



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

PRENATAL CARE: EXAMINING INDICATORS ACCORDING TO CRITERIA OF HUMANIZATION PROGRAM OF PRENATAL AND BIRTH

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: ANALISANDO INDICADORES SEGUNDO CRITÉRIOS DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

ATENCIÓN PRENATAL: EL EXAMEN DE LOS INDICADORES DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DE LA PRENATAL Y NACIMIENTO

Samira Maria Oliveira Almeida¹, Marília Amélia Camurça Ramos², Lauana Pimentel de Melo³, Régia Maria Batista Leite⁴, Fátima Maria da Silva Abrão⁵

ABSTRACT

Objective: to describe and analyze prenatal care, according to criteria of PHPN. **Methodology:** this is about an exploratory and descriptive study, from quantitative approach. Study's subjects were 4131 pregnant women registered in SISPRENATAL from 2002 to 2006. Data were collected through a form applied to SISPRENATAL after approval by the Ethics Committee on Research of the Centre Integrated Health Amauri de Medeiros/CISAM under protocol number CAAE - 0263.0.000.250-08. **Results:** 76.5% of pregnant women started prenatal care until the fourth month of pregnancy. As for exams, 60.3% of them made any classification blood, 24.7% had VDRL full, 59.9% had hemoglobin and hematocrit, 24.86% had complete glucose exam, 24.1%, 26.9% and 46.4%, respectively, underwent urinalysis, HIV testing and were immunized against tetanus. As indicators: consultations, examinations and postpartum period, only 11.1% had them all together, so this is performed six or more consultations, recommended tests and post-partum visit. **Conclusion:** we concluded that the percentages identified can cause negative impacts to the health of mother and baby, and to difficult, consistently, the reduction of maternal and perinatal mortality. Therefore, the study highlights the need to train professionals, to ensure the realization of exam and treatment of complications, to ensure a quality care, while respecting the rights established. **Descriptors:** women's health; prenatal care; pregnant women.

RESUMO

Objetivo: descrever e analisar a assistência pré-natal, segundo critérios do PHPN. **Metodologia:** pesquisa quantitativa do tipo exploratório-descritivo. Os sujeitos do estudo foram 4131 gestantes cadastradas no SISPRENATAL, entre 2002 e 2006. Os dados foram coletados por meio de um formulário aplicado ao SISPRENATAL após aprovação do comitê de ética em pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros - CISAM (CAAE - 0263.0.000.250-08). **Resultados:** 76,5% das gestantes iniciaram o pré-natal até o quarto mês de gestação. Quanto aos exames, 60,3% delas efetuaram classificação sanguínea; 24,7% fizeram VDRL completo; 59,9% realizaram hemoglobina e hematócrito; 24,86% fizeram glicemia completa; 24,1%, 26,9% e 46,4%, respectivamente, realizaram sumário de urina, teste anti-HIV e foram imunizadas contra tétano. Com relação aos indicadores: consultas, exames e puerpério, apenas 11,1% apresentaram todos eles conjuntamente, isto é, realizaram 6 ou mais consultas, os exames preconizados e a consulta puerperal. **Conclusão:** conclui-se que os percentuais identificados podem causar impactos negativos para a saúde da mãe e do bebê, bem como dificultar, consistentemente, a redução da mortalidade materna e perinatal. Portanto, ressalta-se a necessidade de capacitar profissionais, além de assegurar a realização dos exames e tratamento das intercorrências, a fim de garantir uma assistência de qualidade, respeitando os direitos constituídos. **Descritores:** saúde da mulher; cuidado pré-natal; gestantes.

RESUMEN

Objetivo: describir y analizar la atención prenatal, de acuerdo con criterios de PHPN. **Metodología:** investigación cuantitativa, estudio exploratorio-descriptivo. Los sujetos de estudio fueron 4131 mujeres embarazadas registradas en SISPRENATAL entre 2002 y 2006. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario realizado a SISPRENATAL después de la aprobación por el comité de ética en la investigación del Centro Integrado de Salud Amauri de Medeiros - CISAM (CAAE - 0263.0.000.250-08). **Resultados:** 76,5% de las mujeres embarazadas comenzó la atención prenatal hasta el cuarto mes de embarazo. En cuanto a los exámenes, el 60,3% de ellos hizo nada de sangre de clasificación, el 24,7% tenían plena VDRL, el 59,9% tenía la hemoglobina y el hematocrito, 24,86% tenía la glucosa total, el 24,1%, 26,9% y el 46,4%, respectivamente, se sometieron a análisis de orina, pruebas de VIH y fueron inmunizados contra el tétanos. Como indicadores: consultas, exámenes y el período posparto, que el 11,1% tenían a todos, es decir, realiza seis o más visitas, pruebas y recomienda la visita post-parto. **Conclusión:** se concluye que los porcentajes identificados pueden causar impactos negativos a la salud de la madre y el bebé, y difícil, de manera coherente, la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Por lo tanto, el estudio resalta la necesidad de formar profesionales, y garantizar la realización de exámenes y tratamiento de complicaciones, para garantizar una atención de calidad, respetando de los derechos adquiridos. **Descritores:** salud de la mujer; atención prenatal; las mujeres embarazadas.

¹Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Associado UPE/UEPB. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: samira.almeida@ig.com.br; ^{2,3}Enfermeiras especialistas em Saúde Pública. E-mails: mariliamelia@hotmail.com; ³Especialista em Saúde da Mulher, lauanapimentel@hotmail.com; ⁴Mestre em Saúde Coletiva pela UFPE. Professora do Curso de Especialização em Saúde Pública da FACETEC/UPE. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: regialeite@yahoo.com.br; ⁵Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade de Pernambuco/Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (UPE/FENSG). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: fatimabrao@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O desejo de melhorar a qualidade da assistência a saúde da mulher tem sido um dos aspectos abordados desde a década de 80 quando se instalaram lutas reivindicatórias no cenário da saúde e dos direitos reprodutivos.¹

Baseado nisto, o movimento feminista criou um campo de pressão para mudanças nas políticas públicas colocando em evidência especificamente a saúde reprodutiva. Buscando valorizar a mulher, este movimento desempenhou um papel crucial para a consolidação de uma das vertentes da humanização do atendimento, ao questionar os valores instrumentais e masculinos da sociedade industrial, criticando a medicalização do parto e a transformação do nascimento em evento médico.² Dessa forma, criaram-se as condições teóricas e políticas para a assistência à saúde das mulheres e a conquista de direitos específicos na área da reprodução.

Todo esse movimento proporcionou uma discussão de um novo paradigma na atenção à saúde da mulher, que traduziu nas bases do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1984. Este, por sua vez, apresentou um deslocamento de olhar na atenção, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão, de modo que as bases filosóficas deste programa introduziram outros conceitos, como a integridade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa.³⁻⁴

Desta forma, o PAISM proporcionou mudanças significativas no campo assistencial que ampliou o elenco de ações de saúde, baseando-se em um modelo de atenção integral voltada para atividades de assistência clínica ginecológica, ao pré-natal, ao parto e ao puerpério imediato, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal, com aumento da cobertura e da média do número de consultas, bem como quanto ao seu início mais precoce.^{3,5}

Contudo, observou-se que mesmo realizando as ações preconizadas pelo PAISM, a qualidade da atenção e a resposta dos indicadores de resultado foram questionadas, pois embora a assistência pré-natal tenha sido sempre um dos pontos centrais nas ações exercidas nos serviços de saúde, ainda existiam aspectos que deviam ser discutidos como o acesso, a qualidade e a humanização

da atenção, além das intoleráveis taxas de mortalidade materna e perinatal.⁴

Considerando estas elevadas taxas de mortalidade e, levando em conta que o acesso ao atendimento digno e de qualidade são direitos inalienáveis da cidadania, o MS instituiu em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que está baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto procurando resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada, colocando o respeito aos direitos como elemento estruturador. Desta forma, o PHPN busca concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade tanto materna quanto perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; além de ampliar as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante.⁶

Anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e ao parto, o PHPN tem como critérios: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e, três no terceiro trimestre de gestação; uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais: ABO-Rh (classificação sanguínea) e hemoglobina/hematócrito (na primeira consulta); VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) - triagem para sífilis, sumário de urina e glicemia de jejum (sendo um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação); testagem anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), na primeira consulta para os municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.⁴

Assegurando a realização dos critérios estabelecidos, a assistência pré-natal tem como objetivos principais assegurar uma evolução normal da gravidez; preparar a mãe para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido as situações de risco, para que seja possível prevenir as complicações mais frequentes da gravidez e do ciclo puerperal.⁷

Para que seja possível monitorar o cumprimento dos critérios instituídos no PHPN

de forma organizada e estruturada, foi elaborado o Sistema de Informação sobre a Assistência Pré-Natal (SISPRENATAL) que possibilita a avaliação da atenção pré-natal e puerperal a partir do acompanhamento sistemático das gestantes.⁸ Isto é possível por meio dos indicadores de processo, de resultados e de impacto sobre a atenção pré-natal e puerperal, induzindo as intervenções para organização da atenção.⁹

No Brasil, ver-se que embora muitas políticas de saúde sejam elaboradas, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.⁴

Em Pernambuco, na Região Metropolitana e em Recife foi evidenciada uma elevada proporção de mulheres sem acesso a atenção pré-natal nas pesquisas realizadas, tendo sido estimada em 17,1%, 9,7% e 5,6%, respectivamente.¹⁰⁻¹¹

Já no município de Garanhuns não há estudos que retratem a realidade da atenção pré-natal, e por isso se torna importante a realização de pesquisas que analisem este tipo de assistência através dos dados disponíveis nos sistemas de informação.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo: descrever e analisar a assistência pré-natal de acordo com os critérios utilizados no PHPN no município de Garanhuns, no período de 2002 a 2006.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Garanhuns-PE e a população constituída por todas as gestantes cadastradas no SISPRENATAL, no período de 1º de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2006, totalizando uma amostra de 4131.

Os dados foram coletados por meio de um formulário aplicado ao SISPRENATAL, o qual é alimentado mensalmente pelas informações que são obtidas nas Unidades Básicas de Saúde por meio de duas fontes: fichas de

cadastro e o registro diário dos atendimentos. Para análise, os dados foram descritos em números absolutos e percentuais e apresentados em tabelas e gráfico.

As variáveis utilizadas foram: início de pré-natal (1º consulta até o quarto mês de gestação); realização dos exames laboratoriais (ABO-Rh, VDRL, hemoglobina, hematócrito, glicemia de jejum, exame para diagnóstico de HIV e sumário de urina); vacinação antitetânica e consulta puerperal.

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹², que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem, direta ou indiretamente, seres humanos, preservando a confidencialidade e o anonimato das mulheres, dos profissionais e instituições de saúde. Para isto, precedendo o trabalho de campo, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) e só iniciado após a emissão do parecer favorável: CAAE - 0263.0.000.250-08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal 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. Para isso é necessário seguir os parâmetros estabelecidos pelo PHPN, no qual um dos principais critérios definidos é a captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação.⁹

Nesta pesquisa, identificamos um número de 4.131 gestantes cadastradas e acompanhadas pelas Unidades de Saúde no município de Garanhuns, no período de 2002 a 2006. Na Tabela 1 está apresentado o período gestacional que se iniciou o acompanhamento do pré-natal.

Tabela 1. Período de início da primeira consulta de pré-natal. Garanhuns, 2002 a 2006.

Mês	N	%
Até 4º mês	3162	76,5
Após 4º mês	969	23,5
Total	4131	100,0

Fonte: Secretaria de Saúde de Garanhuns - SISPRENATAL 2007

A recomendação de se iniciar o acompanhamento logo que a gestação seja diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco.¹³ Neste estudo, um percentual considerável de gestantes (23,5%) iniciou o pré-natal após o quarto mês de gestação contrapondo-se ao recomendado pelo Ministério da Saúde.

Foi possível identificar, nos resultados encontrados, semelhanças no estudo realizado na cidade do Recife, quando apenas 38% das gestantes iniciaram o pré-natal até os 120 dias. Ainda assim, apresentou melhores percentuais do que os achados nesta pesquisa.¹⁴

Além disso, os achados desse estudo também apresentam similitude aos encontrados nas pesquisas sobre a qualidade e equidade na assistência à gestante no sul do Brasil e na pesquisa que analisa o perfil social das gestantes no município de Teresópolis onde verificaram que 73,5% e 83,1%, respectivamente, das gestantes realizaram a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação.¹⁵⁻¹⁶

A realização da primeira consulta depende, em grande parte, da iniciativa da gestante, que está condicionada por um conjunto complexo de fatores, em que a

disponibilidade e acessibilidade ao programa é parte importante, mas não exclusiva.⁸

A dificuldade de captar precocemente estas gestantes pode ser atribuída à falta de sensibilização dos profissionais acerca da importância do início precoce do pré-natal, e de fatores educacionais como baixa escolaridade das pacientes e de seus companheiros.⁵

Assim, o risco de morte materna, bem como baixo peso da criança ao nascer, perimortalidade, mortalidade neonatal e infantil estão associados também a diminuição da escolaridade, delimitando as influências socioeconômicas da população em relação aos riscos. E estes, por sua vez, estão relacionados desfavoravelmente à precocidade do início do pré-natal, assim como à adesão e à concentração ou número de consultas na atenção as gestantes.¹³

Outro fator considerado um dos principais pontos críticos para assegurar a qualidade da assistência pré-natal é a realização de exames complementares durante a gestação. É possível verificar na tabela 2 deste estudo semelhanças com pesquisa realizada em dois hospitais de referência para gestação de alto risco no Recife, mostrando que os baixos índices é uma realidade não somente das cidades do interior.¹⁴

Tabela 2. Exames realizados durante o pré-natal. Garanhuns-PE, 2002 a 2006.

Exames	N	%
Tipagem sanguínea - OAB (n= 4131)		
Sem ABO	1641	39,7
Com ABO	2490	60,3
VDRL (n= 4131)		
Sem VDRL	1645	39,8
Com VDRL	1465	35,5
VDRL completo*	1021	24,7
Hemoglobina (n= 4131)		
Sem Hb	1656	40,1
Com Hb	2475	59,9
Hematócrito (n= 4131)		
Sem Ht	1656	40,1
Com Ht	2475	59,9
Glicemia de jejum (n= 4131)		
Sem glicemia	1650	39,9
Um exame de glicemia	1454	35,4
Glicemia completo*	1027	24,1
Sumário de urina (n= 4131)		
Sem exame de urina	1672	40,5
Um exame de urina	1463	35,4
Exame de urina completo*	996	24,1
HIV (n= 4131)		
Sem HIV	3019	73,1
Com HIV	1112	26,9

Fonte: Secretaria de Saúde de Garanhuns – SISPRENATAL 2007. *Um exame realizado na primeira consulta e outro próximo a trigésima semana de gestação.

Estes dados podem ser consideradas como reflexo da não solicitação pelos profissionais, como também da dificuldade para realização desses exames ou do sub-registro nos serviços de saúde principalmente da primeira consulta

quando é solicitada a maioria dos exames complementares.⁵ Paralelamente, as equipes de saúde podem não estar preparadas para contemplar ações de divulgação dos programas de pré-natal, identificar

prioridades, buscar pacientes faltosas e, principalmente para interagir como equipe multidisciplinar. Desta forma, a assistência ao pré-natal fica muito aquém de uma atenção desejada, além de, atenuar a estratégia do PHPN.

A não realização destes exames é preocupante já que as possíveis intercorrências maternas, facilmente detectáveis, podem ser mascaradas e, a oportunidade de diagnóstico precoce e prevenção de complicações é consequentemente desprezada, como a anemia, as infecções do trato urinário, o diabetes mellitus, a sífilis e a soropositividade.³

As infecções urinárias são bastante frequentes durante a gestação porque as transformações fisiológicas que ocorrem no trato urinário durante a gravidez facilitam o desenvolvimento de infecções sintomáticas, que muitas vezes já apresentam bacteriúria no momento da concepção.¹⁷ Além disso, outro fator inquietante é que durante a gestação o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são mais restritas, considerando-se a toxicidade das drogas para o feto.

Foi observado que no estudo realizado com gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família na cidade de Patos-PB, 50% destas mulheres apresentaram como diagnóstico de enfermagem: risco para infecção do trato urinário relacionado à maior vulnerabilidade materna secundária às alterações funcionais e anatômicas, evidenciando o quanto é alta a prevalência destas infecções e o quão é importante o diagnóstico precoce.¹⁸

A associação entre infecção urinária e a piora do prognóstico gestacional é conhecida há muito tempo e, traz como complicações, o

trabalho de parto e parto pré-termo, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intraútero, recém-nascidos de baixo peso e óbito perinatal.¹⁷ Desta forma, sugere-se que a utilização da cobertura de um exame importante como o sumário de urina pode servir como um indicador de qualidade do atendimento pré-natal.¹⁹

Quando se trata dos exames para detecção do vírus do HIV, foi observado um percentual muito baixo de gestantes (26,9%) que se submeteram ao teste. Esses resultados são semelhantes aos valores encontrados em pesquisa realizada em Salvador quando foi encontrado somente 17,6% das gestantes que realizaram o exame preconizado pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.²⁰

É de extrema importância a realização deste tipo de exame para que as mulheres diagnosticadas como soropositivas recebam um tratamento adequado, reduzindo o risco de transmissão para o bebê. Para isso, os profissionais de saúde devem exercer seu papel de aconselhador no que diz respeito à realização do teste anti-HIV além da necessidade de elevar a oferta dos exames por parte dos serviços de saúde.²¹

Diante dos baixos índices identificados, é possível afirmar que apesar da ampliação na cobertura da assistência, a qualidade dessa atenção fica comprometida pelo fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no PHPN consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas.⁹

Quanto à imunização da vacina antitetânica - dT (Tabela 3), identificamos que dentre as gestantes cadastradas, 39,7% não receberam nenhuma dose, e apenas 46,4% delas se tornaram imunes.

Tabela 3. Imunização antitetânica (dT) das gestantes durante o pré-natal. Garanhuns, 2002 a 2006.

Imunização - dT	N	%
Sem vacina	1639	39,7
Com aplicação (1° dose)	171	4,1
Com aplicação (2° dose)	201	4,9
Reforço	204	4,9
Imune	1916	46,4
Total	4131	100,0

Fonte: Secretaria de Saúde de Garanhuns - SISPRENATAL 2007

Desta maneira, os dados encontrados confrontam o que é preconizado pelo PHPN por ser considerada uma atividade de absoluto consenso técnico e mesmo assim, ainda

apresenta percentual aquém do ideal. Então, a primeira hipótese para justificar tais percentuais é a ausência de registro das doses aplicadas, reiterando a necessidade de

organização e gestão da assistência. Portanto, como a erradicação dos casos de tétano neonatal ainda é uma meta a ser alcançada, esse indicador merece permanente avaliação.⁴

A prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção pré-natal de qualidade com vacinação das gestantes, da higienização no parto, com uso de material estéril para o corte e clampeamento do cordão e do curativo do coto umbilical, utilizando solução de álcool a 70%. Assim, no

âmbito da assistência pré-natal, é de extrema importância que o profissional investigue a história pregressa de vacinação para proceder à administração de doses subsequentes.⁹

Com relação ao percentual de realização de consultas no pré-natal, de exames e de consulta puerperal (Figura 1), observa-se que das 4.131 gestantes cadastradas no SISPRENATAL, apenas 11,1% realizaram 6 ou mais consultas, todos os exames e a consulta puerperal.

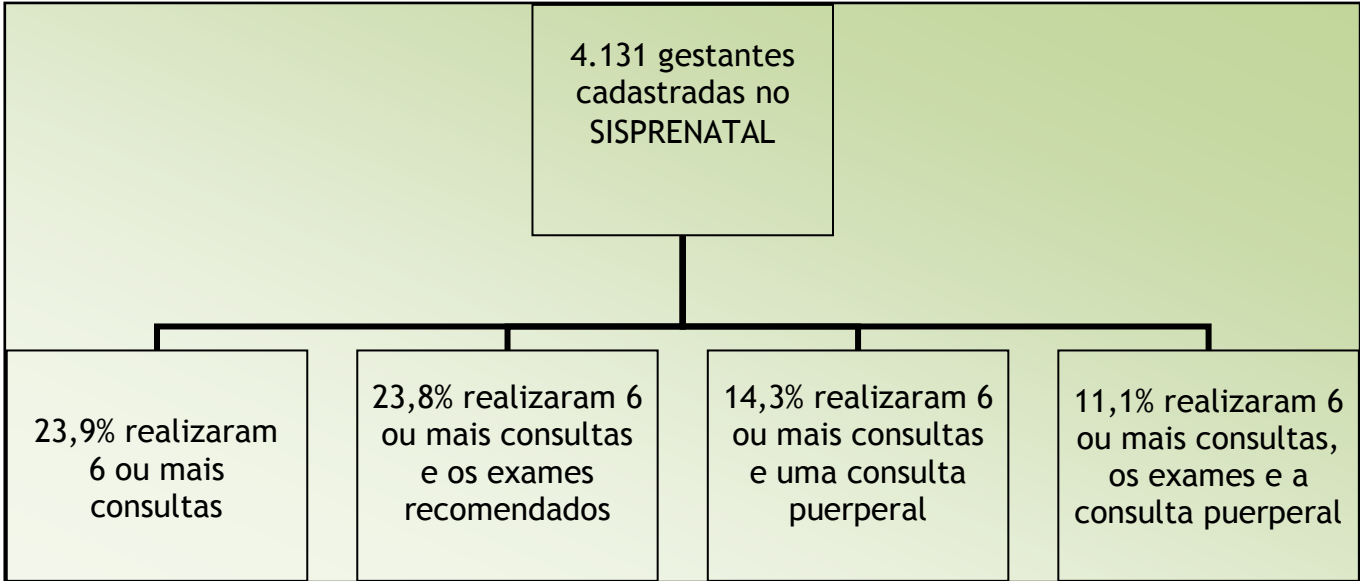


Figura 1. Percentual de realização de consultas de pré-natal, de exames e de consulta puerperal.

Quando todos os critérios preconizados pelo PHPN são analisados conjuntamente, verifica-se nitidamente uma redução drástica dos percentuais, sugerindo deficiência na assistência prestada e indicando que a realização do conjunto de atividades é um grande desafio na atenção pré-natal.⁴

Estes achados corroboram com o estudo sobre a avaliação do PHPN no Brasil no ano de 2002, no qual o percentual de mulheres que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal foram de 22,6%.⁸ Além de observar índices de 11,35% de gestantes que realizaram seis ou mais consultas e todos os exames laboratoriais; 9,43% que realizaram seis consultas e a consulta puerperal e 5,59% de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, todos exames recomendados e a consulta puerperal.⁴

Em 2002 e 2005 foi realizado inquérito transversal em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil visando avaliar a assistência à gestação e ao parto entre mães de menores de cinco anos e foi possível evidenciar que a proporção de mulheres que realizou seis ou mais consultas de pré-natal aumentou de 42% para 52%. Em termos de média, isto significou aumento de aproximadamente uma consulta por gestação no período.²²

A quantidade de consultas realizadas está associada à idade do início do pré-natal, ou seja, quanto mais precoce o pré-natal, mais consultas realizadas, como também, a capacidade do serviço promover a adesão da gestante.

Assim, um indicador significativo das atividades de pré-natal é a proporção entre o início do pré-natal e as consultas de continuação, pois estas representam a assistência que efetivamente está sendo oferecida à mulher. Mede também o grau de interesse revelado pelas pacientes, na proteção de sua saúde, pois se relaciona a frequência mantida por elas.²³

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de 1,2 consultas em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Todavia, esse indicador apresenta diferenças regionais expressivas: em 2003, a taxa de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mulher.⁹

Entretanto, para assegurar qualidade da atenção pré-natal, além de bons resultados na redução dos coeficientes de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas e

mortalidade perinatal precoce, é necessário garantir um atendimento adequado não apenas em relação ao número de consultas, mas também ao conteúdo do atendimento oferecido.²⁴ Há autores que afirmam que o fato de realizar o número de consultas pré-natais não garante a qualidade do cuidado.²⁵

Uma questão crítica da assistência pré-natal é a denominada “alta” do pré-natal, com a ausência de acompanhamento ambulatorial no término do período gestacional, ocasião em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas. Os dados evidenciam que atenção puerperal ainda não está consolidada, pois quando as mulheres retornam aos serviços de saúde, sua preocupação, bem como a dos profissionais de saúde é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido.⁹

Contudo, a consulta no puerpério é em primeira análise, a instância do ciclo gravídico puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém nascido e, portanto um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe, sendo critério indispensável no conjunto de assistência pré-natal no PHPN.^{4,26}

Por fim, considera-se que uma atenção pré-natal e puerperal qualificada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos evitando-se intervenções desnecessárias, bem como do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ter ocorrido uma ampliação na cobertura da atenção à saúde da mulher no decorrer dos anos, em especial após a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, observa-se neste estudo, que grande parte dos indicadores preconizados pelo PHPN apresentou baixos índices e, à medida que os mesmos foram se agregando evidenciaram também reduzidos percentuais concluindo que pequena parcela das gestantes inscritas no programa consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas. Assim, é importante a permanente avaliação do PHPN com o objetivo de aprimorar a qualidade dessa atenção, garantindo melhores resultados maternos e perinatais.

Despreparo dos serviços de saúde para captar precocemente as gestantes, ausência de sensibilização e conscientização da população quanto à importância do início precoce do pré-natal, dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde, não garantia de realização dos exames complementares são alguns dos aspectos apontados neste estudo como pontos críticos de uma assistência deficitária.

Fica claro a necessidade de um empenho coletivo para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal e, por isso, é preciso um esforço adicional no sentido de esclarecer as gestantes a importância da realização de um pré-natal adequado. Esse empenho deve anteceder a chegada da cliente ao serviço de saúde que corresponde ao nível mais básico de assistência, iniciado na comunidade requerendo o desenvolvimento de um processo educativo voltados para as necessidades dessas mulheres.

Concomitantemente a isto, é indispensável lhes assegurar sempre o acesso fácil aos serviços públicos e empenhar-se no constante treinamento dos profissionais que devem atender a essa população, para que melhore não só a cobertura, mas também a qualidade da assistência, assegurando o retorno às consultas puerperais.

Todas essas medidas se revestem de uma maior importância numa sociedade caracterizada por desigualdade social, que é refletida, no campo da saúde, pela relação inversa entre disponibilidade da assistência e as necessidades da população assistida.

Neste sentido, a assistência pré-natal de qualidade é fundamental para redução da mortalidade materna e perinatal visando ao bem-estar da gestante e seu conceito. Portanto, faz-se necessário motivar e capacitar profissionais buscando o comprometimento com a prestação de cuidados no campo da saúde coletiva centrados na promoção da saúde, garantir a realização dos exames e procedimentos da consulta de pré-natal, assegurar o tratamento das intercorrências comuns da gravidez além de organizar o sistema de atendimento entre os níveis, garantindo uma assistência de qualidade respeitando os direitos constituídos.

REFERÊNCIAS

1. Miriam V. Direitos reprodutivos no Brasil [Internet]. 2a ed. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro; 2004 [acesso em 2010 jun 30]. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf

2. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(3):599-613.
3. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad saúde pública*. 2004;20 Supl 2:S220-30.
4. 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 set/out;20(5):1281-9.
5. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. *Rev bras ginecol obstet*. 2002 jun;24(5):293-9.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas Públicas, Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
7. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev saúde pública*. 1993 fev;27(1):49-53.
8. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev bras ginecol obstet*. 2004;26(7):517-25.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
10. Low S, Batista Filho M, Souza AI. Assistência pré-natal no Estado de Pernambuco. Recife: Bargaço; 2001.
11. Carvalho VCP. Fatores que influenciam na realização de um pré-natal não adequado entre as puérperas atendidas em duas unidades de risco na cidade de Recife [dissertação]. Recife: UFPE; 2005.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde, Comissão de Ética em pesquisa. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
13. Costa AM, Guilhem D, Walter MMT. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. *Rev saúde pública*. 2005;39(5):768-74.
14. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do sistema único de saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev bras saúde matern infant*. 2007 jul/set;7(3):309-17.
15. Gonçalves CV, Almeida Cesar J, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cad saúde pública*. 2009 nov;25(11):2507-16.
16. Pinto LF, Malafaia MF, Borges JA, Baccaro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. *Ciênc saúde coletiva*. 2005 jan/mar;10(1):205-13.
17. Duarte G, Marcolin AC, Gonçalves CV, Quintana SM, Berezowski AT, Nogueira AA, Cunha SP. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. *Rev bras ginecol obstet*. 2002 ago;24(7):471-7.
18. Leite MCA, Nóbrega MM da, Nóbrega MML da. Nursing diagnosis in pregnant women assisted at family's health unit. *Rev enferm UFPE on line* [periódico da internet]. 2009 abr/mai [acesso em 2010 fev 12];3(2):88-94.
19. Silveira MF, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Victora CG. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. *Rev saúde pública*. 2008;42(3):389-95.
20. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O Panorama da atenção no Brasil e o programa de humanização no pré-natal e nascimento. *Rev bras saúde matern infant*. 2004 jul/set;4(3):269-79.
21. Nascimento ER, Rodrigues QP, Paiva MS. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev bras saúde matern infant*. 2007 abr/jun;7(1):191-7.
22. Chrestani MAD, Santos I S, Almeida Cesar J, Winckler L S, Gonçalves T S, Neumann N A. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões norte e nordeste do Brasil. *Cad saúde pública*. 2008 jul;24(7):1609-18.
23. Ciari Jr C, Santos JF, Almeida PAM. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. *Rev saúde pública*. 1972 dez;6(4):361-70.
24. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev bras saúde matern infant*. 2005 dez; 5 Supl 1:S23-32.
25. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da

Almeida MO, Ramos MAC, Melo LP de et al.

Prenatal care: examining indicators according to criteria...

estrutura e do processo. Cad saúde pública. 2001 jan/fev;17(1):131-9.

26. Nascimento ER, Rodrigues QP, Almeida MS. Prenatal care quality indexes of public health services in salvador, bahia. Acta paul enferm. 2007;20(3):311-5.

Sources of funding: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/05/17

Last received: 2010/07/11

Accepted: 2010/07/18

Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Samira Maria Oliveira Almeida
Rua João Sales de Menezes, 419, 302B
CEP: 50670-390 – Iputinga, Recife,
Pernambuco, Brasil