

Correlações de variáveis gestacionais em primigestas com parâmetros de vitalidade neonatais

Correlations of gestational variables in primigravidae with neonatal vitality parameters

Thiago Costa Timoteo¹, Maria Fernanda Terra², Cristiane Lopes³

Resumo

Objetivo: Verificar correlações de variáveis gestacionais em primigestas com parâmetros de vitalidade neonatais.

Método: Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo tendo como amostra mulheres e seus recém-nascidos cujos partos ocorreram no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia de hospital de alta complexidade, localizado na região central de São Paulo, entre 2015-2016. **Resultados:** Foram positivas as correlações testadas do peso ao nascer com o peso na alta, perímetro torácico, abdominal e cefálico e do perímetro torácico com o abdominal, peso na alta e comprimento. Correlações entre parâmetros das mulheres e dos recém-nascidos mostram o quanto uma variável pode influenciar em outra, reforçando a importância do pré-natal. **Conclusões:** O peso ao nascer e as demais medidas antropométricas do recém-nascido foram as correlações mais significativas. É importante a atuação do enfermeiro na assistência pré e pós-natal, pois, dentro da lógica do cuidado sua competência é reconhecer riscos e situações de vulnerabilidade.

Descritores: Gravidez, Recém-nascido, Cuidado Pré-natal, Saúde da mulher

Abstract

Objective: To verify correlations of gestational variables in primigravidae with neonatal vitality parameters.

Method: A descriptive, retrospective and quantitative study of women and newborns whose births occurred in the Department of Obstetrics and Gynecology of a hospital of high complexity, located in the central region of São Paulo, between 2015-2016. **Results:** The tested correlations of birth weight with weight at discharge, thoracic, abdominal and cephalic perimeter, and thoracic perimeter with abdominal, weight at discharge and length were positive. Correlations between parameters of women and newborns show how much one variable can influence another, reinforcing the importance of prenatal care. **Conclusions:** Birth weight and other anthropometric measurements of the newborn were the most significant correlations. It is important the nurse's role in pre and postnatal care, since, within the logic of care, her competence is to recognize risks and situations of vulnerability.

Keywords: Pregnancy; Infant, Newborn; Prenatal Care; Women's Health

Introdução

Durante a gravidez ocorrem mudanças fisiológicas no corpo da mulher, e por isso, faz-se necessário o acompanhamento pré-natal para a detecção precoce de riscos para diminuir as intercorrências tanto para mulheres como para os recém-nascidos (RN)⁽¹⁾.

A gestação deve ser vista como parte de uma experiência de vida saudável, apesar das mudanças dinâmicas tanto físicas, sociais e emocionais que podem acontecer. Assim, faz-se necessário acompanhar esse período, pois, por características particulares, pode haver risco nesse processo⁽²⁾.

Durante o desenvolvimento da gestação ou durante o trabalho de parto, esta pode modificar e se tornar de risco a qualquer momento, justificando assim a necessidade de avaliar e reclassificar o risco a cada consulta e durante o trabalho de parto. São avaliadas características individuais, sociais e familiares da gestante, as condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, condições clínicas preexistentes, doenças obstétricas atuais e intercorrências clínicas⁽²⁾.

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Curso de Graduação em Enfermagem

2. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

3. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Ciências Fisiológicas

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Ciências Fisiológicas

Endereço para correspondência: Thiago Costa Timoteo. Avenida Inajar de Souza, 5789 - Jardim Centenário - 02882-160 - São Paulo - SP - Brasil. email: thiago.tin@gmail.com

Declaramos não haver conflito de interesse.

Financiamento do próprio autor.

A consulta de enfermagem no pré-natal é instrumento importante para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade assistencial. Para tanto é exigido do enfermeiro a competência técnica, que inclua em sua assistência práticas que contribuam para a promoção de saúde, como práticas preventivas de saúde; que este profissional tenha habilidade de comunicação para compreender a mulher dentro de sua dinâmica de vida, assim como os determinantes sociais e de saúde que podem interferir na gestação e que trabalhe sob a perspectiva dialógica e do compartilhamento do cuidado⁽³⁾.

Diante do exposto indaga-se: Quais variáveis que podem influenciar na gestação? Quais os dados da mãe correlacionados com os dados do RN são relevantes e influenciam no desenvolvimento desta gestação? Se a mulher passou por todas as consultas do pré-natal, teve suporte em todas as suas necessidades tanto biológicas como sociais, é esperado que o RN nasça com parâmetros considerados ideais de peso, altura, idade gestacional (IG), etc.

Objetivo

Verificar correlações de variáveis gestacionais em primigestas com parâmetros de vitalidade neonatais.

Material e Métodos

Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo tendo como amostra informações de prontuários hospitalares de mulheres e seus RNs, cujos partos ocorreram no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia de um hospital filantrópico, de alta complexidade, com grande parte de assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no centro de São Paulo, entre dezembro de 2015 e outubro de 2016. Dos 207 prontuários consultados, apenas 107 foram incluídos no estudo por disporem as informações necessárias para responder ao objetivo do estudo.

O programa GraphPad Prism5 foi utilizado para a estatística descritiva e a análise de correlações entre os dados. As correlações não determinam relações causa-efeito, mas podem determinar o quanto a variação de um parâmetro se relaciona com a variação de outro. Para testar a correlação entre duas variáveis, uma delas foi denominada "variável X" e a outra "variável Y". A análise calcula o coeficiente de correlação (r) que quantifica a direção e a magnitude da correlação, tendo valores entre -1,0 e 1,0. Se $r = 1,0$, a correlação é positiva perfeita, onde o aumento no valor de um parâmetro influencia em 100% o aumento no valor do outro. Se $r = -1,0$, a correlação é perfeita, mas inversa, o aumento no valor de um parâmetro determina 100%

da queda no valor do outro. Se $r = 0$, a variação de um parâmetro não influencia a do outro. No entanto, a melhor forma de analisar uma correlação é avaliar o r^2 , chamado de coeficiente de determinação, que, multiplicado por 100, determina a porcentagem de influência que a variação de um parâmetro exerce sobre o outro parâmetro. O valor de p será calculado e visa descartar a hipótese de nulidade, ou seja, se testado a correlação entre duas variáveis de uma amostra aleatória, o número de dados em comum com a amostra da população testada, seja menor que 0,05 ou 5%. Portanto, quanto menor o valor de p , mais significativa é a correlação. É considerado o nível de significância de 5%, ou seja, foram estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

Cada parâmetro de um neonato foi plotado contra outro para todos os neonatos e foi realizado o ajuste de curva para verificar possível correlação positiva ou negativa. Nos casos em que houve correlação, foram levantadas hipóteses para futura investigação da relação causa-efeito. Este tipo de análise pode trazer à luz do conhecimento causas de alterações nos neonatos cujo a gestação não teve um pré-natal adequado.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê Científico do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo sob o CAAE: 55233816.4.0000.5479.

Resultados

Caracterização da amostra a partir dos dados sociodemográficos:

A média de idade das mulheres é de $21,7 \pm 0,4$ anos, com a maioria de cor ou raça branca (44,86%), são solteiras (67,29%), possuem o ensino médio completo (51,40%) e iniciaram o pré-natal no 1º trimestre (85,05%) com média de consultas de pré-natal de $9,0 \pm 0,2$ consultas, conforme dados apresentados na Tabela 1.

A maioria dos RNs são do sexo feminino (50,47%), nasceu com o tamanho adequado para a idade gestacional (AIG) (93,46%), mas em 27,10% dos casos ocorreu a presença de mecônio e em 11,21% houve demora para iniciar o choro, dos que demoraram para chorar 75,00% necessitou de ventilação com pressão positiva. Na avaliação do Apgar no 1º minuto, 56,07% dos RNs receberam 9 pontos e na avaliação do Apgar no 5º minuto, 57,01% receberam 9 pontos e 40,19% receberam 10 pontos, a média de pontuação em ambos os tempos foi de 9. A maioria dos RNs (63,55%) permaneceu internada durante 2 dias, apenas um RN teve a necessidade de ficar internado por durante 6 dias, a

Tabela 1

Dados sociodemográficos e gestacionais das mulheres incluídas neste estudo.

N = 107	
<i>Dados sociodemográficos</i>	%
Cor/Raça	
Branca	44,86%
Parda	42,99%
Preta	7,48%
Indígena	2,80%
Amarela	1,87%
Estado Conjugal	
Solteira	67,29%
União estável	24,30%
Casada	8,41%
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	10,28%
Ensino fundamental completo	13,08%
Ensino médio incompleto	20,56%
Ensino médio completo	51,40%
Ensino superior incompleto	2,80%
Ensino superior completo	1,87%
<i>Dados gestacionais</i>	%
Início do pré-natal	
1° Trimestre	85,05%
2° Trimestre	14,95%

média de internação foi de 2 dias no geral conforme apresentação da Tabela 2.

Todos os RNs da amostra receberam o diagnóstico de recém-nascido a termo (RNT), mas ocorreram outros diagnósticos como, por exemplo: bossa serossanguínea (BSS), filho de mãe com pré-natal insuficiente, testículo retrátil, pé torto congênito e risco para síndrome da aspiração meconial.

Correlações entre variáveis que apresentaram valores estatísticos significativos:

Foram testadas correlações entre variáveis coletadas referentes a dados da mulher, do RN e do binômio mãe-filho. Dentre as correlações testadas, na Tabela 3 encontram-se as que tiveram estatística significativa ($p < 0,05$) neste estudo.

A única correlação classificada como forte deste estudo, foi entre o peso ao nascer e o peso na alta com coeficiente de correlação positivo ($r > 0$) e coeficiente de determinação de correlação (r^2) de 0,9046, que multiplicado por 100, podemos dizer que o peso ao nascer

Tabela 2

Dados dos RNs no momento do nascimento.

N = 107	
<i>Dados do RN</i>	%
Sexo	
Feminino	50,47%
Masculino	49,53%
Tamanho	
Adequado para Idade Gestacional (AIG)	93,46%
Pequeno para Idade Gestacional (PIG)	6,54%
Presença de mecônio	
Não	72,90%
Sim	27,10%
Chorou ao nascer	
Imediatamente	88,79%
Demorou	11,21%
Necessidade de VPP aos que demoram para chorar	
Não	25,00%
Sim	75,00%
Apgar 1° minuto	
9	56,07%
8	32,71%
7	7,48%
5	1,87%
6	0,93%
4	0,93%
Apgar 5° minuto	
9	57,01%
10	40,19%
8	2,80%
Dias de internação	
2	63,55%
3	30,84%
4	3,74%
5	0,93%
6	0,93%

determina 90,4% do peso na alta, o Gráfico 1 ilustra esta correlação. Ainda foram positivas as correlações entre o peso ao nascer com perímetro torácico, perímetro abdominal e perímetro cefálico, com determinação de 47,9%, 35,7% e 24,7% respectivamente.

Destacam-se ainda as correlações positivas do perímetro torácico com o perímetro abdominal e peso na alta, com determinação de 46,5% e 43,8% respectivamente. O gráfico 2 apresenta essas correlações

Tabela 3

Correlações entre as variáveis que apresentaram estatística significativa.

N = 107

Variável X	Variável Y	r ²	P	R
Apgar 1º min	Apgar 5º min	0,2400	< 0,0001	0,4899
Comprimento ao nascer	Peso na alta	0,3463	< 0,0001	0,5885
Comprimento ao nascer	Peso ao nascer	0,3110	< 0,0001	0,5576
Consulta pré-natal	IG USG	0,09927	0,0009	0,3151
Diagnósticos RN	Dias de internação	0,04122	0,0360	0,2030
IG DUM	IG USG	0,1088	0,0005	0,3298
IG USG	Peso na alta	0,09642	0,0011	0,3105
IG USG	Peso ao nascer	0,08482	0,0023	0,2912
IG USG	Perímetro cefálico	0,07584	0,0041	0,2754
IG USG	Comprimento ao nascer	0,04662	0,0255	0,2159
IG USG	Perímetro torácico	0,04662	0,0255	0,2159
IG USG	Apgar 5º min	0,04396	0,0302	-0,2097
Intercorrências RN	Diagnósticos RN	0,08675	0,0021	0,2945
Intercorrências RN	Apgar 5º min	0,06775	0,0068	-0,2603
Intercorrências RN	Apgar 1º min	0,2657	< 0,0001	-0,5154
Perímetro abdominal	Peso na alta	0,3868	< 0,0001	0,6220
Perímetro abdominal	Comprimento ao nascer	0,06881	0,0063	0,2623
Perímetro cefálico	Peso na alta	0,2403	< 0,0001	0,4902
Perímetro cefálico	Comprimento ao nascer	0,1025	0,0008	0,3202
Perímetro cefálico	Perímetro torácico	0,09251	0,0014	0,3042
Perímetro cefálico	Perímetro abdominal	0,04280	0,0325	0,2069
Perímetro cefálico	Dias de internação	0,04087	0,0368	0,2022
Perímetro torácico	Perímetro abdominal	0,4659	< 0,0001	0,6826
Perímetro torácico	Peso na alta	0,4387	< 0,0001	0,6623
Perímetro torácico	Comprimento ao nascer	0,1432	< 0,0001	0,3784
Peso ao nascer	Peso na alta	0,9046	< 0,0001	0,9511
Peso ao nascer	Perímetro torácico	0,4795	< 0,0001	0,6925
Peso ao nascer	Perímetro abdominal	0,3577	< 0,0001	0,5981
Peso ao nascer	Perímetro cefálico	0,2475	< 0,0001	0,4975

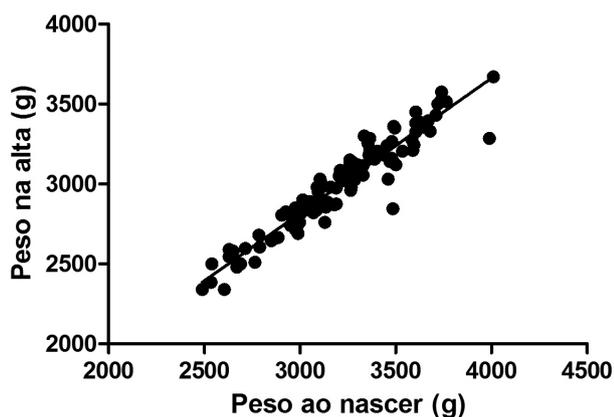


Gráfico 1 - Correlação entre o peso ao nascer e o peso na alta, única correlação do estudo classificada como forte ($r^2=0,9046$). É uma correlação positiva ($r=0,9511$) e significativa ($p<0,0001$). Foi ajustada uma reta para melhor visualizar a dispersão dos dados.

que foram classificadas como médias ($0,3 \geq r^2 \leq 0,7$) e consideradas significativas ($p<0,05$) do estudo.

Discussão

Neste estudo, 33 mulheres, 30,84%, possuem entre 16 e 18 anos de idade, consideradas adolescentes pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽⁴⁾. Se considerarmos que, com algumas exceções, o ECA considera adolescente até os 21 anos⁽⁴⁻⁵⁾, sobe para 58 mulheres, correspondendo a 54,20% da amostra. Sob essa perspectiva, analisamos que a maioria das mulheres que fizeram parte desse estudo são adolescentes, faz-se necessário uma maior atenção na assistência pré-natal ou durante o parto, já que situações de vulnerabilidades podem ser maiores para essa população. Ayres et al (2012) ao estudarem a integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito da atenção

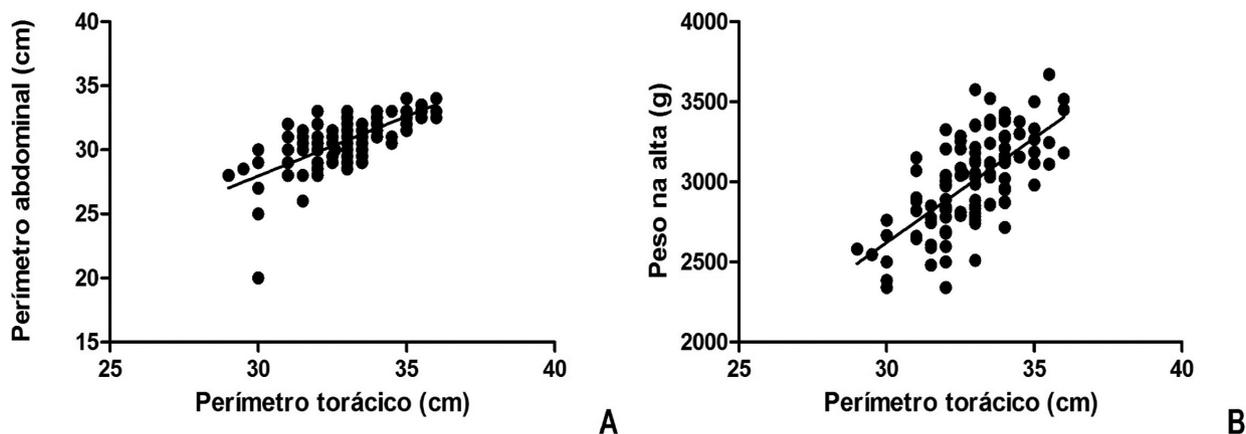


Gráfico 2 – A) Correlação entre o perímetro torácico e o perímetro abdominal e B) Correlação entre o perímetro torácico e o peso na alta, são as duas correlações classificadas como média. Foi ajustada uma reta para melhor visualizar a dispersão dos dados.

à saúde de adolescentes e jovens, identificaram que, apesar de efetiva percepção da especificidade da atenção a este grupo, ainda é limitada a forma de trabalho, principalmente na interação profissional e setorial na construção de projetos de cuidado integral⁽⁵⁾.

Das correlações que não foram significativas, a que mais chama a atenção é a idade da mulher, que não teve qualquer correlação significativa. Neste estudo a idade variou de 16 a 34 anos, mas não foram identificadas diferenças no desenvolvimento da gestação entre as idades.

Neste estudo a maioria das informações foi coletada da Declaração de Nascido Vivo (DNV) do RN e, um dado que chamou atenção foi o estado civil, que resultou em 67,29% das mulheres como solteiras. O estado civil reflete a situação legalmente declarada à sociedade, mas não reflete se a mulher vive em uma relação estável com um companheiro ou companheira. A incerteza do convívio e participação do pai é uma preocupação para o bom desenvolvimento da gravidez e cuidados à criança, Ribeiro et al. (2015) dizem que a participação paterna está relacionada a diminuição do tempo de trabalho de parto, do uso de medicações e cesáreas, também ao aumento do Apgar e amamentação duradoura quando a relação é construída e o parceiro não perpetra a violência doméstica⁽⁶⁾.

Foram classificados como PIG apenas sete RNs e, este é um resultado positivo para essa população, pois o baixo peso ao nascer (BPN) é fator de risco para morte neonatal e é considerado um grande problema de saúde pública⁽⁷⁻⁸⁾.

A VPP é indicada quando, após os cuidados para a manutenção da temperatura e permeabilidade das vias aéreas, o RN ainda apresentar apneia, respiração irregular e/ou frequência cardíaca <100 bpm, ela deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos de vida⁽⁹⁾. Neste estudo, a maioria dos RNs que não chorou imediatamente ao nascer necessitou de VPP, isso reflete

a importância do conhecimento dos profissionais e assistência neonatal após o parto.

A pontuação do índice de Apgar abaixo de 7 no 5º minuto de vida está associado a asfixia neonatal, uma das principais causas de morbidade e mortalidade, baixo peso ao nascer e malformações, e consequentemente a internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal⁽¹⁰⁾. Nenhum dos RNs deste estudo apresentou Apgar \leq a 7 no 5º minuto de vida, confirmando ainda mais a importância da assistência neonatal após o parto.

Quanto mais tempo a mãe e o RN permanecem no hospital após o parto, maior é o risco de infecções e colonização por microrganismos deste ambiente⁽¹¹⁾. No cenário deste estudo há o alojamento conjunto, local em que a equipe de enfermagem tem autonomia para oferecer às mães e aos RNs uma assistência adequada que se embasa no envolvimento entre a mulher e a criança a partir da prestação de cuidado e ensinamentos sobre os cuidados com RN ainda no hospital e posteriormente em casa, como práticas de autocuidado. Strefling et al (2017)⁽¹¹⁾ referem que embora o alojamento conjunto seja o local mais adequado para atuação do enfermeiro, existem dificuldades para execução de suas atividades, como a falta de tempo disponível, condições de trabalho, número reduzido de funcionários e pouco tempo de permanência do binômio que devem ser avaliadas constantemente no âmbito da gestão, para não impactar na qualidade da assistência às usuárias e seus bebês. Rayner et al (2010)⁽¹²⁾ em um estudo feito na Austrália, também concluíram que existe necessidade de adequar o quadro de funcionários para que seja possível readequar a assistência para cuidados pós-natais.

O peso ao nascer é um importante parâmetro para avaliação das condições de saúde do RN. O baixo peso ao nascer está associado ao aumento da mortalidade e morbidade neonatal e infantil. No Brasil, apesar de

a mortalidade infantil ter diminuído, a mortalidade neonatal teve taxa elevada, sendo a prematuridade e o peso ao nascer os principais responsáveis^(8,13). Franciotti et al (2010)⁽¹³⁾ concluíram que a prematuridade, menor estatura materna, baixo ganho de peso durante a gestação e a presença de doença hipertensiva específica da gestação são fatores considerados de risco para o nascimento de RNs com baixo peso. Neste estudo, a única correlação classificada como forte foi a do peso ao nascer sobre o peso na alta, seguida de outros resultados classificados como médio do peso ao nascer sobre medidas antropométricas como perímetro torácico e abdominal. Portanto, o peso ao nascer além de ser considerado importante parâmetro para avaliação da saúde do RN, reflete em outros parâmetros avaliados.

O Apgar, método sistemático de avaliação do RN realizado logo após o parto, avalia condições fisiológicas e capacidade de resposta para identificação da necessidade de reanimação ou outros cuidados, sua utilização é uma rotina. Os RNs que ganharam as menores notas no Apgar associam-se com a demora para chorar, necessidade de reanimação com ciclos de VPP e intercorrências como cianose leve.

Oliveira et al (2011)⁽¹⁴⁾ correlacionaram o comprimento e peso ao nascer ao estado nutricional de indivíduos na fase adulta, essas correlações mostraram que o crescimento intrauterino pode interferir no estado nutricional futuro. Neste estudo a correlação mostra que, quanto maior o comprimento ao nascer, maior será o peso do RN, esse resultado pode confirmar uma relação com o desenvolvimento nutricional futuro desses RNs, mas faz-se necessário um estudo longitudinal para essa avaliação.

A quantidade de consultas realizadas no pré-natal por esta população trouxe uma correlação positiva para a IG pela ultrassonografia, mas este dado não trouxe qualquer outra correlação significativa. Barros et al (1988)⁽¹⁵⁾ identificaram que a assistência pré-natal não influencia nos índices quando analisadas quantitativamente, mas quando se analisa qualitativamente é significativa para gestantes que tiveram o número mínimo de consultas no pré-natal.

É preciso reconhecer que a assistência pré-natal diminui a morbimortalidade materno-infantil, este é um momento oportuno para que o profissional de saúde forneça todas as orientações necessárias para a mulher sobre o desenvolvimento de sua gestação, crie vínculos para que inclusive, após o nascimento, o RN seja acompanhado pela equipe de saúde. Martins et al (2010)⁽¹⁶⁾ em pesquisa realizada em Belo Horizonte, avaliaram a relação entre a mortalidade infantil e a assistência pré-natal, ao parto e pós-natal imediato, e apontaram que o número de consultas no pré-natal, o trimestre que a mulher o iniciou, a realização do pré-natal pelo profissional médico e a escolaridade

das mulheres foram os fatores mais preditivos para a mortalidade infantil.

O Brasil é um país com elevados números de ocorrência de estupro, principalmente na adolescência⁽¹⁷⁾, e é importante que seja ofertado informações sobre violência pelos profissionais e a qualidade do acolhimento na primeira consulta de pré-natal e em toda a assistência, de modo a compreender que, principalmente em adolescentes, a gestação não tenha sido fruto de uma relação forçada. O enfermeiro, responsável pela primeira consulta do pré-natal, precisa ter conhecimento científico necessário para garantir assistência de qualidade, preservando os direitos das mulheres, realizar educação em saúde, ter empatia e oferecer tratamento integral. Alguns dos motivos para não realização do pré-natal são: baixa escolaridade da mãe, a mãe ser solteira e/ou ser múltipara, a rejeição da gravidez e o medo das consequências sociais da gestação na adolescência. O modelo de trabalho do serviço também está relacionado à adesão, a Estratégia Saúde da Família (ESF) por exemplo, tem potencial para promover acesso a assistência à saúde⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

A correlação entre a quantidade de diagnósticos que o RN recebeu logo após o nascimento com o tempo de internação foi a esperada. Não foi verificado o motivo de um maior tempo de internação dos RNs porque não é o foco do estudo, mas obviamente, os RNs que apresentam alguma intercorrência precisam de um maior período de internação.

A correlação da IG USG foi positiva com o peso ao nascer e na alta, perímetro cefálico, comprimento e perímetro torácico, este é um resultado esperado e confirma a hipótese do estudo pensando na lógica de que se a IG foi a ideal para o nascimento, os demais parâmetros do RN serão os ideais.

Todas as correlações que envolveram medidas antropométricas e que foram consideradas significativas foram positivas, ou seja, quanto maior o valor de um parâmetro maior será o valor do outro parâmetro. Desse modo, esse resultado confirma a hipótese do estudo de que o valor de uma variável pode influenciar na variação do valor de outra variável.

Conclusões

As correlações entre os parâmetros das mulheres e dos neonatos mostram o quanto uma variável pode influenciar em outra variável, reforçando a importância da assistência pré-natal para uma gestação bem desenvolvida. O peso ao nascer e as demais medidas antropométricas do neonato foram as correlações mais significativas. E a avaliação e assistência pós-natal de qualidade se mostrou essencial para que o neonato evolua positivamente.

O enfermeiro tem importante papel na assistên-

cia pré e pós-natal, sua qualificação e a qualidade do seu trabalho influenciam na adesão ao pré-natal e na trajetória da mulher, desde a descoberta da gestação até o pós-parto, sempre trabalhando com a responsabilidade de nortear e executar uma assistência integral, respeitando individualidades e considerando as vulnerabilidades existentes.

O enfermeiro como profissional chave para a prestação de cuidados e para a assistência pré-natal, deve considerar vulnerabilidades compreendendo marcadores que ajudam a superar o olhar e a assistência focada apenas em questões biomédicas. A moradia da mulher, sua rede de apoio, situações de violência, idade precoce ao que se espera na atual sociedade sobre a gestação, são questões que devem ser analisadas, principalmente na APS.

Ficou evidente que os direitos das mulheres precisam ser amplamente disseminados enquanto informação primordial para sua proteção, os profissionais de saúde além de saber e defender esses direitos, precisam sempre enfatizar essas informações.

O propósito deste trabalho foi identificar a partir da avaliação de correlações estatísticas o quanto é significativa a variação de uma variável sobre a variação de outra variável, para isso, dados foram coletados de prontuários e, portanto, o resultado depende da qualidade das informações registradas e da sua veracidade.

Para além da análise clínica dessas mulheres e de seus RNs, alguns pontos precisam ser considerados, como o importante papel do profissional de saúde com uma visão holística sobre as mulheres e a sua condição social, principalmente quando identificadas vulnerabilidades. Quando isso não acontece, corrobora uma prática que viola direitos, e o enfermeiro é peça fundamental para a garantia de direitos.

Agradecimentos

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

À Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Ao Serviço de Arquivo Médico da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Referências

1. Hall JE. Gravidez e lactação. In: Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p.1059-73.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 302p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

3. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62(3):387-92.
4. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. [on line] Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm (07 fev 2015)
5. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na atenção primária à saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2012; 16(40):67-81.
6. Ribeiro JP, Gomes GC, Silva BT, Cardoso LS, Silva PA, Strelfing ISS. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. Espaço Saúde (Online). [periódico online]. 2015 [citado 10 mai 2017]; 16(3):73-82. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/viewFile/398/386>
7. Timóteo AC, Camiá GEK, Lopes C. Efeitos da exposição ao crack durante a vida intrauterina no desenvolvimento perinatal. BIS Bol Inst Saúde. 2016; 17(2):120-7.
8. Tourinho AB, Reis LBSM. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. Comun Ciênc Saúde. 2013; 22(4):19-30.
9. Almeida MFB, Guinsburg R. Reanimação Neonatal em Sala de Parto: documento científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. [online]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2013. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatal-atualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf> (12 mai 2017)
10. Reis CSC, Souza DOM, Nogueira MFH, Progianni JM, Vargens OMC. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. Rev Pesqui Cuid Fundam. (Online). [periódico online] 2016 [citado 12 mai 2017]; 8(4):4972-9. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966>
11. Strelfing ISS, Borba CB, Demori CC, Soares MC, Váz CHGJ, Santos CP. Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. Rev Pesqui Cuid Fundam. (Online). [periódico online] 2017 [citado 12 mai 2017]; 9(2):333-9. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4469/pdf>
12. Rayner JA, McLachlan HL, Forster DA, Peters L, Yelland J. A statewide review of postnatal care in private hospital in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010; 10(1):26.
13. Franciotti DL, Mayer GN, Cancelier ACL. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. ACM Arq Catarin Med. 2010; 39(3):63-9.
14. Oliveira RMS, Franceschini SCC, Rosado GP, Priore SE. Influência do peso e comprimento ao nascer na determinação do estado nutricional de adultos jovens do sexo masculino. Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr. 2011; 36(2):15-31.
15. Barros MA, Moresschi Junior D, Cabreira MAS, Mangieri Sobrinho F. Influência da assistência pré-natal nas condições de vitalidade e peso de nascimento. Semina. 1988; 9(3):143-7.
16. Martins EF, Lana FCF, Rezende EM. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais. Tese (Doutorado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
17. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014 [online] 2014. 30p. (Nota Técnica, nº 11) Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf (12 mai 2017)
18. Oliveira IG, Castro LLS, Massena AM, Santos LVF, Sousa LB, Anjos SJSB, et al. Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. Rev Eletrônica

Enferm. [periódico on line] 2017; [citado 12 mai 2017]; 19:1-11. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/40374/24191>

19. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. Rev Saúde Pública. 2014; 48(6):977-84.
20. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede

básica de Maringá-PR. Rev Eletrônica Enferm. [periódico on line]. 2011; [citado 12 mai 2017]; 13(2):199-210. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>

Trabalho recebido: 15/12/2017

Trabalho aprovado: 26/11/2018

Trabalho publicado: 10/12/2018