

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO: ENFERMAGEM**

RENATA CIARA DANTAS DE PONTES

**INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO COMO FATOR PREDISPONENTE
AO PARTO PREMATURO RELACIONADO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL**

**NATAL/RN
2010**

RENATA CIARA DANTAS DE PONTES

**INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO COMO FATOR PREDISPONENTE
AO PARTO PREMATURO RELACIONADO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL**

Monografia apresentada ao curso de
Enfermagem da Faculdade Natalense
Para o Desenvolvimento do Rio Grande
do Norte (FARN).

Orientador (a) : Maria das Graças de
Paiva Nicollete

**NATAL/RN
2010**

RENATA CIARA DANTAS DE PONTES

A monografia intitulada: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO COMO FATOR PREDISPOENTE AO PARTO PREMATURO RELACIONADO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, Apresentada pela aluna Renata Ciara Dantas de Pontes como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, foi considerada aprovada pela banca examinadora, abaixo designada.

Aprovada em:____,____,____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Maria das Graças de P. Nicollete (Dra)
Orientadora

Prof.^a Maria Cléia Viana
Examinadora

Prof.^a Eliane Santos Cavalcante
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Acredito que nosso trabalho é um desafio a cada dia, mas que o sucesso está em enfrentar as diferentes situações e buscar o equilíbrio junto a pequenos momentos com as pessoas que amamos. Dentre elas, agradeço:

A DEUS pelo suporte espiritual, pela sabedoria e inteligência que me foi concebida.

À minha FAMÍLIA, que me ensinou que a educação é a única herança irrefutável de nossas vidas, estando sempre contribuindo para minha formação.

Agradeço ao meu amado FILHO, Renato Ryan, por todo amor transmitido.

À minha MÃE, Rita, pelo amor incondicional, pelas horas dedicadas ao meu filho, para que eu pudesse alcançar esse grande sonho e acima de tudo por me respeitar, por ter me ensinado valores e princípios que regem minha vida. Agradeço pelo apoio, por sempre me fazer acreditar e permitir que tudo na minha vida se tornasse possível.

Agradeço a Marília, Lebian e Luciana, por ter estado ao meu lado desde o início do curso, a qual me ajudaram de grandes maneiras.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria das Graça Paiva Nicollete, por ser muito mais que minha orientadora, e sim uma amiga que participou não só da construção de minha orientação, mas de momentos e decisões importantes na minha vida. Pela competência em ensinar, acreditar e confiar sempre nas minhas idéias, principalmente, com estímulos constantes. Agradeço pela tardes de estudo, e ainda, pelas conversas e risadas que nos acompanharam em todos esses momentos.

Agradeço também a todos que de alguma forma acrescentaram algo na minha vida pessoal e profissional.

À todos que através do amor e da verdadeira amizade fez-me uma pessoa melhor.

À meu avô , Manoel Dantas, pelo amor, carinho e dedicação, por me ensinar aos 85 anos como se mantém forte e de bom humor nas diferentes situações.

À todas as amigas e amigos, em especial, Patricia, Ceiça, Danielly, Noélya, Vitória, Lisyieux , Carlos Theodorico e Rodrigo pelo apoio e incentivo, pelo companheirismo, pelas conversas, e pelos momentos inesquecíveis. A amizade e carinho por vocês serão eternos.

“Descobri como é bom chegar quando se tem paciência, e para chegar onde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso, antes de mais nada, QUERER.”

Amyr Klink

LISTA DE ABREVIATURAS

BIREME =	Biblioteca Regional de Medicina
BVS =	Biblioteca Virtual em Saúde
E. Coli =	Escherichia Coli
FARN =	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
HIV =	Vírus da Imunodeficiência Humana
ITU =	Infecção do Trato Urinário
MS =	Ministério da Saúde
OMS =	Organização Mundial de Saúde
PHPN =	Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento
PN =	Pielonefrite
RN =	Recém Nascido
TPP =	Trabalho de Parto Prematuro
VDRL =	Venereal Disease Research Laboratory

RESUMO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) acomete comumente a gestante, tornando-se uma relevante complicação no período gestacional, contribuindo para um elevado índice de morbi-mortalidade materna e neonatal devido a uma assistência pré-natal de má qualidade. O trabalho de parto pré-termo é a principal causa de internações de gestantes, causados pela ITU, sendo responsável pela prematuridade do neonato. Este estudo objetivou analisar na literatura a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro à gestante, que durante o pré-natal teve complicações causadas pela ITU e suas implicações na saúde dessa gestante e do neonato, além da importância dos indicadores socioeconômicos. Com esse propósito foi realizado um estudo bibliográfico a partir de um levantamento de fontes secundárias, bibliografias das bases virtuais de dados, Bireme, Lilacs e Scielo a respeito do tema estudado. Foram utilizadas teses, manuais em saúde, revistas em saúde, os quais abrangem grande parte da literatura atualizada. Os resultados evidenciaram que uma assistência pré-natal de qualidade e a captação precoce da gestante, além dos fatores socioeconômicos interferem significativamente nos resultados imediatos para a redução da prevalência de parto pré-termo, bem como estabelecem medidas de prevenção e controle da ITU e parto prematuro do neonato. Conclui-se, que a assistência ao pré-natal de qualidade é fundamental na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal relacionada a ITU. A conscientização do enfermeiro e da equipe de saúde para cuidados humanizados e de qualidade, faz com que diminua a proliferação e incidência de ITU. A pesquisa evidencia a atuação do enfermeiro de fundamental importância na assistência pré-natal e considera que as técnicas bem executadas e os cuidados assistenciais são fundamentais para a sua prevenção. Por fim, considera-se a necessidade de implantação ou o aumento da cobertura na assistência pré-natal como estratégias relevantes para obtenção da qualidade da assistência prestada à gestante, proporcionando resultados imediatos para a redução da prevalência de parto pré-termo, bem como estabelecer medidas de prevenção e controle das infecções além de conhecer o perfil microbiológico das infecções detectadas diminuindo assim as complicações causadas pela ITU além do parto prematuro do neonato. O estudo recomenda que os profissionais de saúde atentem para as questões referentes a qualidade da assistência prestada à gestante; que possibilitem estabelecer medidas de prevenção e controle das infecções organizando equipes multiprofissionais para desenvolverem programas de Saúde; que realizem pesquisas sobre saúde e conscientização do enfermeiro e da equipe de saúde para cuidados humanizados e de qualidade.

Palavras-Chave: ITU. Pré-natal. Prematuridade. Qualidade da Assistência.

ABSTRACT

The Infection of the Urinary Tract (ITU) attacks commonly the pregnant woman, becoming a relevant complication in the period gestational, contributing to an elevated rate of motherly morbi-mortality and neonatal due to a prenatal presence of bad quality. The labor daily pay-term is the principal cause of admissions of pregnant women, when they were caused by the ITU, being responsible for the prematurity of the neonato. This study aimed to analyse in the literature the quality of the presence given by the nurse to the pregnant woman, who during the prenatal thing had complications caused by the ITU and his implications in the health of this pregnant woman and of the neonato, besides the importance of the indicators socioeconômicos. With this purpose a bibliographical study was carried out from a lifting of secondary fountains, bibliographies of the virtual bases of data, Bireme, Lilacs and SciELO as to the studied subject. Theories, manuals were used in health, magazines in health, which include great part of the up-to-date literature. The results showed up that a prenatal presence of quality and the precocious captivation of the pregnant woman, besides the factors socioeconômicos interfere significantly in the immediate results for the reduction of the predominance of childbirth daily pay-term, as well as they establish measures of prevention and control of the ITU and premature birth of the neonato. is ended, that the presence to a prenatal one of quality is basic in the reduction of the motherly morbi-mortality and neonatal when the ITU was made a list. The conscientização of the nurse and of the team of health for humanized cares and of quality, does so that it reduces the proliferation and incidence of ITU. The inquiry shows up the acting of the nurse of basic importance in the prenatal presence and thinks that the quite executed techniques and the cares assistenciais are basic for his prevention. Finally, one considers the necessity of introduction or the increase of the covering in the prenatal presence like relevant strategies for getting the quality of the presence been suitable to the pregnant woman, when daily pay-term is providing immediate results for the reduction of the predominance of childbirth, as well as to establish measures of prevention and control of the infections besides knowing the microbiological profile of the detected infections reducing so the complications caused by the ITU besides the premature birth of the neonato. The study recommends that the professionals of health pay attention to the questions referring to quality of the presence been suitable to the pregnant woman; what they make possible to establish measures of prevention and control of the infections organizing multiprofessional teams to develop programs of Health; what carry out inquiries on health and conscientização of the nurse and of the team of health for humanized cares and of quality.

Key words: ITU. Prenatal. Prematurity. Quality of the Presence.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	JUSTIFICATIVA	12
1.2	OBJETIVO.....	12
1.2.1	Objetivos gerais.....	12
1.2.2	Objetivos específicos.....	12
1.3	METODOLOGIA.....	13
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO	14
2.2	PRÉ-NATAL	16
2.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL.....	18
2.4	A INFECÇÃO URINÁRIA E SUA OCORRÊNCIA NAS GESTANTES.....	18
2.5	TIPOS DE INFECÇÕES	19
2.5.1	Bacteriúria assintomática	19
2.5.2	Cistite	20
2.5.3	Pielonefrite	21
2.6	COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À ITU.....	22
2.7	PREMATURIDADE.....	23
3	Discussão e resultados.....	26
4	Considerações finais.....	29
5	Referências	31

1 INTRODUÇÃO

As Infecções do Trato Urinário (ITU) são infecções bacterianas encontradas mais comumente durante a gravidez, devido às modificações na anatomia do trato urinário e na função renal, que são medidas por hormônios e, especialmente por fatores mecânicos que causam estase da urina e favorecem a infecção. Assim, parece claro que, durante a gravidez, esses fatores contribuem para provocar mudanças no trato urinário materno, tornando-o mais susceptível às formas sintomáticas de infecções (TANAGHO; MCANINCH, 2007).

A forma assintomática da infecção durante a gestação consiste no crescimento bacteriano persistente no trato urinário sem evidências de sintomas urinários. A incidência dessa infecção é de 5% a 10% e predispõe ao trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer e inclusive, a pielonefrite na gestante. A ocorrência de ITU na gravidez, incluindo a bacteriúria assintomática e as formas sintomáticas como a cistite e pielonefrite, pode levar a um aumento significativo da morbidade e mortalidade materna e neonatal (SILVEIRA *et al*, 2008).

Segundo Rubinstein (1999), o pré-natal, quando bem acompanhado, proporciona análise do crescimento e o desenvolvimento do feto, os quais favorecem as alterações no meio ambiente materno. Mudanças anatômicas e funcionais do trato urinário são aspectos proeminentes deste processo adaptativo. Estas mudanças incluem aumento de tamanho renal, mudanças anatômicas do sistema pielocalicial, alterações na hemodinâmica renal e variações nos níveis plasmáticos hormonais.

A equipe de saúde prepara adequadamente a mulher para o processo de parto, através de um conjunto de cuidados que ofereça à mulher a possibilidade de viver uma gestação saudável. Assim o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para a cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (BRASIL, 2000).

A atenção pré-natal baseia-se em três linhas de atuação: no rastreamento das gestantes de alto risco, em medidas profiláticas específicas para a gestante e o feto,

bem como na educação em saúde. A identificação da gestante de alto risco tem uma relevância importante na prevenção da morbidade e mortalidade materna e neonatal, demandando um acompanhamento especializado, embora as outras funções de profilaxia e monitoramento da gravidez, desenvolvidas durante a assistência pré-natal, se constituem em práticas de promoção da saúde e de preparação para a maternidade (LEAL *et al*, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre. As principais estratégias do PHPN são: assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania (GONÇALVES *et al*, 2008).

Todas as gestantes que estão com a idade gestacional entre a 12^a e 16^a semana devem realizar exame de urina (urina rotina e urocultura), para detectar precocemente a bacteriúria assintomática. O tratamento com antibiótico é efetivo na bacteriúria assintomática evitando o desenvolvimento da bacteriúria sintomática que está relacionada com a pielonefrite na gravidez. A antibioticoterapia também se associa à redução na incidência de parto prematuro ou baixo peso ao nascer (FEBRASGO, 2006).

Vários estudos têm sido desenvolvidos com foco no diagnóstico de enfermagem em gestantes, que tiveram parto prematuro do neonato. No entanto, ainda necessita-se de estudos científicos que retratem o período gravídico nos cuidados e nas infecções do trato urinário de forma dinâmica, isto é, em todas as suas fases, para a estabilização ou a diminuição da ocorrência desta problemática (PEREIRA; BACHION, 2005).

nanda (2001), considera o julgamento clínico e o raciocínio como habilidades inerentes ao enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais consistem no Diagnóstico de enfermagem. O exercício da enfermagem é considerado como um processo de ação, reação e interação, pelo qual o profissional enfermeiro e cliente compartilham informações sobre suas percepções. Cabe ao enfermeiro ampliar e fortalecer o vínculo com os pacientes sendo co-responsável pela saúde da população adscrita,

cabendo-lhe interagir de maneira a reconhecerem as reais necessidades e potencialidades da comunidade, através de um processo de interação e troca permanente de saberes (MOURA *et al*, 2003).

A importância do enfermeiro no esclarecimento das informações no nível de assistência para a população além de estimular as mulheres a realizarem o pré-natal e participarem de grupo de gestantes, como também, treinar profissionais de saúde que possam realizar esta atividade de forma qualificada atendendo a demanda reprimida (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004). Nas primeiras consultas de pré-natal deve-se fazer um diagnóstico para forma o perfil da gestante, facilitando possíveis problemas na gestação.

Gonçalves *et al* (2008) ressalta a importância das características socioeconômicas, culturais e demográficas das gestantes, que tem um potencial relevante quando se quer avaliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados durante o pré-natal.

A existência do grande número de hospitalização de gestantes com complicações causadas pela ITU que tiveram o acompanhamento pré-natal, tendo como consequência o parto prematuro do neonato favoreceu a realização de estudos que busquem avaliar a qualidade da assistência durante o pré-natal.

A relevância desse estudo consiste em sensibilizar os profissionais sobre a importância da qualidade da assistência ao pré-natal possibilitando a elaboração de um diagnóstico precoce e o tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de possíveis fatores de riscos a serem evitados, favorecendo a diminuição do número de complicações de gestantes com ITU e reduzindo significativamente as taxas de mortalidade materna e neonatal.

Contudo, tal processo ainda precisa ser inserido com maior frequência, para que assim esse procedimento seja realizado de forma ética e seguro, dando todo o aparato necessário para que o pré-natal seja reconhecido como a melhor forma de assegurar conforto e bem estar para a gestante.

1.1 JUSTIFICATIVA

Com a vivência adquirida em sala de aula e no campo de prática, durante o curso de Enfermagem na FARN na disciplina de Saúde da Mulher em consultas de Pré-Natal. Surgiu à motivação por tal problema onde se observou altas ocorrências desta patologia e por ser um tema que precisa ser mais explorado.

Visando ainda contribuir de forma positiva no esclarecimento de dúvidas de muitos profissionais de saúde, pois muitos deles não têm a noção do que se pode fazer para evitar infecção do trato urinário. Entende-se que poderá contribuir de forma positiva no esclarecimento de dúvidas que muitas pessoas têm no decorrer da infecção urinária, pois muitas delas nem sabem que apresentam essa patologia durante esse período.

Portanto, esse estudo irá proporcionar um conhecimento maior para todos os profissionais da saúde, alertar e conscientizar sobre a importância da prevenção dessa patologia na gestação e no trabalho desses profissionais.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar na literatura a qualidade da assistência de enfermagem no pré-natal relacionada ao desenvolvimento e as complicações causadas pela ITU.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura a presença de ITU em gestantes relacionada ao nível socioeconômico;
- Verificar as complicações causadas pela ITU na gestante;
- Analisar a qualidade da assistência à gestante durante o ciclo gravídico.

1.3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização deste estudo foi pesquisa bibliográfica, quanto ao objeto, uma vez que se buscou demonstrar os principais pontos levantados sobre o tema estudado, a partir de referenciais teóricos, os quais abrangem quase toda a literatura já tornada pública, incluindo artigos científicos, teses, manuais em saúde, revistas em saúde, entre outros. “é a atividade de localização e consulta de fontes diversas de informação escrita, para coletar dados gerais ou específicos a respeito de determinado tema” (CARVALHO et al., 2002,p.100).

A abordagem deste estudo foi feita de forma qualitativa, procurando conhecer cada aspecto do processo que busca a qualidade da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro à gestante, prevenindo a progressão das infecções do trato urinário para formas mais complicadas, evitando assim, danos à saúde e complicações, como a mortalidade materna e neonatal. Foi descritiva quanto aos objetivos, pois analisou o perfil de gestantes em TPP associadas a ITU e as que tiveram parto prematuro do neonato sendo acompanhadas durante o pré-natal pelo profissional de saúde.

O estudo descritivo foi realizado a partir de um levantamento bibliográfico a respeito da temática trabalhada, em que se buscaram informações em artigos nacionais e internacionais de enfermagem e outras áreas das ciências da saúde que referenciassem o tema proposto, com os seguintes descritores: ITU, Pré-Natal, prematuridade e qualidade da assistência.

A aquisição bibliográfica foi realizada no período de Maio de 2010 à Outubro de 2010, em que foram consultados obras e textos que envolvessem os períodos: 1973,1984 até 2008, identificados através da base de dados LILACS e Scielo, que se encontram localizadas na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Além disso, também foi consultado o site do Ministério da Saúde, bem como referências que remetessem aos anos anteriores aos períodos descritos acima, devido à necessidade de documentos que confirmassem as complicações da infecção urinária na gestante.

A discussão dos dados foi apresentada de maneira teórica, correlacionando os dados adquiridos na literatura pesquisada, os objetivos propostos e a vivência da pesquisadora sobre o tema em estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)

Devido à incidência de 50% de mortalidade materna e neonatal decorrentes de problemas causados no período perinatal e a necessidade de dar uma atenção maior aos direitos femininos, principalmente na humanização, que era o pano de fundo da má assistência, o Ministério da Saúde (MS) admitiu como necessário realizar mudanças no modelo assistencial existente criando um programa onde a humanização e os direitos fossem o princípio estruturador. Logo, instituiu o PHPN considerando uma política de humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de saúde (BRASIL, 2000a).

O PHPN, implantado a partir de 2000, tem por objetivo alcançar, através de incentivos financeiros para os municípios, a melhoria da qualidade da assistência pré-natal e do vínculo entre o pré-natal e o parto; a qualidade da assistência pré-natal e a necessidade de revisão das práticas assistenciais que cercam o parto e o nascimento, num movimento abrangendo variadas estratégias que buscam a sua humanização. Garantir as boas práticas de atenção obstétrica e neonatal e resgatar o parto e o nascimento como momentos especiais e de grande valor social para as mulheres, seus bebês e suas famílias, são elementos centrais neste movimento de humanização (CARVALHO; GOMES, 2005).

Para ter uma qualidade da assistência pré-natal conforme o PHPN, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a assistência pré-natal, dentre elas, as rotinas para realização de consultas, como a definição de fatores de risco na gravidez, de forma que se possa ampliar a assistência pré-natal incluindo, entre outras normas, a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico e puerperal (GONÇALVES *et al*, 2008).

Os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a avaliação da qualidade da assistência pré-natal são: no mínimo 06 consultas durante o pré-natal, uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre e uma até 42 dias do puerpério; início do acompanhamento pré-natal precoce; solicitação de exames complementares obrigatórios: hemograma; tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto; urina I; teste anti-HIV; glicemia de jejum no mínimo duas; sorologia para

sífilis em cada trimestre; realização do exame obstétrico durante o pré-natal; realização de atividades educativas; orientação quanto amamentação e parto; vacinação antitetânica; coleta de citopatológico de colo uterino. Incluindo os exames laboratoriais de sorologia (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A avaliação permanente da assistência prestada, também é preconizada pelo ministério da saúde, estabelecendo indicadores construídos a partir dos dados registrados nos prontuários das gestantes (BRASIL, 2000). Tal avaliação deve contemplar minimamente o que se segue:

A distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal; porcentagens de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo; abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas; óbitos de mulheres, por causas associadas à gestação, parto ou puerpério, em relação ao total de gestantes atendidas; óbitos por causas perinatais, em relação ao total de recém-nascidos vivos; de crianças com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos; de recém-nascidos vivos de baixo peso, em relação ao total de recém-nascidos vivos; VDRL positivo em gestantes e recém-nascidos, em relação ao total de exames realizados; mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após encaminhamento.

2.2 PRÉ-NATAL

Designada também como antenatal, anteparto e/ou higiene da prenhez, a assistência pré-natal compreende todas as medidas que o obstetra introduz e/ou recomenda como: diagnósticas, preventivas e curativas durante a gestação, visando à estruturação hígida do conceito e a manutenção e/ou melhoria das condições de saúde psíquica e física da gestante (NEME, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a proteção à maternidade: “tem por objeto salvaguardar a saúde das mulheres durante a gravidez e o aleitamento, de lhes ensinar os cuidados a serem dispensados às crianças, permitir parto normal e dar à luz filho sadios”. A saúde da gestante é, portanto, a sensação de bem estar físico, psíquico e social, dentro das condições especiais da grávida. Assim, para que a assistência pré-natal seja adequada, impõe-se que ela seja precoce e assídua, conte com profissionais especializados e tenha retaguarda para internações, quando necessárias (CUNNINGHAM *et al*, 2000).

O objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Parto, do Ministério da Saúde tem duas características: olhar para a assistência obstétrica de maneira integral e afirmar os direitos da mulher junto às diretrizes institucionais (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

A OMS divulgou recomendações essenciais para a assistência pré-natal, perinatal e puerperal. Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal indicam que o cuidado na gestação e no parto normal deve (BRASIL, 2006):

a) Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias;

b) Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou a aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda ser superiores;

c) Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados, quando seja possível, e apropriado;

d) Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;

e) Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais;

f) Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;

g) Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;

h) Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;

i) Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;

j) Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Esses princípios asseguram fortemente a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir uma assistência pré-natal de qualidade (BRASIL, 2006).

Segundo Neme (2000), o caráter preventivo da assistência pré-natal é fundamental. O acolhimento da gestante no primeiro momento é de fundamental importância, que significa a recepção da mulher desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

2.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

O enfermeiro, ao realizar a consulta de enfermagem do pré-natal, tem como um de seus propósitos que a gestação flua de maneira que não haja intercorrências clínicas, que seja uma gravidez sem complicações. A atuação do enfermeiro no pré-natal deve dar especial atenção aos órgãos dos sentidos, como um dos instrumentos utilizados na prestação de um cuidado sensível, facilitando a aproximação entre o cuidador e o cliente. Saber utilizar os cinco sentidos com sensibilidade é requisito primordial no trabalho com a mulher grávida. (ROTANIA, 2003).

A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada a anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, seguido por exame ginecológico e obstétrico em seguida, solicitação dos exames complementares como, ultra-sonografia obstétrica e exames laboratoriais. Já nas consultas subsequentes, devem ser abordados aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, ouvindo suas queixas, dúvidas e ansiedades, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e fazer um interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2006).

As consultas de enfermagem e exames solicitados pelo enfermeiro a gestante permitem identificar precocemente problemas tais como: hipertensão, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue da mãe para o filho como a AIDS e a sífilis. Alguns desses problemas podem causar o parto prematuro, o aborto espontâneo sérios para a mãe ou para seu bebê (BRASIL, 1984).

2.4 A INFECÇÃO URINÁRIA E SUA OCORRÊNCIA NAS GESTANTES

Desde o início da gestação, o aumento do corpo uterino antevertido determina a compressão dos ureteres ao nível do trígono vesical e maior irritabilidade do detrussor causando a polaciúria, sintoma frequente na gestação relatado logo no início da gravidez. Com o progredir da gestação, o útero atingindo a cavidade abdominal passa a comprimir os ureteres ao nível da linha inanimada, resultando em dilatação dos cálices, bacinetes e ureteres. A dilatação pieloureteral está associada à hipotonia generalizada do sistema excretor, determinada por fatores hormonais que relaxam a musculatura lisa determinando hipocinesia e hipotonia, implica estase urinária, estabelecendo condições propícias para a instalação da infecção urinária (TANAGHO; MCANINCH, 2007).

A infecção das vias urinárias ocorre com a mesma frequência em mulheres grávidas ou não. Entretanto, as consequências das infecções são muito mais graves durante a gravidez, justificando o diagnóstico e tratamento imediatos da infecção. As mulheres com diabetes ou traços falciformes, bem como as de grupos socioeconômicos inferiores tem uma prevalência mais elevada de infecção das vias urinárias na gravidez. Quando não tratada, a bacteriúria torna-se sintomática ou evolui para a pielonefrite em aproximadamente 30% dos casos. A capacidade aumentada do sistema coletor urinário com esvaziamento lentificado e refluxo vesicoureteral é um fator principal que responde pela incidência aumentada de infecções graves das vias urinárias na gravidez (BURROW; FERRIS, 1996).

A Infecção do Trato Urinário (ITU) trata-se da denominação aplicada às diversas condições clínicas, que variam desde a presença assintomática de bactérias na urina até a infecção renal grave, resultando em sepse. ITU é um dos problemas clínicos mais comuns. Estima-se que 150 milhões de pacientes sejam diagnosticados com ITU anualmente. Isso resulta em gastos com assistência médica de pelo menos 6 bilhões de dólares. Em algumas circunstâncias, é difícil diagnosticar ITU. É essencial que o paciente com ITU tenha diagnóstico e tratamentos precisos, para que sua morbidade e mortalidade sejam limitadas, evitando o uso prolongado ou desnecessário de antibióticos. O desenvolvimento de novos exames diagnósticos e a introdução de novos agentes antimicrobianos permitirá aos médicos ajustar de modo apropriado o tratamento específico para cada paciente (RUBINSTEIN, 1999).

O agente etiológico mais comumente isolado das ITU é a bactéria *Escherichia coli*, que é responsável por aproximadamente 40% das infecções urinárias. O restante é causado por outros membros da família *Enterobacteriaceae*, como *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* e leveduras, particularmente espécies de *Candida*, e bactérias não fermentadoras, como *Pseudomonas aeruginosa*. Durante a gestação, múltiplas alterações anatômicas e fisiológicas operam sobre o trato urinário, produzindo impacto significativo sobre a história natural da ITU (BLATT; MIRANDA, 2005).

2.5 TIPOS DE INFECÇÕES

2.5.1 Bacteriúria assintomática

A bacteriúria assintomática pode ser definida como a presença de multiplicação bacteriana em alguma parte do trato urinário, excluindo a uretra distal, na ausência de sintomas. Na literatura, a prevalência da bacteriúria em mulheres grávidas varia de 4 a 7%. Essa taxa é semelhante à encontrada em mulheres férteis com atividade sexual entre 20 e 40% das mulheres grávidas com bacteriúria não tratada, terão pielonefrite aguda, geralmente no terceiro trimestre. Já foi demonstrada que a antibioticoterapia eficaz reduz a taxa de pielonefrite para 3% (BURROW; FERRIS, 1996). Por isso, deve-se fazer rastreamento com urocultura em todas as pacientes por ocasiões de sua primeira visita pré-natal. Pacientes com urocultura negativa tem de 1 a 2% de chance de desenvolver bacteriúria durante a gravidez. Anemia falciforme durante a gestação, hipertensão arterial, Diabetes mellitus, anormalidades do trato urinário e tabagismo, multiparidade e baixo nível sócio-econômico aumenta a presença de bacteriúria assintomática (BRASIL, 2006).

A ITU pode ser classificada de acordo com a sua localização anatômica: a das vias baixas, como cistite, uretrite, epididimite, orquite e prostatite (aguda e crônica); e a das vias altas, que correspondem às infecções que acometem os rins. (BLATT; MIRANDA, 2005).

Existe bacteriúria sem quadro característico de infecção aguda. Geralmente a paciente que apresenta quadro agudo de infecção crônica os agentes podem ser germes Gram-negativos, como *Proteus* SP. *Klebsiella*, *Pseudomonas*, etc. A bacteriúria sintomática é muito frequente em mulheres não grávidas, girando a incidência entre 4 e 6%. Nas gestantes a incidência é semelhante, cerca de 1% das

grávidas adquire bacteriúria no decurso da gestação. Dado importante é que cerca de 20 a 30% das mulheres que apresentam bacteriúria assintomática no início da gravidez irão desenvolver quadro de infecção urinária aguda. A incidência de infecção urinária cai para 10% se a bacteriúria assintomática é tratada convenientemente no início da gestação (TANAGHO; MCANINCH, 2007).

2.5.2 Cistite

A aderência da bactéria à bexiga leva ao quadro de cistite bacteriana, ou infecção do trato urinário “baixo”. A contagem de bactérias deveria permitir uma clara distinção entre contaminação e infecção. Entretanto, a utilidade e consistência do critério de Bacteriúria significativa como 10^5 unidades formadoras de colônias por mililitro (UFC/mL) para o diagnóstico de ITU tem sido frequentemente questionadas. A valorização dos sintomas de ITU, conforme descrição a seguir, deve prevalecer e, portanto, nos casos sintomáticos, contagens 10^4 UFC/mL ou até menores, dependendo do germe, podem sugerir ITU (HEILBERG; SCHOR, 2003).

A cistite geralmente aparece no segundo trimestre da gravidez e, na maioria das vezes, na ausência de bacteriúria prévia. A introdução do rastreamento para bacteriúria assintomática na gravidez diminui muito o número de caso de pielonefrite aguda, porém a frequência da cistite permaneceu constante. A cistite na gravidez é uma entidade independente, com rápida resposta à terapia e baixa taxa de recorrência representando um problema de saúde na mulher, afetando entre 10% e 20% destas durante suas vidas, sendo que 80% apresentam infecções recorrentes (MORA *et al*, 2008).

É caracterizada por quadro clínico em que predominam sintomas miccionais (polaciúria, disúria, hematúria terminal e urgência miccional) e eventual dor no epigástrio. Esses sintomas podem estar associados à infecção urinária ou podem ocorrer na ausência de infecções bacteriana (MORA *et al*, 2008).

2.5.3 Pielonefrite

Também denominada de infecção do trato urinário “alto” ou nefrite intersticial bacteriana, por refletir alterações anatômicas e/ou estruturais renais, decorrentes de um processo inflamatório agudo acometendo o rim e suas estruturas adjacentes, a pielonefrite aguda não complicada pode acometer as mesmas mulheres que desenvolvem cistite, mas a proporção de PN para cistite é de 18:1 ou 28:1. Clinicamente, costuma se diferenciar da cistite pela presença de sintomas clínicos

mais exuberantes e sistêmicos, conforme será descrito adiante (HEILBERG; SCHOR, 2005).

A prevalência de pielonefrite deve estar diretamente relacionada com o cuidado na realização do rastreamento para bacteriúria, e ocorre em 1 a 4 % das mulheres grávidas. O diagnóstico é estabelecido pelo quadro clínico, que inclui calafrios e dor lombar em 85% dos casos, febre alta muitas vezes acima de 40 graus Celsius, vômitos e sintomas urinários baixo. Sintomas gerais, como cefaléia, mialgia e fadiga são comuns nos casos mais graves pode haver choque séptico com instabilidade técnicas, de funções pulmonares, trombocitopenia, anemia e redução da função renal (HEILBERG; SCHOR, 2005).

Todas as mulheres grávidas que desenvolvem pielonefrite aguda devem ser internadas para tratamento e observações. Na ausência de melhora clínica com tratamento efetivo por 2 a 3 dias, as pacientes devem ser investigadas quanto a presença de complicações, como obstrução ou abscesso perinefrético. Isso pode ser feito com urografia excretora reduzida, que pode mostrar a causa e o local da obstrução, ultra-som das vias urinárias, ambos com baixa especificidade durante a gravidez. As mulheres que apresentam pielonefrite exigirão geralmente uma terapêutica prolongada para erradicar a infecção e, geralmente está associada com o retardo do crescimento intra-uterino e a prematuridade (BURROW; FERRIS, 1996).

2.6 COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À ITU

Os riscos maternos associados à infecção das vias urinárias são o desenvolvimento de bacteremia, choque séptico e diminuição na função renal. Já os riscos para o feto podem ser ainda maiores. A bacteriúria foi ligada a um risco aumentado de abortos no segundo trimestre e a um aumento duplo na mortalidade perinatal quando ocorre a infecção das vias urinárias dentro de duas semanas do parto (BURROW; FERRIS, 1996).

A avaliação precisa do início do trabalho de parto prematuro (TPP) é difícil, pois essa patologia tem etiologia multifatorial, sendo o diagnóstico realizado com base na dilatação cervical progressiva e, nesses casos, é muito tarde para tentar iniciar o tratamento preventivo. Muitas vezes, o TPP progressivo cessa antes mesmo de se iniciar o tratamento. O fato de inibir as contrações uterinas não significa que o parto será postergado por um período que seria clinicamente benéfico. Mesmo que a

gestação seja prolongada por um período, isso não significa que o resultado será melhor. Toda droga ou tratamento suficientemente eficaz para inibir as contrações uterinas pode ter outros efeitos na mãe e no conceito que são indesejáveis e devem ser levados em consideração (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRES, 2006).

O diagnóstico precoce, sobretudo a percepção da ocorrência das contrações uterinas, é fundamental para detecção precoce do TPP. Muitos critérios têm sido empregados para descrever o êxito do tratamento. Os mais usados relatam o tempo de inibição das contrações, o número de horas ou dias que retardou o nascimento, o número de partos com 36 ou 37 semanas de gestação. É considerado um sucesso quando o parto é postergado por 24 ou 48 horas, para introdução da corticoterapia ou transferência in útero para um hospital com mais recursos neonatais (BEZERRA *et al*, 2006).

2.7 PREMATURIDADE

A organização mundial de saúde define como prematura toda criança nascida antes de 37 semanas de gestação. Tendo em vista o comportamento do prematuro não é uniforme e depende da idade gestacional e do peso de nascimento, podemos ter diferentes classificações para recém-natos prematuros (DUARTE; CUNHA, 1997).

A classificação de acordo com a idade gestacional define como prematuros limítrofes os recém-natos com idade gestacional entre 37 e 38 semanas e peso de nascimento superior a 2.500g, porém com algum grau de maturidade funcional. Os RN moderadamente prematuros apresentam idade gestacional entre 31 e 36 semanas e configuram um grupo de elevada morbidade, porém com significativa sobrevida se os cuidados neonatais forem adequados. Os prematuros extremos são representados por conceptos com idade gestacional entre 24 e 30 semanas. São estes os que apresentam a maior incidência de distúrbios relacionados com a imaturidade funcional de órgãos e sistemas, particularmente do sistema respiratório e imunológico, sendo a mortalidade diretamente relacionada ao peso de nascimento (FEBRASGO, 2000).

A classificação de acordo com o peso define como neonato de baixo peso os conceptos com peso ao nascer igual ou inferior 2.500g. A nomenclatura para esta classificação tem sido variada, sendo que os termos mais comuns incluem os prematuros com muito baixo peso, considerados aqueles com pesos iguais ou inferiores

a 1.500g e os prematuros com extremo baixo peso, cujos pesos forem iguais a 1.000g. Verifica-se, em diferentes casuísticas, que a morbimortalidade neonatal é diretamente proporcional à redução do peso de nascimento (NETTO, 1973).

A incidência de prematuridade é muito variável, refletindo as diferentes classificações empregadas e as dificuldades na tabulação de dados pré-natais pelos órgãos oficiais (BERTINI *et al*, 2001).

O parto pré-termo é a principal causa de mortalidade perinatal em todo o mundo. Com incidência estimada de aproximadamente 10% em nosso meio, apresenta etiologia multifatorial. Condições socioeconômicas desfavoráveis, precária assistência ao pré-natal e presença de infecções geniturinárias são os principais fatores predisponentes para a prematuridade “espontânea”, geralmente secundária ao trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas, patologias de alta prevalência e difícil prevenção. Entretanto, admiti-se que a possibilidade de sobrevivência permanece reduzida se a idade gestacional for inferior a 24 semanas e o peso de nascimento, menor que 600g. Cumpre salientar, contudo, que os limites da viabilidade fetal sofreu importantes modificações na última década, sendo publicados casos de conceptos que sobreviveram com peso de nascimento de inferior a 500g (FEBRASGO, 2000).

A prematuridade é decorrente de vários fatores podendo acontecer em todos os lugares e classes sociais. Comprometendo às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro enorme. Exigindo uma estrutura assistencial de capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RAMOS; CUMAN, 2009).

A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros, além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente com relação ao neonato. O resultado esperado de uma gestação é a obtenção de recém-nascido sadio com mínimo trauma para a mãe. Em algumas situações, isso não é possível, devido a complicações durante a gravidez ou parto, ou com o concepto. Essas intercorrências no processo do ciclo gravídico puerperal geram riscos à integridade da saúde tanto da mãe quanto do concepto e podem evoluir para a morte (RAMOS; CUMAN, 2009).

Uma patologia importante que pode acometer o neonato pré-termo é a retinopatia da Prematuridade que é uma doença vasoproliferativa de etiologia multifatorial que ocorre principalmente em recém-nascidos pré-termo. Na fase aguda, a vasculogênese normal é interrompida e a retina imatura apresenta uma transformação e proliferação celulares. Em algumas crianças, essa retinopatia proliferativa pode evoluir com inflamação e hemorragia, que é seguida por processo fibrótico cicatricial e descolamento de retina (GRAZIANO *et al*, 1997).

Do exposto, conclui-se que a neonatologia deve dar especial atenção a essas crianças, ao controle da temperatura, à profilaxia de infecções, e evitar hipoglicemia. Para isso, recomenda-se o início precoce da alimentação com leite materno que ademais impede a elevação exagerada dos níveis de bilirrubina (NETTO, 1973).

3 DISCUSSÃO E RESULTADOS

O material pesquisado revelou que são escassos estudos que visem à qualidade da assistência pré-natal no país.

Gonçalves *et al* (2008), reforça que não há um número significativo de estudos que avalie a qualidade da atenção dedicada ao pré-natal, identificando que os principais problemas apontados em estudos da literatura referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais e que a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde está diretamente ligada à adesão das mulheres ao programa de pré-natal e essa adesão é essencial para redução da mortalidade materna e neonatal, uma vez que 98% das causas de morte materna são evitáveis mediante adoção de procedimentos simples como a solicitação do sumário de urina, evitando as complicações de formas sintomáticas de infecção do trato urinário, causando dano à saúde materna e neonatal.

Vale ressaltar que estudos apontam o momento da primeira consulta pré-natal, bem como a frequência como elementos contribuintes para uma assistência de qualidade.

Os fatores sócio-econômicos também contribuem diretamente na saúde materna, devido ao baixo grau de instrução, com a evidência clínica de conhecimento insuficiente para evitar os riscos de exposição aos patógenos e desenvolvimento de infecções, entre elas a infecção urinária, à acessibilidade aos serviços, tornando uma assistência desarticulada, sem os devidos cuidados necessários em cada período gestacional, pela não periodicidade da frequência as consultas durante o pré-natal.

Estudos apontam o déficit de conhecimento das gestantes sobre a importância do exame de urina, sua finalidade e a forma correta de coleta, evitando resultados falsos positivos de bacteriúria.

Sabendo-se do risco aumentado de desenvolvimento de infecção urinária sintomática durante a gravidez e a associação dessa doença a complicações materna e neonatal, torna-se relevante a proposta de triagem da bacteriúria durante o pré-natal com a urocultura obtida em tempos distintos.

Vale lembrar que alguns sintomas da infecção são difíceis de caracterizar, visto que, durante a gravidez, alguns deles podem estar presentes, a exemplo da

polaciúria. Por sua vez, a bacteriúria não apresenta nenhuma manifestação clínica. No entanto, a anamnese permite identificar gestantes com maior risco para ITU. Também deve ser apontada a importância do diagnóstico topográfico da infecção, visto que, pedagogicamente, os sintomas e sinais são característicos de cada forma clínica, mas, na prática, estas manifestações podem confundir o profissional de saúde.

Segundo Nagahama (2006), a magnitude do problema da morte materna no país é reflexo da qualidade da assistência recebida pelas gestantes durante o pré-natal e, principalmente, da desarticulação dos serviços de atenção à saúde da gestante. Vários autores ressaltam a necessidade de ampliação dos acessos aos serviços de saúde e, principalmente a oferta de serviços de qualidade durante o pré-natal. A possibilidade de evitar a mortalidade materna e neonatal está diretamente ligada à oportunidade e qualidade da assistência recebida pela gestante durante o ciclo gravídico, salientando que a qualidade da assistência pré-natal é essencial para diminuição da mortalidade materna e neonatal.

Uma assistência pré-natal de qualidade, ou seja, adequada, e sua integração com os serviços, são fundamentais para obtenção de bons resultados durante a gestação. Reforçando ainda, que a importância do enfermeiro na assistência à gestante durante o pré-natal é de substancial relevância, pois a sua função é intervir na promoção, prevenção e tratamento dos distúrbios durante e após o ciclo gravídico, na captação da gestante para realizar o acompanhamento o mais precoce possível e a periodicidade das consultas.

A assistência pré-natal destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca a redução de altas taxas de mortalidade materna e neonatal pelo profissional competente comprometido com a saúde da população definindo fatores de risco durante a gestação.

A qualidade da assistência durante o pré-natal é crucial para evitar as complicações desenvolvidas pela infecção do trato urinário. Foram identificadas as estratégias implantadas para prevenção da bacteriúria no Estado do Paraná, tornando obrigatória a realização do sumário de urina durante o pré-natal para diminuir a mortalidade materna e neonatal que reflete significativamente na realidade social do país.

As estratégias implantadas no Estado do Paraná visando à redução dos índices de mortalidade materna e neonatal, causadas pela ITU, relacionadas à assistência ao pré-natal deficiente, serve como modelo para a saúde pública no

Brasil “Nascer no Paraná: direito à vida”. Exige das gestantes o exame de urocultura e pelo menos quatro consultas de pré-natal.

A possibilidade de se evitar a mortalidade materna oscila entre 90 e 95%, conforme diferentes autores (REZENDE; MORELI; REZENDE, 2000) e, por sua vez, está ligada diretamente à oportunidade e qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, salientando que o melhoramento da atenção pré-natal é essencial para prevenir mortes.

Certos autores, através de ensaios clínicos e estudos, mostraram que o tratamento da bacteriúria assintomática pode reduzir a ocorrência de complicações como o parto prematuro e a pielonefrite materna. O tratamento da bacteriúria assintomática foi considerado uma das estratégias utilizadas para reduzir a mortalidade neonatal em países em desenvolvimento.

Silveira *et al* (2008), através de estudo realizado, verificou que a desigualdade no cuidado se evidencia em gestantes pobres, negras e de baixa escolaridade, em que a prevalência de não realização do exame de urina sobe para 10%, contra 0,4% em gestantes ricas, escolarizadas e de cor branca. Observou-se que 3% das puérperas relataram não ter realizado nenhum exame de urina na gestação. Apesar de o percentual ser baixo, esta prevalência é importante devido à ocorrência de partos prematuros de 8,5%, em 1993, para 13,5%, em 2004. No ano de 1998, uma pesquisa revelou que 91% das gestantes recebiam assistência pré-natal de má qualidade; houve ausência de registro da realização de exames laboratoriais básicos, como o sumário de urina, em 14,4% das gestantes.

Em relação ao nível socioeconômico, observou-se que o grupo com maior risco são as mulheres de classe mais pobre. Isso se deve tanto às questões da menor acessibilidade ao serviço, quanto à falta de informação da mulher sobre o adequado cuidado pré-natal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a complexidade do tema trabalhado, verificou-se em artigos e bibliografias que a ITU representa relevante fonte de complicações maternas, como o trabalho de parto prematuro, a pré-eclâmpsia, o choque séptico, a falência múltipla de órgãos, além de complicações neonatais como a prematuridade, a infecção e o óbito, visto que a bacteriúria assintomática acomete um percentual significativo de gestantes, das quais aproximadamente 30% desenvolverão pielonefrite se não tratadas adequadamente. Assim, torna-se lógica incontestável a identificação e tratamento deste tipo de infecção durante o pré-natal, evitando-se os casos mais graves de ITU como cistite e pielonefrite.

Através do referido estudo observou-se que os motivos e a incidência de trabalho de parto e parto pré-termo em gestantes com ITU, podem ser explicados por resposta inflamatória com a produção de quimiocitocinas e fosfolipase, mediadores da produção de prostaglandinas.

Outra forma pela qual o trabalho de parto pode ser desencadeado seria a colonização do fluido amniótico por bactérias originárias da infecção urinária. Essa possibilidade poderá ser controlada com a atuação do enfermeiro durante a assistência.

Foi identificado que o enfermeiro é o profissional responsável pela detecção precoce de bacteriúria durante as consultas do pré-natal tendo uma atenção redobrada aos sinais e sintomas da gestante que muitas vezes são mascarados na bacteriúria assintomática. Consciente da importância da atenção pré-natal como fator que interfere na qualidade de saúde perinatal e na redução das taxas de morbimortalidade materna, faz-se necessário motivar os profissionais de saúde a resolver ou minimizar os principais problemas decorrentes desse processo para obter-se uma melhor qualidade na assistência.

As características socioeconômicas das gestantes estão diretamente associadas à qualidade da assistência pré-natal. Através da literatura constatou-se que os grupos com menores condições sociais recebem uma assistência de má qualidade, devido à baixa escolaridade e renda familiar.

Na América Latina, a identificação de taxas de mortalidade neonatal de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos representa uma diferença de quatro vezes em

relação aos países norte-americanos e europeus. A persistência de índice tão elevado é ainda mais desafiadora num contexto no qual a grande maioria dos nascimentos ocorre em unidades hospitalares. Na segunda metade da década de 90, a taxa de mortalidade neonatal, em torno de 20 óbitos por 1.000 nascidos vivos, passou a representar mais de 60% da mortalidade infantil. Esta mudança na conformação do coeficiente de mortalidade infantil foi responsável pela maior visibilidade da mortalidade neonatal nos indicadores de saúde sendo utilizado como instrumento para melhoria da qualidade da assistência pré-natal (CARVALHO; GOMES, 2005).

Reforça-se ainda que a incidência de maior prevalência de parto pré-termo e o risco relativo de óbito por afecções do período perinatal para nascidos com baixo peso e parto pré-termo também está subestimado na pesquisa realizada.

O Ministério da Saúde (1997) assinala a importância dos óbitos por afecções do período perinatal na atual estrutura da mortalidade infantil brasileira e, para o alcance das metas propostas, considera essencial a qualidade da assistência à mulher no período pré-gestacional, durante a gravidez e no parto, além da assistência ao recém-nascido (KILSZTAJN *et al*, 2003).

Por fim, considera-se a necessidade de implantação ou o aumento da cobertura na assistência pré-natal como estratégias relevante para obter a qualidade da assistência prestada à gestante, proporcionando resultados imediatos para a redução da prevalência de parto pré-termo, bem como estabelecer medidas de prevenção e controle das infecções além de conhecer o perfil microbiológico das infecções detectadas diminuindo assim as complicações causadas pela ITU além do parto prematuro do neonato.

REFERÊNCIAS

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G. do; MARTINS, J. L. Pré-natal no programa saúde da família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, jul-dez, 2004.

BERTINI, A. M.; TABORDA, W.; VIANNA, M. L.; PORTO, A. G. M. Prematuridade. In: **Tratado de obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

BEZERRA, L. C.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de; LATORRES, M. R. D. de O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, abr.-jun., 2006.

BLATT, J. M.; MIRANDA, M. do C. Perfil dos microrganismos causadores de infecções do trato urinário em pacientes internados. **Revista Panamericana Infectologia**, julho, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de Pré-natal e puerpério. **Cad. Saúde da Mulher**. Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília (DF), 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SEPM. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília (DF), 2000a.

BRASIL. Ministério de Saúde (BR). **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília (DF) : Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.

BURROW, G. N.; FERRIS, T. F. **Complicações clínicas durante a gravidez**. 4. ed. São Paulo: Roca, 1996.

CARVALHO, M. de; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, março, 2005.

CUNNINGHAM, M.; GANT, L. *et al.* **Williams obstetrícia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.

DUARTE, G.; CUNHA, S. **Gestação de alto risco**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997.

GONÇALVES, R.; URASAK, M. B. M.; MERIGH, M. A. B.; D'AVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um município da grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, mai.-jun., 2008.

GRAZIANO, R. M.; CLEA, R. L.; CUNHA, S. L.; PINHEIRO, A. C. Prevalência da retinopatia da prematuridade em recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**, 1997.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, jan-mar., 2003.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A. C.; CARMO, M. S. N. do; SUGAHARA, G. T. L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, jun., 2003.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da; RATTO, K. M. N.; CUNHA, C. B. da. Uso do índice de kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.

MARQUE, F. C; DIAS, I. M. V; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e parto. Rio de Janeiro. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, dez., 2006.

MORA, J. F.; MENEZES, I.; REQUIA, M. K.; SARDIGLIA, C. U. Perfil dos pacientes com infecções do trato urinário diagnosticados no município de Flor do Sertão, SC. **RBAC**, 2008.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR., F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov-dez., 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan., 2006.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 2000.

NETTO, L. S. **Neonatologia**. Rio de Janeiro: Moterrey, 1973.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação** – 2001/2002.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, nov-dez, 2005.

RAMOS, H. A. de C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc. Anna Nery. **Revista Enfermagem**, abr-jun, 2009.

REZENDE, C. H. A.; MORELI, D.; REZENDE, I. M. Mortalidade materna em cidade de médio porte. Brasil, 1997. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, ago., 2000.

RUBINSTEIN, Irineu. **Urologia feminina**. São Paulo: BYK, 1999.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.

SILVEIRA, M. F.; BARROS, A. J. D.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; VICTORA, C. G. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, jun., 2008.

TANAGHO, E.; MCANINCH, J. **Urologia geral de Smith**. 16. ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.