



OBJSN
Online Brazilian Journal of Nursing

PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Assistência pré-natal no município de Quixadá: um estudo descritivo

Maria Eudênia Oliveira Barros¹; Luisa Helena de Oliveira Lima²; Eucilene Kássya Barros de Oliveira³

¹Usina de Biodiesel de Quixadá, ² Universidade Federal do Piauí, ³ Universidade Federal de Campina Grande

RESUMO

Introdução: A assistência pré-natal é fundamental para promover a saúde/bem-estar da gestante e do concepto. **Objetivo:** Analisar o atendimento pré-natal das Unidades Básicas de Saúde do município de Quixadá. **Métodos:** Estudo descritivo do qual participaram 73 gestantes. Foi utilizado um formulário para coletar os dados. **Resultados:** As consultas de pré-natal resumem-se à realização dos procedimentos básicos relativos à gravidez. Há uma deficiência no que diz respeito a atividades de educação em saúde, pois 82,2% das gestantes afirmaram nunca terem participado desse tipo de atividade. Os principais exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) foram solicitados para as gestantes. Ao analisar os cartões e fichas perinatais, constatou-se que 100% estavam incompletos ou desatualizados. **Conclusão:** O estudo evidenciou que a assistência oferecida às gestantes está aquém da preconizada pelo MS, o que compromete a qualidade da assistência.

Palavras-Chave: cuidado pré-natal, gestantes, enfermagem.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade. Ela reúne um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde/bem-estar da gestante e do concepto⁽¹⁾. O Ministério da Saúde recomenda que toda mulher no período de gestação deve comparecer, no mínimo, seis vezes às consultas pré-natais para realizar os exames laboratoriais de rotina, o que aponta para a eficácia da assistência pré-natal na redução das taxas de morbimortalidade⁽²⁾.

A gestação deve ser bem acompanhada através do pré-natal, tanto no que diz respeito à competência técnica, como na qualidade de envolvimento afetivo entre o profissional de saúde e a gestante. É importante salientar que a qualidade da assistência pré-natal é essencial na determinação dos fatores de risco que envolvem tanto a mãe quanto o filho, bem como para a satisfação da clientela. Uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para a obtenção de resultados efetivos na gestação, parto e puerpério⁽³⁾.

Com relação à qualidade da assistência dedicada ao pré-natal, os principais problemas citados em estudo da literatura referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais; ao não preenchimento de registros; e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades⁽⁴⁾. Apesar dos dados disponíveis apontarem para um aumento considerável, nos últimos anos, no número de consultas por mulher, este incremento não resultou em impacto considerável nos óbitos maternos declarados⁽⁵⁾.

No Ceará, por exemplo, em 2010, a Razão de Mortalidade Materna foi de 76,1 mortes por 100.000 nascidos vivos, conforme dados divulgados pela Secretaria de Saúde do Estado. A principal causa de morte, representando 32.1%, foi a Doença Hipertensiva Específica da Gestação, sendo a Eclâmpsia, Pré-eclâmpsia e a Hipertensão materna não especificada as principais patologias. Em segundo lugar, aparecem as Síndromes Hemorrágicas Ante e Pós-Parto, contribuindo com 21.4% dos óbitos, seguido pelas Infecções Puerperais (10.7%) e o Aborto (7.1%)⁽⁶⁾. Em contrapartida, cerca de 98% das

gestantes cearenses têm acesso à assistência pré-natal, segundo a Secretaria de Saúde do Estado. Essa disparidade entre a existência de uma cobertura satisfatória e um elevado índice de morbimortalidade materna inquieta-nos e justifica a relevância da nossa pesquisa, que investigou as consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Quixadá/Ceará/Brasil. Tem-se como objetivo descrever como se desenvolvem as consultas de pré-natal nas UBS de Quixadá/CE; comparar o atendimento realizado nas UBS com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem descritiva. A pesquisa foi realizada nas 17 equipes das UBS do Município de Quixadá/CE. Participaram do estudo 73 gestantes em acompanhamento pré-natal nas UBS pesquisadas.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para estudos transversais com população finita⁽⁷⁾: $n = Z_{\alpha}^2 * P * Q * N / Z_{\alpha}^2 * P * Q + (N-1) e^2$, onde: n = tamanho da amostra; Z_{α} = coeficiente de confiança; e = erro amostral absoluto; N = tamanho da população; Q = porcentagem complementar (100-P); P = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo.

Foram considerados como parâmetros o coeficiente de confiança de 95% (1,96), o erro amostral de 5% e a população de 1033 nascidos vivos no Município de Quixadá no ano de 2006. A proporção de ocorrência das consultas de pré-natal foi calculada dividindo o número de nascidos vivos no ano de 2006 pelo total de mulheres no período fértil residentes no Município de Quixadá no ano de 2006 (P=0,054). Desse modo, foram selecionadas 73 gestantes que atendiam aos critérios de inclusão: estar em acompanhamento pré-natal pela enfermeira nas UBS pesquisadas. Adotou-se como critério de exclusão mulheres que estavam na primeira consulta de pré-natal, pois, para o completo preenchimento do Instrumento de Coleta de Dados, eram necessárias algumas informações que não estariam disponíveis na primeira consulta.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram dois formulários previamente utilizados na construção de indicadores para avaliação da assistência à gestante⁽⁸⁾. O primeiro continha 47 questões, que foram aplicadas às gestantes a fim de levantar dados demográficos e relativos ao atendimento pré-natal que lhes foi prestado. Já o segundo formulário continha 97 questões, que foram respondidas durante uma segunda etapa: observação das consultas e dos registros feitos na ficha de pré-natal e no cartão da gestante. Nesse caso, lançamos mão da observação sistemática não-participante, guiada pelo próprio formulário.

Os dados foram coletados durante o período de fevereiro a junho de 2008. Para a construção do banco de dados, utilizou-se o programa Excel for Windows. Foi realizada a dupla digitação dos dados para minimizar erros. Os dados foram analisados por meio do programa SPSS, versão 17.0, onde foi feita a análise estatística, e foram organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais e em medidas de tendência central e de dispersão. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (protocolo nº 06/08).

RESULTADOS

Nas tabelas a seguir, podem ser observadas as distribuições de frequências relativas à qualidade do pré-natal, segundo aspectos investigados, os quais acredita-se ter papel determinante para a qualidade da assistência.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes conforme dados relativos às consultas de pré-natal. Quixadá-CE, 2008. n= 73.

Variáveis	f	%
Atendida em todas as consultas agendadas	65	89,0
Realizado exame das mamas	45	61,6
Recebeu antitetânica	45	61,6
Sabe indicar reforço	14	19,2
Recebeu orientações	52	71,2
Orientação sobre que serviço buscar em caso de necessidade	26	35,6
Orientada a levar cartão para a maternidade	56	76,3
Participou de atividade educativa	13	17,8
Prescrição de sulfato ferroso	54	74,0
Prescrição de ácido fólico	44	60,3

A tabela 1 nos revela que 71,2% das gestantes pesquisadas afirmaram ter recebido algum tipo de orientação durante o pré-natal. Um dado preocupante diz respeito ao fato de apenas 17,8% terem afirmado a participação em atividades educativas.

Além dos dados retratados na tabela 1, vale ressaltar que nenhuma delas (100%) tinha conhecimento sobre a lei do acompanhante, ou seja, não foram informadas de que poderiam escolher a pessoa de sua preferência para acompanhá-las durante o parto. Percebe-se aí uma falha no que concerne à orientação das gestantes, que devem estar a par, além dos aspectos supracitados, de questões relacionadas aos seus direitos enquanto cidadãs usuárias do Sistema Único de Saúde.

A mulher deve iniciar o pré-natal tão logo suspeite estar grávida, pois quanto mais cedo comparecer às consultas, mais tempo terá para o desenvolvimento das atividades/procedimentos preconizados e ainda realizar um maior número de consultas. A amostra deste estudo apresentou mediana de três meses de gestação com relação ao início do pré-natal. De acordo com este dado, as grávidas estão iniciando o pré-natal dentro do período preconizado; porém, como já foi citado, o ideal é que elas iniciem o

pré-natal o quanto antes. As diretrizes do MS apontam que a mulher deve realizar, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação⁽⁹⁾. As gestantes pesquisadas apresentaram mediana de 4 consultas realizadas. Esse número é devido ao fato de elas ainda estarem realizando o pré-natal, ou seja, ainda não chegaram ao final da gestação e, conseqüentemente, ainda têm consultas a serem realizadas.

Um dos itens do formulário aplicado às gestantes interrogava sobre a nota (1 a 10) que cada uma delas atribuiria ao atendimento da enfermeira durante as consultas. De acordo com os resultados obtidos, a nota atribuída ao atendimento foi, em mediana, 10, o que retrata a satisfação das gestantes, apesar de alguns aspectos negativos identificados a partir dos dados coletados. Foi possível observar que elas (gestantes) sentiam certa dificuldade em atribuir tal nota, pois atrelavam-na simplesmente ao aspecto emocional. Eram frequentes depoimentos do tipo: "Ela é muito boazinha, trata a gente bem, não tem cara feia... Eu dou um dez." Não foram valorizados por elas fatores como tempo de espera, solicitação e interpretação de exames laboratoriais, educação em saúde/orientação, dentre outros.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes conforme exames solicitados durante o pré-natal, Quixadá-CE, 2008. n= 73.

Variáveis	F	%
ABO-Rh	69	94,5
Anti-HIV	56	76,7
VDRL	69	94,5
Coombs indireto	4	5,5
Sumário de urina	67	91,8
Colpocitologia oncótica	3	4,1
Glicemia jejum	71	97,3
Hb/Ht	72	98,6
Informada sobre resultados	59	80,8

Pode-se observar, de acordo com a tabela 2, que os principais exames preconizados pelo MS foram solicitados para a maioria das gestantes, com exceção da colpocitologia

oncótica e coombs indireto, os quais foram solicitados apenas para 4,1 e 5,5%, das gestantes, respectivamente. No entanto, como não podemos afirmar se havia indicação para a solicitação de tais exames, esses dados não puderam ser discutidos de forma mais aprofundada. Apesar da maioria das gestantes ter os exames de rotina solicitados, percebemos ainda um déficit, visto que alguns exames, como o VDRL, glicemia de jejum, Hb/Ht e do sumário de urina, deveriam ser solicitados para 100% das gestantes, o que não ocorreu.

Ao analisar as fichas perinatais e os cartões das gestantes, percebe-se uma precariedade no que tange aos registros de enfermagem, que se resumem, quando muito, ao preenchimento das indagações lá contidas. Desse modo, tornou-se difícil verificar a realização ou não de procedimentos e condutas, haja vista essa precariedade de registros.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes, conforme registro de procedimentos realizados durante o pré-natal, Quixadá-CE, 2008. n=73.

Variáveis	F	%
Observação da situação de curva para avaliação nutricional	2	2,7
Determinação do peso	57	78,1
Determinação da estatura	43	58,9
Pressão Arterial (PA)	72	98,6
Pesquisa de edema	24	32,9
Exame das mamas	14	19,2
Altura Uterina (AU)	70	95,9
Batimentos Cardíofetais (BCF)	70	95,9
Situação/apresentação fetal	23	31,5
Agendamento das consultas subsequentes	68	93,2
Idade Gestacional (IG)	71	97,3
Interpretação de exames laboratoriais	18	24,7
Referência para tratamento odontológico	7	9,6

Foi possível observar que todas as unidades dispõem do material e equipamento necessários para a realização das consultas (dados relativos à observação das UBS). No entanto, a tabela 3 nos mostra que, dos itens relativos aos procedimentos realizados durante o pré-natal, estiveram presentes apenas os retratados na tabela, ou seja, apenas em 2,7% dos cartões e fichas perinatais havia registro sobre a situação

nutricional da gestante; o peso e a estatura da gestante foram registrados em 78,1 e 58,9% dos casos, respectivamente; encontramos dados relativos à pesquisa de edema em apenas 32,9%; os registros relativos à PA, AU, BCF e IG estiveram presentes na maioria das vezes. Havia registros referentes ao exame das mamas apenas em 19,2% dos cartões analisados, o que é paradoxal em relação ao fato de 61,6% das mulheres terem afirmado que tal exame havia sido realizado, como já foi citado anteriormente. Este dado nos revela que pode estar havendo negligência em relação aos registros de enfermagem.

Com relação à interpretação de exames laboratoriais, apenas 24,7% dos cartões e fichas apresentavam tais registros, o que representa um fator negativo, haja vista a importância desses dados para a continuidade do cuidado por outros profissionais que venham a prestar assistência à gestante, como é o caso do momento do parto. Ainda, apenas 9,6% dos cartões apresentaram registro de referência para tratamento odontológico.

Tabela 4 - Distribuição das gestantes conforme registro de antecedentes pessoais e obstétricos no cartão de pré-natal. Quixadá-CE, 2008. n= 73.

Variáveis	F	%
Hipertensão arterial	63	86,3
Diabetes	62	84,9
Cirurgias	4	5,5
Transfusões	6	8,2
Resultado do último exame preventivo (ginecológico)	5	6,8
Nº de gestações	71	97,3
Nº de partos	46	63,0
Nº de abortos	47	64,4
Nº de filhos vivos	46	63,0
RN com baixo peso	38	52,1
Mortes neonatais precoces e/ou tardias	8	11,0
Intervalo entre o final da última gestação e a atual	23	31,5
Tabagismo	43	58,9

A tabela 4 retrata a frequência de registros referentes aos antecedentes familiares da gestante. Vale salientar que houve registro apenas dos itens retratados na tabela, hipertensão arterial, diabetes e gemelaridade. Os outros antecedentes contidos no cartão

(malformação fetal e outros) não foram registrados em 100% dos cartões. No que diz respeito aos antecedentes familiares, é importante destacar que o registro está relacionado tanto à presença quanto à ausência destes.

DISCUSSÃO

É de senso comum que a gestante deve receber orientações durante o pré-natal por parte dos profissionais que prestam a assistência, sendo que a enfermeira, profissional que mais estreitamente se relaciona com a gestante, tem papel crucial no que diz respeito à educação em saúde durante o pré-natal, devendo abordar aspectos relacionados à gravidez de um modo geral, ao parto, aleitamento materno e cuidados com o bebê, dentre outros.

O fato de a maioria (82,2%) das mulheres terem afirmado que nunca participaram de atividades educativas grupais é visto negativamente, visto que o MS destaca, dentre as diferentes formas de atividades educativas, as discussões em grupo, dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo⁽⁹⁾.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento e a humanização podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e usuários como, por exemplo, a forma cordial do atendimento, com os profissionais apresentando-se, chamando os clientes pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade, incentivando a presença do acompanhante, dentre outras⁽⁵⁾.As consultas subsequentes à primeira, durante o pré-natal, devem ser previamente agendadas, ou seja, a gestante deve saber exatamente o dia e a hora que deve comparecer à unidade para sua próxima consulta. No cotidiano, percebe-se que não há um agendamento referente a horário, isto é, agenda-se simplesmente a data da próxima consulta. Diante do exposto, a amostra apresentou mediana de tempo de espera de duas horas, o que representa um fator negativo no que diz respeito à qualidade do pré-natal,

pois as mulheres chegam muito cedo à Unidade e lá ficam ociosas até o momento da consulta. Esse tempo, no qual as mulheres ficam ociosas, deveria ser aproveitado para o desenvolvimento de atividades educativas grupais, pois tais atividades podem ser muito valiosas para ambas as partes, profissionais e usuárias.

A tabela 4 nos mostra ainda que há sub-registro no que diz respeito à assistência pré-natal, já que as informações estavam incompletas na totalidade dos cartões e fichas perinatais observados, ou seja, 100% destes estavam preenchidos de forma incompleta ou desatualizados. Isto revela a necessidade de uma mudança de postura por parte dos enfermeiros responsáveis pelo atendimento às gestantes, na busca de melhorar o cuidado prestado, entendendo que o registro atualizado de todas as informações coletadas e procedimentos/conduitas realizados é fundamental para a garantia da qualidade da assistência. Estudo realizado em 2003, aponta que os registros de enfermagem são os únicos meios de demonstrar o trabalho executado, reflexo da eficiência e eficácia da assistência oferecida à clientela⁽¹⁰⁾.

Comparando o atendimento realizado com o preconizado pelo MS, percebe-se que ainda há muito a melhorar, principalmente no que diz respeito ao acolhimento da gestante; incentivo à presença do acompanhante nas consultas a fim de prepará-lo para acompanhar a gestante no momento do parto; sessões grupais de educação em saúde; realização do exame físico completo; e registro das informações.

Diante dos dados apresentados, parece que as gestantes não têm a clara noção do que seria uma assistência pré-natal ideal, isto é, conforme preconiza o MS. Elas mostraram-se satisfeitas com a qualidade da assistência recebida, apesar de relatarem pontos negativos, tais como a longa espera até o momento da consulta, a qual apresentou mediana de 2h, e falta de informação acerca de temas importantes como o parto, por exemplo.

Analisando os cartões e fichas perinatais, verifica-se que 100% deles estavam incompletos, negligenciando informações relevantes, o que pode implicar prejuízos para o binômio mãe-filho e dificultar a continuidade da assistência, principalmente no momento do parto. Além disso, percebe-se nitidamente a necessidade de

elaboração/construção de um instrumento adequado ao registro de todas as informações referentes ao acompanhamento de cada gestante, visto que a ficha perinatal é simplesmente a cópia do cartão da gestante e este não dispõe de espaço suficiente para o registro de todas as informações relevantes. No entanto, isto não justifica a falta de registro, o qual poderia ser feito até mesmo em uma folha comum anexada ao cartão e/ou ficha perinatal.

CONCLUSÃO

Com relação ao desenvolvimento das consultas, podemos notar que estas se resumem aos procedimentos básicos relativos à gravidez em si, relegando a segundo plano a abordagem holística da mulher ali presente, o que fere as recomendações da OMS, que rege que a assistência pré-natal deve ser integral e levar em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias e não somente um cuidado biológico.

Vale ressaltar que tivemos algumas dificuldades na realização deste estudo, dentre elas, o difícil acesso às UBS da zona rural. Todavia, tais dificuldades não nos impossibilitaram de concluir a pesquisa com a qualidade pretendida.

Diante dos resultados apresentados, trazemos como recomendações primordiais para a prática de enfermagem o seguimento dos protocolos de atendimento à gestante disponibilizados pelo MS e, além disso, a oferta de uma assistência que vislumbre a gestante além do aspecto biológico, isto é, que atenda as suas necessidades biopsicossocioespirituais.

Tudo isso nos traz a seguinte reflexão: cada vez mais se faz necessário que o enfermeiro repense e assuma o desafio em relação à sua prática, buscando o alcance de um novo modelo assistencial, pautado tanto na competência técnico-científica quanto na competência humana, garantindo assim a melhoria e efetividade da assistência prestada à população.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento ER, Rodrigues QP, Almeida MS. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):311-5.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
4. Barbosa M, Fernandes R. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies- a descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs [periodic in the Internet]*. 2008 [acesso em 3 Jul 2011]; 7(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1861>.
5. Serruya SJ, Secatti JG, Lago TG. O programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5):1281-9.
6. Ceará, Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria de Planejamento e Gestão. Coordenadoria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Gestão Pública por Resultados (GPR): Relatório de Desempenho Setorial (RDS 2011). Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde; 2012.
7. Luiz RR, Magnanini MMF. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: Medronho A. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 295-307.
8. Bergamasco RB, Gualda DMR, Okazaki ELJ. A construção de indicadores e elaboração de instrumentos de avaliação da assistência à gestante. In: Cianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO. *Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família - identificando as suas características no cenário do SUS*. São Paulo: Ícone; 2005.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. Vigo KO, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003; 11(2): 184-91.

Recebido:16/02/2012

Aprovado:28/06/2012