

MANUELA BARRETO SILVA

**A ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM GESTANTES ATENDIDAS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PALMAS – TO 2009.**

BRASÍLIA – DF, 2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MANUELA BARRETO SILVA

**A ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM GESTANTES ATENDIDAS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PALMAS – TO 2009.**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção Título de Mestre em Ciências
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA – DF

2010

MANUELA BARRETO SILVA

**A ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM GESTANTES ATENDIDAS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PALMAS – TO 2009.**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção Título de Mestre em Ciências
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 23 de junho de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro – (presidente)
Orientador - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Antônio Carlos Rodrigues da Cunha
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Stella Maris Hidelbrand
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos meus pais, meus grandes incentivadores, pelo apoio, carinho, e porque junto comigo, acreditaram que este sonho seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e porque tem sido meu refúgio e fortaleza todos os dias de minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, pela disposição durante os encontros de orientação, pelos valiosos ensinamentos e pela maneira tranqüila e generosa com a qual conduziu-me neste longo e contínuo processo de aprendizagem.

Às minhas colegas, companheiras e amigas, Jessimira e Renata. Durante estes meses compartilhamos aprendizados, lutas, vitórias. Graças a vocês tudo se tornou mais fácil. Vocês são um presente em minha vida.

A Ossivan, Kátia e família, pelo acolhimento e alegria com a qual sempre me receberam. Todas as vezes foi como se eu estivesse em casa e em família.

Às minhas amigas Solange, Ruth e Valéria, pela disposição, estímulo e sugestões. Mesmo em meio a tantas atividades e ocupações, vocês conseguiram encontrar tempo para ajudar-me nesta jornada.

SILVA. Manuela Barreto. **A adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO 2009.** 2010. 97p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília – UnB. Brasília - DF.

RESUMO

Introdução: a assistência pré-natal visa promover bem-estar materno e fetal, sendo sua adequação uma condição importante para que se garanta a efetividade dos cuidados às gestantes. **Objetivo:** avaliar a adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Material e métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo envolvendo uma amostra de 101 puérperas que realizaram pré-natal na Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram coletados em maternidade pública até 24 horas após o parto, no período de julho a dezembro de 2009, por meio de entrevistas com as puérperas e dos cartões de gestante. A adequação do pré-natal foi baseada no índice de Kotelchuck modificado e índice proposto por Silveira e Santos. **Resultados:** a média de consultas por gestante foi 6,4; idade gestacional média de início do pré-natal foi 13,4 semanas. Segundo o índice proposto por Silveira e Santos, 68 (67,3%) puérperas tiveram o pré-natal considerado adequado e 33 (32,7%) delas não-adequado. De acordo com o índice de Kotelchuck modificado, identificou-se pré-natal mais que adequado em 53 (52,5%) puérperas, adequado em 20 (19,8%), inadequado em 15 (14,8%) e intermediário em 13 (12,9%). **Conclusão:** verificou-se que a maioria das gestantes eram adultas jovens; não-brancas; com renda familiar até dois salários mínimos e escolaridade superior a oito anos. A maioria das puérperas recebeu assistência pré-natal adequada, embora a assistência pré-natal precise ser revista qualitativamente.

Palavras-chave: assistência pré-natal, adequação, Estratégia de Saúde da Família.

SILVA. Manuela Barreto. **The adequacy of prenatal care for women attended by Family Health Strategy in Palmas- TO 2009.** 2010. 97p. Dissertation (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília – UnB. Brasília - DF.

ABSTRACT

Introduction: prenatal care provided to pregnant women seeks to promote both maternal and fetal well-being and its adequacy is an important condition to ensure effective care for these women. **Objective:** To evaluate the adequacy of prenatal care for women attended by Family Health Strategy in Palmas, TO, in 2009. **Materials and Methods:** a descriptive epidemiological study was carried out involving a sample of 101 postpartum women who had received prenatal care under the Family Health Strategy. The data were collected at a public maternity hospital up to 24 hours after delivery, from July to December 2009. The data were collected from the pregnant women's cards and through interviews with the postpartum women. The adequacy of the prenatal care was based on the modified Kotelchuck index and the index proposed by Silveira and Santos. **Results:** The average number of visits by the pregnant women was 6.4; the average gestational age at the beginning of prenatal care was 13.4 weeks. According to the index proposed by Silveira and Santos, prenatal care was considered adequate for 68 (67.3%) postpartum women and not adequate for 33 (32.7%) of them. According to the modified Kotelchuck index, prenatal care was identified as more than adequate for 53 (52.5%) postpartum women, adequate for 20 (19.8%), inadequate for 15 (14.8%), and intermediate for 13 (12.9%). **Conclusion:** The study found that the majority of the women who sought assistance from the Family Health Strategy were young adults, non-whites, with a family income until two minimum salaries, and over eight years of schooling. Most postpartum women received adequate prenatal care, even though this prenatal care needs to be qualitatively reviewed.

Key Words: prenatal care, adequacy, Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação da adequação da assistência pré-natal conforme índice de Kotelchuck modificado	37
Quadro 2	Classificação da adequação da assistência pré-natal conforme índice proposto por Silveira e Santos	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição de entrevistas segundo faixa etária, Palmas-TO, 2009 ...	40
Figura 2	Distribuição de entrevistas segundo renda familiar, Palmas-TO, 2009	42
Figura 3	Distribuição de entrevistas segundo grau de escolaridade, Palmas-TO, 2009	43
Figura 4	Distribuição de entrevistas segundo ocupação, Palmas-TO, 2009	45
Figura 5	Distribuição de entrevistas segundo número de gestações, Palmas-TO, 2009	46
Figura 6	Distribuição de entrevistas segundo número de partos normais, Palmas-TO, 2009	47
Figura 7	Distribuição de entrevistas segundo número de cesáreas, Palmas-TO, 2009	48
Figura 8	Distribuição de entrevistas segundo número de abortos, Palmas-TO, 2009	49
Figura 9	Distribuição de entrevistas segundo número de registros da idade gestacional, Palmas-TO, 2009	53
Figura 10	Distribuição de entrevistas segundo número de registros do peso materno, Palmas-TO, 2009	54
Figura 11	Distribuição de entrevistas segundo número de registros da altura uterina, Palmas-TO, 2009	56
Figura 12	Distribuição de entrevistas segundo ano da realização do último exame citopatológico, Palmas-TO, 2009	59
Figura 13	Distribuição de entrevistas segundo número de consultas de pré-natal, Palmas-TO, 2009	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de entrevistas segundo número de registros da idade gestacional, pressão arterial, batimentos cardíofetais e altura uterina nos cartões de gestante, Palmas-TO, 2009	52
Tabela 2	Distribuição de entrevistas segundo número de registros da apresentação fetal nos cartões de gestante, Palmas-TO, 2009	58
Tabela 3	Distribuição de entrevistas segundo registro dos exames laboratoriais nos cartões de gestante, Palmas-TO, 2009	61
Tabela 4	Distribuição de entrevistas segundo idade gestacional de início do pré-natal, Palmas-TO, 2009	65
Tabela 5	Distribuição de entrevistas segundo número consultas de pré-natal, Palmas-TO, 2009	67
Tabela 6	Distribuição de entrevistas segundo adequação do pré-natal e características socioeconômicas maternas, Palmas-TO, 2009.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AU	Altura Uterina
BCF	Batimentos Cardíofetais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DPP	Data Provável do Parto
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DUM	Data da Última Menstruação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Hb/Ht	Dosagem de Hemoglobina/Hematócrito
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER..	18
2.2 ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	19
2.3 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	21
2.4 EXAMES LABORATORIAIS.....	22
2.5 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	24
2.6 PERÍODO FETAL E SUAS REPERCUSSÕES.....	25
2.7 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	27
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 MATERIAL E MÉTODOS	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	30
4.2.1 Características do município em estudo	30
4.2.2 Local do estudo	31
4.2.3 Fluxo do atendimento às gestantes no hospital	31
4.3 AMOSTRA.....	32
4.4 TÉCNICA DE SELEÇÃO DA AMOSTRA	32
4.5 FONTE DE COLETA DE DADOS	33
4.5.1 Critérios de inclusão	33
4.5.2 Critérios de exclusão	33
4.6 COLETA DE DADOS	34
4.7 PROCEDIMENTOS.....	35
4.8 VARIÁVEIS.....	36
4.9 REFERÊNCIA DE CLASSIFICAÇÃO DA ADEQUAÇÃO.....	36
4.9.1 Índice de Kotelchuck modificado	37
4.9.2 Índice proposto por Silveira e Santos	37
4.10 ANÁLISE DE DADOS	38
4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40

5.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS PUÉRPERAS	40
5.2 CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS	46
5.3 EXAME CLÍNICO-OBSTÉTRICO.....	50
5.4 EXAMES LABORATORIAIS.....	60
5.5 ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	64
5.5.1 Adequação segundo índice de Kotelchuck modificado	68
5.5.2 Adequação segundo índice proposto por Silveira e Santos	69
5.6 ADEQUAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS.....	71
5.6.1 Adequação do pré-natal e idade materna	72
5.6.2 Adequação do pré-natal e etnia.....	73
5.6.3 Adequação do pré-natal e renda familiar	74
5.6.4 Adequação do pré-natal e escolaridade.....	75
5.6.5 Adequação do pré-natal e situação conjugal.....	76
5.6.6 Adequação do pré-natal e trabalho remunerado	77
6 CONCLUSÕES	79
7 SUGESTÕES	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICES	91
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	92
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	95
ANEXOS	97
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	98
ANEXO B – ANEXO I DA PORTARIA 569/GM.....	99

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), pré-natal é a assistência prestada à gestante desde o início da gravidez, visando à melhoria das condições de saúde para mãe e feto, prevenindo problemas que podem afetar ambos durante os nove meses de gestação, possibilitando, que, no fim da gestação, ocorra o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (1).

A assistência pré-natal é parte integrante da atenção básica, a qual se constitui numa prática universal de saúde, devendo ser pautada na abordagem integral do indivíduo, porém faz-se necessário que a gestante seja assistida em seu contexto familiar, socioeconômico, epidemiológico e cultural (2). A atenção pré-natal tem o objetivo de realizar o atendimento precoce às gestantes, possibilitando a detecção de condições anormais e fatores de risco, com o intuito de proporcionar uma assistência efetiva e em tempo oportuno (3).

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, declara a saúde como sendo um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. A lei 8.080, de 19 de dezembro de 1990, regulamenta em todo o território nacional as ações de saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios a universalidade, equidade, descentralização e integralidade das ações (4).

A Portaria GM nº 570/2000 estabelece o incentivo à assistência pré-natal, atrelando o recebimento de tal incentivo à disponibilização de um sistema de assistência ao pré-natal, parto, puerpério e período neonatal devidamente organizado e adequado ao plano regional do Estado, com definição de unidade de referência para o diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar à gestante, inclusive às de alto risco (5).

A portaria 590, de junho de 2000, institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e normatiza que instituições federais, estaduais e municipais devem trabalhar de forma articulada com intuito de promover ações voltadas à melhoria da assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos

umentando o acesso a estas ações e incrementando sua qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (5).

Os princípios gerais e condições estabelecidas nesta portaria preconizam que a primeira consulta pré-natal deve ser realizada até o quarto mês de gestação, número mínimo de seis consultas, uma delas no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre. Na primeira consulta devem ser solicitados os seguintes exames: tipagem sanguínea/fator Rh, dosagem de hematócrito/hemoglobina, exame anti-HIV, glicemia de jejum, triagem para sífilis (VDRL) e exame de urina tipo 1, sendo que os três últimos exames devem ser realizados novamente na 30ª semana de gestação. A mesma portaria normatiza a realização de atividades educativas e atualização da vacinação antitetânica (5).

Por meio do PHPN, o Ministério da Saúde busca garantir o acesso, qualidade e humanização do acompanhamento pré-natal. Todas as Unidades Básicas de Saúde do SUS devem oferecer atendimento adequado com assistência à saúde frequente. Estão incluídos na política do Governo Federal, a realização de exames laboratoriais e o fornecimento de medicamentos, vacinas e outros tratamentos necessários, como por exemplo, o odontológico (6).

Toda gestante deve vincular-se a uma unidade de saúde, receber o cartão de gestante contendo informações relativas ao seu estado de saúde, o qual será atualizado a cada consulta e servirá como elo entre a assistência pré-natal e a assistência hospitalar (7). De acordo com Alencar e Gomes, o principal objetivo da assistência pré-natal, na Unidade de Saúde da Família, é o acolhimento de todas as necessidades da gestante assim que ela procura o serviço de saúde (8).

O eixo estruturante da atenção básica é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa, principalmente, à prevenção e diagnóstico precoce das enfermidades e assiste integralmente a população de uma área de abrangência em uma Unidade Básica de Saúde. A equipe de saúde da família deverá conhecer o número de gestantes da área de abrangência, programar e avaliar as ações de saúde, captar precocemente a gestante para início de pré-natal, seguir o protocolo do Ministério da Saúde, solicitar e avaliar os exames laboratoriais e realizar o exame clínico-obstétrico em cada consulta (9).

A assistência pré-natal adequada é um dos indicadores de saúde dos municípios e uma ferramenta fundamental para redução da morbi-mortalidade perinatal. A qualidade do pré-natal está vinculada a fatores como: número de consultas, exames solicitados, ações educativas e principalmente a capacitação dos profissionais que assistem às gestantes. Desta forma, a ESF se apresenta como uma alternativa viável e promissora no campo do atendimento humanizado (7).

Ao proceder ao atendimento pré-natal, faz-se necessário considerar a idade da gestante, e, segundo, apesar das mudanças ocorridas em relação à sexualidade nos últimos anos, a gravidez na faixa etária de doze aos dezoito anos continua sendo, por razões sociais, econômicas e culturais, uma fonte de tensão para a adolescente e seus familiares (10). A gravidez, independente do meio cultural ou social em que tenha ocorrido, desempenha um papel fundamental na determinação das futuras oportunidades para estas mulheres (11).

A assistência pré-natal tem relevância tanto para o bem-estar materno quanto fetal e tem por finalidade a redução da morbi-mortalidade materna e perinatal. Por meio do pré-natal pode-se prevenir, diagnosticar e tratar patologias que ocorrem durante a gestação, pois grande parte das complicações maternas e fetais pode ser diagnosticada e tratada precocemente, diminuindo a ocorrência dos óbitos, patologias, complicações e internações hospitalares; mas para isso é preciso que seja realizada uma assistência pré-natal de qualidade (12).

O pré-natal adequado contribui para a redução da taxa de óbitos maternos e neonatais e para a redução dos custos hospitalares, haja vista, que as complicações no pós-parto geram custos adicionais com os cuidados com recém-nascidos e puérperas no que se refere às despesas com consumo de medicamentos, materiais e insumos, internações hospitalares e realização de procedimentos de média e alta complexidade (13).

As informações sobre o tema, especialmente sobre o número de consultas pré-natais, em que período da gestação iniciou-se este cuidado e acesso à realização de exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos são elementos fundamentais para o atendimento dispensado (14). Estes fatores podem afetar a saúde do concepto e podem estar relacionados a problemas como baixo

peso ao nascer, prematuridade, complicações neonatais e com possíveis repercussões negativas sobre o futuro do recém-nascido (12).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o MS a gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução geralmente se processa sem intercorrências. As observações clínicas e as estatísticas demonstram que cerca de 90% das gestações começam e terminam sem complicações. Estas são as chamadas gestações de baixo risco, no entanto, em determinados casos, a gravidez já se inicia com problemas ou estes surgem posteriormente e apresentam maior chance de terem evolução desfavorável, para o feto, mãe ou para o binômio. Estas gestações são classificadas como sendo de alto risco e demandam um atendimento ainda mais cuidadoso e vigilante devido ao risco de ocorrerem eventos adversos (8).

As consultas do pré-natal de baixo risco podem ser realizadas na unidade de saúde ou durante as visitas domiciliares. Recomenda-se que o intervalo entre as consultas seja de 4 semanas até a 36ª semana de gestação e que, a partir desta idade gestacional, as consultas sejam semanais, com o intuito de identificar eventuais alterações na saúde materno-fetal por meio de avaliações clínicas como: identificação da movimentação fetal, aferição dos batimentos cardíacos (BCF), pressão arterial, verificação de edema (2).

O cuidado pré-natal é uma importante ferramenta que pode ser utilizada na redução destas desigualdades. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde, cerca de 20 milhões de mulheres, em todo o mundo, apresentam complicações agudas durante a gestação e ocorrem aproximadamente 529 mil óbitos por ano causados por complicações durante o ciclo gravídico-puerperal (15).

No Brasil, o óbito materno é subestimado e o fato dos óbitos maternos serem eventos relativamente raros e dispersos, em território nacional, dificulta o estudo dos seus determinantes e sua percepção como um grave problema de saúde pública (16). A saúde da mulher tem sido considerada uma prioridade na assistência à saúde no país, entretanto ainda ocorre um número elevado de mortes de mulheres por causas maternas evitáveis (17)

2.1 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Em 1983, o Ministério da Saúde lançou o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), o qual apresentou um enfoque diferente ao abordar a fecundidade feminina e propor atenção à saúde reprodutiva não mais voltada para o controle de natalidade ou ações isoladas de planejamento familiar, mas pautado na integralidade da assistência (18).

Embora o termo saúde reprodutiva só tenha sido utilizado no final da década de 1980, o PAISM já contemplava mais do que o planejamento familiar e buscava integralidade na atenção à saúde da mulher, conforme adotado pela Organização Mundial de Saúde (1988), consolidada no Cairo (1994) e em Beijing (1995). Até a implantação do PAISM a política de atenção à mulher estava centrada apenas no cuidado materno-infantil, ocupando-se da mulher somente enquanto encontrava-se no ciclo gravídico-puerperal e no seu papel de reprodutora (18).

Após a implantação do PAISM, a assistência pré-natal foi disponibilizada para um número maior de mulheres e embora tenham ocorrido mudanças significativas no que se refere ao aumento da cobertura e número de consultas, os indicadores relativos à morbidade e mortalidade materna e perinatal continuam insatisfatórios em todo país, ainda que com diferenças regionais. Considera-se que estas condições poderiam ser melhoradas mediante ao aprimoramento dos programas de assistência às gestantes (19).

O SUS introduziu importantes modificações no sistema de saúde brasileiro, institucionalizando a universalidade da cobertura dos serviços em território nacional, bem como, a implementação de outros princípios como equidade, integralidade e descentralização (15). Programas governamentais têm sido instituídos com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna por meio da implantação de políticas públicas voltadas para melhoria da assistência pré-natal (20).

O conceito de integralidade representou um grande desafio para profissionais de saúde e gestores, visto que, o cuidado até então fragmentado pouco resolutivo

deveria ser prestado de forma diferente para responder aos problemas das mulheres, atendendo-as como sujeito do próprio cuidado e detentoras de direitos relacionados à sexualidade e reprodução (13).

Um estudo realizado por Travassos e colaboradores, com o objetivo de avaliar o padrão de equidade no consumo de serviços de saúde antes e depois da implementação do SUS, nas regiões Nordeste e Sudeste, utilizando dados disponíveis em 1989 e 1996/1997, demonstrou que múltiplos fatores interferem no acesso aos serviços de saúde, provocando desigualdades, distanciando a realidade encontrada dos ideais de igualdade e equidade propostos pelo SUS. O Nordeste apresentou taxas de morbidade mais elevadas quando comparado ao Sudeste. Esse estudo evidenciou que os indivíduos mais pobres têm menor acesso aos serviços de saúde e que o risco de adoecer é inversamente proporcional à renda e proporcional ao consumo dos serviços de saúde (15).

2.2 ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Para avaliar a adequação do pré-natal, um dos índices existentes é o de Kotelchuck modificado, que é uma variante do índice de Kessner, que contempla o mês do início do pré-natal e o número total de consultas. Este índice, desenvolvido pelo Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências da América do Norte, em 1973, tem a finalidade de avaliar o desempenho dos programas de atenção pré-natal. Desde então vem sofrendo modificações, buscando uma maior adequação, destacando-se o trabalho de Kotelchuck que, partindo do índice de Kessner, ponderou o número de consultas pré-natais pela idade gestacional e criou categorias de adequação da atenção pré-natal (12).

Segundo o índice de Kotelchuck, o valor 1 (inadequado) é atribuído às puérperas que iniciaram o acompanhamento depois do 4º mês e fizeram menos de 50,0% das consultas esperadas para a idade gestacional; valor 2 (intermediário) para aquelas que iniciaram os cuidados pré-natais antes ou durante o 4º mês e fizeram 50,0 a 79,0% das consultas esperadas; valor 3 (adequado) para aquelas que

iniciaram o pré-natal antes ou durante o 4º mês e fizeram 80,0 das 109,0% de consultas e valor 4 (mais que adequado) para aquelas que tiveram o início do pré-natal antes ou durante o 4º mês e tiveram 110,0% das consultas ou mais em relação ao esperado para a idade gestacional. No que se refere ao número de consultas, o parâmetro utilizado pelos autores para avaliar o pré-natal foi a realização de seis consultas em uma gestação a termo (12).

O escore de Kotelchuck foi adaptado para inserir as mulheres que não fizeram pré-natal, excluídas da análise na proposta original do escore e identificadas neste estudo como grupo 1. No grupo 2, classificado como inadequado, o escore original contempla apenas as gestantes que iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação e fizeram menos de 50,0% das consultas esperadas. Foi incluído, além disso, neste grupo, as mulheres que haviam iniciado o pré-natal após o quarto mês e que fizeram um número de consultas maior do que 50,0% do esperado, bem como mulheres que tiveram um número de consultas abaixo de 50,0% do esperado, embora tenham iniciado o pré-natal até o 4º mês de gestação. Os grupos 3, 4 e 5, considerados intermediário, adequado e mais que adequado ou intensivo, foram mantidos com as mesmas definições dos grupos 2, 3 e 4 do escore original de Kotelchuck (12).

Coimbra e colaboradores propuseram um índice para a avaliação da adequação do pré-natal baseado no calendário mínimo do Ministério da Saúde do Brasil com as seguintes categorias: casos ignorados (mulheres que não souberam informar o mês de início do pré-natal ou número de consultas), pré-natal ausente (não realizaram pré-natal), inadequado (pré-natal iniciado após o 6º mês ou número de consultas abaixo do mínimo recomendado para a idade gestacional), intermediário (pré-natal iniciado até o 6º mês de gestação e cinco consultas para uma gestação a termo e menor número de consultas de acordo com idade gestacional), adequado (pré-natal iniciado até o 4º mês de gestação e número mínimo de 6 consultas para gestação a termo ou menor número de consultas de acordo com idade gestacional) (21).

Silveira e colaboradores realizaram um estudo transversal descritivo por meio da auditoria de registros médicos com o objetivo de avaliar a estrutura e o processo de atendimento pré-natal nas unidades de atenção primária, em Pelotas. Os dados

foram coletados a partir da ficha de pré-natal ou prontuário e de um questionário. O índice utilizado para avaliar o pré-natal foi o índice de Kessner modificado por Takeda (22).

Segundo tal índice, o pré-natal pode ser classificado em adequado (seis ou mais consultas de pré-natal e iniciado antes de vinte semanas), inadequado (início do pré-natal após 28 semanas ou menos de 3 consultas) e intermediário (demais situações). Os autores avaliaram a adequação da assistência pré-natal adicionando a este índice os exames complementares (VDRL, exame de urina 1 e hematócrito/hemoglobina) e os procedimentos clínico-obstétricos da consulta de pré-natal, tais como: medida da altura uterina (AU), identificação da apresentação fetal, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, verificação do edema, aferição da pressão arterial, cálculo da idade gestacional e aferição do peso (22).

Outro índice de adequação do cuidado pré-natal foi proposto por Silveira e Santos classifica o pré-natal em adequado e não-adequado a partir das seguintes variáveis: número de consultas, idade gestacional do início do pré-natal, vacinação antitetânica, registro dos BCF, pressão arterial, altura uterina, peso da gestante e registro dos exames: dosagem de hemoglobina/hematócrito, exame de urina tipo 1, VDRL e tipagem sanguínea (23).

2.3 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Para o Ministério da Saúde, humanização é a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção dos cuidados em saúde (usuários, trabalhadores e gestores) entendendo-os como atores e protagonistas de todo processo, atuantes no estabelecimento de vínculos solidários e de participação no processo de gestão, identificação das necessidades sociais de saúde, bem como, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (1).

O Programa de Humanização do Pré-Natal é uma estratégia de ação que busca definir como deve ocorrer a assistência pré-natal em âmbito nacional,

preconizando os procedimentos e ações mínimas a serem implantados para uma assistência pré-natal de qualidade (24). A humanização visa ao reconhecimento da autonomia da mulher, da necessidade de entendê-la como sujeito do próprio cuidado, enquanto ser humano, e de promover práticas que tragam maior segurança e bem-estar tanto para a mulher como para o recém-nascido. A mulher passa a ser entendida como ser único e complexo, devendo os profissionais de saúde compartilhar com ela as decisões e responsabilidades que envolvem sua saúde (25).

O PHPN estabelece, por meio da Portaria nº 569/GM, os critérios para avaliação da adequação da assistência pré-natal (mês em que se iniciou o pré-natal e número de consultas) e alguns aspectos acerca da qualidade da assistência (como os exames laboratoriais e vacina antitetânica), no entanto, não são mencionados os procedimentos do exame clínico-obstétrico, os quais são fundamentais para a qualidade do pré-natal (11).

A avaliação da assistência pré-natal visa reduzir os indicadores de morbidade e mortalidade (26). É relevante estudar a adequação da atenção pré-natal e não somente o início do pré-natal ou número de consultas, pois, permanecem dados epidemiológicos negativos, tais como, alta taxa de sífilis congênita e infecção neonatal precoce, apesar do elevado percentual de gestantes que fazem quatro ou mais consultas durante a gravidez, embora a realização das seis consultas de pré-natal continue sendo um desafio a ser vencido (12).

O pré-natal constitui-se num momento de preparação física e psicológica para o parto e para o exercício da maternidade, um momento de intenso aprendizado e oportunidade para que os profissionais de saúde desenvolvam processo de cuidar com o foco sobre a qualidade da assistência (27). Por meio da avaliação da qualidade, tendo como base o método de investigação epidemiológico, são produzidas informações relevantes com reduzido custo (28, 29). Estes dados são relevantes, porém devem ser avaliados aspectos quanto resolutividade e qualidade da assistência pré-natal (21).

2.4 EXAMES LABORATORIAIS

A garantia da qualidade da assistência pré-natal pressupõe o acesso aos serviços de saúde, aumento da oferta destes serviços, existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção, bem como acesso aos exames laboratoriais (30, 31). Por meio da realização dos exames laboratoriais durante o pré-natal, torna-se possível identificar e reduzir inúmeros problemas de saúde que podem afetar mãe e bebê, visto que, diversas disfunções, infecções e doenças podem ser detectadas precocemente e tratadas com agilidade e resolutividade (6).

Com o intuito de reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, o plano operacional do PHPN elencou elementos básicos da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços, a fim de promover melhoria no cuidado à gestante, sendo a garantia dos exames básicos, uma destas ações. Por meio destes exames é possível diagnosticar ou prevenir agravos/doenças como anemia, diabetes, sífilis congênita, AIDS, infecção urinária, dentre outros que são necessários para uma assistência pré-natal de qualidade, permitindo a redução de riscos de desenvolvimento de morbidades perinatais (32).

O teste anti-HIV é um dos exames que devem ser realizados durante o pré-natal e tem o objetivo de possibilitar a redução da transmissão vertical do HIV (transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação). Para que haja uma prevenção efetiva contra o HIV faz-se necessário utilizar a prevenção combinada a qual consiste na adoção de várias estratégias, entre as quais se destacam: aumentar testagem e aconselhamento voluntário, assegurar assistência pré-natal, tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, orientar quanto à redução do ato sexual desprotegido, tratamento medicamentoso, o que possibilita a prevenção da transmissão do HIV para seus parceiros e filhos (33).

Outro exame a ser realizado no pré-natal é o VDRL, sendo que o Ministério da Saúde preconiza que seja realizado o rastreio da sífilis no pré-natal, logo na primeira consulta e no início do terceiro trimestre. O VDRL é um exame de sorologia quantitativo, não treponêmico. O tratamento deve ser realizado por meio da administração benzilpenicilina benzatina pela via intramuscular. A sífilis é causa

importante de morbi-mortalidade perinatal, entretanto seu diagnóstico e tratamento podem ser realizados em unidades básicas de saúde de maneira efetiva, com facilidade de execução, em tempo oportuno e com baixo custo (34).

Todos os nascituros, sejam eles vivos ou mortos, filhos de mães com sífilis devem ser notificados e investigados, visto que, a sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória. Segundo pesquisa desenvolvida por Saraceni e Leal, o número de notificações de sífilis congênita no Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) foi baixo, comparando-se aos casos identificados em campanhas de rastreio desta patologia, indicando-se que pode haver deficiência no diagnóstico da sífilis por meio das consultas de rotina do pré-natal (34).

Por meio do exame de urina tipo 1, é possível diagnosticar a infecção urinária, mesmo quando assintomática, sendo esta uma causa importante de morbidade e relacionada ao aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e morbidade neonatal. A gravidez predispõe o surgimento de infecção urinária em decorrência das mudanças anatômicas e fisiológicas do trato urinário durante a gestação. A avaliação do registro do exame de urina pode ser utilizada como um indicador da qualidade do atendimento pré-natal (35).

O tratamento da bacteriúria assintomática pode reduzir a incidência de complicações como ruptura prematura de membranas, parto prematuro e pielonefrite materna (36). O tratamento da bacteriúria assintomática foi considerado uma estratégia fundamental para reduzir a mortalidade neonatal em países em desenvolvimento (37).

2.5 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A gestação quando ocorre na adolescência traz riscos devido à imaturidade emocional, sendo agravada quando há fatores como precárias condições socioeconômicas e falta de apoio familiar ou do pai da criança (38). Em um estudo transversal, realizado em Pelotas por Olinto e Galvão, cuja amostra foi constituída

por 3.002 mulheres de 15 a 49 anos, a gravidez indesejada na adolescência foi um dos problemas encontrados e representou risco maior para a ocorrência de aborto, DST/AIDS, problemas psicológicos e sociais (39).

Mesmo que existam diferentes motivações para gravidez na adolescência, dependendo do grupo social no qual a mulher está inserida, questiona-se se as mulheres pobres, sobretudo as jovens, teriam acesso a informações suficientes sobre o uso dos contraceptivos, sobre seus direitos reprodutivos e assistência médica que lhe permitissem escolher se querem ou não engravidar e em qual momento de suas vidas (40).

Um estudo realizado por Gama e colaboradores evidenciou o efeito protetor da assistência pré-natal sobre o baixo peso ao nascer, independente da faixa etária. Neste estudo também se verificou que depois de controladas as variáveis: grau de instrução da mãe e tipo de maternidade em que a mãe se internou para o parto (privada ou pública), o fato da gestante ser adolescente continuou sendo um fator de risco para o baixo peso ao nascer (41).

Duas características gerais da imaturidade biológica podem ter um papel importante para o aumento dos resultados adversos em gestações de adolescentes. A primeira destas características diz respeito à imaturidade ginecológica (definida como concepção nos primeiros dois anos após a menarca) e a segunda está relacionada ao fato da adolescente engravidar antes de completar seu desenvolvimento anátomo-fisiológico (42).

2.6 PERÍODO FETAL E SUAS REPERCUSSÕES

A assistência pré-natal adequada e de qualidade traz repercussões sobre a vida do concepto, visto que, o período fetal é a fase de formação, na qual os seres em desenvolvimento encontram-se em situação de maior vulnerabilidade, expostos a alterações que podem ter repercussões negativas por toda sua vida e até mesmo provocar o óbito fetal, neonatal ou infantil (43).

A exposição da mulher ao estresse e toxinas durante a gestação pode representar riscos para o desenvolvimento de doenças na vida adulta para estes fetos, e quanto mais precoces forem estes eventos, maiores serão os riscos para o desenvolvimento de patologias como diabetes, cardiopatias, osteoporose, câncer e transtornos psiquiátricos (43).

Estudos realizados com animais evidenciam que as condições da gestação podem influenciar o comportamento e fisiologia dos filhotes, conforme artigo de revisão bibliográfica o qual aborda uma série de estudos envolvendo macacos *rhesus*. Tal artigo resume uma série de efeitos comportamentais, neurais e imunes e aponta os possíveis mecanismos envolvidos nestes processos. Um estudo desenvolvido por Coe e Lubach aponta evidências de que os filhotes recém-nascidos apresentam variações no comportamento e fisiologia que influenciam o seu desenvolvimento biológico e infantil, e ainda determinar quais os tipos de eventos ou manipulações são capazes de produzir algum tipo de efeito negativo durador sobre os filhotes de macaco (44).

Os autores perceberam que distúrbios pré-natais em macacos podem ter maior impacto e menor possibilidade de recuperação após o nascimento, pois o cérebro de filhotes de macacos equivale, ao nascer, a 60% do cérebro de um macaco adulto, enquanto que o de um feto humano equivale a 24% do cérebro de um homem adulto. Tal fato dificulta a extrapolação dos dados para avaliação da influência destes eventos adversos ocorridos durante a gravidez sobre os seres humanos, embora sejam relevantes para melhor compreender estes processos na espécie humana (44).

Foi realizada uma pesquisa com base nos dados de estatísticas vitais, no Estado de São Paulo, na qual foram analisadas quatro variáveis (idade, escolaridade, estado civil e ordem de nascimento do filho) com o objetivo de descrever a evolução histórica da taxa de mortalidade infantil por afecções no período perinatal e da mortalidade neonatal por peso ao nascer. Os autores deste estudo afirmam haver correlação entre a assistência pré-natal e os resultados perinatais, como, peso ao nascer, prematuridade, mortalidade neonatal e infantil. (45).

Petrou e colaboradores e Vintzileos e colaboradores afirmam que o comparecimento da gestante às consultas de pré-natal está associado a melhores resultados no que se refere ao crescimento intra-uterino, bem como redução das taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer, morbi-mortalidade neonatal e mortalidade materna. E embora os autores apontem vieses presentes nos estudos em decorrência das análises não ajustadas à duração da gestação, afirmaram que o número de consultas de pré-natal está associado a melhores resultados gestacionais (46, 47).

2.7 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família teve seu início em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários, sendo sua estrutura e ações modificadas em 1994, porém mantendo a abordagem integral, bem como a mesma filosofia da concepção original. É uma estratégia adotada em todos os Estados como estratégia de mudança da atenção para garantia de acesso às ações e serviços da atenção básica sob a responsabilidade dos municípios (48,49, 50).

A Equipe de Saúde da Família é composta por um enfermeiro, um médico, um ou dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde, podendo ter ainda, pela equipe de saúde bucal composta por um cirurgião dentista e um técnico em higiene dental. Cada equipe atende no máximo 4.000 moradores de um bairro ou região, devendo prestar assistência contínua à comunidade no tocante à saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso e de todos aqueles que residem na área de abrangência na qual a equipe de saúde da família atua (51).

A ESF foi implantada no Estado do Tocantins em 1998, com 40 equipes em 17 municípios e tem o objetivo de reorganizar a Atenção Básica conforme é preconizado pelo SUS, buscando a aumentar do acesso da população residente no Estado aos serviços de saúde, englobando atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, de forma interdisciplinar e promovendo vínculo

entre as Equipes de Saúde da Família e as pessoas residentes na área de abrangência de cada unidade (51).

Em Palmas, a ESF foi implantada em 1997, com uma equipe piloto e atualmente 67% da população são atendidos pela estratégia, com 45 Equipes de Saúde da Família (52). A ESF assume o compromisso de prestar assistência de acordo com as reais necessidades da população, identificando os fatores de risco aos quais está exposta e intervindo de forma apropriada (53).

De acordo com Marques e Mendes, apesar do potencial que dispõe para atuar como mecanismo de promoção à saúde, prevenção de doenças, a Estratégia de Saúde da Família, ainda busca aprimorar suas ações no que se refere à resolutividade, garantia do acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade, integralidade da assistência e universalização da cobertura (54).

Em relação à assistência pré-natal, pode-se afirmar que a utilização de conhecimentos técnico-científicos e a disponibilidade de meios e recursos adequados possibilitam assistência organizada e atendimento das necessidades reais das gestantes que residem na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (55).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico das usuárias do SUS assistidas pela Estratégia de Saúde da Família;
- Conhecer as características obstétricas das puérperas no que se refere à paridade;
- Descrever o registro dos procedimentos do exame clínico-obstétrico e exames laboratoriais nos cartões de gestante;
- Verificar a associação da adequação da assistência pré-natal com as características socioeconômicas maternas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo transversal descritivo. O objetivo do estudo descritivo é informar, em termos quantitativos, como um determinado evento se distribui na população (56).

4.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

4.2.1 Características do município em estudo

Na década de 1980, foi fundado o Estado do Tocantins por meio do desmembramento do Estado de Goiás, sendo formalmente criado após o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Carta de 1988 (57). O lançamento da pedra fundamental de Palmas foi realizado no dia 20 de maio de 1989. No dia 1º de janeiro de 1990, Palmas foi nomeada a capital do Estado do Tocantins (58).

Palmas tem como coordenadas geográficas, 10°12'46" de latitude Sul, 48°21'37" de longitude Oeste e altitude média de 330m, acima do nível do mar. Localiza-se a 973 km de Brasília e encontra-se localizada a 60 km da rodovia BR-153 (Belém-Brasília). Limita-se ao sul com os municípios Monte do Carmo e Porto Nacional, a leste com Santa Tereza e Novo Acordo e oeste com Porto Nacional e Miracema do Tocantins (59).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Palmas está localizada na Mesorregião Oriental do Estado, na Região Norte do País; a sua extensão territorial é de 2.219 km² e seu crescimento médio de 9,75%

anual. O acesso terrestre é pela TO-050 e TO-060 que bifurcam com a BR-153. A população residente é de 188.645 habitantes (60).

Em Palmas, predomina o clima tropical, quente e úmido, com duas estações: a chuvosa (outubro a abril) e a seca (maio a setembro), com distribuição sazonal das precipitações pluviométricas bem definidas. O relevo é caracterizado pela presença das Serras do Carmo e do Lajeado. Em relação à hidrografia, destacam-se o rio Tocantins e os ribeirões das Pedras e Taquaruçu (58).

No tocante ao setor de atividade, 57,6% dos habitantes desempenham atividades no setor de serviços, 34,5% no comércio e 7,9% na indústria. Neste município, 51,4% dos empregos são classificados como formais; 40,8% são informais e 7,8% não foram informados (58).

4.2.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital e Maternidade Dona Regina, em Palmas, o qual foi fundado no dia 21 de maio de 1999, sendo classificado como hospital de médio porte, atuando como referência para o Tocantins e para Estados circunvizinhos (61).

Está localizado na quadra 104 Norte, no Plano Diretor Norte, município de Palmas-TO. É um órgão público pertencente ao Poder Executivo Estadual do Tocantins, localizado no centro metropolitano onde são realizados os atendimentos de obstetrícia, ginecologia e neonatologia. No tocante ao nível de atenção, neste hospital são realizadas atividades ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade (61).

4.2.3 Fluxo do atendimento às gestantes no hospital

O primeiro atendimento à gestante é realizado pela equipe de enfermagem (enfermeiro e/ou técnico de enfermagem) no setor de classificação de risco, a seguir a gestante é encaminhada ao consultório obstétrico para atendimento médico. Após este atendimento, a usuária pode ser encaminhada ao pré-parto, ginecologia, gestação de alto risco, sala de cardiocotografia ou ultrassonografia. A assistência ao parto ocorre no centro obstétrico/cirúrgico, e após o parto, a gestante é transferida para o setor de alojamento conjunto juntamente com o recém-nascido.

4.3 AMOSTRA

A população foi composta pelas puérperas internadas no hospital, até 24 horas após o parto e que receberam assistência pré-natal na Estratégia de Saúde da Família de Palmas. O cálculo da amostra foi realizado com a utilização do software EPI-Info versão 3.5.1 (62). Foi utilizado Intervalo de Confiança de 95%, tomando como base a incidência de adequação da assistência pré-natal de 7,8%, o qual foi utilizado como referência para o cálculo do tamanho da amostra, levando-se em consideração margem de erro de 2%. Dessa forma, concluiu-se ser necessário o estudo de 82 puérperas para responder aos objetivos da pesquisa; considerando as possíveis perdas, decidiu-se ampliar o número de puérperas em 20%, chegando a um total de 101.

4.4 TÉCNICA DE SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foi utilizada a Técnica Sistemática (63), com intervalo de seleção de uma a cada duas mulheres que deram a luz no hospital, ou seja, de duas em duas até completar um total de 101. Em caso de recusas ou em que a puérpera foi excluída, foi imediatamente selecionada a próxima na sequência.

A seleção das participantes da pesquisa ocorreu após a admissão no Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade Dona Regina, de forma sistemática por meio das planilhas de admissão do pré-parto, conforme o tamanho da amostra que havia

sido pré-definido. Com o intuito de não prejudicar o atendimento de rotina do serviço ou os cuidados no parto e pós-parto imediato, a obtenção do consentimento e a entrevista foram realizados na unidade de alojamento conjunto nas primeiras 24 horas após o parto.

4.5 FONTE DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados dos cartões de pré-natal e por meio de entrevistas com as puérperas.

4.5.1 Critérios de inclusão

- Puérperas com parto há menos de 24 horas;
- Puérperas que realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde da Família em Palmas-TO;
- Puérperas que tiveram gestação de baixo risco;
- Puérperas que estavam com o cartão da gestante no momento da entrevista;
- Puérperas de gestação única;
- Puérperas que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5.2 Critérios de exclusão

- Puérperas com parto há mais de 24 horas;

- Puérperas que realizaram uma ou mais consultas de pré-natal na rede privada;
- Puérperas que realizaram uma ou mais consultas em unidades do SUS que não eram Unidades de Saúde da Família;
- Puérperas que realizaram uma ou mais consultas em outro município;
- Puérperas que tiveram gestação de risco;
- Puérperas que não fizeram pré-natal ou que não estavam com o cartão da gestante no momento da entrevista;
- Puérperas de gestação múltipla;
- Puérperas que não aceitaram participar da pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2009, pela própria pesquisadora no Hospital e Maternidade Dona Regina. Foram sendo avaliados os prontuários de 286 puérperas internadas, sendo 03 excluídas da pesquisa por não portarem o cartão de gestante e não terem realizado pré-natal, 82 não foram selecionadas para pesquisa por apresentarem um dos outros critérios de exclusão. Das 201 puérperas restantes, 101 foram selecionadas para pesquisa, conforme descrito no item 4.4, técnica de seleção da amostra.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um formulário semi-estruturado (Apêndice A) junto às puérperas e dos registros contidos nos cartões de gestante. O formulário, elaborado pela pesquisadora, consta de 32 questões; destas, as oito (08) primeiras foram sobre os dados socioeconômicos e paridade (número de gestações, partos e abortos) da puérpera, e as demais questões apresentam dados sobre a adequação da assistência pré-natal.

4.7 PROCEDIMENTOS

Foram realizados os procedimentos abaixo listados.

- Realização de pré-teste

Antes da aplicação dos formulários para a coleta dos dados, foi realizado pré-teste, que segundo Richardson e colaboradores, constitui-se na seleção de indivíduos com características semelhantes às da amostra selecionada para o estudo e aplicação preliminar de alguns instrumentos, com o propósito de evitar possíveis erros contidos nas questões, os quais possam representar vieses, e, ainda, com o intuito de acrescentar, retirar ou modificar questões, caso seja necessário, para que os objetivos sejam atingidos de forma plena (64). Foram aplicados 10 pré-testes (os quais não foram incluídos na pesquisa). Três pré-testes foram aplicados com mulheres que estavam na sala de recuperação pós anestésica e o restante em puérperas na enfermaria, sendo três destes em mulheres até 24 horas após o parto. Optou-se por realizar as entrevistas apenas com mulheres na enfermaria, com até 24 horas visando reduzir possíveis vieses nas respostas, decorrentes do desgaste do pós-parto imediato ou do cansaço após dias de internação. A seguir realizados ajustes no formulário;

- Aplicação dos formulários para a coleta de dados pela pesquisadora;
- Transcrição dos dados para uma planilha em programa MS Excel Office XP;
- Tabulação dos dados por meio do programa EPI-Info versão 3.5.1;
- Análise dos dados do perfil das entrevistadas, das características obstétricas e adequação da assistência pré-natal.

4.8 VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas para a caracterização socioeconômica foram: idade, etnia, renda familiar, escolaridade, situação conjugal e ocupação. Para descrição das características obstétricas, utilizou-se o número de gestações, partos, cesáreas e abortos até o momento da entrevista.

Os procedimentos do exame clínico-obstétrico foram abordados por meio das seguintes variáveis: registros da data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), idade gestacional, aferição da pressão arterial, peso da gestante, estatura da gestante, batimentos cardíacos, altura uterina, edema, apresentação fetal, exame de mamas, citologia oncológica, ultrassonografia, bem como o relato das puérperas quanto à utilização de sulfato ferroso e atualização da vacina antitetânica.

Para descrever os exames laboratoriais foram utilizados os registros dos exames de urina tipo 1, dosagem de hematócrito/hemoglobina, glicemia de jejum, VDRL, exame anti-HIV e registro do exame de tipagem sanguínea. A avaliação da adequação do pré-natal foi realizada por meio do índice de Kotelchuck modificado e do índice proposto por Silveira e Santos, os quais são baseados nas recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (12, 23, 65).

4.9 REFERÊNCIA DE CLASSIFICAÇÃO DA ADEQUAÇÃO

Foram propostos diversos índices para avaliar a adequação da assistência pré-natal e, no presente estudo, foram utilizados dois índices, o de Kotelchuck modificado, o qual classifica o pré-natal de acordo com o número de consultas e idade gestacional de início do pré-natal; e o índice proposto por Silveira e Santos, além das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (12,66).

4.9.1 Índice de Kotelchuck modificado

A adequação do pré-natal foi classificada conforme índice de Kotelchuck modificado, sendo descrito conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Classificação da adequação da assistência pré-natal conforme índice de Kotelchuck modificado

Não fez pré-natal	Nenhuma consulta de pré-natal.
Inadequado	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes que iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação e fizeram menos de 50% das consultas esperadas; Gestantes que iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação e que fizeram um número de consultas maior do que 50% do esperado; Gestantes que tiveram um número de consultas abaixo de 50% do esperado, embora tenham começado o pré-natal até o quarto mês de gestação.
Intermediário	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes que iniciaram os cuidados pré-natais antes ou durante o quarto mês e fizeram 50-79% das consultas.
Adequado	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes que iniciaram o pré-natal antes ou durante o quarto mês e fizeram 80-109% das consultas.
Mais que adequado	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes que tiveram o início do pré-natal antes ou durante o quarto mês e tiveram 110% de consultas, ou mais, em relação ao esperado para a idade gestacional.

Fonte: Leal e colaboradores (12)

4.9.2 Índice proposto por Silveira e Santos

A adequação do pré-natal foi também classificada conforme índice proposto por Silveira e Santos (2004), sendo descrito conforme o Quadro 2.

Quadro 2: Classificação da adequação da assistência pré-natal conforme índice proposto por Silveira e Santos

Não fez pré-natal	Não fez pré-natal ou fez apenas uma consulta.
Adequado	<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes realizaram seis consultas ou mais; • Início do pré-natal antes da vigésima semana de gestação; • No mínimo, um registro de dosagem de hemoglobina/hematócrito, exame de urina tipo 1, triagem para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, tipagem sanguínea; • Vacinação antitetânica completa (doses ou reforço); • Três registros ou mais dos batimentos cardíacos, altura uterina, pressão arterial e • registro do peso da gestante.
Não-adequado	<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes que realizaram duas a cinco consultas; • Início do pré-natal após a vigésima semana de gestação; • Ausência de registro dos exames de dosagem de hemoglobina/hematócrito, exame de urina tipo 1, VDRL, glicemia de jejum, tipagem sanguínea; • Vacinação antitetânica ausente ou incompleta; • Dois registros ou menos da altura uterina, pressão arterial, batimentos cardíacos ou • ausência de registro do peso da gestante.

Fonte: Carvalho; Araújo (23)

4.10 ANÁLISE DE DADOS

Os dados dos formulários foram transcritos para uma planilha em programa MS Excel Office XP e posteriormente foram preparados através do EPI-Info versão

3.5.1 (62) para a realização da análise estatística. Os dados referentes à adequação da assistência pré-natal foram descritos de acordo com as categorias dos índices de Kotelchuck modificado e proposto por Silveira e Santos.

Na análise estatística, foi realizada a distribuição de frequência das variáveis, média, moda, mediana, risco relativo e odds ratio de acordo com especificidade de cada variável e o programa estatístico utilizado foi EPI-Info versão 3.5.1. Associação de variáveis socioeconômicas com adequação do pré-natal foi realizada por meio do qui-quadrado com nível de significância 5%. Foram considerados significativos os valores estatísticos com coeficiente de significância $p \leq 0,05$.

4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas, em atendimento às exigências do Conselho Nacional de Saúde (Res. 196/96) e aprovado sob o parecer nº 50/2009, conforma Anexo A (67).

As puérperas foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa e convidadas a participar do estudo. A pesquisadora comprometeu-se a manter o sigilo absoluto sobre as informações, assegurando o anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa, além da permissão de desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isto acarretasse qualquer prejuízo. Aquelas que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Apêndice B.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e a apresentação dos resultados foram realizadas conforme os objetivos propostos na pesquisa. As discussões foram realizadas de acordo com literatura estudada e análise pela pesquisadora.

5.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS PUÉRPERAS

No que se refere às características socioeconômicas das participantes da pesquisa, a idade variou entre 13 a 39 anos e conforme a Figura 1, houve predomínio da faixa etária entre 20 e 34 anos (n= 76; 75,2%) e percentual considerado elevado de gestações na adolescência, fato este evidenciado por terem sido encontradas na pesquisa 22 (21,8%) puérperas com menos de 20 anos, as quais são consideradas adolescentes, pois segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos (68). Houve participação de apenas 3 (3,0%) puérperas com idade superior a 35 anos.

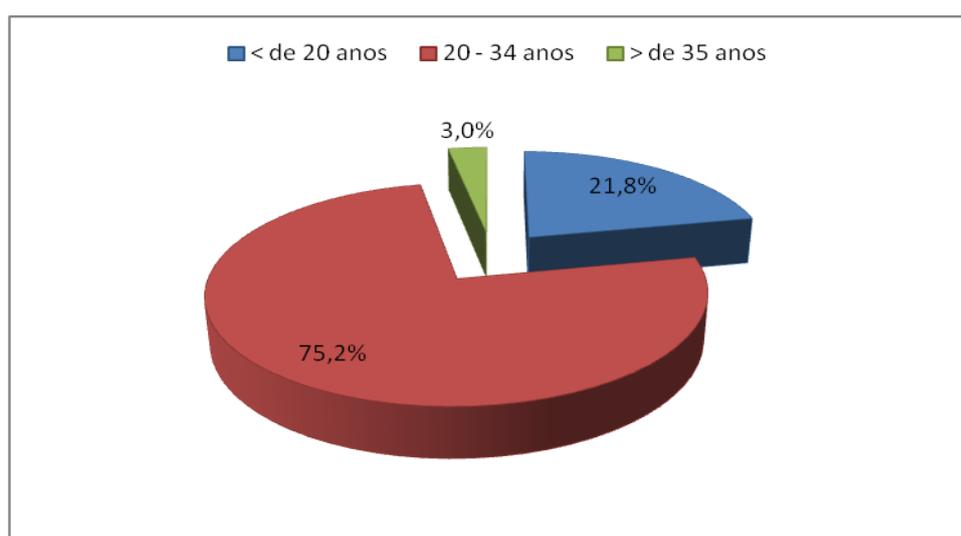


Figura 1: Distribuição de entrevistas segundo faixa etária, Palmas-TO, 2009

Estes resultados estão de acordo com os que foram encontrados por Coutinho e colaboradores, segundo os quais 54,6% das participantes da pesquisa encontravam-se na faixa etária dos 20 aos 29 anos; 20,1% eram adolescentes (com idade entre 13-19 anos) e um percentual menor (7,3%) de parturientes com idade superior a 35 anos (69).

Trevisan e colaboradores em um estudo transversal, prospectivo, realizado junto às puérperas até 48 horas após o parto, identificaram que 184 delas (26,2%) eram adolescentes (29). Esta porcentagem de gestações na adolescência está próxima aos resultados encontrados no presente estudo (21,8%). Foi considerado alto o número de gestações em menores de 19 anos, e este é um resultado relevante, visto que, segundo os autores supracitados, gravidez na adolescência tem sido associada à maior ocorrência de agravos no período gravídico-puerperal, bem como, repercussões negativas na vida destas mulheres e seus filhos, especialmente no que se refere às condições socioeconômicas.

No tocante à gestação na adolescência, Gama e colaboradores afirmam que se constitui num problema de saúde pública em decorrência dos efeitos nocivos à saúde materna, acarretando maior risco de evasão escolar, pior qualificação profissional, tendência a grande número de filhos, contribuindo, assim, com a perpetuação da pobreza. Além dos prejuízos para as puérperas, a gestação na adolescência, segundo eles, afeta a saúde do recém-nascido, favorecendo o risco de prematuridade e baixo peso ao nascer (41).

A etnia foi classificada conforme referência da pesquisadora em duas categorias, branca e não-branca, de acordo com as características fenotípicas, sendo as mulheres de etnia negra, parda ou indígena classificadas como não-brancas. Houve predomínio de mulheres não-brancas no presente estudo, sendo que 74 (73,3%) puérperas foram classificadas como não-brancas e 27 (26,7%) como brancas. Ao contrário do encontrado no presente estudo, Coutinho e colaboradores verificaram maior porcentagem de mulheres de etnia branca (64,%) entre as participantes da pesquisa (69).

No estudo transversal de base populacional, realizado por Olinto e Olinto, com mulheres de 15-19 anos em Pelotas-RS, com o objetivo de descrever

características socioeconômicas e demográficas, a etnia das mulheres em idade fértil, foi avaliada conforme referência das entrevistadoras em branca, “parda” e negra, segundo características fenotípicas. Os resultados encontrados foram diferentes dos verificados no presente estudo, visto que, 2.779 mulheres foram entrevistadas, e destas, 84,6% foram classificadas como brancas, 7,7% “pardas” e 7,7% negras (70).

A Figura 2 ilustra a proporção de puérperas segundo a renda familiar, sendo que, na amostra estudada, 64 (63,4%) puérperas tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos, 21 (20,8%) renda familiar maior que dois salários mínimos e 16 (15,8%) renda familiar igual ou inferior a um salário. Neste estudo, um salário foi equivalente a 453,76 reais, valor este que representa o salário mínimo no período da coleta de dados.

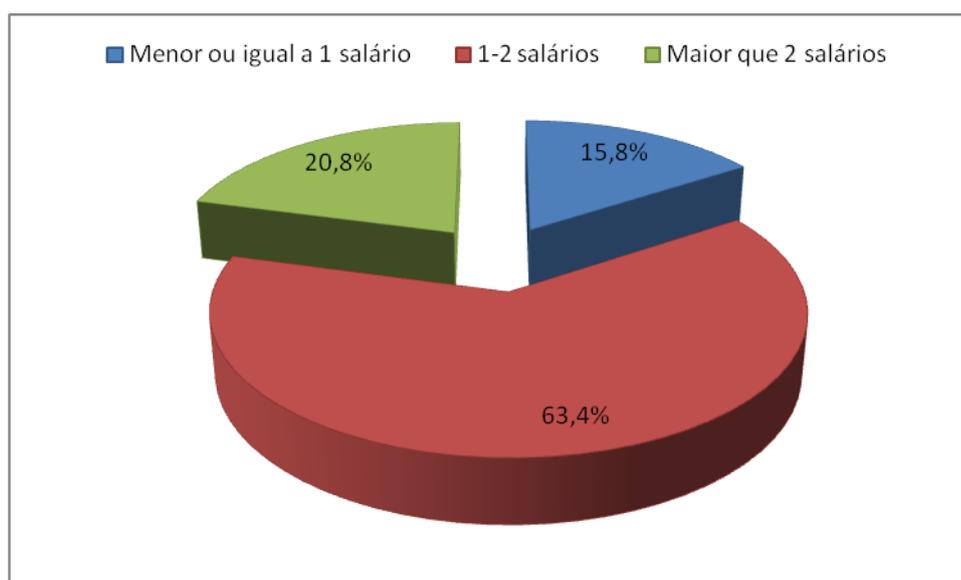


Figura 2: Distribuição de entrevistas segundo renda, Palmas-TO, 2009

Observou-se neste estudo maior percentual de mulheres com baixa renda familiar, à semelhança da pesquisa desenvolvida por Santos, na qual foram entrevistadas 401 mulheres no pós-parto imediato e 12% delas relatam renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo e 40% da renda familiar entre um a três salários mínimos (11).

Segundo estudo realizado por Coimbra e colaboradores, a baixa renda está associada à inadequação da assistência pré-natal, bem como a vários fatores indicativos de desigualdade social, mostrando que os grupos com condições socioeconômicas mais precárias recebem atenção pré-natal deficiente, evidenciando ocorrência da “lei da inversão do cuidado à saúde”, segundo a qual os indivíduos que mais necessitam da assistência à saúde, são aqueles que têm menos acesso (21).

A baixa renda é uma característica socioeconômica desfavorável, visto que diversos estudos têm demonstrado que quanto menor a renda, maiores os fatores de risco e menor a resolutividade da assistência à saúde, bem como, que mulheres com nível socioeconômico precário, usuárias dos serviços públicos, foram as que receberam menos assistência à saúde (17).

No presente estudo, 73 (72,3%) puérperas informaram oito anos de escolaridade ou mais e 28 (27,7%) afirmaram ter menos de oito anos estudados. Conforme Figura 3, houve predomínio do nível de escolaridade ensino médio, pois, 60 (59,4%) puérperas enquadraram-se nas categorias ensino médio completo ou incompleto.

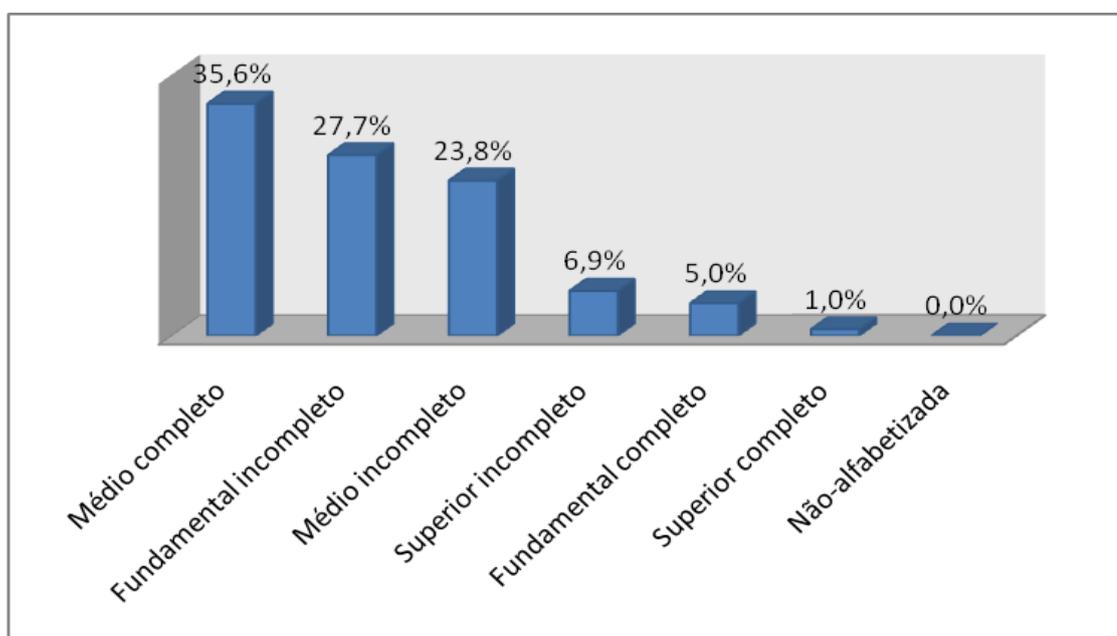


Figura 3: Distribuição de entrevistas segundo grau de escolaridade, Palmas-TO, 2009

Nesta pesquisa identificou-se um percentual elevado de puérperas com menos de oito anos de escolaridade (27,7%), referente às puérperas com ensino fundamental incompleto. Esta proporção é mais elevada do que a encontrada por Carvalho e Araújo em sua pesquisa, segundo a qual 8,7% das puérperas não completaram o ensino fundamental (23).

Leal e colaboradores desenvolveram uma pesquisa cujo objetivo foi comparar fatores sócio-demográficos, características biológicas das puérperas e qualidade da assistência prestada por meio de uma amostra estratificada de 10.072 puérperas em 47 maternidades. No estrato composto pelas maternidades que atendiam exclusivamente pelo SUS, 14,4% das mulheres possuíam oito anos ou menos de escolaridade, sendo esta proporção mais favorável do que a encontrada no presente estudo (27,7%). Segundo os autores, a distribuição das entrevistadas conforme escolaridade foi: ensino fundamental completo (45,5%), ensino médio completo (25,9%), ensino fundamental incompleto (14,4%), médio completo (13,7%) e superior (0,5%) (71).

A relevância destes resultados justifica-se pela possível relação existente entre escolaridade e acesso aos serviços de saúde, visto que, conforme estudo desenvolvido por Gama, identificou-se que indicadores como a escolaridade e a renda influenciam tanto o acesso, quanto a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde (38).

No presente estudo, em relação ao estado civil, 88,1% (89) das puérperas referiram possuir companheiro (categoria esta que abrange puérperas casadas ou que vivem em união estável) e 11,9% (12) informaram não ter companheiro, sendo incluídas nesta categoria puérperas solteiras, separadas/divorciadas e viúvas. Resultados semelhantes foram relatados por Carvalho e Araújo, que informam que 80,4% das participantes da pesquisa referiram ter companheiro (23). Em pesquisa realizada por Olinto e Olinto encontrou-se uma maior porcentagem de mulheres sem companheiro, pois, 47% das entrevistadas eram casadas, 9% em união, 35% solteiras e 7% separadas ou divorciadas (70).

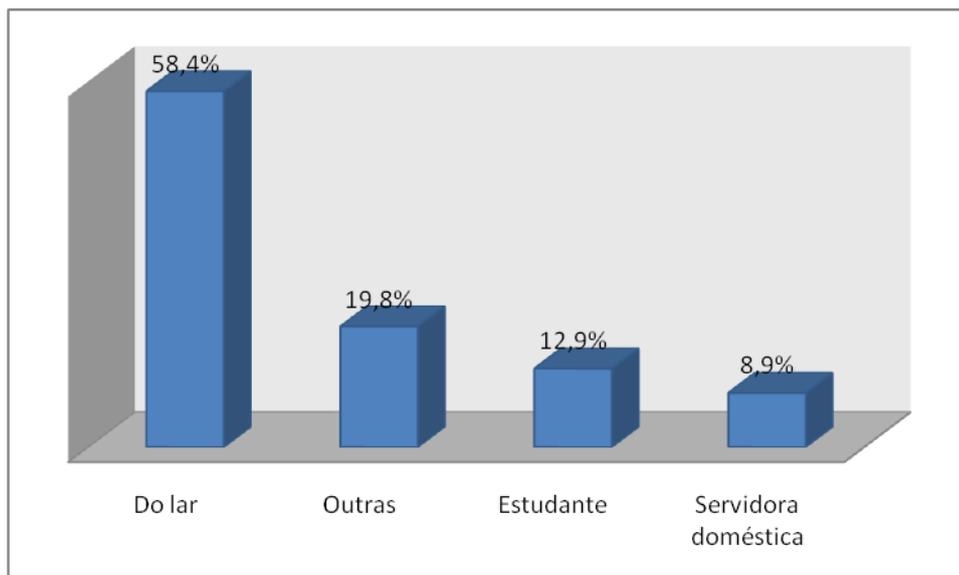


Figura 4: Distribuição de entrevistas segundo ocupação, Palmas-TO, 2009

Conforme demonstrado na Figura 4, 59 (58,4%) puérperas informaram ser donas de casa (do lar), 20 (19,8%) referiram exercer outras profissões, 13 (12,9%) das puérperas são estudantes e 9 (8,9%) trabalham como servidoras domésticas. Dentre as puérperas que integraram a categoria outras profissões, destacam-se: monitora de creche, recepcionista, feirante, garçonete, atendente de consultório, assistente administrativo, secretária, porteira, professora ou operadora de caixa.

Ao serem questionadas em relação às atividades laborais, 72 (71,3%) puérperas informaram que não executam atividades remuneradas e 29 (28,7%) referiram ter trabalho remunerado. Trevisan e colaboradores encontraram dados semelhantes em sua pesquisa, uma vez que, 73,2% das participantes do estudo estão fora do mercado de trabalho (72,1% donas de casa e 1,1% desempregadas) (29).

Em seu estudo Leal e colaboradores, afirmam que as mulheres de etnia parda ou negra fazem menos consultas, ao contrário daquelas que exercem trabalho remunerado (12). Ao contrário do que foi verificado por Leal e colaboradores, no presente estudo, quando relacionada a ocorrência de etnia não-branca com número de consultas inferior a seis, neste estudo não mostrou significância ($p=0,36$). Também não houve significância ao relacionar a ocorrência não ter trabalho remunerado e o número de consultas inferior a seis ($p=0,17$); entretanto identificou-

se odds ratio e risco relativo iguais a 2,11 e 1,77 respectivamente, ao analisar a ocorrência de não ter trabalho remunerado e número de consultas inferior a seis.

Neste estudo, maior porcentagem das puérperas não tem trabalho remunerado (n=72; 71,3%) e dentre as que trabalham, predominam profissões pouco especializadas e com baixos salários, o que contribui para a manutenção das condições socioeconômicas precárias. Os resultados estão de acordo aos encontrados por Carvalho e Araújo, segundo os quais, 146 (33,0%) das participantes do estudo eram servidoras domésticas e 123 (30,1%) comerciárias (23).

5.2 CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS

No que se refere ao número de gestações, identificou-se, conforme Figura 5, que 41 (40,6%) puérperas eram primigestas; 24 (23,8%) secundigestas; 17 (16,8%) tercigestas; 10 (9,8%) tiveram quatro gestações e 9 (9,0%) cinco gestações ou mais. Sendo que destas, 4 (4,0%) puérperas com cinco gestações; 3 (3,0%) tiveram sete gestações e 2 (2,0%) engravidaram dez vezes. A média de gestações por mulher foi 2,38; com moda equivalente a uma gestação e mediana igual a duas gestações.

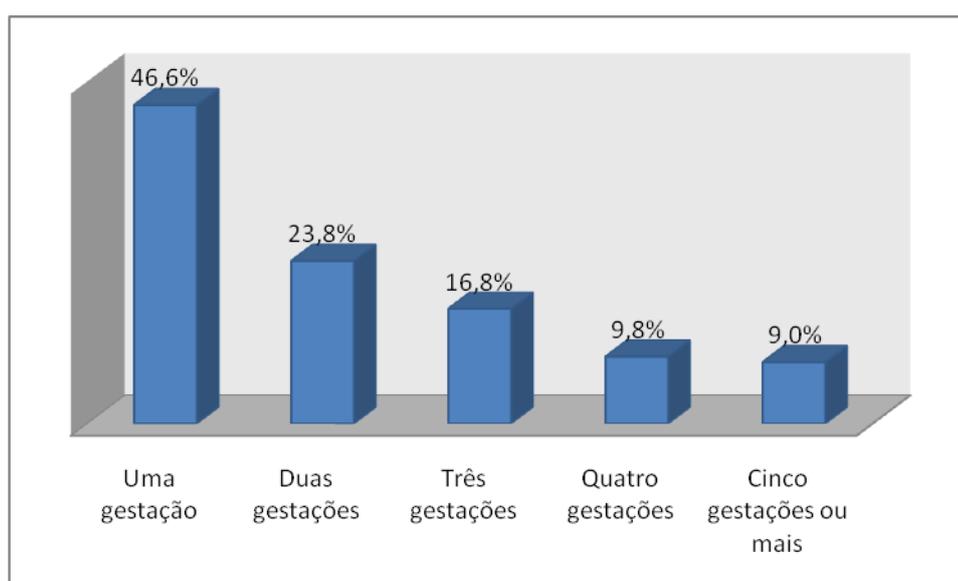


Figura 5: Distribuição de entrevistas segundo número de gestações, Palmas-TO 2009

Os dados encontrados no presente estudo estão em conformidade com os de Coutinho e colaboradores, que, em pesquisa realizada com usuárias do SUS, identificaram que 80,5% das puérperas tiveram uma a três gestações, sendo 38,9% da amostra constituída por primigestas (69). À semelhança dos resultados encontrados por Silva e colaboradores, a elevada proporção de primigestas pode ser decorrente da alta porcentagem de mulheres jovens e adolescentes na população estudada (72)

Na Figura 6, observa-se que no tocante ao número de partos, 37 (36,6%) puérperas tiveram um parto normal; 35 (34,6%) nem um parto normal; 12 (11,7%) dois partos; 7 (7,0%) três partos; 7 (7,0%) cinco partos ou mais e 3 (3,0%) quatro partos. Das puérperas que informaram cinco partos ou mais, 2 (2,0%) tiveram cinco partos; 2 (2,0%) seis partos; 1 (1,0%) sete partos e 2 (2,0%) pariram nove vezes. A média de partos normais por mulher foi 1,39; com moda e mediana iguais a 1,0 parto normal.

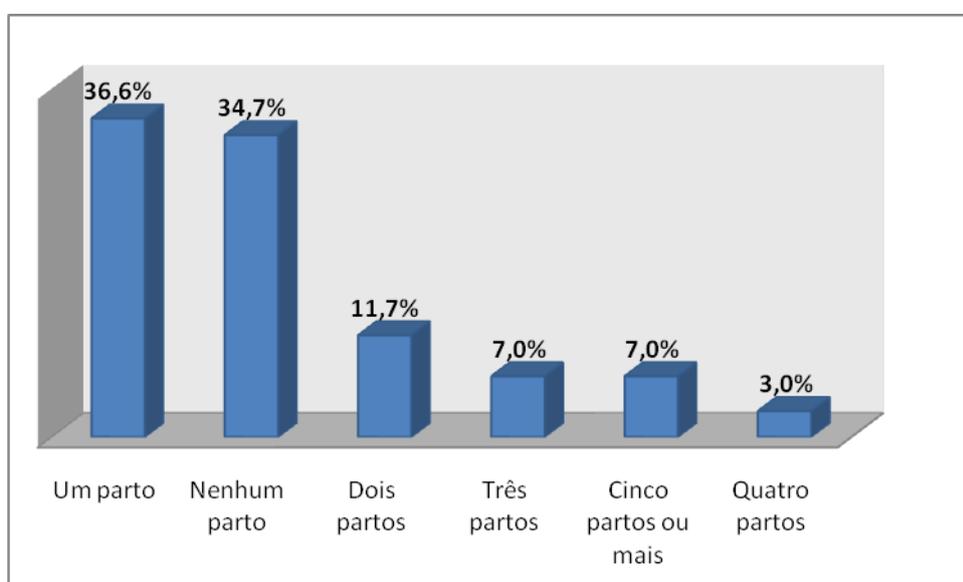


Figura 6: Distribuição de entrevistas segundo número de partos normais, Palmas-TO, 2009

Em um estudo realizado por Leal e colaboradores, verificou-se que 70,0% dos partos ocorreram em mulheres de 20-34 anos e que 19,5% em adolescentes; os

resultados encontrados estão de acordo com o presente estudo, no qual 75,2% dos partos ocorreram em mulheres de 20-34 anos e 21,8% em adolescentes (71).

Conforme Figura 7, cerca de metade das puérperas já foi submetida à cirurgia cesariana, ficando a amostra pesquisada assim distribuída no que se refere à realização de cirurgias cesarianas: 51 (50,5%) das puérperas nenhuma cesárea; 30 (29,7%) uma cesárea; 13 (12,9%) duas cesáreas; 6 (5,9%) três cesáreas e 1 (1,0%) quatro cesáreas. O percentual de cesáreas foi considerado elevado, visto que, 50 (49,5%) puérperas foram submetidas a pelo menos uma cesárea. A média de cesáreas foi 0,7 por mulher; sendo que moda e mediana foram não ter realizado nenhuma cesárea.

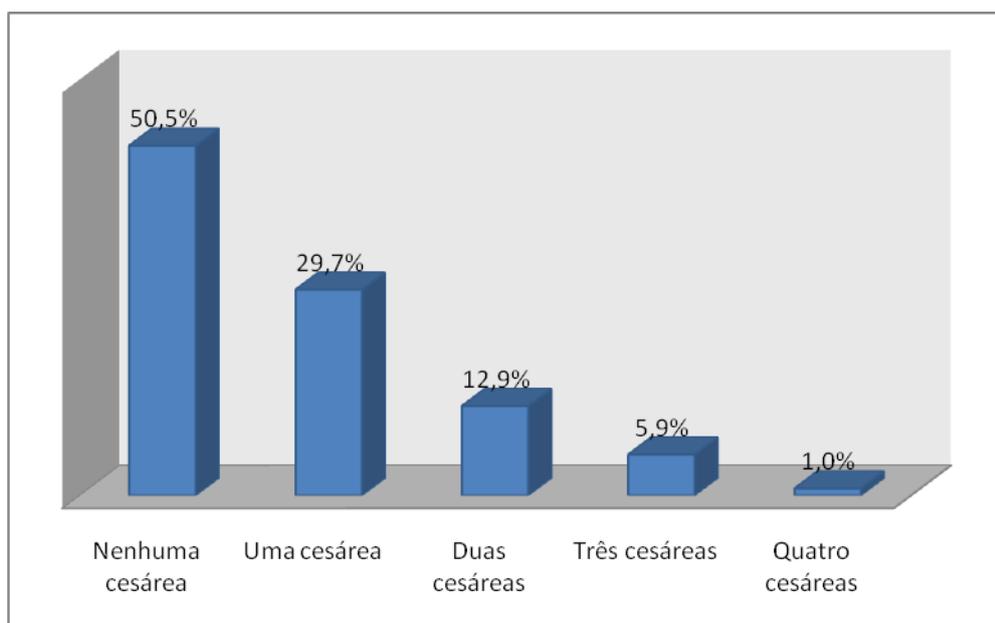


Figura 7: Distribuição de entrevistas segundo número de cesáreas, Palmas-TO, 2009

Na amostra estudada, identificou-se que 36,4% das puérperas adolescentes já haviam realizado cesárea. A alta porcentagem de cesáreas pode ser explicada pelos fatores sócio-culturais, tais como, medo da dor durante o trabalho de parto, medo da deformação do corpo por parte da gestante, bem como fatores médicos (possível formação com ênfase na operação cesárea e fragilizada em relação à assistência à parturiente durante a evolução do parto normal) (73).

Dentre as puérperas entrevistadas, 81 (80,1%) referiram nunca ter sofrido aborto, fosse ele espontâneo ou provocado. 15 (14,9%) referiram um aborto até o momento da entrevista; 3 (3,0%) informaram dois abortos; 1 (1,0%) três abortos e 1,0% (1) relatou já ter apresentado cinco abortos. A média de abortos foi 0,28 por mulher, sendo a moda e mediana equivalentes a não ter ocorrido nenhum aborto.

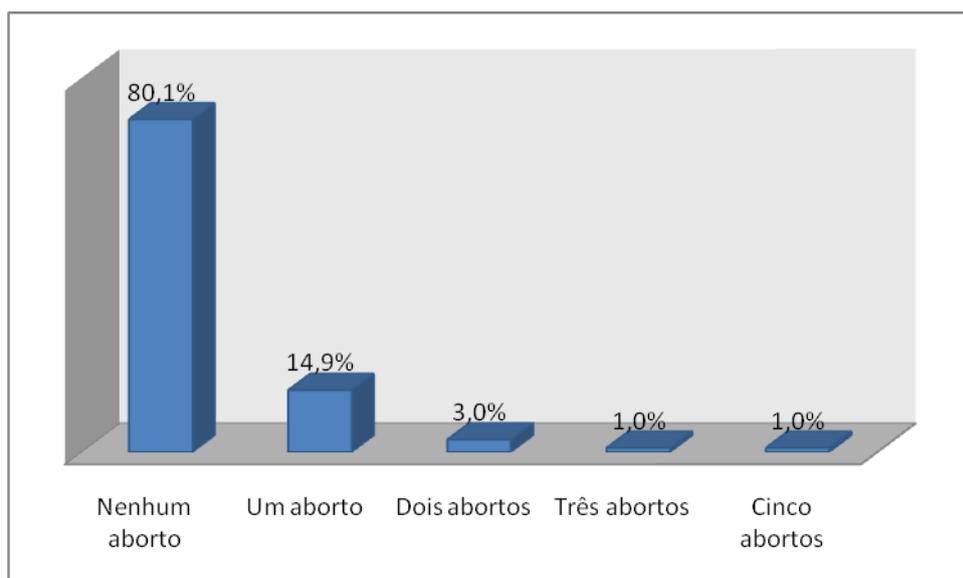


Figura 8: Distribuição de entrevistas segundo número de abortos, Palmas-TO, 2009

A prevalência de aborto entre as entrevistadas foi 19,9% (n=20) e estes resultados estão de acordo com os encontrados por Cruz e colaboradores, segundo os quais a prevalência de aborto foi 21,7% entre as puérperas que participaram de um estudo epidemiológico e descritivo, realizado na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, 603 Norte, em Palmas, com 198 mulheres de 10 a 49 anos, com objetivo de investigar prevalência de aborto por área de abrangência da referida unidade (74).

As autoras do referido estudo, ao analisarem o perfil socioeconômico das mulheres que realizaram aborto, constataram que a porcentagem de aborto foi maior em adultas (maiores de 19 anos), que têm companheiro, renda familiar de um a dois salários mínimos e profissão do lar. Considerando renda familiar e profissão, as autoras relataram que a maior prevalência de aborto ocorreu em mulheres com condições socioeconômicas desfavoráveis (74). No tocante à prevalência de aborto,

segundo Adesse e Monteiro, o aborto representa um grave problema de saúde pública pela frequência com que ocorre, sendo que no Brasil, representa a quarta causa de morte materna, devido às complicações (75).

Estes dados estão de acordo com os encontrados no presente estudo, visto que dentre as 20 puérperas que referiram aborto as maiores proporções foram entre casadas (90,0%), com companheiro (90,0%), com renda familiar até 2 salários mínimos (75,0%) e que não possuem trabalho remunerado (75,0%).

Os principais tipos de aborto são: o aborto espontâneo, quando ocorre a interrupção involuntária da gravidez, podendo ser causado por doenças que surgiram durante a gestação, por precárias condições de saúde da gestante, pré-existentes à fecundação; o aborto induzido quando a gravidez é interrompida pela própria gestante ou por terceiro, por causas externas de ordem física, química e mecânica e o aborto retido quando ocorre a morte do feto dentro da cavidade uterina sem que haja nenhuma eliminação do conteúdo uterino por, pelo menos, oito semanas (76, 77).

No estudo desenvolvido por Gama, identificou-se história de aborto anterior igual a 9,6% no grupo de puérperas adolescentes; 33,2% em mulheres de 20-34 anos com experiência de gravidez na adolescência e 17,4%, entre as mulheres de 20-34 anos que não engravidaram na adolescência (38). Estes resultados diferem dos que foram encontrados no presente estudo, já que, identificou-se, conforme dados dos cartões de gestante, e confirmados pelos relatos das entrevistadas, a história de aborto anterior em 2,0 % das adolescentes, 15,9% das puérperas de 20 a 34 anos e 2,0 % entre as maiores de 35 anos.

O aborto representa um grave problema de saúde pública e de justiça social pela frequência com que ocorre, sendo que no Brasil representa a quarta causa de morte materna, devido às complicações. Portanto, deve-se entender que o fenômeno do aborto é uma questão de cuidados de saúde e não um ato de infração moral de mulheres irresponsáveis (78).

5.3 EXAME CLÍNICO-OBSTÉTRICO

A realização do exame clínico-obstétrico, com a execução de procedimentos como aferição da altura uterina, manobras de Leopold para identificação da apresentação fetal, dentre outros, permite o toque e maior aproximação profissional-gestante, colaborando com o estabelecimento de um vínculo que pode corroborar para o estabelecimento do plano de cuidados e execução das orientações recebidas durante o pré-natal (32).

Ao analisar os cartões das gestantes, verificou-se que constava o registro da data da última menstruação em todos (101) e que nos cartões de 100 puérperas (99,0%) constava o registro da data provável do parto.

Neumann e colaboradores, afirmam que mães com menor renda iniciaram o pré-natal mais tarde, realizaram menor número de consultas e apresentaram menor frequência de verificação da DUM. No entanto, no presente estudo, não houve interferência da renda sobre o registro da DUM e DPP, uma vez que, estes procedimentos foram registrados em praticamente todos os cartões de gestante. A porcentagem de verificação da DUM foi de 96,9% entre as participantes do estudo realizado por Neumann e colaboradores (79). A DPP foi registrada corretamente em 91,9% dos casos, em um estudo realizado por Coutinho et al e no presente estudo este percentual foi maior (99,0%), conforme relatado anteriormente (79).

A Tabela 1 faz referência ao número de registros da idade gestacional, pressão arterial, batimentos cardíacos e altura uterina encontrados nos cartões de gestante, sendo verificado que, em 72 (71,3%) dos cartões, houve entre seis a onze registros da idade gestacional e em 29 (28,7%) destes constavam cinco registros ou menos. Em decorrência do número de consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde ser igual a seis, o número mínimo de registros da idade gestacional deveria ser equivalente a seis também, visto que, o cálculo da idade gestacional deve ser realizado em todas as consultas (5).

Tabela 1: Distribuição de entrevistas segundo registro da idade gestacional, pressão arterial, batimentos cardíacos e altura uterina nos cartões de gestante, Palmas-TO, 2009

Número de registros:	IG		PA		BCF		AU	
	N	%	n	%	N	%	n	%
0	1	1,0	-	-	-	-	2	2,0
1	1	1,0	1	1,0	3	3,0	4	4,0
2	4	4,0	2	2,0	5	5,0	1	1,0
3	7	6,9	7	6,9	16	15,8	14	13,9
4	10	9,9	10	9,9	18	17,8	15	14,8
5	6	5,9	7	6,9	19	18,8	25	24,7
6 ou mais	72	71,3	74	73,3	40	39,6	40	39,6
TOTAL	101	100,0	101	100,0	101	100,0	101	100,0

Neste estudo, a média da frequência do registro da idade gestacional foi 6,3 (dp=2,3); com moda e mediana iguais a sete registros de idade gestacional.

Silveira et al verificaram ausência de registro de idade gestacional em 5,0% dos cartões de gestante (22). Este percentual é superior ao encontrado neste estudo (1,0%). Na pesquisa desenvolvida por Coutinho et al foram avaliados os procedimentos clínico-obstétricos. Os autores referem que, em 58,1% dos casos, a idade gestacional foi registrada cinco vezes ou mais (69). No presente estudo, o percentual de puérperas com cinco ou mais registros no cartão de gestantes foi maior, alcançando um percentual de 77,2% (78), conforme ilustrado na Figura 9.

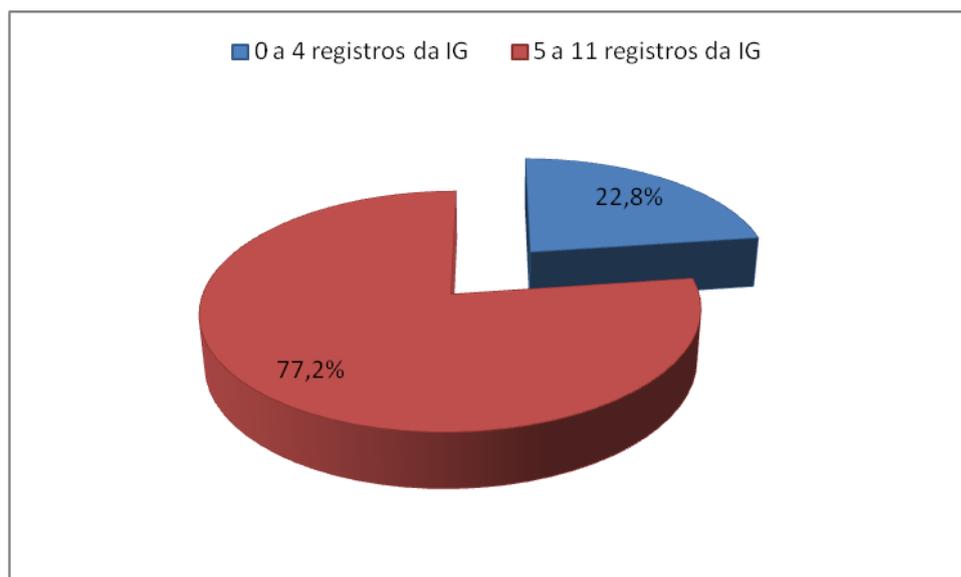


Figura 9: Distribuição de entrevistas segundo número de registros da idade gestacional, Palmas-TO, 2009

A verificação da pressão arterial deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal. Procedimentos como aferição do peso, pressão arterial, idade gestacional e verificação de edema podem ser realizados em todas as consultas, independente da idade gestacional, por isso, espera-se que o número de registro destes procedimentos seja semelhante ao número de atendimentos de pré-natal.

No entanto, procedimentos como verificação da altura uterina, da apresentação fetal, ausculta dos batimentos cardíofetais só podem ser realizados a partir de determinada idade gestacional e isso justifica a não correspondência entre o número de registro destes procedimentos e a quantidade de consultas de pré-natal. De acordo com Carvalho e Novaes, as medidas da pressão arterial e do peso materno foram as mais registradas durante o pré-natal, o que reflete sua assimilação como prática rotineira nas consultas (39).

De acordo com a Tabela 1, a pressão arterial foi verificada pelo menos uma vez em todos (101) os cartões avaliados, contendo cinco a doze registros em 81 (80,2%) dos cartões de gestante avaliados, e um a quatro registros em 20 (19,8%) dos cartões. Estes dados são semelhantes aos que foram encontrados na pesquisa desenvolvida por Coutinho et al, segundo a qual, nos cartões de 22,2% das gestantes a termo constavam um a quatro registros da pressão arterial e em 77,8%

deles verificaram-se cinco ou mais registros (69). A média do número de registros da pressão arterial, na presente pesquisa, foi 6,4 ($dp=2,1$), com moda e mediana iguais a sete registros da pressão arterial.

Em todos (101) cartões verificou-se o registro do peso da gestante pelo menos uma vez. Conforme demonstrado na Figura 10, foram identificados cinco a doze registros do peso em 79 (78,2%) dos cartões de gestante e um a quatro registros do peso materno em 22 (21,8%) cartões. No estudo realizado por Coutinho e colaboradores foram encontrados resultados semelhantes, no qual constam cinco a doze registros do peso materno em 75,4% dos cartões e um a quatro registros em 24,3% dos cartões (69).



Figura 10: Distribuição de entrevistas segundo número de registros do peso materno, Palmas-TO, 2009

A média do número de registros do peso materno foi 6,3 ($dp=2,1$), com mediana igual a seis registros do peso materno e moda equivalente a sete registros. Os resultados encontrados nesta pesquisa estão de acordo com a pesquisa realizada por Silveira e colaboradores, segundo a qual, a verificação do peso da gestante, a aferição da pressão arterial e da altura uterina foram os procedimentos com menor percentual de ausência (22).

De acordo com a Tabela 1, em todos os cartões (101) houve registro dos batimentos cardíacos pelo menos uma vez (22). Certificou-se que a média de registro dos BCF nos cartões das gestantes foi 4,9; com desvio padrão equivalente a 1,75; mediana igual a cinco registros dos batimentos cardíacos e moda equivalente a seis registros. Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Coutinho e colaboradores em sua pesquisa, na qual houve registro dos batimentos cardíacos no mínimo quatro vezes em 79,5% dos cartões (69).

Em estudo realizado em Pelotas-RS, por Silveira e colaboradores, identificou-se que não houve registro dos batimentos cardíacos em 16,6% da amostra pesquisada, pelo menos um registro dos batimentos em 83,4% e quatro ou mais registros em 50,9% da amostra (22). No presente estudo, a porcentagem de registros dos batimentos cardíacos foi mais alta do que no referido estudo, já que em todos os cartões houve pelo menos um registro, e, em 77 (76,2%) cartões de gestantes, houve quatro registros ou mais dos batimentos cardíacos.

O primeiro recurso utilizado a fim de avaliar as condições de vitalidade do feto foi a determinação da frequência cardíaca fetal, que permanece sendo um instrumento útil para acompanhar a gestação. Por meio da ultrassonografia, a ausculta dos BCF pode ser realizada a partir da quinta ou sexta semana de gestação; em torno da décima primeira semana, se for utilizado o sonar Doppler; e, aproximadamente, na vigésima semana quando o estetoscópio de Pinard é utilizado (76).

O exame clínico-obstétrico faz parte da consulta pré-natal e por não demandar de uma estrutura sofisticada para sua execução, depende quase que, exclusivamente, da ação dos profissionais de saúde. Portanto, um elevado percentual de realização dos procedimentos do exame clínico-obstétrico demonstra que os profissionais estão envolvidos com o cuidado pré-natal, compreendem e valorizam a realização destes procedimentos (80).

A Tabela 1 traz a distribuição de entrevistas no que se refere ao número de registros da altura uterina e nesta pesquisa, a média do número de registros da AU foi 5,0 (dp= 1,9), com mediana e moda iguais a cinco registros. No estudo realizado por Neumann e colaboradores, a altura uterina foi registrada pelo menos uma vez

em 98,3% dos cartões (79). Estes resultados estão de acordo com os que foram verificados no presente estudo, pois, em 99 (98,0%) dos cartões houve o registro da altura uterina pelo menos uma vez.

Carvalho e Novaes informaram que dentre os procedimentos do exame clínico-obstétrico, aqueles que apresentaram maior porcentagem de registro foram: aferição da pressão arterial (97,8%), verificação do peso (97,4%) e verificação da estatura (94,4%) (39). Estes resultados estão de acordo aos que foram verificados no presente estudo. Os autores referem que 1% das entrevistadas informou nunca ter sido medida a altura uterina.

Ao comparar o presente estudo com a pesquisa realizada por Silveira e colaboradores verificou-se que os resultados, no tocante ao registro da altura uterina, foram melhores neste estudo, visto que, na referida pesquisa, em 7,2% dos casos, não houve registro da altura uterina nos cartões, e em apenas 49,2% dos cartões, encontraram-se cinco registros ou mais da altura uterina (22). Nesta pesquisa, em 2 (2,0%) dos cartões não foi identificado o registro de altura uterina e em 65 (64,3%) verificaram-se cinco registros ou mais.

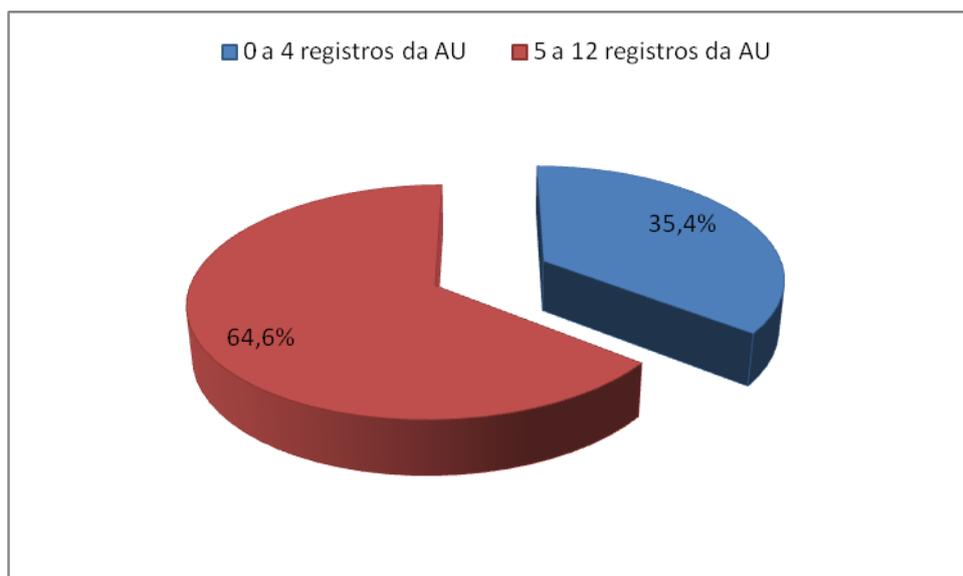


Figura 11: Distribuição de entrevistas segundo número de registros da altura uterina, Palmas-TO, 2009

Conforme Figura 11, em 65 (64,3%) dos cartões houve cinco a dez registros da altura uterina e em 36 (35,7%) deles observaram-se até quatro registros. Em 2 (2,0%) cartões não se encontrou registro da altura uterina. Segundo Coutinho et al, em apenas 0,5% da amostra não houve registros da AU, em 26,8% dos casos constavam até quatro registros, e, em 72,7% da amostra, a AU foi registrada cinco ou mais vezes. Desta forma, no estudo realizado por Coutinho e colaboradores, identificou-se maior porcentagem de registro da altura uterina, comparando-se ao presente estudo (69).

A estatura das gestantes foi registrada em 90 (89,1%) dos cartões, e, apesar de ser uma porcentagem elevada, o ideal seria que em todos os casos houvesse o registro da estatura, visto que, permite o cálculo do índice massa corpórea, que por sua vez, possibilita avaliar o estado nutricional da gestante. Uma facilidade em relação ao registro da estatura é a necessidade de aferição e registro uma única vez em se tratando de adultos e uma vez a cada três meses em adolescentes (1).

A verificação do edema é um procedimento clínico que deve ser realizado em todas as consultas, pois pode ser realizado independente da idade gestacional na qual a mulher se encontre e sua realização independe de aparelhos ou exames laboratoriais. Sendo assim, espera-se um percentual elevado de registro do edema em decorrência das facilidades e importância já citadas.

Ao contrário do esperado, em 97 (96,0%) dos cartões de gestantes não foi encontrado nenhum registro da avaliação do edema, em 1 (1,0%) dos cartões foi registrada uma vez, em 1 (1,0%) registrada três vezes, em 1 (1,0%) constavam sete registros e em 1 (1,0%) houve oito registros do edema. Os resultados encontrados por Silveira e colaboradores contrastam com os que foram encontrados neste estudo, pois os autores verificaram que, em 60,3% dos casos, não houve registro de verificação do edema, pelo menos um registro em 39,7% dos casos e cinco ou mais registros da verificação do edema em 15,9%. Estes resultados são menores do que o esperado, especialmente devido à facilidade da verificação e registro da avaliação do edema (22).

De acordo com os dados da Tabela 2, o número de registros da apresentação fetal foi considerado baixo, uma vez que a apresentação fetal pode ser verificada no

terceiro de trimestre de gestação, e, de acordo com o PHPN, no mínimo três consultas devem ser realizadas no último trimestre da gravidez. Neste trabalho identificou-se que em 95 (94,0%) dos cartões, não houve nenhum registros da apresentação fetal e que em apenas 6 (6,0%) cartões de gestante pelo menos um registro.

Tabela 2: Distribuição de entrevistas segundo número de registros da apresentação fetal nos cartões de gestante, Palmas-TO, 2009

Número registros da apresentação fetal	n	%
0	95	94,0%
1	1	1,0%
2	3	3,0%
3	1	1,0%
4	1	1,0%
TOTAL	101	100,0

Carvalho e Novaes verificaram a ausência do registro da apresentação fetal em 27,1% dos cartões de gestante e, segundo os autores, isso é preocupante pela possibilidade de perder a oportunidade de diagnósticos precoces e prevenção de complicações (39). Os resultados encontrados no presente estudo são ainda mais preocupantes, visto que, o percentual de ausência de registro da apresentação fetal foi de 94% (n=95).

Diferente do que foi encontrado no presente estudo, Coutinho e colaboradores verificaram que houve registro da apresentação fetal duas ou mais vezes em 35,7% dos cartões, sendo que em 54,3% dos cartões não houve nenhum registro da apresentação fetal. Os autores referem que a falta de registro da apresentação fetal pode ser em decorrência do despreparo técnico, pouca valorização deste procedimento e/ou comodidade da sua substituição pela ultrassonografia obstétrica (69).

De acordo com a Figura 12, 20 (19,8%) participantes da pesquisa realizaram exame citopatológico pela última vez em 2009; 40 (39,5%) em 2008; 13 (12,9%) em 2007; 4 (4,0%) em 2006, 1 (1,0%) entrevistada relatou ter realizado exame citopatológico em 2005 e 23 (22,8%) delas nunca realizaram o exame.

Trevisan e colaboradores relatam que, em 51% das entrevistadas, foi coletado o exame citopatológico do colo do útero no último ano (29). Estes resultados estão próximos aos encontrados no presente estudo, visto que, a soma das porcentagens das puérperas que fizeram o exame no último ano (em relação ao período de coleta de dados refere-se aos anos de 2009 e 2008) foi equivalente a 59,3% (n=60).

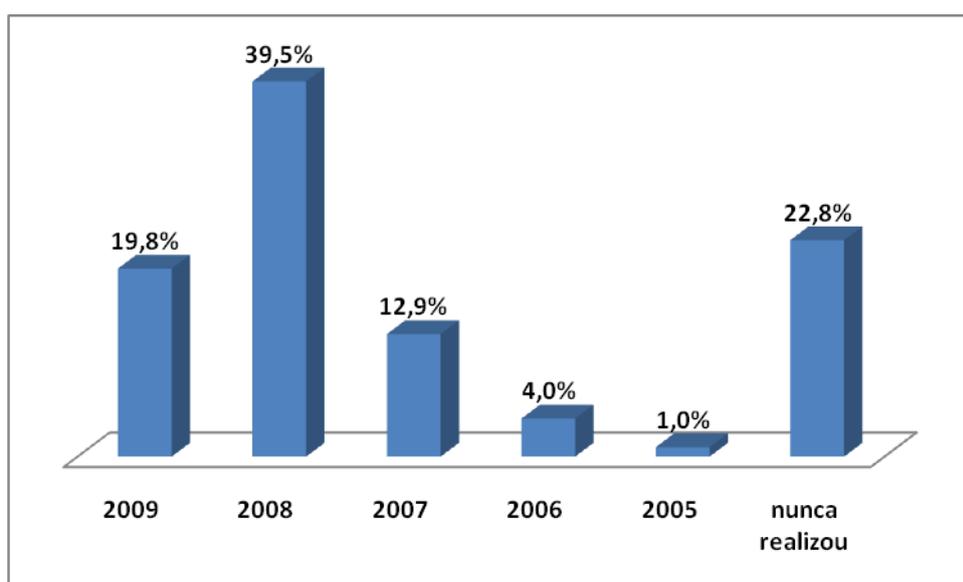


Figura 12: Distribuição de entrevistas segundo ano da realização do último exame citopatológico, Palmas-TO, 2009

Na presente pesquisa, identificou-se que um elevado número de puérperas (n= 23, 22,8%) nunca realizou exame citopatológico, embora seja um exame fundamental para o rastreamento do câncer de colo de útero, pois, segundo Buchabqui e colaboradores, a gestação pode ser a única oportunidade de contato com esta mulher e deve-se aproveitar o comparecimento dela para proceder à coleta do esfregaço cervical. Os mesmos autores afirmam que por meio deste exame é possível realizar o rastreamento e tratamento das vulvovaginites na gravidez, reduzindo os riscos de trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, endometrite puerperal, infecção, sepse e óbito neonatal (76).

Todas as puérperas (101) referem ter utilizado ferro para tratamento ou prevenção de anemia, principalmente sob a forma de sulfato ferroso, no entanto não

se identificou registro da prescrição de sulfato ferroso nos cartões de pré-natal. Estes dados diferem dos encontrados por Coutinho et al, que, ao investigar a adequação da assistência pré-natal, identificaram a prescrição de sulfato ferroso em 68,5% dos cartões de pré-natal (69).

Dentre as entrevistadas 96 (95,0%) referem esquema vacinal completo e 5 (5,0%) relataram esquema vacinal incompleto ou ausente. Este resultado apresentou semelhança com o verificado por Carvalho e Araújo, pois 98,6% encontravam-se com esquema vacinal atualizado. Moura et al identificaram cobertura da vacinação contra o tétano em 90% das participantes do estudo, enquanto que no estudo desenvolvido por Carvalho e Novaes, 91,0% das entrevistadas referiram atualização a vacina antitetânica (23, 26, 39).

Foi considerada baixa a porcentagem de realização do exame clínico das mamas durante o pré-natal, uma vez que somente 18 (17,8%) puérperas afirmaram ter sido submetidas a este exame pelo menos uma vez na gravidez. Em concordância com o presente estudo, Neumann e colaboradores afirmam que a porcentagem dos procedimentos realizados por auxiliares/técnicos de enfermagem foi elevada, no entanto houve menor frequência do que a esperada em relação ao exame de mamas (61,3%). De acordo com os mesmos autores, o menor percentual encontrado pode ser decorrente do fato de que procedimentos como o exame clínico das mamas dependem do enfermeiro ou médico e exigem maior tempo de consulta (79).

5.4 EXAMES LABORATORIAIS

Na amostra estudada, identificou-se a realização dos exames laboratoriais por meio do registro dos mesmos nos cartões de gestante, conforme ilustrado na Tabela 3. Quanto aos exames laboratoriais, nesta pesquisa, ao contrário do encontrado no estudo realizado por Coutinho e colaboradores, não houve grande variabilidade no registro dos exames considerados como básicos pelo PHPN (69). No presente estudo, em 94 (93,0%) dos cartões de pré-natal, houve registro de todos os exames preconizados pelo PHPN, sendo um resultado superior ao encontrado pelos autores

supracitados, os quais referem que em 65,9% dos cartões havia registro de todos os exames básicos.

Foi verificado que nos cartões de 95 (94,1%) puérperas houve registro do exame de tipagem sanguínea (ABO - Rh) e 6 (5,9%) das participantes desta pesquisa não tinham registrado em seu cartão de pré-natal o resultado de tal exame. Este resultado é semelhante ao encontrado em pesquisa realizada por Coutinho et al que relatam ausência do resultado da tipagem sanguínea em 7% dos cartões de gestante (69).

Em 96 (95,0%) dos cartões de gestante houve registro da dosagem de hematócrito/hemoglobina no início da gestação, no entanto, somente em 52 (51,5%) deles o exame foi repetido no terceiro trimestre, conforme preconizado pelo PHPN. O VDRL foi verificado em 97 (96,0%) cartões. A porcentagem de registro deste exame foi mais elevada do que a verificada no estudo realizado por Carvalho e Araújo, os quais referem que 69,6% das mulheres realizaram este exame pelo menos uma vez (23). Carvalho e Novaes encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo, visto que, em 94,7% dos cartões houve registro da dosagem de hematócrito/hemoglobina pelo menos uma vez (39).

Tabela 3: Distribuição de entrevistas segundo registro dos exames laboratoriais nos cartões de gestante, Palmas-TO, 2009

Registros	Sim n (%)	Não n (%)	Um registro n (%)	Dois ou mais n (%)
Tipagem sanguínea	95 (94,1%)	6 (5,9%)	-	-
Hemoglobina/hematócrito	96 (95,0%)	5 (5,0%)	44 (43,5%)	52 (51,5%)
Urina 1	96 (95,0%)	5 (5,0%)	40 (39,6%)	56 (55,4%)
VDRL	97 (96,0%)	4 (4,0%)	47 (46,5%)	50 (49,5%)
Glicemia de jejum	96 (95,0%)	5 (5,0%)	47 (46,5%)	49 (48,5%)
Exame anti-HIV	94 (93,0%)	7 (7,0%)	55 (54,4%)	39 (38,6%)

Os referidos autores identificaram que 72,3% das mulheres realizaram exame de urina tipo 1 durante a gestação. Neste estudo verificou-se que em 96 (95,0%) dos cartões de pré-natal houve registro de exame de urina, sendo que em 40 (39,6%) destes o exame foi registrado somente uma vez. De forma semelhante ao encontrado neste estudo, Koffman e Bonadio afirmam que a maioria das gestantes teve, pelo menos, um registro de cada exame ao longo do acompanhamento, embora uma pequena parte não apresentasse nenhum exame registrado no cartão de gestante (80).

Silveira e colaboradores realizaram um estudo com mulheres residentes na zona urbana de Pelotas (RS) em 2004, com o intuito de analisar os fatores associados à solicitação de exames de urina durante a gestação e relataram que a prevalência da não realização do exame de urina foi de 3%, o que está próximo ao resultado da presente pesquisa na qual esta prevalência foi de 5% (22).

De acordo com o estudo anteriormente citado, na análise multivariada identificou-se que as mulheres negras, pobres, de baixa escolaridade, solteiras e que realizaram menos de seis consultas pré-natais tiveram menos chance de realizar este exame. No presente estudo as mulheres com maior chance de realizar pré-natal foram as brancas (odds ratio = 1,49), com mais de oito anos de escolaridade (odds ratio = 4,26), que vivem com companheiro (odds ratio = 1,93), com trabalho remunerado (odds ratio = 1,65) e que realizam seis consultas de pré-natal ou mais (odds ratio =4,50).

Os resultados verificados neste estudo estão de acordo com os encontrados por Coimbra e colaboradores, segundo os quais, as mulheres sem companheiro, realizaram o exame de urina com menor frequência durante a gestação e apresentaram piores indicadores da assistência pré-natal (21).

Quando foi relacionada a ocorrência de não ter realizado exame de urina tipo 1 e a escolaridade menor que oito anos, neste estudo, mostrou significância ($p=0,02$). Ao relacionar a não realização do exame de urina com o número de consultas menor que seis, neste estudo também mostrou significância ($p=0,01$). No presente estudo, não se verificou significância ao relacionar a realização do exame

de urina tipo 1 com a cor ($p=0,62$), renda ($p=0,73$), idade ($p=0,84$) e estado civil ($p=0,41$)

Silveira e colaboradores informam que registros de hematócrito/hemoglobina, VDRL e exame de urina 1 não foram anotados em 14,4% dos casos e que apenas 48,1% das gestantes tiveram dois ou mais registros dos três exames (22). No presente estudo, em 96 (95,0%) cartões, houve registro de Hb/Ht, VDRL e exame de urina tipo 1, sendo que, em 50 (49,5%) dos cartões, ocorreram dois registros ou mais dos três exames.

O exame glicemia de jejum foi verificado em 96 (95,0%) dos cartões, sendo que, em 47 (46,5%) destes, a glicemia de jejum dosada apenas uma vez e, em 49 (48,5%), duas ou mais vezes. Apesar do percentual de mulheres que realizou exame mais de uma vez ter sido baixo, estes achados estão mais próximos ao que é recomendado pelo Ministério da Saúde, ao compará-los com os resultados encontrados na pesquisa realizada por Coutinho e colaboradores, segundo os quais 31,1% das mulheres não realizaram o exame de glicemia, 52,4% realizaram este exame uma vez durante a gestação e apenas 16,5% delas realizaram o exame duas vezes ou mais (69).

Um percentual menor de registro do exame de glicemia em jejum foi verificado no estudo desenvolvido por Carvalho e Novaes no qual em 53,2% dos cartões o registro de tal exame foi localizado pelo menos uma vez. Os mesmo autores referem que o exame de triagem para sífilis foi registrado, no mínimo uma vez, em 99,7% dos cartões de gestante avaliados na pesquisa (39).

Ao avaliar o registro do exame anti-HIV nos cartões de gestante, identificou-se que, em 7 (7,0%) dos cartões, estava ausente o resultado deste exame. Apesar de ser um percentual relativamente pequeno, representa um risco, visto que, a confirmação do exame HIV na gestação indica a necessidade de tratamento da gestante e recém-nascido, no intuito de evitar a transmissão do vírus HIV da mãe para o filho (33).

Dentre as 94 (93,0%) das mulheres que realizaram o teste anti-HIV, 55 (54,4%) realizaram o exame uma vez e 39 (38,6%) realizaram o exame duas vezes ou mais. Os resultados encontrados por Coutinho e colaboradores demonstraram

que 34,1% das participantes da pesquisa não realizaram o exame anti-HIV, o que se constitui um percentual de não realização do exame mais elevado do que o encontrado neste estudo (69). Segundo Carvalho e Araújo, somente 36,1% das participantes da pesquisa fizeram exame anti-HIV (23).

No que se refere aos exames laboratoriais, verificou-se que nesta pesquisa houve maior porcentagem de registro do que nas pesquisas de adequação do pré-natal realizadas por Carvalho e Araújo, Coutinho et al e Silveira et al. Os resultados são também mais próximos aos preconizados pelo Ministério da Saúde, por meio do PHPN, entretanto ainda permanecem baixos os percentuais de mulheres que realizaram duas vezes ou mais os exames de urina 1, VDRL, glicemia de jejum, exame anti-HIV e dosagem de hematócrito/hemoglobina (23, 69, 22).

A ausência do registro de exames laboratoriais para o rastreamento de doenças como sífilis e anemia ferropriva, cujos tratamentos são disponíveis e de baixo custo, aliada às graves repercussões associadas a estas patologias, podem comprometer os resultados maternos e neonatais (80).

5.5 ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Na amostra estudada 89 (88,1%) das puérperas iniciaram o pré-natal até quatro meses de gestação e 12 (11,9%) iniciaram o pré-natal entre os cinco aos nove meses. A média de início da idade gestacional foi de 13,4 semanas (dp=5,7); tendo como mediana a 12ª semana e moda a 9ª semana de gravidez. Em um estudo realizado por Silveira e colaboradores, a média da idade gestacional do início do pré-natal foi 17,8 semanas (22).

A busca tardia pela assistência pré-natal foi relatada por Koffman e Bonadio, uma vez que a idade gestacional de início de pré-natal foi 20,7 semanas (dp= 7,7) (80). Os dados encontrados no presente estudo demonstram um início precoce do pré-natal ao compará-lo com os dois estudos citados, o que se constitui num fator positivo, tendo em vista, a possibilidade de desenvolver ações de promoção à

saúde, prevenção de doenças, identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce de doenças e tratamento em tempo oportuno.

De acordo com a Tabela 4, 67 (66,3%) das puérperas iniciaram pré-natal até a 14ª semana de idade gestacional, 29 (28,7%) no segundo trimestre e 5 (5,0%) no terceiro trimestre de gestação.

Estes resultados demonstram que as participantes do presente estudo iniciaram o pré-natal mais precocemente quando comparadas às que participaram da pesquisa realizada por Trevisan e colaboradores, os quais verificaram que 34,7% das participantes da pesquisa iniciaram o pré-natal até a 14ª semana de gravidez; 51,5% no 2º trimestre; 13,8% no 3º trimestre (29). No entanto os resultados do presente estudo são semelhantes aos encontrados por Puccini e colaboradores, segundo os quais 65% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (14).

Tabela 4: Distribuição de entrevistas segundo idade gestacional de início do pré-natal, Palmas-TO, 2009

IG do início do pré-natal	n	%
Até 14 semanas	67	66,3
14 a 27 semanas	32	31,7
28 semanas ou mais	02	2,0
TOTAL	101	100,0

Ao contrário do encontrado no presente estudo, Rodrigues e colaboradores, ao realizarem uma pesquisa em 24 centros cadastrados pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, identificaram que somente 52% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e que 16% não realizaram pré-natal (82).

O início da realização da assistência pré-natal e o número de consultas realizadas durante a gestação são identificados como fatores que contribuem para redução da morbimortalidade materna e perinatal (83). A recomendação é que o pré-natal seja iniciado tão logo seja diagnosticada a gestação, com o intuito de fortalecer a adesão da gestante ao programa, bem como, a identificação de fatores de risco e prevenção de eventuais complicações (13).

Em pesquisa realizada por Neumann e colaboradores, verificou-se que mães com menor renda iniciaram o pré-natal mais tardiamente (79). Estes resultados estão de acordo aos encontrados no presente estudo, visto que, quando foi relacionada a ocorrência de ter renda familiar inferior a dois salários mínimos com início da assistência pré-natal após 14 semanas de gestação, neste estudo mostrou significância ($p=0,034$) e odds ratio igual a 3,80.

Conforme ilustrado na Figura 13, no que se refere ao número de consultas de pré-natal, as participantes da pesquisa foram classificadas em dois grupos: puérperas que realizaram duas a cinco consultas e puérperas que realizaram seis consultas ou mais.



Figura 13: Distribuição de entrevistas segundo número de consultas de pré-natal, Palmas-TO, 2009

Nos cartões de pré-natal de 27 (26,7%) puérperas houve registro de duas a cinco consultas e, em 74 (73,3%) deles, registro de seis ou mais consultas. Estes dados estão próximos aos encontrados em um estudo realizado por Neumann et al, segundo o qual 77,6% das participantes da pesquisa realizaram seis consultas ou mais (79).

Conforme dados apresentados na Tabela 5, a maior porcentagem de puérperas realizou entre seis a oito consultas, visto que, em 21 (20,8%) dos cartões

de pré-natal avaliados, identificou-se o registro de seis consultas, em 26 (25,6%) deles, sete consultas e, em 14 (13,9%) verificou-se o registro de oito atendimentos de pré-natal.

Na amostra estudada, a média de consultas por mulher foi 6,4 ($dp=2,1$). A mediana e moda foram equivalentes a sete consultas de pré-natal. A média de consultas está de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. No presente estudo observou-se que, em 80 (80,2%) dos cartões de pré-natal, havia registro de cinco consultas ou mais. Estes dados são mais favoráveis do que os encontrados por Coimbra e colaboradores os quais relatam que 62,9% das puérperas fizeram cinco ou mais consultas pré-natais (21).

Tabela 5: Distribuição de entrevistas segundo número consultas de pré-natal, Palmas-TO, 2009

Número de consultas	n	%
2	3	3,0
3	7	6,9
4	10	9,9
5	7	6,9
6	21	20,8
7	26	25,6
8	14	13,9
9	5	5,0
10	4	4,0
11	3	3,0
12	1	1,0
TOTAL	101	100,0

Em uma pesquisa desenvolvida por Koffman e Bonadio, cujo objetivo foi avaliar o processo de atendimento pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo, verificou-se que a média de consultas foi de 6,6 ($dp=2,7$) e a idade gestacional de início do pré-natal foi 20,7 semanas ($dp=7,7$). Percebe-se que a média de consultas foi semelhante à encontrada nesta pesquisa, entretanto verificou-se que as puérperas iniciaram o pré-natal mais precocemente no presente estudo (13,4 semanas). Quanto mais precoce o início do pré-natal, maiores são as chances de intervenção sobre possíveis agravos/doenças (80).

Os dados encontrados neste estudo estão em concordância com os que foram referidos por Neumann e colaboradores, pois os autores relatam que 77,5% das participantes da pesquisa fizeram seis consultas ou mais e que a mediana de consultas foi equivalente a sete (79).

5.5.1 Adequação segundo índice de Kotelchuck modificado

Foi utilizado o índice de Kotelchuck modificado por Takeda para avaliar a adequação do cuidado pré-natal. De acordo com este índice, o Grupo 01 é composto por mulheres que não realizaram pré-natal. Ao realizar a coleta dos dados identificou-se que três puérperas, que seriam selecionadas para participar do estudo, não haviam realizado pré-natal e, conforme critérios de seleção da amostra (item 4.5), estas puérperas foram excluídas do estudo e foi realizada a coleta de dados com as puérperas subsequentes.

Nesta pesquisa, identificou-se 15 (14,8%) das entrevistadas com pré-natal inadequado (grupo 02); 13 (12,9%) com pré-natal intermediário (grupo 03); 20 (19,8%) com pré-natal adequado (grupo 04) e 53 (52,5%) com pré-natal mais que adequado, sendo classificado no grupo 05 do índice de Kotelchuck modificado.

Leal e colaboradores desenvolveram um estudo com o objetivo de utilizar o índice de Kotelchuck em uma amostra de puérperas de parto único no Rio de Janeiro, verificar sua aplicabilidade e adaptá-lo às características da assistência pré-natal prestada. A aplicação do índice de Kotelchuck modificado identificou que, na amostra estudada, emergiram as seguintes categorias: não fez pré-natal (3,9%), inadequado (25,8%), intermediário (31,7%), adequado (30,3%), mais do que adequado (8,3%). Os autores ressaltam que 5,4% não puderam ser classificadas por ausência de informação de uma variável que compunha o índice (12).

Os resultados do presente estudo apontam uma adequação da assistência pré-natal mais elevada do que na pesquisa realizada por Leal et al. (2004b), visto que se verificou pré-natal adequado ou mais que adequado em 73 (72,3%) das

puérperas, enquanto que na referida pesquisa, apenas 38,6% das participantes da pesquisa se encaixam nestas categorias.

Puccini e colaboradores identificaram o pré-natal adequado em 35,5% das participantes do estudo e que 66,7% delas realizaram seis consultas ou mais. Estes dados estão de acordo com este estudo, pois, 74 (73,3%) puérperas fizeram seis consultas ou mais, o índice de adequação (pré-natal adequado e mais que adequado) foi mais alto do que na pesquisa citada (14). Ao avaliar o índice de adequação na utilização do cuidado pré-natal, Nagahama e Santiago verificaram que o pré-natal foi classificado da seguinte maneira: mais do que adequado (4,2%), adequado (32,8%), intermediário (16,0%), inadequado (44,5%) e ignorado (2,5%) e estes dados diferem também do presente estudo, pois, nele a porcentagem da assistência pré-natal considerada adequada ou mais que adequado foi maior (72,3%) (83).

Coimbra e colaboradores propuseram um índice baseado no calendário mínimo do Ministério da Saúde com as seguintes categorias: casos ignorados (mulheres que não souberam informar o mês de início ou número de consultas), pré-natal ausente (não realizaram pré-natal), inadequado (pré-natal iniciado após o 6º mês ou número de consultas abaixo do mínimo recomendado para a idade gestacional), intermediário (pré-natal iniciado até o 6º mês de gestação, e realizando cinco consultas para uma gestação a termo e menor número de consultas de acordo com idade gestacional), adequado (pré-natal iniciado até o 4º mês de gestação, mínimo de seis consultas para gestação a termo ou menor número de consultas de acordo com idade gestacional) (21).

Os autores verificaram que 49,6% das mulheres foram classificadas como tendo realizado pré-natal adequado, 15,2% intermediário, 24,5% inadequado, 9,3% ausência de pré-natal e 1,4% ignorado. O número médio de consultas foi de 6,6, sendo que este resultado está de acordo com a média de consultas por mulher encontrada nesta pesquisa (21).

5.5.2 Adequação segundo índice proposto por Silveira e Santos

Aplicando-se os critérios do índice proposto por Silveira e Santos, conforme item 4.9.2, verificou-se que 68 puérperas (67,3%) receberam assistência pré-natal adequada e 33 (32,7%) não adequada. Estes resultados diferem dos que foram encontrados por Carvalho e Araújo em sua pesquisa, segundo a qual 17,8% das mulheres receberam assistência pré-natal adequada e 82,2% pré-natal inadequado (23).

A diferença pode ser explicada porque houve também grande variabilidade nos resultados dos critérios que compõem o índice, tais como, a média de consultas por gestante, que, no presente estudo, foi 6,4; enquanto que na referida pesquisa esta média foi equivalente a 5,3; e, considerando ainda que, enquanto apenas um pouco mais de um terço das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e realizaram o número preconizado de consultas no estudo desenvolvido por Carvalho e Araújo, neste estudo encontraram-se resultados mais favoráveis, como 66,3% das mulheres tendo iniciado pré-natal no primeiro trimestre e 80,2% com seis ou mais registros de consulta pré-natal no cartão (23).

Nas duas pesquisas citadas acima, a porcentagem de adequação do pré-natal foi mais elevada do que na pesquisa desenvolvida por Serruya e colaboradores, segundo os quais a média de consultas de pré-natal foi 4,4 e a porcentagem de mulheres que realizou seis ou mais consultas foi de 20% (25).

Ao realizar a avaliação da adequação da assistência pré-natal em um hospital filantrópico, Koffman e Bonadio classificaram o pré-natal como adequado para 38,4% das gestantes, inadequado para 24,7% e intermediário para 36,9%. Os autores utilizaram o índice de Kessner modificado para avaliar o pré-natal. Este índice é composto pelas seguintes variáveis: número de registros das consultas de pré-natal, exames laboratoriais (dosagem de Hb/Ht, glicemia de jejum, VDRL, exame de urina tipo I e ABO/RH), procedimentos do exame clínico-obstétrico e intervalo transcorrido entre uma consulta e outra (80).

Apesar de serem índices diferentes, há inúmeras variáveis em comum nos índices de Kessner modificado e no proposto por Silveira e Santos, e ao comparar o estudo de Koffman e Bonadio com a presente pesquisa, verifica-se que inadequação

do pré-natal foi semelhante, sendo equivalente a 32,7% neste estudo e 30,6% na pesquisa desenvolvida pelos autores acima citados (80).

5.6 ÍNDICE DE KOTELCHUCK MODIFICADO E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

No Brasil, foram encontrados estudos sobre a assistência pré-natal, os quais têm se voltado para além dos indicadores relativos ao início do pré-natal e número de consultas, e isso denota interesse sobre a maneira com a qual o cuidado pré-natal tem sido dispensado à população, entretanto faz-se necessário distinguir também as condições socioeconômicas que permeiam o acesso a estes cuidados (39).

A Tabela 6 apresenta os resultados da associação entre a adequação pré-natal (índices de Kotelchuck modificado e proposto por Silveira e Santos) com as características socioeconômicas por meio do teste estatístico qui-quadrado, risco relativo e odds ratio.

A assistência pré-natal tem um inquestionável potencial para produzir impactos positivos sobre a saúde da mulher e do conceito, no entanto busca-se compreender melhor a associação entre os resultados do pré-natal e as condições socioeconômicas das gestantes, visto que, esta associação também influencia o acesso aos serviços de saúde e a implementação dos cuidados e tratamentos recomendados pelas equipes de saúde (84).

Tabela 6: Distribuição de entrevistas segundo adequação do pré-natal e características socioeconômicas maternas, Palmas-TO, 2009

Associação entre pré-natal e características socioeconômicas maternas	p	Risco relativo	Odds ratio
Idade materna menor ou igual a 19 anos			
Índice de Kotelchuck modificado	0,14	1,44	1,69
Índice proposto por Silveira e Santos	0,28	1,27	1,45
Etnia não-branca			
Índice de Kotelchuck modificado	0,28	1,30	1,45
Índice proposto por Silveira e Santos	0,21	1,30	1,50
Renda familiar até dois salários mínimos			
Índice de Kotelchuck modificado	0,15	1,58	1,82
Índice proposto por Silveira e Santos	0,16	1,47	1,72
Escolaridade até 8 anos			
Índice de Kotelchuck modificado	0,02	1,69	2,13
Índice proposto por Silveira e Santos	0,009	1,69	2,30
Sem companheiro			
Índice de Kotelchuck modificado	0,02	3,64	4,19
Índice proposto por Silveira e Santos	0,07	2,09	2,67
Sem trabalho remunerado			
Índice de Kotelchuck modificado	0,03	0,54	0,44
Índice proposto por Silveira e Santos	0,10	0,67	0,56

5.6.1 Adequação do pré-natal e idade materna

Neste estudo, quando foi relacionada adequação da assistência pré-natal pelo índice de Kotelchuck modificado com a idade materna até 19 anos, o teste estatístico qui-quadrado não mostrou significância ($p=0,14$). No entanto identificou-se um risco relativo igual a 1,44 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre adolescentes (menores de 20 anos) ao serem comparadas às puérperas acima de 20 anos. Na análise estatística encontrou-se odds ratio igual a 1,69.

Resultados semelhantes foram encontrados por Coimbra e colaboradores, os quais relataram que a inadequação do uso da assistência pré-natal não esteve

associada à idade materna. Segundo os autores, isto pode ser decorrente do estímulo à participação das adolescentes grávidas no pré-natal, realização de busca ativa e pelo fato da equipe de saúde e familiares perceberem a gravidez na adolescência como um fator de risco para a ocorrência de complicações (21).

Ao contrário do que foi verificado neste estudo e no de Coimbra e colaboradores, Puccini e colaboradores identificaram, em seu estudo, que a pior assistência, tendo como parâmetros, o início do pré-natal após o primeiro trimestre, e número de consultas inferior a seis, esteve associado à idade materna inferior a 20 anos e baixa renda familiar (menor que um salário mínimo per capita) (14).

No presente estudo, quando foi relacionada adequação da assistência pré-natal com a idade pelo índice proposto por Silveira e Santos, o teste estatístico qui-quadrado não mostrou significância ($p=0,28$). Identificou-se um risco relativo igual a 1,27 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre adolescentes quando comparadas às adultas. Na análise estatística encontrou-se odds ratio igual a 1,45.

Silva e colaboradores, em sua pesquisa desenvolvida em São Luís-MA, verificaram que grávidas adolescentes iniciam mais tardiamente o pré-natal e realizam um número menor de consultas ao serem comparadas com as adultas-jovens (72). No entanto, à semelhança do que foi verificado no presente estudo, Koffman e Bonadio não verificaram, em seu estudo, associação estatisticamente significativa entre adequação pré-natal e a idade das gestantes ($p=0,18$) (80).

Em um estudo realizado por Trevisan e colaboradores, o número de consultas pré-natal não foi influenciado significativamente por variáveis como: idade materna ou renda. Segundo os autores da pesquisa, tal achado é justificado pela homogeneidade da população estudada, principalmente em termos socioeconômicos (29). Tais achados são compatíveis com os resultados do presente estudo.

5.6.2 Adequação do pré-natal e etnia

Quando foi relacionada adequação da assistência pré-natal pelo índice de Kotelchuck modificado com a etnia (branca ou não-branca), neste estudo, o teste estatístico qui-quadrado não mostrou significância ($p=0,28$). Foi identificado risco relativo igual a 1,30 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre puérperas não-brancas ao serem comparadas às puérperas de etnia branca. Na análise estatística o odds ratio para estas variáveis foi de 1,45.

Ao relacionar a adequação do pré-natal pelo índice proposto por Silveira e Santos com a etnia, o teste estatístico qui-quadrado também não mostrou significância ($p=0,21$). Identificou-se um risco relativo igual a 1,30 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre mulheres não-brancas quando comparadas às brancas. Na análise estatística encontrou-se odds ratio igual a 1,50. Ao contrário do que foi encontrado neste estudo, Leal e colaboradores relatam que as mulheres de etnia parda e negra fizeram menos consultas de pré-natal ao serem comparadas com mulheres brancas (71).

5.6.3 Adequação do pré-natal e renda familiar

Ao relacionar a adequação da assistência pré-natal pelo índice de Kotelchuck modificado com a renda materna, sendo a renda classificada em até dois salários mínimos, ou renda familiar maior que dois salários mínimos; o teste estatístico qui-quadrado não mostrou significância ($p=0,15$). No entanto identificou-se um risco relativo igual a 1,58 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre as entrevistadas com renda familiar até dois salários mínimos ao serem comparadas com mulheres com renda familiar superior a dois salários mínimos. Na análise estatística encontrou-se odds ratio igual a 1,82 com intervalo de confiança de 95%.

Ao aplicar o teste estatístico qui-quadrado também, não houve significância ao relacionar adequação do pré-natal pelo índice proposto por Silveira e Santos com a renda familiar ($p=0,16$). No entanto identificou-se um risco relativo igual a 1,47 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre as mulheres com renda familiar

de até dois salários mínimos quando comparadas com as mulheres com renda familiar superior a dois salários mínimos e odds ratio igual a 1,72.

Trevisan et al verificaram em seu estudo que 68,9% tinham uma renda per capita inferior a um salário mínimo. Neste mesmo estudo, a média de consultas pré-natais foi 6,2. Dentre as participantes da pesquisa, 90,3% referiram ter se submetido a seis ou mais consultas de pré-natal. No presente estudo, 79,2% das entrevistadas tinham renda familiar até dois salários mínimos, a média de consultas por mulher foi 6,4 e apenas 73,3% das gestantes realizaram seis ou mais consultas. À semelhança do que foi verificado neste estudo, Trevisan e colaboradores também não evidenciaram a associação entre renda familiar e adequação à assistência pré-natal (29).

De acordo com Coimbra et al, a adequação do pré-natal no município de São Luís está intimamente relacionada com as características socioeconômicas, como a alta escolaridade da mãe e a realização da assistência fora dos serviços públicos de saúde, no entanto, no referido estudo, a inadequação do pré-natal também não esteve relacionada à baixa renda (21).

5.6.4 Adequação do pré-natal e escolaridade

Ao relacionar a adequação da assistência pré-natal, de acordo com o índice de Kotelchuck modificado, com a escolaridade materna, sendo esta classificada em menor que oito anos de escolaridade e oito anos de escolaridade ou mais, nesta pesquisa, o teste estatístico qui-quadrado mostrou significância ($p=0,02$). Identificou-se um risco relativo igual a 1,69 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre as entrevistadas com escolaridade inferior a oito anos. Na análise estatística encontrou-se odds ratio igual a 2,13.

Em um estudo realizado por Osis e colaboradores, verificou-se que o maior percentual de pré-natal adequado ocorreu entre mulheres com maior escolaridade, visto que, 84,8% das mulheres com ensino fundamental completo fizeram pré-natal,

enquanto que dentre aquelas com escolaridade superior ao ensino fundamental completo, o percentual de realização do pré-natal foi superior (94,6%) (18).

Em estudo realizado por Trevisan et al, assim como no presente estudo, houve predomínio de pacientes adultas jovens e de baixa escolaridade (29). Assim como na pesquisa desenvolvida por Pinto e colaboradores, neste estudo verificou-se associação entre menor escolaridade formal e menor utilização da assistência pré-natal (85). Ao aplicar o teste estatístico qui-quadrado, houve significância quando relacionou-se a adequação do pré-natal pelo índice proposto por Silveira e Santos com a escolaridade ($p=0,009$).

No que se refere à relação entre escolaridade e adequação do cuidado pré-natal segundo o índice proposto por Silveira e Santos, identificou-se ao risco relativo igual a 1,69 de ser realizada assistência pré-natal inadequada em mulheres com até oito anos de escolaridade quando comparadas às mulheres com escolaridade superior a oito anos. Na análise estatística encontrou-se odds ratio igual a 2,30.

5.6.5 Adequação do pré-natal e situação conjugal

Ao relacionar a adequação da assistência pré-natal pelo índice de Kotelchuck modificado com a situação conjugal, a análise estatística pelo teste de qui-quadrado mostrou significância ($p=0,02$). Identificou-se um risco relativo igual a 3,64 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre as puérperas que não têm companheiro quando comparadas às puérperas que têm companheiro.

O fato de não ter companheiro constituiu-se num risco de ter uma assistência pré-natal precária no que se refere ao número de consultas e início precoce da assistência pré-natal. Na análise estatística encontrou-se odds ratio igual a 4,19 com intervalo de confiança de 95%. Segundo Coimbra e colaboradores, a inadequação esteve associada à baixa escolaridade materna, baixa renda familiar, ausência de companheiro, atendimento nos serviços públicos de saúde, alta paridade e idade materna de 35 ou mais anos (21).

No entanto, ao relacionar a ocorrência de ter companheiro e adequação da assistência pré-natal de acordo com o índice proposto por Silveira e Santos, neste estudo, não mostrou significância ($p=0,07$). O risco relativo e odds ratio foram iguais a 2,09 e 2,67 respectivamente.

5.6.6 Adequação do pré-natal e trabalho remunerado

Ao relacionar a adequação da assistência pré-natal pelo índice de Kotelchuck modificado com trabalho remunerado realizado pela puérpera; nesta pesquisa, o teste estatístico qui-quadrado mostrou significância ($p=0,03$). Foi encontrado um risco relativo igual a 0,54 de ser realizada assistência pré-natal inadequada entre as entrevistadas que exerciam trabalho remunerado.

Desta forma, o fato de exercer trabalho remunerado ser identificado como fator de proteção para a adequação do pré-natal, pois o risco de ocorrer assistência pré-natal inadequada entre mulheres que trabalham é cerca de duas vezes menor do que entre as mulheres que não exercem atividade laboral remunerada. Na análise estatística obteve-se odds ratio igual a 0,44 com intervalo de confiança de 95%.

Embora, neste estudo, a porcentagem de mulheres que exercem trabalho remunerado seja considerada pequena (28,7%), Giffin refere que a mulher tem conquistado um novo espaço, exercendo também o papel de provedora, mulher independente e que exerce trabalho remunerado, entretanto estas conquistas vieram associadas à sobrecarga de trabalho dentro e fora de casa, à jornada dupla e exploração feminina, que exacerbam ainda mais as desigualdades associadas ao gênero (86).

A autora afirma ainda, que a remuneração feminina é inferior à masculina e que as atividades exercidas na maioria dos casos são relacionadas às “habilidades domésticas” desvalorizadas, não trazendo a estas mulheres e às suas famílias melhoria nas condições de vida. No entanto, neste estudo, assim como no que foi

desenvolvido por Trevisan e colaboradores o trabalho remunerado foi um fator de proteção, favorável à assistência pré-natal adequada (29).

Estes resultados estão de acordo aos encontrados no estudo desenvolvido por Leal et al segundo os quais as participantes da pesquisa que menos utilizaram a assistência pré-natal foram as adolescentes, de cor parda ou preta e que não tinham trabalho remunerado (71). Em um estudo realizado por Koffman e Bonadio verificou-se que a maioria das mulheres não exercia atividade remunerada (60,1%), que 12,3% eram estudantes, 43,1% eram donas de casa e 4,7% sem ocupação ou desempregadas e assim como no presente estudo, as ocupações predominantes foram as manuais e não especializadas (80).

Monteiro, Benício e Ortiz ressaltam a importância das condições socioeconômicas para a saúde do binômio mãe-filho, no entanto, afirmam que mesmo em situações de crise econômica, com altas taxas de desemprego e condições sociais desfavoráveis; o acesso aos serviços e a qualidade da assistência exercem uma influência positiva sobre a evolução favorável dos indicadores de saúde. Diante de situações socioeconômicas precárias, torna-se ainda mais relevante a oferta de uma assistência pré-natal adequada e de qualidade (87).

6 CONCLUSÕES

- Neste estudo sobre a adequação da assistência pré-natal prestada às gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas verificou-se maior porcentagem das puérperas com idade entre 20 a 34 anos, entretanto houve uma proporção significativa de adolescentes;
- Maioria de etnia não-branca, com mais de oito anos de escolaridade, com companheiro, baixa renda familiar e sem trabalho remunerado;
- Apesar da média de partos normais ter sido o dobro da média de cesáreas, cerca de metade das puérperas referiu já ter sido submetida a pelo menos uma cesárea, sendo assim, a porcentagem de mulheres que informaram cesárea foi considerada alta;
- Porcentagem elevada de registro dos procedimentos do exame clínico-obstétrico que podem ser realizados independentes da idade gestacional, tais como: registro da DUM, cálculo da DPP, registro da idade gestacional, aferição da pressão arterial, peso e estatura;
- Registro em porcentagem abaixo da esperada dos procedimentos que só podem ser realizados a partir de determinada idade gestacional e que só podem ser realizados por enfermeiro ou médico, tais como, ausculta de batimentos, aferição da altura uterina, exame clínico das mamas, avaliação do edema e diagnóstico da apresentação fetal, sendo os três últimos registrados numa proporção considerada baixa;
- Porcentagem de exames laboratoriais mínimos exigidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento foi considerada alta, entretanto, um percentual menor de mulheres repetiu os exames glicemia de jejum, urina tipo 1 e VDRL na trigésima semana de gestação, conforme preconizado pelo PHPN;

- Pré-natal classificado como adequado para maioria das puérperas, conforme índices de Kotelchuck modificado e proposto por Silveira e Santos;
- Não foi encontrada associação da adequação do pré-natal com a idade da gestante, renda familiar e etnia;
- Verificou-se significância ao relacionar a ocorrência de adequação do pré-natal com a escolaridade igual ou superior a oito anos, presença de companheiro e de trabalho remunerado exercido pela gestante;
- Assistência pré-natal caracterizou-se pela adequação considerada alta, entretanto verificou-se que há aspectos a serem aprimorados para que sejam contemplados os critérios exigidos pelo PHPN, especialmente no que se refere ao registro dos procedimentos do exame clínico-obstétrico e repetição dos exames laboratoriais no terceiro trimestre de gestação, ratificando a necessidade de permanentes ajustes, avaliações e intervenções.
- Identificou-se como limitação deste estudo, o fato de não serem abordados os resultados perinatais e sua associação com a adequação do pré-natal. Inicialmente buscou-se esta abordagem, tendo em vista ser este um dos objetivos específicos inicialmente presente no projeto de pesquisa, no entanto, verificou-se que a abordagem ficaria muito ampla, sendo retirado este objetivo específico para que houvesse o devido aprofundamento nas discussões aqui realizadas, optando-se por desenvolver esta temática em uma pesquisa posterior.

7 SUGESTÕES

- Sugere-se que sejam realizadas capacitações com o intuito de sensibilizar os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Palmas quanto à importância da realização e registros dos procedimentos do exame clínico-obstétrico e exames laboratoriais, no intuito de melhorar a adequação do pré-natal;
- Mulheres com baixa escolaridade, sem companheiro e sem trabalho remunerado devem ser alvos de ações mais específicas para obtenção do cuidado pré-natal adequado;
- Sugere-se a realização de avaliações periódicas da atenção pré-natal, como instrumentos imprescindíveis para melhora da adequação dos indicadores da assistência pré-natal;
- Sugere-se que seja utilizado ou elaborado índice de adequação da assistência pré-natal que utilize como base para avaliação início do pré-natal em idade gestacional mais precoce, tendo em vista que em um pré-natal iniciado após 4 meses ou 20 semanas (conforme índices encontrados) perde-se chance importante para prevenir ou diagnosticar precocemente agravos que podem afetar o binômio mãe-filho, bem como, que sejam contemplados aspectos como planejamento familiar, desejo de engravidar, exame pré-concepcionais, APGAR do recém-nascido, peso ao nascer e telemedicina ao abordar adequação da assistência pré-natal;
- Recomenda-se o desenvolvimento de estudos que correlacionem à assistência pré-natal os resultados perinatais, tais como peso ao nascer, estado nutricional do recém-nascido, prematuridade e morbimortalidade materna e infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: 2006.
- (2) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 569/GM de 1º de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília: 2000.
- (3) Lumbiganon P et al. From research to practice: the example of antenatal care in Thailand. *Bulletim of World Health Organization*. out. 2004; 82 (10): 746-9.
- (4) Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº 8080 de 19 de dezembro de 1990: Regulamenta em todo território nacional as ações de saúde, institui os Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: 1990.
- (5) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 570/GM de Junho de 2000: Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN. Brasília: 2000.
- (6) Ministério da Saúde (Brasil) [internet]. Acompanhamento pré-natal garante gravidez mais segura.[Acesso em: 25 março 2008] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24085.
- (7) 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*. jan-fev 2008; 4 (19): 13-7.
- (8) Ministério da Saúde (Brasil). Manual Técnico Saúde da mulher: gestação de alto risco. Brasília: 2003.

- (9) Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: 2004.
- (10) Neme B. Obstetrícia Básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
- (11) Santos IS. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Rev. Saúde Pública. Dez 2000; 34 (6): 603-9.
- (12) Leal MC et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2004; 29 (sup 1): S20-S33.
- (13) Serruya SJ et al. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. Set-Out 2004; 20 (5): 1281-9.
- (14) Puccini RF et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em áreas da Região Metropolitana de São Paulo. Cad Saúde Pública. Jan-Fev 2003; 19 (1): 35-45.
- (15) Travassos C et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização dos serviços de saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. Jan-Mar 2000; 5 (1): 133-49.
- (16) Souza JP et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. Cad Saúde Pública. Fev 2006; 22 (2): 255-64.
- (17) Costa AAR et al. Mortalidade Materna na cidade do Recife. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24: 455-61.
- (18) Osis MJMD et al. PAISM: um marco da abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pública. 1998; 16 (supl): S25-S32,.
- (19) Victora CG et al. Explaining trends in inequities: evidence from brazilian child health studies. Lancet. 2000; 356: 1093-98.

(20) Nascimento ER et al. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. Acta Paul Enferm. 2007; 20 (3): 311-15.

(21) Coimbra LC et al. Fatores associados inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2003; 37(4): 456-62.

(22) Silveira DS et al. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública. Jan-Fev 2001; 17 (1): 131-9.

(23) 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. Jul-Set 2007; 7 (3): 309-17.

(24) Silva JLP et al. A qualidade do pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2000; 27 (3): 103-5.

(25) Serruya SJ et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Saúde Pública. Jul-Set 2004; 4 (3): 269-79.

(26) Moura ERF et al. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. Nov-Dez 2003; 19 (6): 1791-99.

(27) Rios CTF ; Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexões sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12 (2): 477-86.

(28) Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000; 34: 547-50.

- (29) Trevisan MR et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2002; 37 (5): 293-9.
- (30) Pinheiro RS et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2002; 7: 687-707.
- (31) Fragoso SMA; Rios EV. ACESSIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIÓN USUÁRIA. *Gac Med Mex*. 2000; 136: 213-9.
- (32) Xímenes Neto, FR et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia de Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev Bras Enferm*. v. 61, n. 5, p. 595-602, Set-Out 2008.
- (33) Gayle HD. Curbing the Global AIDS Epidemic. *N Engl J Med*. 2003; 348 (19): 1802-5.
- (34) Saraceni V; Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal, município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*. Set-Out. 2003; 19 (5): 1341-9.
- (35) Silveira FS et al. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. *Cad Saúde Pública*. 2008; 20: 1160-9.
- (36) Pastore LM et al. Predictors of symptomatic urinary tract infection after 20 weeks gestation. *J Perinatol*. 1999; 19 (7): 488-93.
- (37) Bhutta ZA et al. Community-Based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005; 115 (Supl 2): S519-S527.
- (38) Gama SNG. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. Jan-Fev 2002; 18 (1): 74-80.

(39) Carvalho DS; Novaes HMD. Avaliação da implantação de programas de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública*. Abr-Jun 2004; 20 (supl 2): S220-S230.

(40) Martins CM; Almeida MF. Fecundidade e diferenciais intra-urbanos de desenvolvimento humano, São Paulo, Brasil, 1997. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35 (5): 421-7.

(41) Gama SGN et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35 (1): 74-80.

(42) Fraser AM et al. Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes. *N Engl J Med*. 1995; 332 (19): 1113-8.

(43) Gillman MW. Developmental Origins of Health and Disease. *N Engl J Med*. 2005; 353 (17): 1848- 50.

(44) Coe LC; Lubach GR. Prenatal origins of individual variation in behavior and immunity, *Science*. 2005; 29: 39-49.

(45) Kilsztajn, S et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37 (3): 303-10.

(46) Petrou S et al. Antenatal visits and adverses perinatal outcomes: results from a British population-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003; 106 (1): 40-9.

(47) Vintzileos A M et al. The impact of prenatal care on neonatal deaths in presence and absence of na antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186 (5): 1011-6.

(48) Marasquin HG et al. Visita domiciliar: olhar da comunidade da quadra 603 Norte, Palmas (TO). *Revista da UFG*. Dez 2004; 6 (especial).

(49) Neves CF et al. Percepções da população sobre o programa de saúde da família em Palmas-TO. Revista da UFG. Dez 2004; 6 (especial).

(50) Senna MCM. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2002; 173 (18).

(51) Atenção Básica (Tocantins). [Acesso em: 05 maio 2009] Disponível em: <http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/familia.php?obj=familia&status=fecha>.

(52) Prefeitura Municipal de Palmas (Palmas). Secretaria de Saúde. [Acesso em: 23 fevereiro 2010] Disponível em: <http://www.palmas.to.gov.br/portal/index/3200/>.

(53) Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Revista Brasileira de Enfermagem. Dez 2000; 53 (especial): 25-30.

(54) Marques RM; Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça para a autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad Saúde Pública. 2002; 18 (supl 1): S163-S171.

(55) Federação Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia (Febrasgo). Assistência Pré-natal: manual de orientação. São Paulo: 2005.

(56) Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 11ª reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

(57) Póvoa CLJ. História Didática do Tocantins. 3ª ed. Goiânia: Kelps; 2004.

(58) Prefeitura Municipal de Palmas (Palmas). Conheça Palmas. [Acessado em: 20 março 2008] Disponível em: http://www.palmas.to.gov.br/portal/conheca_palmas/.

(59) Nascimento JB. Conhecendo o Tocantins. 5ª ed. Palmas: Kelps; 2007.

(60) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Brasil). Contagem da população. CENSO 2007. [Acesso em: 06 julho 2008] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/ta_bela1_1_7.pdf.

(61) Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.[Acesso em: 25 março 2008] Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=1721002755157.

(62) Centro de Informações em Saúde para Viajantes (Cives). [Acesso em: 05 junho 2008] Disponível em: <http://www.cives.ufrj.br/software/epi351/epi351.html>.

(63) Vieira S. Introdução à Bioestatística. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1980.

(64) Richardson RR et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª.ed. São Paulo: Atlas; 1999.

(65) Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant. Brasília: 2002.

(66) Silveira DS; Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Rev Saúde Pública. Set-Out 2004; 42 (3): 389-95.

(67) Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Brasília: 2005.

(68) Silva GR et al. Perfil nutricional, consumo alimentar e prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de uma escola da rede pública no município de Ipatinga, MG. Revista Digital de Nutrição. Ago-Set. 2008; 2 (3).

(69) Coutinho T et al. Adequação ao Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. RBGO. 2003; 25 (10): 717-24.

(70) Olinto MTA; Olinto BA. Raça e desigualdade entre mulheres: um exemplo no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. Out-Dez. 2000; 16 (4): 1137-42.

(71) Leal MC et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido, no município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2004; 20 (supl1): S63-S72.

(72) Silva AAM et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2001; 17: 1412-23.

(73) Campos TP; Carvalho MS. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e acesso à clientela. Cad. Saúde Pública. Abr-Jun 2000; 16 (2): 411-20.

(74) Cruz BM et al. Prevalência de aborto na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família 603 Norte no município de Palmas, Tocantins. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem): Centro Universitário Luterano de Palmas; 2009.

(75) Adesse L; Monteiro MFG. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. [Acesso em: 20 maio 2007]. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf.

(76) Buchabqui JA et al. Assistência pré-natal. In: FREITAS F. Rotinas em Obstetrícia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006, 25-41.

(77) Diniz D. O aborto e saúde pública no Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.9, set, 2007.

(78) Souza, V. L. C. et al. O aborto entre as adolescentes. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 42-47, mar. 2001.

(79) Neumann NA et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2003; 6 (4): 207-18.

(80) Koffman MD; Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant. Dez 2005; 5 (supl 1): S23-S32.

(81) Coimbra LC et al. Inadequate utilization of prenatal care in two brazilian birth cohorts. Braz J Med Biol Rev. 2007; 40 (9): 1195- 200.

(82) Rodrigues CS et al. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16 (3): 168-75.

(83) Nagahama EEI; Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cad Saúde Pública. Jan 2006; 28 (1): 173-9.

(84) Victora CG; Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo Med J. 2001; 119: 33-42.

(85) Pinto LF et al. Perfil social das gestantes em saúde da família do município de Teresópolis. Cienc Saúde Coletiva. 2005; 10: 205-13.

(86) Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad. Saúde Pública. 2002; 18 (supl 1): 103-12.

(87) Monteiro CA; Benício MHA; Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2000; 36 (supl. 6): 26-30.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Iniciais: _____

1- Idade:

() menos de 20 anos

() 20-34 anos

() 35 anos ou mais

2- Etnia: () branca () não-branca

3- Renda familiar: _____ reais

4- Escolaridade:

() não-alfabetizada

() ensino fundamental incompleto

() ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto

() ensino médio completo

() ensino superior incompleto

() ensino superior completo

5- Menos que 8 anos de estudo? () sim () não

6- Possui companheiro? () sim () não

7- Trabalho remunerado: () sim () não

8- Ocupação: _____

9- Paridade: _____

10- Idade gestacional do início do pré-natal:

() até 4 meses de gestação

() 5-9 meses de gestação

11- Número de consultas de pré-natal durante a gestação: _____

12-Verificação da DUM: () Sim () Não

13-Verificação da DPP: () Sim () Não

14- Número de registros da idade gestacional: _____

15- Número de registros da pressão arterial: _____

16-Número de registros do peso materno: _____

17- Aferição da estatura: () sim () não

18-Número de registro dos batimentos cardíofetais: _____

19-Número de registros da medida da altura uterina: _____

20-Número de registros da avaliação do edema: _____

21-Número de registros da apresentação fetal: _____

22-Exame das mamas: () sim () não

23-Data do último exame citopatológico: _____

24-Ultrassonografia durante o pré-natal: () sim () não

25-Prescrição de ferro: () sim () não

26- Vacina antitetânica atualizada: () sim () não

27-Número de registros do VDRL: _____

28-Número de registros do exame de urina tipo 1: _____

29- Número de registros da glicemia em jejum: _____

30- Número de registros do exame anti-HIV: _____

31- Número de registros dosagem de hematócrito/hemoglobina: _____

32- Tipagem sanguínea e fator Rh: () sim () não

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa- **Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TOCANTINS, 2009**; no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Esta pesquisa corresponde e atende às exigências éticas e científicas indicadas na Res. CNS 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

NOME DA PESQUISA: ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PALMAS-TOCANTINS, 2009.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MANUELA BARRETO SILVA

ENDEREÇO: 504 Sul, Alameda 14, Lote 16, Aptº 301, Palmas-TO

TELEFONE: (63) 84298997

PATROCINADOR: Pesquisadora Responsável.

OBJETIVO: avaliar a adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Se concordar em participar da pesquisa você terá que responder a um formulário sobre seu o pré-natal, cujas respostas serão indicadores que levarão a pesquisadora ao cumprimento do objetivo principal do estudo em questão.

RISCOS E DESCONFORTOS: A pesquisadora garante que não há riscos de qualquer natureza para os participantes desta.

BENEFÍCIOS: Por meio da avaliação dos formulários, o pesquisador pretende levar ao conhecimento da Secretaria Municipal de Saúde do município, a avaliação quanto à adequação e qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS pelas equipes de saúde da família, possibilitando o planejamento e implementação de estratégias para melhor atender às gestantes.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação, como também não receberá nenhum pagamento por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: A pesquisadora garante o sigilo e garante que não será divulgada a identificação das participantes da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Consentimento de participação da pessoa como sujeito

Eu _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora, Manuela Barreto Silva, quanto aos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Declaro que recebi uma copia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

LOCAL E DATA: _____

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (menor de 18 anos):

Nome por extenso

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"
Credenciado pelo Decreto de 06/07/2000 - D.O.U. nº 130 de 07/07/2000

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 50/2009

Projeto de Pesquisa: Assistência pré-natal em usuárias do SUS atendidas pela Estratégia Saúde da Família: adequação e qualidade.

Pesquisador Responsável: Dr. Pedro Sadi Monteiro

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Resumo Descritivo do Estudo: Trata-se de um projeto de pesquisa que objetiva avaliar a adequação e qualidade da Assistência pré-natal em usuárias do SUS atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Palmas – TO. A pesquisa será realizada entre 2009 e 2010, no Hospital de Referência Dona Regina, através da aplicação de questionário às puérperas internadas até 24 horas após o parto e que tenham recebido assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família. A avaliação da qualidade da assistência será realizada por meio do Índice de Kotelchuck, que se constitui num índice validado, cujos critérios de adequação estão baseados no número de consultas e início do pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde. O tema é importante por gerar informações que poderão subsidiar discussões de medidas eficientes de assistência à saúde, desde o planejamento familiar até os cuidados pós-parto, passando por todo o processo gestacional.

Comentários e considerações:

O protocolo, em geral, apresenta de modo apropriado todas as partes do projeto: a introdução, justificativa, objetivos, referencial teórico e metodologia, estando bem redigido e adequado para ser desenvolvido, atendendo à Resolução CNS No.196/96, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação: APROVADO.

Palmas, 04 de setembro de 2009.

Solange Maria Miranda Silva
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
CEULP/ULBRA

ANEXO B - ANEXO I DA PORTARIA N.º 569/GM

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades e dispondo dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados:

I - Atividades

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
2. Garantir os seguintes procedimentos:
 1. Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
 2. Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
 3. Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - a. Tipagem sanguínea, na primeira consulta;
 - b. VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - c. Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - d. Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - e. Hb/Ht, na primeira consulta.
 1. Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
 2. Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
 3. Realização de atividades educativas;
 4. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
 5. Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II – Área Física, Materiais e Equipamentos

A unidade de saúde que realizará o acompanhamento pré-natal deverá dispor do seguinte:

Ambulatório - com sala de espera, local para armazenamento de materiais e medicamentos, banheiro(s) e consultório(s), todos com adequadas condições de higiene, conservação e ventilação. As instalações físicas dos consultórios devem garantir a privacidade da paciente durante a realização das consultas, exames clínicos e/ou ginecológicos;

1. Materiais e Equipamentos (mínimos):
 - a. Mesa e cadeiras para a realização das entrevistas;
 - b. Mesa ginecológica;
 - c. Escada de dois degraus;
 - d. Foco de luz;
 - e. Balança antropométrica para adultos (peso/altura);
 - f. Esfigmomanômetro (aparelho de pressão arterial);
 - g. Estetoscópio clínico;
 - h. Estetoscópio de Pinard;
 - i. Fita métrica flexível e inelástica;
 - j. Espéculos;
 - k. Pinças de Cheron;
 - l. Material para coleta de material para exame colpocitológico;
 - m. Gestograma ou disco obstétrico;
 - n. Sonar Doppler (se possível).

III- Recursos Humanos

A unidade deverá contar com:

1. Médico ou Enfermeiro;
2. Pessoal de apoio suficiente para o atendimento da demanda.

IV – Registros

Toda unidade básica deverá utilizar instrumentos para o registro de dados que possibilitem o adequado acompanhamento da evolução da gestação e que garantam o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal no serviço de saúde e no município. Para alcançar estes objetivos é necessário, também, que se estabeleça um fluxo de informações entre os serviços de saúde que integram o sistema de referência e contra-referência. Os instrumentos de registro a serem utilizados são os seguintes:

1. Cartão da Gestante – deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, informações importantes para a realização da referência e contra-referência. O Cartão deverá estar sempre de posse da gestante.
2. Ficha Perinatal – instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta, para uso dos profissionais de saúde da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério.
3. Ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.

V- Medicamentos Essenciais

1. Analgésicos;
2. Antiácidos;
3. Antibióticos;
4. Sulfato ferroso com ácido fólico;
5. Supositórios de glicerina;
6. Cremes para tratamento de infecções vaginais.

VI – Avaliação da Assistência Pré-natal

A avaliação sistemática da assistência pré-natal permite a identificação dos problemas de saúde da população alvo bem como a verificação da efetividade das ações desenvolvidas. Esta avaliação subsidia, também, quando pertinente, mudança das táticas/estratégias adotadas, possibilitando a melhoria dos indicadores estabelecidos a partir dos dados registrados na Ficha Perinatal, no Cartão da Gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do município e estado.

Para a avaliação da assistência pré-natal, deve-se utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1. Indicadores de Processo

1. Distribuição das gestantes por trimestre gestacional em que foi realizada a 1ª consulta pré-natal (1º, 2º e 3º);
2. Percentual de mulheres que se inscreveram no pré-natal (realizaram a 1ª consulta) em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos no município);
3. Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;
4. Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
5. Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
6. Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
7. Percentual de mulheres inscritas que realizaram o teste anti-HIV
8. Percentual de mulheres inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.
9. Percentual de mulheres inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

1. Indicadores de Resultados

1. Percentual de gestantes com VDRL positivo dentre aquelas que realizaram o exame;

2. Percentual de gestantes com Anti-HIV positivo dentre aquelas que realizaram o exame;
3. Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita;
4. Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
5. Taxa de letalidade materna no parto entre as mulheres inscritas no programa

1. Indicadores de Impacto

1. Coeficiente de incidência de sífilis congênita
2. Coeficiente de incidência de tétano neonatal
3. Razão de mortalidade materna no município;
4. Coeficiente de mortalidade neonatal total, precoce e tardia no município.

Fonte: Brasil (2).