



Artigo Original

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UM OLHAR SOBRE A QUALIDADE

PRENATAL CARE: A LOOK AT THE QUALITY

ATENCIÓN PRENATAL: UNA MIRADA ACERCA DE LA CALIDAD

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente¹, Naiana Queiroz de Freitas², Aline Cruz Esmeraldo Áfio³, Carla Suellen Pires de Sousa⁴, Danielle Rosa Evangelista⁵, Escolástica Rejane Ferreira Moura⁶

Objetivou-se verificar a qualidade do pré-natal de acordo com os critérios estabelecidos no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Estudo transversal, descritivo-exploratório, realizado com 75 gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde, de um município da região metropolitana de Fortaleza-Ceará. Os dados foram coletados no período de março à maio de 2011, por meio de entrevista durante a consulta de enfermagem ao pré-natal. Evidenciaram-se obstáculos importantes para uma boa qualidade do pré-natal, como: déficit na solicitação dos exames laboratoriais de segunda rotina no pré-natal, número significativo de gestantes em quem não foi verificada a apresentação fetal e um pequeno número de gestantes que não se encontrava com o esquema vacinal atualizado. É preciso investimentos para incentivar e capacitar os profissionais a exercerem suas práticas com melhor desempenho. Essas práticas podem ser desenvolvidas por meio de ações de educação em saúde na tentativa de melhorar a qualidade da consulta pré-natal.

Descritores: Cuidado Pré-natal; Enfermagem; Avaliação de Serviços de Saúde.

This study aimed to assess the quality of prenatal care according to the criteria established in the Prenatal and Birth Humanization Program. Cross-sectional, descriptive and exploratory study carried out with 75 pregnant women registered in Basic Health Units of a municipality in the metropolitan region of Fortaleza, Ceará, Brazil. Data were collected between March and May, 2011, through interviews during prenatal nursing consultations. One highlighted major obstacles to a good quality prenatal care: deficits in the request of second routine laboratory tests in prenatal care, significant number of pregnant women who were not tested for fetal presentation and a small number of pregnant women who did not have the updated vaccine schedule. However investment is necessary to encourage and qualify professionals to perform their practices with a better performance. These practices can be developed through educational and health actions in order to improve the quality of prenatal care.

Descriptors: Prenatal Care; Nursing; Health Services Evaluation.

El objetivo fue evaluar la calidad de la atención prenatal según criterios establecidos en el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento. Estudio transversal, descriptivo y exploratorio, con 75 embarazadas en Unidades Básicas de Salud de la región metropolitana de Fortaleza-Ceará, Brasil. Los datos fueron recolectados de marzo a mayo de 2011 a través de entrevistas durante la visita de enfermería a la atención prenatal. Los principales obstáculos para la atención prenatal de calidad satisfactoria fueron los déficits en exámenes de laboratorio de segunda rutina en el prenatal, el número de embarazadas sin verificación de la presentación fetal y pequeño número de embarazadas con calendario de vacunas no actualizado. Son necesarios incentivos y capacitaciones de profesionales para ejercicio de prácticas con mejores rendimientos. Estas prácticas se pueden desarrollar mediante acciones de educación y salud para la calidad de la atención prenatal.

Descritores: Atención Prenatal; Enfermería; Evaluación de Servicios de Salud.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Professora Assistente da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: mayennep@yahoo.com.br

² Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Aquiraz, CE, Brasil. E-mail: naiana00@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lineafio@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: carla_suellen@edu.unifor.br

⁵ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: enfadanielle@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Durante a gravidez mudanças acontecem no corpo da mulher fazendo com que esse período exija cuidados especiais. São nove meses de preparo para o nascimento do bebê. É importante que durante o período gestacional as gestantes recebam uma assistência pré-natal de qualidade fornecida por enfermeiros e médicos capacitados.

Uma assistência pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde do binômio mãe-filho e esta assistência compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a elevados índices de morbidade e de mortalidade materna e perinatal⁽¹⁾.

No mundo, a cada ano, ocorrem 120 milhões de gestações, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações, durante a gravidez, o parto ou o puerpério, e mais de 50 milhões sofrem enfermidades ou incapacidades relacionadas à gestação⁽²⁾. Diante desta realidade, cabe ao enfermeiro e ao médico da Estratégia Saúde da Família (ESF), corresponsáveis pela atenção ao pré-natal na rede básica de saúde oferecer uma assistência de qualidade.

Estudos são unânimes em demonstrar que a saúde perinatal avaliada na perspectiva da atenção pré-natal, pelo número de consultas realizadas e a idade gestacional de início do atendimento, protege contra a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o óbito perinatal⁽³⁻⁴⁾.

Apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal estudo relata insuficiência na qualidade dessa assistência, quando avaliada por meio de indicadores de resultados, em que foram encontradas elevadas taxas de incidência de sífilis congênita, a permanência da Hipertensão Induzida pela Gestação (HIG) como a principal causa de morte materna e pequena parcela das

gestantes inscritas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal (SISPRENATAI) conseguir realizar o elenco mínimo das ações preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)⁽⁵⁻⁶⁾.

O PHPN foi criado pelo governo federal no ano de 2000 por meio da Portaria nº. 569 do Ministério da Saúde (MS). Este estabelece os seguintes critérios para se reconhecer uma assistência pré-natal de qualidade: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação; e uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais: ABO-Rh e Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; VDRL, Sumário de Urina e Glicemia em jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação; Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta; Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas⁽⁵⁾.

Em face aos critérios de qualidade da assistência pré-natal preconizados pelo MS, a realização da presente pesquisa, procurou responder ao seguinte questionamento: Como se encontra a qualidade da assistência pré-natal de acordo com os critérios do PHPN em um município da região metropolitana de Fortaleza-CE? Para responder este questionamento, objetivou-se verificar a qualidade do pré-natal de acordo com os critérios estabelecidos no PHPN.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo-exploratório, desenvolvido em 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da região metropolitana de Fortaleza-CE, capital do Estado do Ceará, Nordeste brasileiro.

Participaram gestantes acompanhadas por equipes da ESF do respectivo município, no período de março à maio de 2011. O tamanho amostral foi calculado adotando-se um coeficiente de confiança de 95% ($Z_{\alpha} = 1,96$), população ($N=347$) correspondendo ao total de gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); erro aleatório de 10% e $P = 50,0$, totalizando um "n" amostral de 75.

As gestantes foram selecionadas de forma aleatória e estratificada. Foram excluídas gestantes pertencentes a uma ESF indígena, por tratar-se de um grupo que necessitava de autorização especial para o estudo.

Os dados foram coletados pela primeira autora, por meio de entrevista realizada com base em formulário pré-estabelecido, contendo perguntas sobre variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas, no sentido de apresentar o perfil geral das participantes; e sobre os critérios de qualidade da assistência ao pré-

natal definidos no PHPN. Também foram verificados procedimentos básicos da consulta pré-natal, como: aferição do peso, da pressão arterial, da apresentação do feto e dos Batimentos Córdio-Fetais (BCF). Os dados foram organizados no *Excel*, versão 2007, analisados nos *softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0. Foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis nominais e das variáveis numéricas, foram apresentadas também a média (\bar{X}) e o Desvio Padrão (DP).

Foram seguidas as recomendações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde⁽⁷⁾. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza conforme Protocolo nº. 11-006. Cada participante com idade de 16 anos ou mais assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aquelas com idade inferior aos 16 anos tiveram esse termo assinado pelo responsável.

RESULTADOS

A idade das entrevistadas variou de 14 a 45 anos, com uma média de 23,83 anos e DP de 6,42 anos. Apesar do predomínio de gestantes na fase adulta jovem e adulta (20-35 anos), faixa etária que não representa risco reprodutivo, enfatiza-se a porcentagem de gestantes adolescentes, correspondendo a 22 (29,3%) e de gestantes no final da fase reprodutiva (mais de 36 anos), somando 3 (4%).

A escolaridade variou de ausência de escolaridade ao ensino médio completo, predominando o ensino fundamental incompleto entre 25 (33,3%) das gestantes. A renda familiar variou de zero a R\$

1.710,00, com uma média de R\$ 796,34 e um DP de 384,91, sendo o salário mínimo vigente no período do estudo de R\$ 545,00. O número de pessoas na família variou de um a 11, com média de 3,63 pessoas e desvio padrão de 1,92. Observou-se, portanto, uma renda média per capita de R\$ 219,37. A ocupação de 51 (68,0%) gestantes correspondeu à atividade do lar, enquanto 19 (25,3%) trabalhavam fora de casa. Quanto à condição de união, 61 (81,3%) eram casadas ou viviam em união consensual. A média de paridade foi de 0,99, sendo a porcentagem predominante de gestantes nulíparas, que correspondeu a 35 (46,7%).

Tabela 1 – Distribuição do número de gestantes, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Região Metropolitana de Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variáveis (n=75)	n	%	Média (DP)
Idade (em anos completos)			23,83(6,42)
14 – 19	22	29,3	
20 – 35	50	66,7	
36 – 45	3	4,0	
Escolaridade			-
Sem escolaridade	1	1,3	
Alfabetizada	3	4,0	
Ensino Fundamental	40	53,4	
Ensino Médio	31	41,3	
Renda familiar (em salários mínimos)			796,34 (384,91)
≤ 1/2	5	6,7	
> 1/2 – 1	25	33,3	
> 1 – 2	30	40,0	
> 2 – 3	13	17,3	
> 3 – 4	2	2,7	
Número de pessoas na família			3,63 (1,92)
1-3	44	58,7	
4-6	24	32,0	
7-11	7	9,3	
Ocupação			-
Atividades do Lar	51	68,0	
Estudante	5	6,7	
Trabalho fora de casa	19	25,3	
Condição de união			-
União consensual ou casada	61	81,3	
Solteira ou sem companheiro	14	18,7	
Paridade $\bar{X} = 0,99$; DP= 1,42			0,99 (1,42)
Nenhum (Nulípara)	35	46,7	
1 (Primípara)	23	30,7	
2 (Secundípara)	11	14,7	
3-4 (Multípara)	2	2,7	
5-8 (Grande Multípara)	4	5,3	

Tabela 2 – Número de consultas de pré-natal por trimestre gestacional. Região Metropolitana de Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Trimestre Gestacional	Número de consultas			Total
	1-3	4-6	7 ou mais	
Primeiro Trimestre	4	-	-	4
Segundo Trimestre	18	5	-	23
Terceiro Trimestre	6	26	16	48
Total	28	31	16	75

Ao relacionar trimestre gestacional com o número de consultas realizadas (tabela 2) observou-se que 28 realizaram de uma a três consultas, 31 de quatro a seis e 10 sete ou mais. Houve predominância de gestantes no 3º trimestre, com 48 (62,6%) entre a 24ª e a 39ª semanas de gestação. Das gestantes que estavam no

terceiro trimestre gestacional, 6 (12,5%) estavam com até três consultas realizadas.

A média de início do pré-natal foi de 1,20 com um DP de 0,40. Houve um predomínio significativo de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, correspondendo a 60 (80%) das gestantes.

Tabela 3 – Distribuição do número de gestantes, segundo a solicitação de exames de rotina do pré-natal. Região Metropolitana de Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Exames	1ª consulta (n=75)		30ª semana (n=42*)	
	N	%	N	%
Grupo sanguíneo e fator Rh				
Sim	74	98.7	-	-
Não	1	1.3	-	-
Hemoglobina /Hematócrito				
Sim	74	98.7	-	-
Não	1	1.3	-	-
Anti-HIV				
Sim	75	100.0	-	-
Não	-	-	-	-
Glicemia em Jejum				
Sim	74	98.7	11	14.7
Não	1	1.3	31	85.3
Sumário de Urina				
Sim	72	96.0	13	17.3
Não	3	4.0	29	82.7
VDRL				
Sim	75	100.0	11	14.7
Não	-	-	31	85.3

*Foram excluídas 33 gestantes que estavam em idade gestacional que não se aplica a solicitação do segundo exame.

Conforme a tabela 3, os exames a serem solicitados na primeira consulta, ou seja, grupo sanguíneo, fator Rh, hemoglobina e hematócrito foram solicitados para 74 (98,7%) das gestantes. As gestantes que não tinham os exames solicitados na primeira consulta, o procedimento foi efetuado em consulta subsequente. Todas as gestantes tiveram o anti-HIV

solicitado. No entanto quando analisado os exames solicitados em torno da 30ª semana gestacional, foi encontrado que de 42 (56%) gestantes que estavam na idade gestacional adequada para realização do exame, em 31 (85,5%) não foi solicitado glicemia em jejum e VDRL, e em 29 (82,7%) não houve solicitação do sumário de urina.

Tabela 4 – Distribuição do número de gestantes, de acordo com o trimestre gestacional, segundo verificação de procedimentos padrões do pré-natal. Região Metropolitana de Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Procedimentos	Trimestre gestacional					
	1º Trimestre (n=4)		2º Trimestre (n=23)		3º Trimestre (n=48)	
	N	%	n	%	N	%
Altura Uterina						
Sim	4	100	20	87.0	45	93.8
Não	0	-	3	13.0	3	6.3
Batimentos Córdio-fetais						
Sim	4	100.0	22	95.7	40	83.3
Não	0	-	1	4.3	8	16.7
Apresentação Fetal						
Sim	4	100.0	19	82.6	33	68.8
Não	0	-	4	17.4	15	31.3
Pressão Arterial						
Sim	4	100.0	23	100.0	48	100.0
Não	-	-	-	-	-	-
Peso						
Sim	4	100.0	23	100.0	48	100.0
Não	-	-	-	-	-	-

Na tabela 4, identificou-se que em todas as gestantes que se encontravam no primeiro trimestre gestacional foram realizados os procedimentos padrões do pré-natal, mesmo aqueles que não se aplicava para a idade gestacional, como apresentação fetal e batimentos córdio-fetais (BCF). Entretanto, a apresentação fetal não

foi verificada em 15 (31,3%) das gestantes que estavam no terceiro trimestre gestacional, assim como os BCF que em 8 (16,7) gestantes não foi auscultado. Medidas como pressão arterial e peso foram verificadas em todas as gestantes.

Tabela 5 - Distribuição do número de gestantes segundo a vacinação contra o tétano. Região Metropolitana de Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Situação vacinal	Trimestre gestacional					
	Primeiro trimestre		Segundo trimestre		Terceiro trimestre	
	n	%	N	%	n	%
Completo	-	-	11	52.2	36	75.0
Incompleto	4	100.0	12	47.8	12	25.0

Com relação ao estado vacinal das gestantes observou-se que das mulheres que estavam no terceiro trimestre gestacional 12 (25%) apresentavam o esquema vacinal incompleto, 3 (6,3%) apenas com uma dose e 9 (18,8%) com duas doses. Foi encontrado em 4

(100%) das gestantes que estavam no primeiro trimestre o esquema vacinal incompleto, porém todas haviam tomado uma dose da vacina, indicando que possivelmente irá concluir o esquema até o final da gestação.

DISCUSSÃO

Estudos foram encontrados concordantes com a média de idade das gestantes da presente pesquisa ($\chi=23,83$; $DP=6,42$). Em estudo de coorte, realizado com 152 gestantes atendidas em uma UBS no município de São Paulo-SP, observou-se que 52 (34%) das gestantes encontravam-se na faixa etária entre 21 a 25 anos⁽⁸⁾. Outra coorte, prospectiva, realizada com 141 gestantes atendidas em um serviço de pré-natal de baixo risco de São Paulo-SP, que atende à população de baixa condição socioeconômica, encontrou predomínio de gestantes na faixa etária entre 20 e 30 anos⁽⁹⁾. Em coorte de 115 gestantes atendidas na ESF de Campina Grande-PB, a média de idade foi de 24 anos⁽¹⁰⁾. Isto significa que as mulheres desta pesquisa e dos estudos levantados estão a gestar, predominantemente, em idade que não representa risco reprodutivo. Por outro lado, de modo preocupante, o estudo verificou 22 (29,3%) de grávidas adolescentes, reafirmado a gravidez precoce como problema importante de saúde pública.

Sobre a escolaridade, em que houve predominância de gestantes em ensino fundamental incompleto, ou seja, 25 (33,3%), resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com 152 gestantes em uma UBS no município de São Paulo-SP, em que 45% tinham o ensino fundamental incompleto⁽⁸⁾. O ensino médio correspondeu a 31 (41,3%) das gestantes, resultado bem abaixo do encontrado em estudo realizado com 219 gestantes atendidas em consulta de pré-natal em uma instituição filantrópica de São Paulo-SP, que detectou 62,1% das gestantes com a referida escolaridade⁽¹¹⁾. Esses achados confirmam a discrepância na escolaridade entre mulheres das regiões Nordeste e Sudeste.

A renda média per capita encontrada foi de R\$ 219,37. Um resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em Fortaleza, Ceará onde 62,1% das gestantes tinham renda familiar até um salário

mínimo⁽¹²⁾. Estudo realizado com gestantes adolescentes evidenciou que o baixo nível socioeconômico tinha como consequência a procura tardia do início do pré-natal comprometendo a qualidade da assistência⁽¹³⁾. O presente estudo favorece estes resultados, pois 19% das gestantes iniciaram o pré-natal no segundo trimestre de gestação. A ocupação de 51 (68,0%) gestantes correspondeu à atividade do lar, enquanto 19 (25,3%) trabalhavam fora de casa.

A média de pessoas por família na pesquisa foi de 3,63 e $DP=1,92$, achado que confirma a contínua queda da fecundidade no país nos últimos anos e que é responsável, em parte, pela diminuição do número de componentes nos domicílios⁽¹⁴⁾. Em 1970, a mulher brasileira tinha, em média, 5,8 filhos. Trinta anos depois, esta média era de 2,3 filhos. Em 2000, com exceção da região Norte, as demais regiões apresentaram taxas de fecundidade próximas à taxa média nacional (2,3 filhos por mulher). A região Sudeste apresentou a menor taxa de fecundidade: 2,2 filhos por mulher. Contudo, a taxa de gravidez na adolescência se mantém elevada (23,0%)⁽¹⁵⁾.

Sobre a ocupação das gestantes, 51 (68%) desenvolviam atividades do lar e 19 (25,3%) trabalhavam fora de casa. Em uma pesquisa de âmbito nacional, 50,7% das 15.575 mulheres em idade fértil não trabalhavam, dentre os motivos o fato de cuidar dos filhos foi referido por 11% das mesmas⁽¹⁴⁾. Isso mostra como a maternidade muda a vida da mulher nos aspectos físicos, emocionais e social, pois muitas dessas mulheres têm que abdicar de sua formação profissional para cuidar dos filhos.

Quanto à condição de união, 61 (81,3%) das gestantes estavam em união consensual ou casadas. Coorte realizada com 141 gestantes, em uma instituição filantrópica do município de São Paulo, revelou que 106 (75,7%) estavam em união consensual ou casadas⁽⁹⁾. Isso contribui para uma melhor qualidade da assistência

do pré-natal, uma vez que os profissionais de saúde devem criar estratégias para incentivar a participação dos companheiros durante as consultas.

Quanto à paridade das gestantes desta pesquisa houve predomínio da nuliparidade, correspondendo a 35 (46,7%). Este resultado foi similar ao encontrado em estudo realizado em cinco UBS com 392 gestantes no município de Pelotas-RS, em que 149 (38%) das gestantes eram nulíparas⁽⁶⁾. Esses resultados são convergentes à baixa taxa de fecundidade do país.

A média de consultas neste estudo foi de 4,65 com um DP de 2,29. O MS preconiza que seja realizado no mínimo seis consultas durante o pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre⁽⁵⁾. Também é recomendado que o pré-natal inicie no primeiro trimestre, devendo ser regular e completo garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas. Com relação ao início do acompanhamento da assistência pré-natal observou-se que 60 (80%) das gestantes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, demonstrando que houve uma captação precoce. Este é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de seus conceitos, pois possibilita a identificação antecipada das gestações de risco, bem como as intervenções necessárias.

Com relação aos exames laboratoriais de rotina do pré-natal preconizados pelo MS, observou-se que o grupo sanguíneo, fator Rh, Hb e Ht, sorologia para sífilis (VDRL) e anti-HIV I e II foram solicitados para 100% das gestantes. É um aspecto positivo para a assistência pré-natal no município pesquisado, pois consegue captar problemas de saúde no início da gravidez e tratá-los corretamente e a tempo quando estes vierem a existir.

No concernente aos exames laboratoriais que devem ser solicitados próximos à 30ª semana de gestação (sorologia para sífilis (VDRL); glicemia de jejum; sumário de urina (tipo 1); observou-se baixa solicitação comparando-se com a primeira consulta, ou

seja, os exames estão disponíveis, faltando, portanto, iniciativa por parte dos profissionais que atendem ao pré-natal (enfermeiros e médicos).

Algumas das complicações na gestação como hipertensão arterial, eclampsia, diabetes gestacional, má formação surgem muitas vezes em mulheres com algum fator predisponente, que cabe ao profissional identificar e abordar durante a gestação. No entanto, em muitas das mulheres com tais complicações não há nenhum sinal, ou história prévia de que tais doenças surgirão. Assim sendo, cabe ao profissional explorar precocemente esses eventos, por meio da verificação da pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina e ausculta dos BCF.

Observa-se desigualdades entre os achados em diferentes regiões do país. Estudo realizado em uma UBS de São Bernardino-SC com 82 gestantes, relevou os seguintes achados para os exames laboratoriais: somente 26 (31,7%) das gestantes realizaram hemograma, 25 (30,4%) fizeram glicemia de jejum, 20 (24,3%) das gestantes fizeram sorologia para sífilis, 21 (25,6%) realizaram sumário de urina e sorologia para toxoplasmose; 10 (12,1%) fizeram sorologia para hepatite e 22 (26,8%) das gestantes realizaram anti-HIV⁽¹⁶⁾.

Um aspecto positivo encontrado no estudo foi que em 75 (100%) das gestantes foi aferido o peso e a pressão arterial. Em outros procedimentos padrões da assistência pré-natal como cálculo da idade gestacional, medição da altura uterina, ausculta dos BCF e verificação da apresentação do feto obteve-se achados satisfatórios. Estudo realizado em uma instituição filantrópica em São Paulo que avaliou 635 prontuários de gestantes em acompanhamento pré-natal observou que a adequação do pré-natal, conforme o registro dos procedimentos realizados nas consultas variou de 92,6% a 97,8%. O procedimento com menor percentual de adequação foi o peso (92,6%) e com maior adequação, o cálculo da idade gestacional (97,8%)⁽¹²⁾. Outro estudo

realizado em 16 unidades de saúde com 61 gestantes no Rio Branco-AC encontrou que em todas as auscultações, os enfermeiros registraram os valores da frequência cardíaca fetal. Entretanto, observou que muitos deles não realizaram a palpação do útero em todas as gestantes, quando auscultadas. O procedimento de verificação da apresentação fetal foi observado em apenas 20 (32,7%) das gestantes. A verificação da altura uterina foi uma habilidade desenvolvida pelos enfermeiros em 55 (90,16%) das gestantes e o cálculo da idade gestacional foi realizado em 41 (93,18%)⁽²⁾.

Durante o estudo observou-se que 47 (62,6%) das gestantes encontravam-se imunizadas contra o

CONCLUSÃO

A assistência pré-natal de qualidade é um dos indicadores de saúde dos municípios e constitui ação fundamental na redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Percebe-se uma interação entre o início precoce do pré-natal com o nível de escolaridade, visto que os investimentos para a melhoria da qualidade da assistência não se restringe somente a saúde, mas também à educação.

Os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal devem explorar a oportunidade de interagir com essas gestantes enfatizando a importância da realização do pré-natal, tornando-as integrantes ativas desse processo.

Todavia o estudo presente limita-se pelo período de realização da pesquisa, não permitindo o acompanhamento durante todo o pré-natal. Sugerem-se novos estudos para o acompanhamento dessas práticas preconizadas pelo PHPN durante as consultas de pré-natal.

Contudo é preciso mais investimentos para incentivar e capacitar os profissionais da atenção básica

tétano (três doses prévias há menos de cinco anos). Estudo realizado em uma UBS de São Bernardino-SC demonstrou-se concordante com os achados revelando que 60,9% das gestantes estavam imunizadas para o tétano⁽¹⁶⁾. A relevância da assistência pré-natal no que diz respeito a imunização das gestantes com o toxóide tetânico está em identificar aquelas que foram vacinadas e tão somente orientá-las, bem como identificar aquelas que já receberam uma ou duas doses e complementar o esquema; ou identificar aquelas história vacinal ou com duvidoso e administrar as três doses, garantindo, assim, a proteção da mãe e da criança.

a exercerem suas práticas com melhores desempenhos. Iniciativas como estas certamente irá melhorar a qualidade do atendimento a gestante nesse período.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves CV, Cesar JA, Sassi RAM. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(11):2507-16.
2. Cunha MA, Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):145-53.
3. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1024-32.
4. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Júnior I, Novaes HMD, Siqueira AAF, Campbell O, Rodrigues LC. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(6):1013-22.

5. Ministério da Saúde (BR). Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Quadros LCM, Meincke SMK, Lopes CV, Vargas NRC, Schneider CC. Avaliando a realização de exames laboratoriais pelas gestantes durante o pré-natal. *Rev Enferm Saúde*. 2011; 1(1):99-106.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS nº196/96 e outras). Série E. Legislação de Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
8. Alencar NG, Gomes LC. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma Unidade com Programa de Saúde da Família. *Saúde Coletiva*. 2008; 4(19):13-7.
9. Stulbach TE, Benício MHA, Andrezza R, Kono S. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(1):99-108.
10. Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim MMR, Benício MHDA, et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2):249-57.
11. Nochiere ACM, Assumpção MF, Belmonte FAL, Leung MCA. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. *Mundo Saúde*. 2008; 32(4):443-51.
12. Silva RM, Bezerra ED, Rodrigues DP, Araújo MA. Consulta pré-natal na perspectiva de gestantes em uma região de saúde de Fortaleza-Ceará. *Cad Saúde Coletiva*. 2009; 17(4):1001-16.
13. Cavalho AYC, Ximenes LB, Fontenele FC, Dodt RCM. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas e acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. *Rev Rene*. 2009; 10(1):53-61.
14. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Fecundidade [Internet]. [citado 2011 mar 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc1>.
16. Assad FM, Rech CRA. Avaliação da atenção pré-natal na Unidade Básica de Saúde de São Bernardino – SC. *Rev Saúde Pública*. 2010; 3(2):20-33.

Recebido: 19/06/2012
Aceito: 05/10/2012