



ORIGINAL ARTICLE

INDICATORS OF QUALITY OF PRENATAL ASSISTANCE: PREGNANTS AT FAMILY'S HEALTH UNIT

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL: REALIDADE DE GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL: LA REALIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Janaiana Lemos Uchoa¹, Ana Amélia da Rocha Sales², Emanuella Silva Joventino³, Lorena Barbosa Ximenes⁴

ABSTRACT

Objective: to characterize a profile of gynecobstetric and to identify the main quality indicators of prenatal pregnant women saw in the Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF). **Method:** it's a documentary study, retrospective and quantitative study of 38 pregnant women. A questionnaire was used with aspects of characterization and of the indicators of the Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento-PPHN. Data was analyzed accord to pertinent literature. The research project has been approved by the Ethics Committee of the UNIFOR (protocol number 039/2009). **Results:** the majority consisted of pregnant women between the ages of 15 and 35 years old, with basic education, one partner, multiple gestations, of low weight and a vaginal childbirth. It was observed that 63.2% of the women had not initiated prenatal care until 14th week of gestation; 52.6% did not attend six or more consultation; 94.7% were immunized against tetanus; 65.8% participated in educational activities on self breast examination and 68.4% received training on breastfeeding. The majority of the pregnant did not obtain tests for hepatitis B, toxoplasmosis, HIV. Only one woman (2.6%) obtained a uterine cytopathology examination during her pregnancy period. **Conclusion:** there was an inadequate prenatal care, because the minimum criteria of PPHN was not fulfilled. Descriptors: maternal and child health; prenatal care; quality of health care; primary health care; quality indicators, health care.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil gineco-obstétrico e identificar os principais indicadores de qualidade do pré-natal de gestantes acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF). **Método:** estudo documental, retrospectivo e quantitativo, com amostra de 38 gestantes. Utilizou-se um formulário abordando aspectos de caracterização da amostra e dos indicadores do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PPHN). O projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR (número de protocolo 039/2009). **Resultados:** predominaram no estudo gestantes com idades entre 15 e 35 anos, Ensino Fundamental, com companheiro fixo, multigestas, com baixo peso e que tiveram parto vaginal. Em relação ao PPHN, observou-se que 63,2% das grávidas não iniciaram o pré-natal até a 14ª semana de gestação; 52,6% não realizaram seis ou mais consultas; 94,7% realizaram a imunização contra o tétano; 65,8% participaram de atividades educativas sobre o exame das mamas e 68,4% receberam orientações sobre aleitamento materno. A maioria das gestantes não realizou sorologias para hepatite B, toxoplasmose e HIV. Apenas uma mulher (2,6%) realizou o exame citopatológico de colo uterino no período gravídico. **Conclusão:** constatou-se uma assistência pré-natal inadequada, pois não foram cumpridos os critérios mínimos preconizados pelo PPHN. **Descritores:** saúde materno-infantil; cuidado pré-natal; qualidade da assistência à saúde; atenção primária à saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil gineco-obstétrico y determinar los principales indicadores de la calidad de la atención prenatal de mujeres embarazadas atendidas en una Unidad Básica de Salud de la Familia (UBASF). **Método:** estudio documental, retrospectivo y cuantitativo, con muestras de 38 mujeres. Utiliza un instrumento sobre características y indicadores del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento (PPHN). Se analizaron datos como la documentación pertinente. El estudio fue aprobó por parte del Comité de Ética de la UNIFOR (número de registro 039/2009). **Resultados:** Predominaron en este estudio mujeres de 15 a 35 años, con educación primaria, compañero fijo, multigravidas, bajo peso y tenían parto vaginal. Mostró que 63,2% de las mujeres embarazadas no han iniciado la atención prenatal hasta la 14ª semana de gestación; 52,6% no tenían seis o más consultas; 94,7% se sometió a la inmunización contra el tétanos; 65,8% participaron de actividades educativas sobre examen de los senos y 68,4% recibieron orientación sobre la lactancia materna. La mayoría de las mujeres no realizaron la serología para hepatitis B, toxoplasmosis y VIH. Sólo una mujer (2,6%) realizó el examen cytopathologic del cuello del útero durante el embarazo. **Conclusión:** Existe una inadecuada atención prenatal, ya que no han alcanzado los criterios mínimos recomendados por el PPHN. **Descriptores:** salud materno-infantil; atención prenatal; calidad de la atención de salud; atención primaria de salud; indicadores de calidad de la atención de salud.

¹Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Pacatuba-CE, especialista em Cuidados Clínicos e Farmacológicos pela Universidade Estadual do Ceará/UEC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: janaianauchoa@yahoo.com.br; ²Enfermeira, mestre do Programa de Saúde da Família de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: ananutri2005@yahoo.com.br; ³Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/UFC. Bolsista do CNPq - Brasil. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: manujoventino@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da UFC, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGenf/UFC. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: lbximenes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A gravidez, além de ser um acontecimento que envolve grandes alterações e transformações bioquímicas, é um período de transição que implica profundas modificações e maturações no plano psicológico, cultural e social. Durante a gestação, a mulher necessita de um acompanhamento adequado, pois caso a assistência prestada no pré-natal não atenda às suas reais necessidades, o processo reprodutivo transforma-se em situação de risco tanto para a mãe quanto para o feto, podendo levar ao óbito.¹

A mortalidade materna é considerada um bom indicador de saúde da população e de iniquidades, sendo vista como um problema social, em razão dos óbitos serem, em sua maioria, ligados a causas evitáveis, à condição econômica insatisfatória das mulheres, à escassez dos serviços de saúde, à carência de informações prestadas às mesmas, bem como a um atendimento que, muitas vezes, não respeita a individualidade e os direitos das cidadãs.²

No Brasil, no ano de 2004, a mortalidade materna foi de 54,4 óbitos por cem mil nascidos vivos, sendo que a mortalidade perinatal, que vai da 28ª semana de vida intra-uterina até o 7º dia após o nascimento, representou a principal responsável pelas taxas de mortalidade infantil.³ No Ceará, em 2005, a taxa de mortalidade materna foi em torno de 80 óbitos por cem mil nascidos vivos, tendo a capital, Fortaleza, liderado com 23 mortes maternas no mesmo ano. A causa principal determinante desses óbitos foi a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).⁴

No Brasil, durante muitos anos, a saúde materno-infantil não foi alvo de políticas de saúde. Entretanto, quando se implementaram os primeiros programas relacionados, estes eram basicamente verticalizados, pautados na dimensão biológica das mulheres e limitados ao modelo biomédico. A saúde da mulher recebia alguma atenção vislumbrando-se a redução da mortalidade infantil, além disso, não se enfatizava o indivíduo e suas particularidades, tampouco seu cuidado integral. A partir de 1983, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, buscou-se um atendimento desta população em todo o seu ciclo de vida, desde a adolescência, iniciando-se uma estratégia com enfoque na promoção da saúde.⁵

Apesar das iniciativas existentes, o Ministério da Saúde, em 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema

Único de Saúde, tendo em vista a necessidade ainda premente de melhorar o acesso e a qualidade do acompanhamento de gestantes e recém-nascidos no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal, bem como de se reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no País.⁶

O referido programa visa, basicamente, incentivar a assistência pré-natal, com a melhoria do acesso, da cobertura e de sua qualidade; organizar a assistência obstétrica e neonatal, além de alterar o sistema de pagamento da assistência ao parto. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, considerada condição essencial para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.⁷

A assistência ao binômio mãe-filho, durante os períodos pré-natal e puerperal, deve ser prioritária a nível nacional, sobretudo no que diz respeito a ações de prevenção e promoção da saúde. Assim, recomenda-se que os profissionais não se limitem a práticas clínico-obstétricas, sendo necessária a realização de atividades de educação em saúde na rotina da assistência integral, levando-se em consideração, de maneira holística, os aspectos sociais, econômicos e culturais que abrangem o binômio.⁸

Sabe-se que intervenções específicas durante o período pré-natal relacionadas à promoção da saúde materna, prevenção dos riscos e garantia de suporte nutricional durante a gestação, além da identificação de critérios para investigação do risco gestacional e referência dos casos considerados de emergência obstétrica, constituem-se em estratégias capazes de reduzir a razão de mortalidade materna.⁹ Apesar disso, estudos demonstram que a assistência durante o período pré-natal ainda mostra-se inadequada de acordo com os indicadores mínimos de assistência.¹⁰⁻¹³

A carência de uma assistência adequada no pré-natal pode implicar diretamente na saúde do binômio mãe-filho, pelo que se torna relevante conhecer o perfil das mulheres atendidas, bem como a qualidade da assistência a elas prestada durante o pré-natal. Dessa forma, a equipe do Programa de Saúde da Família terá maior possibilidade de intervir mais eficazmente no que diz respeito à promoção da saúde dessa população, já que prioriza uma dinâmica de atuação no âmbito de atenção básica.

Assim, objetivou-se caracterizar o perfil gineco-obstétrico e sociodemográfico, bem como identificar os principais indicadores de

qualidade do pré-natal de gestantes acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), de acordo com os indicadores preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

MÉTODO

Estudo do tipo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por toda a população que realizou pré-natal entre janeiro e dezembro de 2007, em uma Unidade Básica de Saúde da Família de um distrito do município de Pacatuba-CE, que atendeu aos seguintes critérios de inclusão: ter realizado, pelo menos, três consultas no pré-natal e não apresentar gravidez de risco. Assim, a amostra compôs-se de 38 gestantes.

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário que abordava dados sociodemográficos e gineco-obstétricos das mulheres, além dos indicadores da qualidade da assistência, de acordo com o preconizado pelo PHPN. Para este estudo optou-se pelos seguintes indicadores: (1) realizar a primeira consulta de pré-natal até a 14ª semana de gestação; (2) garantir a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; (3) realização do ABO-Rh e (4) HB/Ht, na primeira consulta; (5) VDRL, (6) sumário de urina, (7) glicemia de jejum, o primeiro exame um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; (8) sorologia para hepatite B e para (9) toxoplasmose; (10) oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta,

Indicators of quality of prenatal assistance: pregnant...

naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes; (11) aplicação de vacina antitetânica dose imunizante ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; (12) realização de atividades educativas relacionadas ao exame das mamas; (13) orientação quanto ao aleitamento materno (14) classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; (15) coleta do exame citopatológico de colo uterino.⁶

As referidas informações foram obtidas a partir da leitura dos prontuários e das fichas perinatais das gestantes selecionadas. Os dados foram processados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0. A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, sendo estes analisados de acordo com a literatura pertinente.

A pesquisa foi previamente avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sendo realizada respeitando-se os aspectos éticos preconizados pela Resolução 196/96 que trata sobre estudos realizados envolvendo seres humanos¹⁴, sob protocolo nº 039/2009.

RESULTADOS

As características sociodemográficas das gestantes participantes do estudo encontram-se na tabela 1. A maioria delas tinha entre 15 e 35 anos, sendo a idade materna média de 25 anos, encontrando-se a idade mínima de 14 anos e a máxima de 39 anos. Além disso, 18 (47,4%) possuíam Ensino Fundamental completo ou incompleto, sendo considerada uma baixa escolaridade, e 18 (47,4%) tinham companheiro fixo.

Tabela 1. Distribuição das gestantes acompanhadas no pré-natal, segundo as características sociodemográficas e obstétricas de uma UBASF. Pacatuba-CE, 2007.

Variáveis		N	%
Idade	Menor de 15 anos	01	2,6
	15 - 17 anos	08	21,1
	18 - 35 anos	27	71,1
	Maior de 35 anos	02	5,2
Escolaridade	Saber ler e escrever	01	2,6
	Ens. Fundamental	18	47,4
	Ens. Médio	07	18,4
	Ens. Superior	01	2,6
Estado Civil	Não registrado	11	28,9
	Com companheiro	18	47,4
	Sem companheiro	07	18,4
	Não registrado	13	34,2

De acordo com a tabela 2, a maioria das gestantes era multigesta (23 – 61%), já havia experienciado o parto alguma vez (21 – 57%) e teve parto vaginal (29 – 47,4%). Ressalta-se que nove (23,7%) das 38 mulheres estudadas tiveram abortamento. Em relação ao Índice de

Massa Corporal, a maioria das gestantes encontrava-se com baixo peso (14 - 36,9%). Ressalta-se ainda o grande número de informações não registradas no prontuário ou na ficha perinatal.

Tabela 2. Antecedentes obstétricos de gestantes acompanhadas no pré-natal de uma UBASF. Pacatuba-CE, 2007.

Variáveis		N	%
Gestações	Primigesta	14	36,4
	Multigesta	23	61,0
	Não registrado	14	36,4
Dados obstétricos	Gestações (G)	11	28,9
	Partos (P)	21	57,0
	Abortos (A)	09	23,7
Tipo de parto da gestação atual	Vaginal	29	47,4
	Cesáreo	09	23,7
IMC*	Adequado	12	31,2
	Baixo peso	14	36,9
	Sobrepeso	01	2,7
	Obesidade	02	5,3
	Não registrado	09	23,7

*Índice de Massa Corpórea (IMC) calculado na primeira consulta pré-natal das mulheres.

Conforme a tabela 3, contrariando o preconizado pelos indicadores de qualidade da assistência pré-natal, a maioria das grávidas não iniciou o pré-natal até a 14ª semana de gestação (24 – 63,2%), tampouco realizou seis ou mais consultas de pré-natal (20 – 52,6%). Quase a totalidade das gestantes acompanhadas do estudo realizou a

imunização contra o tétano (36 – 94,7%), bem como possuíam algum risco reprodutivo (34 – 89,5%). Verificou-se que a maioria das gestantes não participou de atividades educativas sobre o exame das mamas (25 – 65,8%) ou receberam orientação sobre aleitamento materno durante o período gravídico (26 - 68,4%).

Tabela 3. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal entre as gestantes acompanhadas em uma UBASF. Pacatuba-CE, 2007.

Indicadores	Sim		Não	
	N	%	N	%
Início do pré-natal até a 14ª semana	14	36,8	24	63,2
Seis ou mais consultas	18	47,4	20	52,6
Vacina antitetânica	36	94,7	02	5,3
Participação em atividades educativas sobre exame das mamas	13	34,2	25	65,8
Orientação sobre aleitamento materno	12	31,6	26	68,4
Existência de risco reprodutivo	34	89,5	04	10,5

De acordo com a tabela 4, a maioria das gestantes realizou ABO-Rh (29 – 76,3%), hemoglobina/hematócrito (32 – 84,2%), urinálise (27 – 71,1%), VDRL (32 - 84,2%) e glicemia de jejum (27 – 71,1%). Entretanto,

sorologia para hepatite B (01 – 2,6%), para toxoplasmose (02 – 5,3%) e o teste anti-HIV (14 - 36,8%), bem como exame citopatológico de colo uterino (01 – 2,6%) foram realizados pela minoria das participantes.

Tabela 4. Distribuição das gestantes de acordo com os exames realizados, acompanhadas em uma UBASF. Pacatuba-CE, 2007.

Exames realizados	Sim		Não	
	N	%	N	%
ABO-Rh	29	76,3	09	23,7
Hemoglobina/Hematócrito	32	84,2	06	15,8
Urinálise	27	71,1	11	28,9
VDRL	32	84,2	06	15,8
Sorologia para hepatite B	01	2,6	37	97,4
Sorologia para Toxoplasmose	02	5,3	36	94,7
Glicemia de jejum	27	71,1	11	28,9
Teste Anti-HIV	14	36,8	24	63,2
Exame citopatológico do colo uterino	01	2,6	37	97,4

DISCUSSÃO

Estudos revelam a relação existente entre as condições de saúde da população e sua faixa etária¹⁵, pelo que se torna relevante ter conhecimento da idade das gestantes estudadas para identificar quais as necessidades das mesmas, bem como a melhor maneira de se intervir nos seus determinantes de saúde, durante a assistência pré-natal.

No presente estudo a média da idade das gestantes pode ser considerada satisfatória, visto que a faixa etária considerada favorável para o desenvolvimento de uma gestação e para a ocorrência da parturição é entre os 18 e 24 anos, por ser o período em que os órgãos genitais internos e externos atingem seu pleno desenvolvimento fisiológico e anatômico.¹⁶ Entretanto, deve-se atentar para o fato de terem sido encontradas gestantes com até 14

Uchoa JL, Sales AAR, Joventino ES, Ximenes LB.

anos de idade, primigestas adolescentes que devido à sua imaturidade física e psicológica expõem-se à possibilidade de ocorrência de complicações gestacionais.^{7,16-8}

Apesar do posicionamento discordante de outro estudo¹⁹, as características sociodemográficas da população estudada mostraram-se similares às observadas por outros autores, com predomínio de pacientes jovens e de baixa escolaridade com prevalência do ensino fundamental, os quais inclusive relacionam este fato ao conhecimento materno em relação aos cuidados à sua saúde, bem como ao seu interesse para buscar atendimento.^{7,10,20-2}

Além disso, sabe-se que a baixa escolaridade do grupo pesquisado pode ser um agravante para a saúde das mulheres por ser considerada pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico⁶, podendo estar relacionada com número de consultas de pré-natal.²

Em relação ao estado civil, verificou-se uma prevalência de mulheres com união estável com seus companheiros, corroborando com outro estudo²³, o qual refere que embora se esteja no século XXI, muitas mulheres ainda omitem seu verdadeiro estado civil. Em relação ao exposto, estudo demonstrou que mulheres atendidas em serviços públicos de saúde, de baixa escolaridade e baixa renda familiar, sem companheiro fixo tiveram maiores percentuais de inadequação do uso do atendimento pré-natal.²⁴

Entre as 38 gestantes estudadas, nove (23,7%) tiveram abortamento, índice considerado relevante pelo fato de que não se pode ignorar o sofrimento da mulher e da família que vivenciam tal experiência, sendo encarada por muitas como um trauma e necessitando de uma assistência mais específica, pois a perda de um filho pode influenciar na maneira como as mesmas se comportarão nas próximas gestações, caso ainda desejem engravidar.²⁵

O Índice de Massa Corporal da maioria das gestantes foi classificado como sendo baixo peso (14 — 36,9%), sendo preocupante visto que reflete as condições socioeconômicas vividas por estas famílias que se encontram na iminência de receber mais um membro. Além disso, sabe-se que as condições antropométricas da gestante possuem associação estatisticamente significativa com o risco de baixo peso ao nascer da criança, bem como com o recém-nascido Pequeno para a Idade gestacional (PIG), pelo que se ressalta que um pré-natal de baixa qualidade também aumenta significativamente a chance de PIG.²⁶⁻⁷

Indicators of quality of prenatal assistance: pregnant...

No presente estudo verificou-se que a maioria das gestantes iniciou o pré-natal tardiamente, fato semelhante ocorreu em outro estudo²⁸, o qual referiu que isso pode se dever a uma oferta limitada de vagas e a busca por melhor qualidade na atenção, pois as gestantes, muitas vezes, buscam espontaneamente atendimento em outros serviços para o programa. A relevância em se iniciar o mais precocemente a assistência pré-natal consiste em sua influência positiva sobre a mortalidade materna, perinatal e infantil.¹¹

A média de consultas foi de 6,07 por gestante, onde cinco foram para o enfermeiro e uma para o médico. O máximo de consultas encontrado foi de dez consultas/gestante e o mínimo foi de três consultas/gestante. Ressalta-se que as gestantes que iniciaram o pré-natal após a 14ª semana (25 - 65,8%) não realizaram o mínimo de seis consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo a média de 5,04 consultas por gestante, fato que não se assemelha com outros estudos que vem demonstrando um aumento no número de consultas realizadas.^{24, 28-9}

A realização da imunização antitetânica adequadamente pode ser verificada no presente estudo. Contudo, pesquisas demonstram que a maioria das mulheres não sabe o número de doses que se deve receber para que estejam protegidas contra o tétano, fator que contribui para a baixa cobertura vacinal.³⁰⁻¹

De acordo com as informações contidas nos prontuários das gestantes, a maioria delas não participou de atividades educativas sobre o exame das mamas, mesmo estas sendo periodicamente oferecidas na unidade de saúde estudada, visto que se trata de uma unidade que é incentivada a fazer este tipo de estratégia. A necessidade de programas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama justifica-se pela busca de proporcionar maiores chances de cura e ou sobrevida à mulher acometida. Entretanto, sabe-se que na rede básica de saúde, o atendimento deixa muito a desejar, além da existência de preconceitos e timidez de algumas mulheres no que se refere à realização do auto-exame de mama.

O Ministério da Saúde salienta a importância da realização de atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal.¹ Assim, tornam-se necessárias estratégias de educação em saúde, mediante campanhas educativas que envolvam o auto-exame de mama, a necessidade de prevenção ginecológica anual e o desenvolvimento de ações educativas que envolvem a saúde da mulher.³²

Estudo revelou que somente 7% das gestantes reconheciam a importância e necessidade de realizar exame das mamas durante as consultas de pré-natal.³⁰ Além disso, Marinho et al.³³ encontrou que o conhecimento e a prática de mulheres deixam a desejar em relação ao auto-exame das mamas, mesmo a atitude de 95,9% das entrevistadas tendo sido considerada adequada. O mesmo autor afirma que a assimilação da prática do auto-exame das mamas passa primeiramente pela conscientização da importância deste procedimento pela própria equipe de saúde que atua nas unidades básicas, sendo necessário que esses profissionais estejam continuamente informando à população que frequenta as unidades de saúde, seja de maneira individual ou em trabalho de grupo e utilizando os recursos disponíveis para otimizar a promoção da saúde da população.

A maioria da amostra não recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o período gravídico, contrariando-se aos achados de outro estudo³⁴, que verificou ainda que apesar do elevado índice de orientações em relação à amamentação no período pré-natal (60,9%) este fato não implica necessariamente na efetividade da prática, visto que em 72,7% dos casos houve desmame antes do sexto mês de vida do bebê. Ressalta-se a importância de o profissional possuir segurança em relação às suas orientações, visto que estudo revelou que 20% dos profissionais de saúde em seu período pós-parto acreditavam que o leite materno é fraco e/ou insuficiente, tendo apenas 6,8% mantido a prática até os seis meses de vida dos filhos.³⁵

O aleitamento materno é o principal responsável pelo crescimento e desenvolvimento das crianças e a disseminação de informações em relação a esta prática deve sempre ser incentivada, pois a carência de conhecimento em relação à mesma é uma das principais causas de desmame precoce. Assim, percebe-se a relevância de realizar orientações sobre a amamentação, por parte do enfermeiro, com o intuito de ajudar as mães nesse momento decisivo para sua saúde e do seu bebê.³⁶⁻⁷

Com relação à realização dos exames laboratoriais, a maioria das gestantes o fez de acordo com o preconizado pelo PHPN, com exceção da sorologia para toxoplasmose, hepatite B e teste anti-HIV. A toxoplasmose é uma das infecções mais temidas durante a gravidez, devido ao risco de acometimento fetal (abortamento, crescimento intra-uterino retardado, morte fetal, prematuridade,

malformações), fato que torna fundamental o seu diagnóstico precoce durante o acompanhamento pré-natal.³⁸

No que diz respeito à hepatite B, a transmissão vertical, definida como contágio da mãe para o filho desde a concepção até os cinco anos de idade, assume grande importância na epidemiologia da doença. Enquanto apenas 5 a 10% dos que adquirem a infecção na idade adulta evoluem para a forma crônica; em neonatos, filhos de mães portadoras do vírus da hepatite B (VHB), o risco de isso ocorrer atinge aproximadamente 90%.³⁹ A relevância da detecção precoce da sorologia materna positiva para hepatite B consiste na necessidade da administração concomitante de imunoglobulina humana contra hepatite B (IGHB) e da primeira dose de vacina no recém-nascido, ambas nas primeiras 12 horas após o parto.⁴⁰

Entre as possíveis explicações para este achado encontram-se o início tardio do acompanhamento pré-natal, medo do resultado do exame, como o HIV e a maior concentração de consultas próximo ao término da gravidez, porém este fato corrobora para a necessidade de informações contínuas a estas gestantes através de atividades educativas para conscientizá-las sobre a importância dos exames sorológicos e as possíveis repercussões par o feto.⁷

No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que, até junho de 2005, cerca de 83,7% de soropositividade do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), em crianças menores de 13 anos, ocorreram pela transmissão vertical.⁴¹

Em relação ao exame citopatológico, sabe-se que ainda existe muito mito, pois a população acredita que o mesmo possa causar abortos ou prejudicar o feto.⁷ As infecções cérvico-vaginais constituem problemas frequentes durante o período gestacional, sendo assistência pré-natal uma ótima oportunidade para investigação, tratamento e educação das gestantes em relação a essas infecções.¹⁹

CONCLUSÃO

Neste estudo, objetivou-se caracterizar o perfil gineco-obstétrico e sociodemográfico, identificando os principais indicadores de qualidade do pré-natal das gestantes acompanhadas em uma UBASF, de acordo PHPN.

Observou-se que a assistência na atenção básica enfocada no presente estudo não atendeu ao preconizado pelo PHPN em alguns aspectos, como: a precocidade em relação ao

Uchoa JL, Sales AAR, Joventino ES, Ximenes LB.

início do pré-natal, o número mínimo de consultas a ser realizada, a participação das gestantes em atividades educativas sobre o exame das mamas, a orientação sobre aleitamento materno, a realização de alguns exames sorológicos e do exame citopatológico do colo uterino.

Nessa perspectiva, espera-se que os dados pesquisados auxiliem aos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, na avaliação da prestação de sua assistência pré-natal, na identificação dos critérios do PHPN que mais necessitam de incrementos para sua realização como uma rotina, e na elaboração de orientações e estratégias educativas com vistas à promoção da saúde do binômio de maneira personalizada e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Manual técnico. Pré-natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: MS; 2004.
3. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana Saúde. Painel de indicadores do SUS. Brasília; 2006.
4. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. COPOS/Núcleo de Epidemiologia. Núcleo de Atenção a Saúde Sexual e Reprodutiva. Informe epidemiológico mortalidade materna, dez; 2006.
5. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):651-57.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.
7. Silva ET, Caetano JÁ, Silva ÂRV. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. Rev Bras Prom Saúde. 2006; 19(4): 216-23.
8. Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saude Soc. 2008; 17(2):132-39.
9. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(5): 310-15.
10. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública. 2001;17(1):131-39.
11. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1281-289.
12. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(5): 293-99.
13. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003;25(10):717-24.
14. Ministério da Saúde (BR). Resolução n 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2ª ed. ampl. Brasília: DF; 2003.
15. Ceolin T, Casarin ST, Heck RM. Factors associated to failure of the family planning. Rev Enferm UFPE On Line. 2008; 2(4):329-34.
16. Zugaib M, Sancovski M. O pré-natal. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1994.
17. Branden PS. Enfermagem materno-infantil. Rio de Janeiro: Reischmann Afonso; 2001.
18. Procópio EVP, Araújo EC. Percepções de adolescentes gestantes sobre a gravidez atendidas na clínica de pré-natal. Rev Enf UFPE on line [periódico na internet]. 2007 Jul/Set [acesso em 2009 Abr 20];1(1):28-35. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/5>
19. Leite MCA, Nóbrega MM, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem em gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2009 Abr/Jun [acesso em 2009 Abr 20];3(2):88-94. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/15>
20. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2003; 3(2):187-94.
21. Moura MLS, Ribas Junior RC, Piccinini CA, Bastos ACS, Magalhães CMC, Vieira ML, et al. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. Estud Psicol. 2004;9(3): 421-29.
22. Arcanjo Z, Alves VM, Palmeira ILT, Lopes MVO. Diagnósticos de Enfermagem Referentes ao Sono e Repouso de Gestantes. Rev Enferm

Uchoa JL, Sales AAR, Joventino ES, Ximenes LB.

UERJ [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 Abr 20];14(3):378-84. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>

23. Spindola T, Penna LHG, Progiante JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3):381-8.

24. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2003; 37(4):456-62.

25. Bazotti KDV, Stumm EMF, Kirchner RM. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. Texto Contexto-Enferm. 2009;18(1):147-54.

26. Lima GSP, Sampaio HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. Rev Bras Saude Mater Infant. 2004;4(3):253-61.

27. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):24-9.

28. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cad Saúde Pública. 2006; 22(1):173-79.

29. Cesar JA, Mendoza-Sassi R, Horta BL, Ribeiro PRP, D'Avila AC, Santos FM. et al . Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. J Pediatr. 2006; 82(6):437- 44.

30. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(9):2157-166.

31. Mattos LMBB, Caiaffa WT, Bastos RR, Tonelli E. Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2003;14(5):350-54.

32. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11(1):21-7.

33. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática

Indicators of quality of prenatal assistance: pregnant...

do auto-exame das mamas em centros de saúde. Rev Saúde Pública. 2003; 37(5):576-82.

34. Mestriner MS, Mellin AS, Silva AL. Breastfeeding and wean: study with mothers users from Brazil's unified national health system ambulatory. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2009 Jan/Mar [acesso em 2009 Abr 20];3(1):21-6[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/14>

35. Silva CF, Araújo PM, Bittencourt RA. Aleitamento materno entre profissionais de saúde da família. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2008 Abr/Jun [acesso em 2009 Abr 20];2(2):171-76. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/23>

36. Góes FGB, Rangel RO, Borges RLL. Nurse's educational practices from postpartum women on the Breastfeeding. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2009 Jan/Mar [acesso em 2009 Abr 20];3(1):38-43. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/14>

37. Komarsson KAC; Oriá MOB; Dodt RCM; Almeida PC, Ximenes LB. Conhecimento das mães sobre o aleitamento materno: estudo descritivo. Online Braz J Nurs [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Jul 4];7(2):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1558/361>

38. Isabel TF, Costa PI, Simões MJS. Toxoplasmose em gestantes de Araraquara/SP: análise da utilização do teste de avidéz de IgG anti-*Toxoplasma* na rotina do pré-natal. Scientia Medica. 2007;17(2):57-2.

39. Perim EB, Passos ADC. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(3):272-81.

40. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Guia de Orientações Técnicas Hepatites B e C. São Paulo; 2002.

41. Ministério da Saúde (BR) [homepage da internet]. Boletim Epidemiológico AIDS. 2005 Jan-Jun [acesso em 2009 Jul 4]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/10/21

Last received: 2009/11/16

Accepted: 2009/11/21

Publishing: 2010/01/01

Address for correspondence

Janaiana Lemos Uchoa

Rua Pereira Filgueiras, 2020, sala 602, Aldeota

CEP: 60160-150 – Fortaleza, Ceará, Brasil