

PERFIL DAS MÃES E DOS RECÉM-NASCIDOS E PLANEJAMENTO FAMILIAR.

PROFILE OF MOTHERS AND NEWBORNS AND FAMILY PLANNING.

Larissa de Lima **PRESTES**¹, José Leon **ZINDELUK**², Maurício Marcondes **RIBAS**², Manuel Muinos **VASQUEZ**², Gilberto **PASCOLAT**², Juliana Baratella André **ROVEDA**², Thaís Ariela Machado **BRITES**², Rubens **KLIEMANN**, Aristides Schier da **CRUZ**², Paulo Fernando **SPELING**².

Rev. Méd. Paraná/1375

Prestes LL, Zindeluk JL, Ribas MM, Vasquez MM, Pascolat G, Roveda JBA, Brites TAM, Kliemann R, Cruz AS, Speling PF. Perfil das Mães e dos Recém-Nascidos e Planejamento Familiar. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(2)32-37.

RESUMO - Examinar fatores relacionados ao planejamento da gestação e suas complicações em relação ao bem estar materno e fetal, comparando-se com grupo de mães que não planejaram sua gravidez. Estudo prospectivo avaliou 1001 gestantes em duas maternidades em Curitiba, sendo que uma atende gestantes pelo sistema único de saúde e a outra atende convênios e particulares, no segundo semestre de 2008. As gestantes foram separadas em 2 grupos: grupo das que planejaram a gestação e o grupo das que não planejaram a gestação e avaliado o perfil das mães e dos recém-nascidos entre os dois grupos, abrangendo: idade, condições socioeconômicas, pré-natal, peso, idade gestacional, tempo de internamento e outras intercorrências materno-fetais. Gravidez na adolescência, excesso de peso durante a gestação, número maior de prematuridade, maior desnutrição intrauterina, tempo de internamento alongado, pré-natal inadequado e falta do uso de ácido fólico foram os principais desvios observados entre os grupos de mães que não fizeram seu planejamento de sua gravidez em relação às gestantes que optaram pelo planejamento.

DESCRITORES - Gravidez Planejada, Gravidez Não Planejada, Gravidez na Adolescência, Planejamento Familiar.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) entende-se por planejamento familiar um conjunto de ações que têm como finalidade contribuir para a saúde da mulher e da criança e que permitem às mulheres e aos homens escolher quando querem ter um filho, o número de filhos que querem ter e o espaçamento entre o nascimento dos filhos.

Sobre o planejamento familiar a Constituição Federal do Brasil estabelece: fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

A lei n.º 9.263, sancionada em 12 de janeiro de 1996, regulamenta o planejamento familiar no Brasil e estabelece em seu art. 2º: para fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Planejamento familiar natural é um termo que se refere aos métodos de planejamento familiar aprovados pela Igreja Católica Apostólica Romana. De acordo com as exigências de comportamento sexual mantidas pela Igreja, o planejamento familiar natural exclui o uso de contraceptivos químicos e mecânicos, nomeadamente a pílula, a esterilização direta e o preservativo, sendo que a abstinência sexual periódica e a infertilidade causada pelo aleitamento são os únicos métodos permitidos para a prevenção da gravidez. Para isto se faz a Monitori-

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.
1 - Médico Residente do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.
2 - Professor do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

zação da fertilidade que não chega propriamente a ser um método contraceptivo mas um meio de identificação dos períodos férteis ou inférteis da mulher para se tentar obter ou evitar a gravidez.

OBJETIVO

Analisar o perfil das mães quanto ao planejamento da gravidez, relacionando as condições de nascimento de seus filhos com suas prováveis complicações e as conseqüências para o futuro do binômio mãe e filho.

MATERIAIS E MÉTODOS

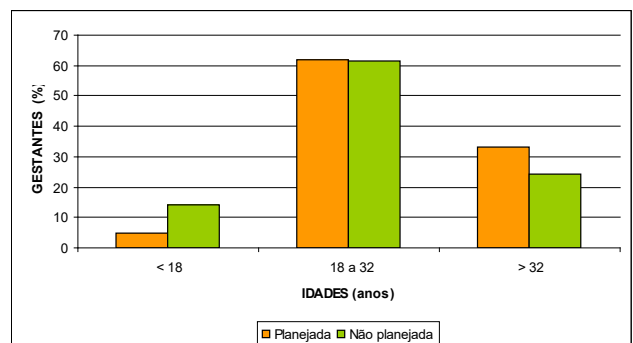
Estudo prospectivo, no período de um ano, realizado na maternidade do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), e Maternidade Curitiba (MC) com avaliação de 1000 gestantes entrevistadas antes da alta, com consentimento das entrevistadas e da instituição de saúde acima referida. Na entrevista foram feitas perguntas relacionadas ao planejamento da gravidez levada a termo, bem como de questões relacionadas à existência ou não de outra gravidez, e ainda, foram levantados aspectos socioeconômicos das respondentes entre outros. A partir da análise das entrevistas foi formulado um protocolo com as variáveis a serem analisadas, a saber: idade materna, estado civil, instrução, situação econômica, intercorrências durante a gravidez, estado civil, estado clínico nutricional materno, uso de drogas lícitas e ilícitas, número de gestações, filhos vivos, abortos, idade gestacional, tipo de parto, complicações do parto, peso do RN, estatura, perímetro cefálico, índice de Apgar, condições de nascimento, intercorrências após o nascimento, exame neurológico. A partir dos dados obtidos em campo foi realizada a análise estatística dos resultados obtidos, assim como realizada a comparação com os dados encontrados na literatura científica pertinente a área, levando-se em conta o perfil das gestações em nossos serviços relacionados aos diversos fatores pesquisados.

RESULTADOS

Gestantes	Planejada	%	Não planejada	%
TOTAL - 1001	301	30,00	700	70,00
Idade				
< 18 anos	15	4,98	99	14,14
18 a 32	186	61,79	430	61,43
> 32	100	33,22	171	24,43
Tipo de Parto				
Normal	124	41,20	431	61,57
Cesárea	177	58,80	269	38,43
Pré-Natal				
Sem Pré-Natal	0	0,00	34	4,86
até 3 consultas	5	1,66	96	13,71
4 a 6 consultas	43	14,29	143	20,43

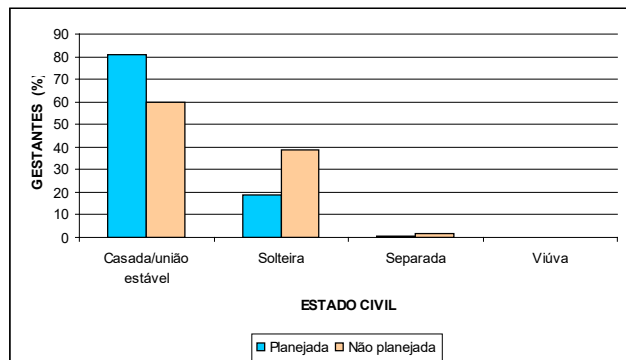
> 7 consultas	253	84,05	427	61,00
Encaminhamento do Rn				
alojamento conjunto	276	91,69	504	72,00
médio risco	4	1,33	84	12,00
alto risco	21	6,98	112	16,00
Ganho de peso na Gestação				
Ganhou < 5 kg	27	8,97	63	9,00
Ganhou 5 a 10 kg	128	42,52	146	20,86
Ganhou 10 a 15 kg	103	34,22	392	56,00
Ganhou > 15 kg	43	14,29	99	14,14
Fizeram pré-natal antes de engravidar				
pré-natal antes de engravidar	178	59,14	0	0,00
Tomaram ácido fólico antes de engravidar				
Tomou ácido fólico antes de engravidar	128	42,52	0	0,00
Tomaram ácido fólico depois de engravidar				
Tomou ácido fólico depois de engravidar	242	80,40	394	56,29
Início do pré-natal				
Sem Pré-Natal	0	0,00	5	0,71
no 1º mês	287	95,35	159	22,71
2º ao 3º mês	13	4,32	390	55,71
4º ao 6º mês	1	0,33	116	16,57
7º ao 9º mês	0	0,00	30	4,29
Adequação da idade gestacional				
AIG	271	90,03	552	78,86
PIG	13	4,32	68	9,71
GIG	17	5,65	80	11,43
Tempo de Gestação				
≤ 27,6 semanas	3	1,00	10	1,43
28 a 31,6 semanas	2	0,66	47	6,71
32 a 36,6 semanas	19	6,31	64	9,14
> 37 semanas	277	92,03	579	82,71
Tempo de internamento do Rn				
até 2 dias	284	94,35	488	69,71
3 ou mais dias	17	5,65	212	30,29

GRÁFICO 1 - GESTANTES POR CLASSES DE IDADES E PLANEJAMENTO GRAVIDEZ



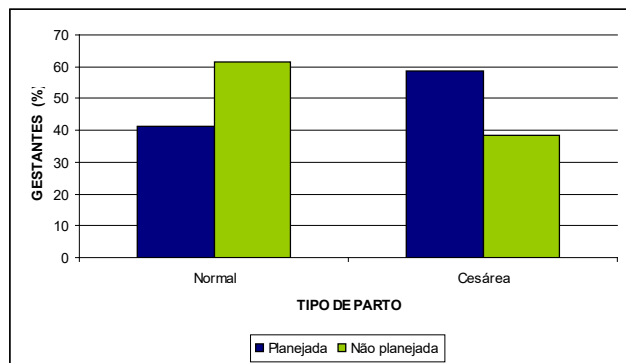
A faixa etária mostrou alteração significativa ($p=0,0038$), em relação ao número de gravidez em adolescentes e de maiores de 32 anos nos dois tipos de gravidez pesquisada, como mostra o gráfico 1

GRÁFICO 2 - GESTANTES POR ESTADO CIVIL E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



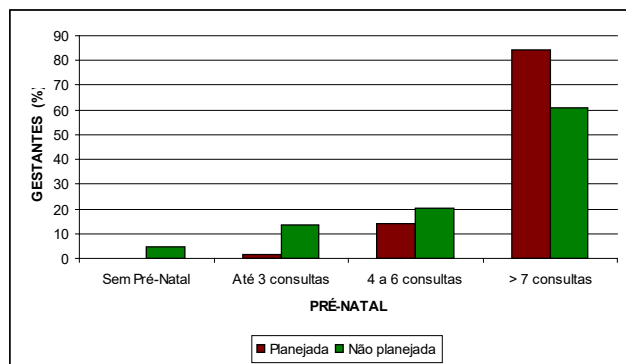
No gráfico 2, há diferenças significante ($p=0,0006$) entre as gestantes casadas e solteiras em relação ao dois grupos de gravidez.

GRÁFICO 3 - GESTANTES POR TIPO DE PARTO E DE PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



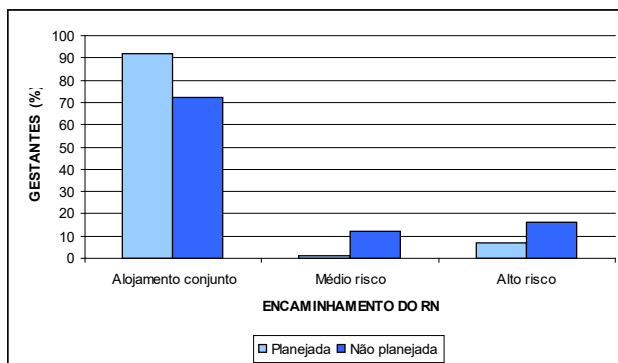
O tipo de parto está associado ao tipo de gravidez ($p = 0,0047$), mostrado no gráfico 3.

GRÁFICO 4 - CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



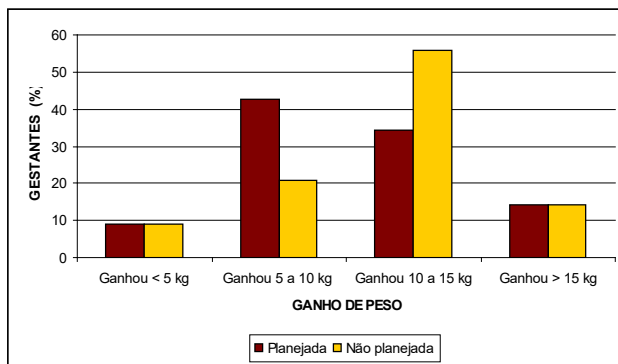
No gráfico 4, a quantidade de consultas do pré-natal está associada ao tipo de gravidez ($p= 0,0003$).

GRÁFICO 5 - ENCAMINHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



O encaminhamento do recém-nascido está associado ao tipo de gravidez ($p=0,0005$) existindo diferença entre o encaminhamento do recém-nascido e o tipo de gravidez.

GRÁFICO 6 - GANHO DE PESO NA GRAVIDEZ E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



Existe diferença entre o ganho de peso na gestação e o tipo de gravidez ($p=0,0047$) Mostrado no gráfico 6.

GRÁFICO 7 - USO DE ÁCIDO FÓLICO NA GRAVIDEZ E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

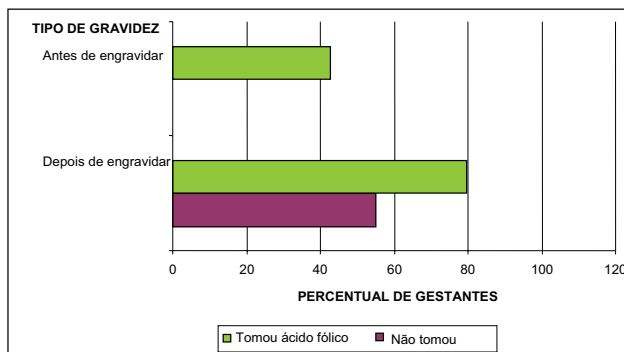
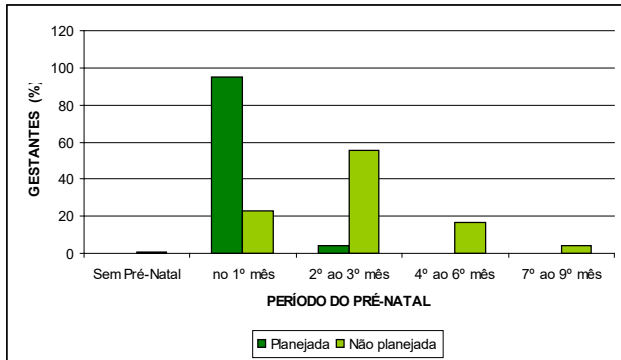
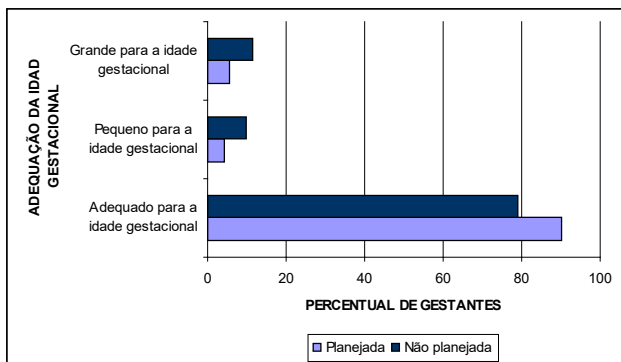


GRÁFICO 8 - INÍCIO DO PRÉ-NATAL E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



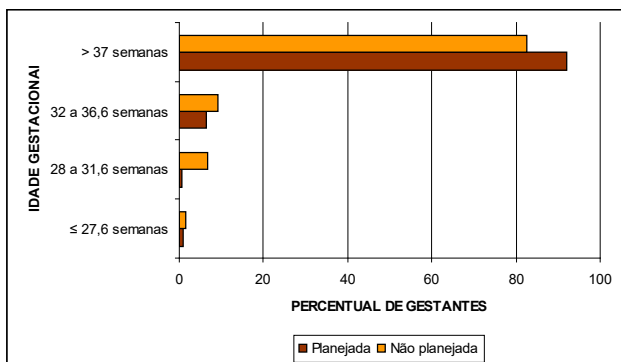
No gráfico 8, em relação ao início do pré-natal a diferença em relação ao início do pré-natal se mostrou significativa ($p < 0,0001$).

GRÁFICO 9 - ADEQUAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL, PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ E PERCENTUAL DE GESTANTES



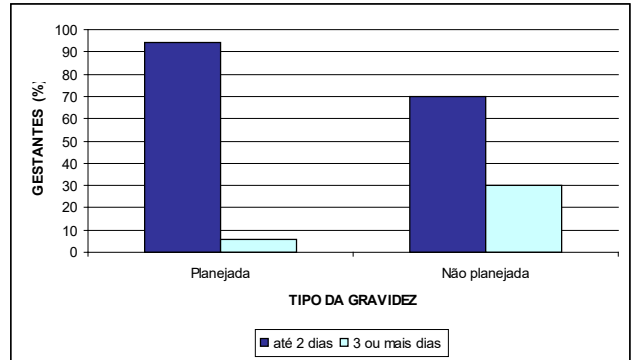
Tivemos um maior número de recém-nascidos PIG e GIG no grupo das gestantes sem planejamento na gravidez, gráfico 9.

GRÁFICO 10 - RELAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



Somando-se todos os prematuros, verificou-se que existe diferenças entre os grupos das mães com planejamento familiar e o não planejamento ($p=0,0035$), gráfico 10.

GRÁFICO 11 - RELAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAMENTO DO RECÉM-NASCIDO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



Existe diferença entre o tempo de internamento do recém-nascido e o tipo de gravidez ($p < 0,0001$) entre os dois grupos, mostrado no gráfico 11.

DISCUSSÃO

Foram analisados 1001 gestantes (pacientes), que acabaram de dar a luz em duas maternidades na Cidade de Curitiba – PR e dos recém nascidos, no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, a Maternidade do Hospital Universitário de Curitiba (HUEC) que atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a Maternidade Curitiba (MC) que atende pacientes de convênios e particulares.

Sendo que, 850 dos casos estudados correspondem às gestantes do HUEC e 151 gestantes da MC. Os dados foram colhidos após o nascimento até a alta do recém-nascido (RN), através de entrevista com a gestante e dados dos respectivos prontuários tanto da gestante como do conceito, com o objetivo de definir o perfil das mães que planejaram sua gravidez com as que não planejaram e suas consequências para sua saúde e de seus filhos.

Verificou-se que dos 1001 casos analisados, (entre o período compreendido fevereiro a agosto de 2008), 301 destes, ou seja, cerca de 30% foram de gravidez planejada, sendo que os 700 casos restantes, ou seja, aproximadamente 70% dos casos analisados representam gravidez não planejada, o que evidencia um amplo predomínio de gestações não planejadas. Em relação a idade das parturientes verificou-se que as gestação na adolescência prevaleceu no grupo das não planejada, 14,14 % contra 4,98 %, foi igual no grupo entre 18 e 32 anos, e maior no grupo Das Planejadas com idade superior a 32 anos, 33,22 contra 24,43 % das não planejadas. Estes resultados revelam que se por um lado na adolescência prevalece a desinformação e a imaturidade que comprometem o refletir sobre a responsabilidade que este ato acarreta para sua vida socioeconômica e cultural, por outro lado, pode ocasionar o aumento da morbimortalidade das estatísticas materno-infantil. Já o contrário também pode ser verificado no caso das gestantes de mais idade, na faixa etária acima dos

32 anos, que prevalecem no grupo das planejadas, as quais procuram se firmar profissionalmente e estabelecer condições ideais de cuidar de seus filhos, para então depois de estabelecidas profissional e economicamente planejar sua gestação.

Quanto ao estado civil prevaleceu a união estável ou casada no grupo das planejadas, mostrando o entendimento de casal na concepção e criação de seus filhos, o que representou 83,73 % contra 59,86 %, enquanto que no caso das gestantes solteiras prevaleceu no grupo das não planejadas, com 38,71 % contra 18,60% das planejadas. Este dado trás preocupação, a medida que ainda existem resquícios preconceituosos emanados da sociedade, este fato acaba por gerar a falta de apoio e de estrutura familiar e do parceiro desta gestante, o resultado deste desajuste social é o início tardio do pré-natal o que coloca em risco a saúde da gestante e de seu filho.

Em relação a instrução da gestante, pode-se observar que quanto maior a instrução maior foi o número de gestantes que planejaram sua gravidez. Enquanto 25,25% das gestantes que planejaram a gravidez tinham o primário completo ou incompleto no grupo as não planejadas este número subiu a mais da metade dos casos, com 52,57 %, revelando que o fator educação é um componente importante no planejamento familiar. O mesmo fenômeno pode ser verificado quando da análise da condição econômica da gestante. No grupo que percebem até dois salários mínimos mês, dois terço das gestantes, não tinham a intenção de ter filhos estão neste grupo, ou seja, 63,85%, contra 28,57% dos que planejaram ter o filho. Estes dados demonstram que a baixa condição sócia econômica e a pouca ou ausência total de instrução das mães ou candidatas a serem mães, constituem fatores importantes que podem agravar no cuidado de sua condição de gestante e de mãe no futuro.

A modalidade de parto tipo cesárea prevaleceu no grupo das gestantes planejadas, 58,80% contra 38,43% das não planejada. Este fato pode ser explicado, por questões culturais do meio em que se vive, tanto por parte da gestante como do médico obstetra que muitas vezes preferem optar por este meio de nascimento. Sendo que as gestantes com maior poder aquisitivo e de instrução exerceram com mais insistência sua vontade, o que acaba por facilitar o trabalho do ao médico ao parto, já que este ocorre em geral com hora marcada, reduzindo horas de acompanhamento a gestante como é o caso do parto normal. No entanto, este resultado não é de fato uma vantagem uma vez que já está comprovado que o parto normal além de ser fisiológico, acarreta um número reduzido de complicações a gestante e ao seu concepto.

Outro ponto importante que se verificou nesta pesquisa diz respeito ao pré-natal, as gestantes Planejadas tiveram um índice bem maior no número mínimo adequado de consultas pré-natais estipuladas em sete ao longo da gestação, representaram 84.05% contra 61%

das não planejadas. Em relação ao início do pré-natal as gestantes planejadas iniciaram o seu pré-natal mais precocemente que as não planejadas. Enquanto 95,35% delas iniciaram o seu pré-natal no primeiro mês de gravidez, somente 22,71% das não planejadas o fizeram.

O pré-natal é uma das ferramentas mais valiosas que os médicos contam para uma gestação saudável o que pode mudar completamente o bem estar materno e fetal durante o período gestacional. Quanto mais precoce uma mãe inicia seu pré-natal, bem como mais completo ela o fizer, maiores e melhores serão as condições de saúde do binômio mãe-filho. Pode-se também notar neste estudo que 59,14%, ou seja, 178 gestantes com planejamento na gravidez fizeram consulta de pré-natal antes de engravidar, com o intuito de fazer exames e receberem orientações, e que 71,90%, ou seja, 127 delas receberam ácido fólico antes de engravidarem.

Em relação ao uso de ácido fólico após a gravidez, prevaleceu um aumento significativo das planejadas em relação das não planejadas, 80,40% contra 56,29%. Este dado pode ser interpretado pelo início mais tardio do pré-natal no grupo das não planejadas, e que o ácido fólico só atua se utilizado antes ou no mais tardar nos primeiros dias de gravidez.

O benefício das mulheres que fazem o planejamento da sua gestação, também fica evidente quando se avalia o encaminhamento que foi dado aos seus filhos logo após o nascimento. No grupo das planejadas 91% de seus filhos puderam ser encaminhados ao alojamento conjunto, e somente 72% das não planejadas puderam levar consigo para o quarto seus conceptos, os demais tiveram que serem separados e encaminhados para cuidados especiais no médio ou alto risco, já que apresentaram algum tipo de complicação.

O mesmo fenômeno pode ser verificado quando avaliado o tempo de internamento do recém-nascido na maternidade. Dos recém-nascidos pertencentes ao grupo das gestantes planejadas receberam alta com 48h de vida o que representa 94,35% do total analisado, já no grupo das não planejadas este índice caiu a 69,71%, mostrando que mais crianças ou mães deste grupo tiveram que permanecer internadas por um período prolongado, a fim de superar suas dificuldades.

Neste estudo foi avaliado também o ganho de peso das gestantes durante o período gestacional. Os resultados obtidos não foram muito relevantes uma vez que as gestantes que ganharam menos de 5 kg foram 8,97% no grupo das planejadas contra 9,00% Das Não Planejadas o que não é uma diferença significativa. Das gestantes que ganharam um peso considerado adequado, entre 5 e 10kg, as Gestantes Planejadas tiveram uma porcentagem maior que as Não Planejadas 42,52% contra 20,86%, enquanto que o ganho entre 10 e 15 kg se mostrou mais acentuado nas Não Planejadas 56,00% contra 34,22% e nas de grande ganho de peso gestacional com mais de 15 kg o índice foi similar, 14,29% das planejadas contra 14.14% do outro grupo. O fato de

um número expressivo de mães com não planejamento familiar terem apresentado um ganho de peso superior ao recomendado pela OMS, se deve provavelmente ao fato de ter feito um pré-natal inadequado, o que ocasionou uma precária orientação adequada e ou ainda, um evidente descaso por uma gravidez não planejada.

Quando analisados alguns dados referentes ao recém-nascido, verificou-se que em relação a adequação do peso pela idade gestacional, no grupo das mães com planejamento na gravidez, 90,03% se concentraram no peso adequado para idade gestacional (AIG), contra um número significativamente menor de 78,86% no grupo sem planejamento, sendo que neste último grupo os recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG) e grande para idade gestacional (GIG), foram em torno de 50% superiores, 9,71% contra 4,32% e 11,14% perante 5,65% respectivamente. Quanto à idade gestacional, pode-se observar um aumento de 68% de incidência de prematuros (abaixo 37 semanas de gestação) no grupo das mães sem planejamento da gravidez com 121 casos (17,28%) contra 24 casos (7,97%) do outro grupo. Estes dados reforçam que existe um prejuízo ao conceito que se deve considerar como sendo de relevância significativa.

CONCLUSÕES

O número de mulheres que planejam sua gravidez no estudo realizado é muito baixo, 30%, acarretando aumento da morbimortalidade materna e de seu conceito.

A gravidez na adolescência é um dos fatores importantes de gravidez não planejada, enquanto que a gravidez em idade mais madura contribui no planejamento da gravidez.

A importância da gravidez planejada ficou demonstrada na diminuição da prematuridade, desnutrição intra-uterina, dos dias de internamento, do sobrepeso materno, da melhora no pré-natal e do uso de ácido fólico precoce, fatores que contribuem na melhora da morbimortalidade materna e fetal.

Um melhor conhecimento se outros fatores foram também responsáveis pelas diminuições dos fatores agravantes das intercorrências perinatais, como fator econômico e de instrução, deverão ser melhor estudadas.

Prestes LL, Zindeluk JL, Ribas MM, Vasquez MM, Pascolat G, Roveda JBA, Brites TAM, Kliemann R, Cruz AS, Speling PF. Profile of Mothers and Newborns and Family Planning. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(2):32-37.

ABSTRACT - Examine factors related to the planning of pregnancy and its complications in relation to maternal and fetal well-being, compared to group of mothers who do not plan their pregnancy. Prospective study evaluated 1001 pregnant women at two hospitals in Curitiba, where a pregnant meets the unified health system and other private arrangements and look in the second half of 2008. Pregnant women were separated into 2 groups: the group that planned the pregnancy and that the group do not plan the pregnancy and assessed the profile of mothers and newborns between the two groups, including age, socioeconomic conditions, pre-natal care, weight, gestational age, length of hospitalization and other maternal-fetal complications. Pregnancy in adolescence, excess weight during pregnancy, higher number of prematurity, increased intrauterine malnutrition, length of stay lengthened, inadequate pre-natal care and lack of use of folic acid were the main deviations observed among groups of mothers who do not did their planning of their pregnancy in relation to women who have opted for planning.

KEYWORDS - Pregnancy Planned, Unplanned Pregnancy, Adolescent Pregnancy, Family Planning.

REFERÊNCIAS

- Dourado, V. G. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. Acta Paul Enferm. v.20, n. 1, p. 69-74, 2007.
- Farrow, A. Prolonged use of oral contraception before a planned pregnancy is associated with a decreased risk of delayed conception. Human Reproduction v.17, n.10, p. 2754-2761, 2002.
- Kost, K. Predicting maternal behaviors during pregnancy: Does intention Status Matter? Family Planning Perspectives, v. 30, n. 2, p. 79-88, 1998.
- Mariotoni, G. G. B. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? J Pediatr., v. 74, n. 2, p. 107-113, 1998. (adolescent pregnancy, low birth weight).
- McDonnell, R. Determinants of folic acid knowledge and use among antenatal women. Journal of Public Health Medicine. v. 21, n. 2, p.145-149.
- Mezzomo, C. L. S. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública v. 23, n. 11, Nov., 2007.
- Montgomery, K. S. Creating Consistency and Control out of Chaos: a Qualitative view of planned pregnancy during adolescence. The Journal of Perinatal Education, v. 9, n. 4, 2000.
- Naimi, T. S. Binge Drinking in the Preconception Period and the Risk of Unintended Pregnancy: Implications for Women and their Children. Pediatrics, v. 111, n. 5, May, 2003.
- Osis, M. J. D. Abordagens qualitativas em saúde reprodutiva. In: Barros, N. F.; Cecatti, J. G.; Turato, E. R. (org.) Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Komedi; 2005. p.121-133.