidade de uma rede integrada: A acessibilidade e cobertura não pré-natal. **Revista de Pesquisa e Assistência Fundamental online (Online)**, Rio de Janeiro. v. 7, n. 2, p. 2298- 2309. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946010>> Acesso em: 13 agosto de 2017.
- SILVA, N. D. S. H. et al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano (Online)**, v. 21, n. 1, p. 85-98, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-1282. Acesso em 30 junho 2017.
- SOUZA, J. M.; VERISSIMO, M. L. Ó R. Child development: analysis of a new concept. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1097-1104, 2015.
- SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1160-1169, 2004.
- SOUZA, M. L., et al. Maternal mortality due to hemorrhage in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 711-719, 2013.
- SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO M. A. Ó. R. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1097-104, 2015.
- THIENGO, D. L., et al. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. **Caderno Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 416-426, 2012.
- VELEDA, A. A.; SOARES, M. C. F.; CEZAR-VAZ, M. R. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 79-85, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 junho 2017.
- VICTORA, C. G., et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 377, p.1863-1876, 2011.
- VIELLAS, E. F., et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014.
- XAVIER, R. B., et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013.
- WOODHOUSE, C.; CAMELO, J. L.; WEHBY, G. L. A comparative analysis of prenatal care and fetal growth in eight South American countries. **PLoS One**, v. 9, n. 3, p. 91292, 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0091292>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- WRIGHT, A.; WALKER, J. Management of women who use drugs during pregnancy. **Semin Fetal Neonatal Med.**, v.12, n. 2, p. 114-8, 2007.

Apêndice A – Autorização do Diretor Clínico Hospital A

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Alfenas, 15 de maio 2015

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prezados Senhores,

Declaro que tenho conhecimento e autorizo o estudo intitulado **"ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA"** proposto pela pesquisadora Silvana Albino da Silva Santos Novais. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição participante deste projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Os participantes, mães e bebês, serão contatados em suas residências onde as mães serão entrevistadas e serão feitas observações do comportamento dos bebês. Serão utilizados, de forma complementar, dados coletados nos prontuários e no sistema de informação de nascidos vivos.

O referido projeto será realizado no Hospital Universitário "Alzira Velano" e a pesquisa só poderá ocorrer a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sito à Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Telefone: (16) 3315-3386, e-mail compesq@eerp.usp.br e horário de funcionamento nos dias úteis das 9 às 18 horas.

Atenciosamente,

José Sérgio Tavela Júnior - Diretor Clínico

Apêndice B – Autorização do Diretor Clínico Hospital B

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Alfenas, 15 de maio 2015

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prezados Senhores,

Declaro que tenho conhecimento e autorizo o estudo intitulado **"ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA"** proposto pela pesquisadora Silvana Albino da Silva Santos Novais. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição participante deste projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Os participantes, mães e bebês, serão contatados em suas residências onde as mães serão entrevistadas e serão feitas observações do comportamento dos bebês. Serão utilizados, de forma complementar, dados coletados nos prontuários e no sistema de informação de nascidos vivos.

O referido projeto será realizado na Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora Perpetuo Socorro e a pesquisa só poderá ocorrer a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sito à Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Telefone: (16) 3315-3386, e-mail compesq@eerp.usp.br e horário de funcionamento nos dias úteis das 9 às 18 horas.

Atenciosamente,

Aécio Lourenço de Assis
Casa de Caridade de Alfenas
"N.S. do Perpetuo Socorro"
ADMINISTRADOR

Aécio Lourenço de Assis - Administrador

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você e seu filho (a) estão sendo convidados (as) a participar desta pesquisa: **Acompanhamento pré-natal e desenvolvimento do bebê nos primeiros seis meses de vida.** O motivo que nos leva a estudar os bebês nos primeiros seis meses de vida é a detecção precoce de alterações no desenvolvimento do lactente e com isso sensibilizar sobre a importância do acompanhamento do pré-natal, contribuindo para o planejamento de intervenções a esse grupo consequentemente uma saúde mental privilegiada. O objetivo de nosso trabalho é avaliar as condições do pré-natal e sua relação com o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida. Para isso precisamos conversar com você sobre seu bebê e o atendimento pré-natal quando você estava grávida e fazer duas observações de seu bebê a primeira aos 15 dias e a segunda quando ele tiver completado seis meses. As perguntas serão relativas ao número de vez que engravidou, de consultas de pré-natal, exames de laboratório, vacinas que foram aplicadas e avaliação física do recém-nascido, que terá uma duração de quarenta minutos, podendo variar para mais ou menos. O desconforto e os riscos em participar deste estudo são mínimos. Dentre esses riscos que poderão acontecer é o choro e irritabilidade do recém-nascido, caso isso ocorra será suspensa a avaliação e agendado outra data conforme o consentimento da mãe. Em relação aos benefícios para seu filho será a detecção precoce de alteração no desenvolvimento, caso ele tenha, nós ajudaremos você a buscar atendimento no serviço de saúde de sua área. Para a população em geral uma pesquisa que demonstre para os gestores dos serviços a importância do acompanhamento da gestante e de seus bebês, e os sensibilize contribuindo para o planejamento de uma boa assistência.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados do exame físico e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado. Você e seu filho (a) não serão identificados (as) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Não serão realizadas imagens de seu filho,

nem como cópias ou fotos de seus documentos. Uma via assinada deste consentimento informado será arquivada na Escola de Enfermagem de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional, visto que acontecerá em seu domicílio, não sendo necessário locomoção, alimentação e outras despesas pelo participante. A senhora tem direito à indenização, segundo as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e poderei desistir de participar da mesma motivar se assim o desejar sem qualquer prejuízo para mim ou meu bebê. A professora orientadora Ana Maria Carvalho Pimenta certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão assumidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a mestrandia Silvana Albino da Silva Santos Novais, no telefone (35) 3698-2154, a professora orientadora Ana Maria Carvalho Pimenta no telefone (16) 3315-3439 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sito à Avenida Bandeirantes 3.900, Campus da USP - Ribeirão Preto, SP. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas, visto que essa é uma orientação da CONEP. Seu telefone é (16) 3315-3386 e o horário de funcionamento em dias úteis e horário comercial.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Apêndice C – Instrumento de Coleta de Dados da Pesquisa

1. N° de identificação: _____
2. N° SINASC: _____
3. 1ª Data de realização do teste: ____/____/____
4. 2ª Data de realização do teste: ____/____/____
5. Data de Nascimento da mãe: ____/____/____
6. Data de Nascimento do RN: ____/____/____
7. Endereço: _____
8. Bairro: _____ Telefone: _____
9. Hora Nasc: _____
10. **Escolaridade da mãe:** ()
11. **Escolaridade do pai:** ()

[1] Sem escolaridade	[3] Fundamental II (5ª à 8ª série)	[5] Superior incompleto
[2] Fundamental I (1ª a 4ª série)	[4] Médio (antigo colegial ou 2º grau)	[6] Superior completo
		[9] Ignorado

12. **Situação conjugal da mãe:** ()

[1] Solteira	[3] Viúva	[5] União estável
[2] Casada	[4] Separada judicialmente	[9] Ignorada

13. **Cor da pele declarada:** ()

[1] branca	[3] amarela	[5] indígena
[2] preta	[4] parda	[9] Ignorada

Dados referentes ao pré-natal:

14. Data 1ª consulta de pré-natal: ____/____/____
15. DUM: ____/____/____
16. DPP: ____/____/____ Altura: _____ Peso engravidar: _____

IMC: [1] Baixo peso [2] Adequado [3] Sobrepeso [4] Obesidade

Data	Peso	Classificação IMC/IG
17.		
18.		
19.		

20. **Tipo de gravidez:** ()

[1] Única	[2] Gemelar	[3] Tripla ou mais	[4] Ignorada
-----------	-------------	--------------------	--------------

IG Conforme Ultrassom

Data	IG sem/dias	Observação
21.		
22.		
23.		
24. Morfológico		

Antecedentes obstétricos: G _____ P _____ A _____

25. Gestações prévias: ____	29. Partos Vaginais: ____	33. Morte antes 1ª semana:
26. Ectópicas: ____	30. Partos Cesária: ____	34. Morte depois 1ª semana:
27. N° Abortos: ____	31. Nascidos vivos: ____	35. Final da gestação ante
28. N° Partos: ____	32. Nascidos morto: ____	de 1 ano ____

Antecedentes obstétricos:

36. Diabetes	37. Tromboembolismo	38. T. Parto Prematuro
39. Pré-eclâmpsia	40. Doença mental	41. Isoimunização RH
42. Eclâmpsia	43. Hipert. arterial	44. HÁ com Medicação
45. Cardiopatia	46. Outros:	47. Oligo/polidrâmio
48. Álcool	49. Cardiopatia	50. HIV/AIDS
51. Cigarros	52. Drogas	53. CIUR
54. Diabetes gestacional	55. Insulina	56. Violência doméstica
57. Hemorragia 1º trim	58. Hemorragia 2º trim	59. Hemorragia 3º trim
60. Infecção urinária	61. Pós-datismo	62. Ruptura prematura
63. Incontinência istimo-cervical		

Doenças durante a gravidez atual:

64. Sangramento atual	65. Oligodramnio	66. Cardiopatia
67. Polidramnio	68. Amniocentese	69. Nefropatia
70. Toxemia	71. Hipert. arterial	72. Amnioscopia
73. Diabetes	74. Tuberculose	75. Nenhuma
76. Amniocentese com hemoamnio	77. Infecção Bact ou viral 1º trim.	78. Infecção Bact ou viral 2º trim
79. Infecção Bact ou viral 2º trim	80. Outras	

Uso de medicação

Nome da medicação	Data
Ácido fólico	
Sulfato Ferroso	

81. Situação da vacina antitetânica: ()

[1] Não vacinada

[9] Ignorado

3ª ____/____/____;

DTPa

[2] Imunizada < de 5 anos

1ª ____/____/____;

R: ____/____/____

____/____/____

[3] Imunizada > e 5 anos

2ª ____/____/____;

[4] Vacinação incompleta

82. Hepatite B ()

[1] Sim

[2] Não

[9] Ignorado

1ª ____/____/____;

2ª ____/____/____;

3ª ____/____/____;

83. INFLUENZA ()

[1] Sim

[2] Não

[9] Ignorado

DATA ____/____/____

84. Foi encaminhada para unidade de referência pré-natal de alto risco: ()

[1] Sim

[2] Não

[9] Ignorado

Exames de rotina:

Data				Data			
85. ABO RH				86. Glic. Jejum			
87. Hbs Ag				88. Urina			
89. HIV				90. Hemoglobina			
91. VDRL				92. Hematócrito			
93. Toxo IGG				94. Toxo IGM			
95. Rubéola IGG				96. Rubéola IGM			
97. Urocultura				98. USG			
99. Coombs Indireto				100. Eletroforese Hemoglobina			

101. TOT alterado				102. Parasitológico			
-------------------	--	--	--	---------------------	--	--	--

103. Exames especiais:

104. _____

105. Dados do SINASC

106. Sexo: _____

108. APGAR: 1º min _____

107. Peso ao nascer: _____

109. APGAR: 5º min _____

110. Detectado alguma anomalia ou defeito congênito: ()

(1) sim (2) não (9) Ignorado Se sim, qual: _____

111. Local de ocorrência do parto: ()

(1) Hospital (2) Outros estabelecimentos de saúde

(3) Domicílio (4) outros (9) Ignorado

112. Duração da gestação em semanas: () _____

113. Tipo de parto: ()

(1) Vaginal (2) Cesáreo

(3) Ignorado

114. Número total de consultas pré-natal: ()

Data de consulta	Data de consulta	Data de Consulta	Data de consulta

115. Apresentação: ()

(1) Cefálica (2) Pélvica (3) Transversa (9) Ignorada

116. O trabalho de parto foi induzido? ()

(1) Sim (2) Não (9) Ignorado

117. Cesárea ocorreu antes do início de trabalho de parto? ()

(1) sim (2) não (3) Não se aplica (9) Ignorado

118. Nascimento assistido por: ()

(1) médico (2) Enfermeira obstetra (3) Pediatra (4) Outros (9) Ignorado

Anexos

Anexo A – Critério de Classificação Econômica Brasil

Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entra em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing

Bianca Ambrósio - TNS

Bruna Suzzara – IBOPE

Marcelo Alves - Nielsen

Margareth Reis – GFK

Paula Yamakawa - IBOPE

Renata Nunes - Data Folha

Tatiana Wakaguri - IBOPE

Sandra Mazzo - IPSOS

Valéria Tassari - IPSOS

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS**Variáveis**

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

Distribuição das classes

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das Macro Regiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada um das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas para o total do Brasil e Macro Regiões são baseadas em estudos probabilísticos nacionais do Datafolha e IBOPE Inteligência. E as estimativas para as 9 Regiões Metropolitanas se baseiam em dados de estudos probabilísticos da GFK, IPSOS e IBOPE Media (LSE).

**Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3930 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 067/2015

Ribeirão Preto, 14 de maio de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 14 de maio de 2015.

Protocolo CAAE: 44115415.9.0000.5393

Projeto: Acompanhamento pré-natal e desenvolvimento do bebê nos primeiros seis meses de vida.

Pesquisadores: Ana Maria Pimenta Carvalho
Silvana Albino da Silva Santos Novais

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Anexo C – Instrumento Proposto

Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de
Gestação de Alto Risco**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL**

RISCO.....10 ou + Pontos	ALTO
RISCO..... 5 a 9 Pontos	MÉDIO
RISCO..... até 4 Pontos	BAIXO

1 – IDADE: (-) de 15 anos..... 1 De 15 a 34 anos..... 0 (+) de 35 anos..... 1	5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: Baixo Peso(IMC<18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia 1 Peso Adequado (IMC 18, 5-24, 9kg/m2).....0 Sobrepeso(25-29, 9kg/m2)..... 1 Obesidade (IMC>30kg/m2). 5	7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBST + GINEC Ameaça de Aborto 5 Anom. do trato Genitourinario.....5 Placenta Prévia.....10 Câncer Materno.....10 Doença Hemolítica.....10 Esterilidade Tratada.....5 Isoimunização.....10 Neoplasias Ginecológicas.....10 Mal Formações Congénitas.....10 Crescimento Uterino Retardado.....10 Polihidramnio/Oligoidramnio.....10 Citologia Cervical Anormal(Nic-II-III)10 Doença Hipertensiva da Gestação 10 Diabetes Gestacional..... 10 Gemelar.....10 Incomp. Istmo Cervical.....10 MÉDICAS + CIRURG. Cardiopatias..... 10 Varizes acentuadas..... 5 Pneumopatia Grave.....10 Diabetes Mellitus.....10 Doenças Auto-ímmunes(Colagenose)10 Doença Psiquiátrica.....5 Doença Renal Grave.....10 Epilepsia e Doença Neurológica.....10 Hemopatias.....10 Hipertensão Arterial.....10 Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +)10 Infecções Grave.....10 AIDS/HIV.....10 Sífilis.....10 Tuberculose10 Toxoplasmose.....10 Dep. de Drogas.....10 Alcoolismo.....10 Trombofilia.....10 Endocrinopatias.....10 Alterações da Tireóide10
2 – SITUAÇÃO FAMILIAR Situação Familiar Instável Não..... 0 Sim1 Aceitação de GRAVIDEZ: Aceita..... 0 Não Aceita..... 1	6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Abortos até 25 Abortos espontâneos + 2 10 Natimorto Prematuro5 Óbito Fetal5 Eclampsia10 Placenta Prévia.5 Descol. Prem. de Placenta.....5 Incompetência Istmo Cervical10 Restrição de Cresc. Intrauterino5 Malformação Fetal5 Último Parto (-) de 12 meses..... 2 + 1 Filho Prematuro10 Pre eclampsia5	
3 – ESCOLARIDADE: Sabe Ler e Escrever: Sim..... 0 Não..... 1		
4 – HÁBITOS: Tabagista: Sim..... 2 Não..... 0		
*Fatores sócio econômicos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco (PNAR). Merecem atendimento diferenciado na Atenção Básica. PNAR: Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e/ou 6 e/ou 7 da classificação acima (somando 10 ou mais pontos). Médio Risco: Somatório de 5 a 9 pontos deve receber atendimento de Pré Natal na Atenção Básica pelo médico intercalado com o enfermeiro. Baixo Risco: Somatório de até 4 pontos deve receber atendimento intercalado de Pré Natal na Atenção Básica pelo enfermeiro e pelo médico. Seguir fluxograma de pré natal.		

Baseado nas publicações do MS: Manual Técnico Gestação de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica Nº 32- Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco e Material Fundação SESP.