

Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife

Perceptions of pregnant women about the organization of the service/assistance in prenatal low risk in Recife

Las percepciones de las mujeres embarazadas sobre la organización del servicio/asistencia en bajo riesgo prenatal de Recife

Mirian Domingos Cardoso¹, Cleideane Meireles da Silva Ribeiro², Isadora Batista de Oliveira³, Priscila Maria da Cruz Andrade⁴, Taciana Mirella Batiista Santos⁵

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação, apresentado à Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora da Graças associada à Universidade de Pernambuco, 2014.

Como citar este artigo:

Cardoso MD; Ribeiro CMS; Oliveira IB; et al. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):5017-5024. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5017-5024>

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile and the perception of low risk pregnant women care met in a maternity hospital in Recife. **Method:** Descriptive study with 94 pregnant women attending prenatal low risk, from April to May 2014. Data were collected from subjects and the Maternity Card, using a questionnaire. **Results:** 71% were brown/black, 17% low education, 26% single/divorced, 49% unemployed and 48% had family incomes below the minimum wage. 28% multigesta and 17% said at least one abortion. However, of the 69 (73.4%) who had undergone tests, 46% were little satisfied/dissatisfied with the delivery time of the exams. **Conclusion:** Knowing the profile and the satisfaction of pregnant women brings contributions to nursing, since it is for nurses to make prenatal visits of pregnant women considered low risk, being your responsibility to ensure a qualified prenatal care in an integrated manner.

Descriptors: Pregnant Women, Prenatal Care, Perception, Nursing Care.

¹ Doutora. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças.

² Enfermeira.

³ Enfermeira.

⁴ Educadora física, Mestranda em Hebiatria.

⁵ Enfermeira, MSc.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico e a percepção da assistência de gestantes de baixo risco atendidas em uma maternidade do Recife/PE.

Método: Estudo descritivo com 94 gestantes atendidas no pré-natal de baixo risco, de abril a maio de 2014. Os dados foram coletados dos sujeitos e do Cartão da Gestante, utilizando questionário. **Resultados:** 71% eram pardas/negras, 17% baixa escolaridade, 26% solteira/divorciada, 49% desempregada e 48% tinha renda familiar menor que um salário mínimo. 28% multigesta e 17% referiu no mínimo um aborto. Entretanto, das 69 (73,4%) que haviam realizado exames, 46% estavam pouco satisfeitas/insatisfeitas com o tempo de entrega dos exames. **Conclusão:** Conhecer o perfil e a satisfação das gestantes traz contribuições para enfermagem, uma vez que compete ao enfermeiro realizar as consultas de pré-natal das gestantes consideradas de baixo risco, sendo de sua responsabilidade assegurar uma assistência pré-natal qualificada de maneira integral.

Descritores: Gestantes, Cuidado Pré-natal, Percepção, Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN:

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico y la percepción de las mujeres embarazadas de bajo riesgo asistencial se reunió en un hospital de maternidad en Recife. **Método:** Estudio descriptivo con 94 mujeres embarazadas que acuden a bajo riesgo prenatal, de abril a mayo de 2014. Los datos se obtuvieron de los sujetos y la tarjeta de la maternidad, mediante un cuestionario. **Resultados:** El 71% eran de color marrón/negro, 17% bajo nivel de educación, 26% solteras/divorciada, 49% de desempleadas y el 48% tienen ingresos familiares por debajo del salario mínimo. 28% multigesta y 17% dicho al menos un aborto. Sin embargo, de las pruebas de 69 (73,4%) que habían sido sometidos, el 46% eran poco satisfechos/insatisfechos con el tiempo de entrega de los exámenes. **Conclusión:** Conocer el perfil y la satisfacción de las mujeres embarazadas aporta contribuciones a la enfermería, ya que es para que las enfermeras realizan visitas prenatales de las mujeres embarazadas consideradas de bajo riesgo, siendo su responsabilidad garantizar una atención prenatal calificada de una manera integrada.

Descriptor: Mujeres Embarazadas, Atención Prenatal, Percepción, Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de ações voltadas à saúde da mulher, no decorrer do período gestacional, com o propósito de identificar riscos, agir precocemente diante das situações encontradas, assegurar uma melhor condição de saúde, evitar a morte e o comprometimento físico da mãe e do feto, de modo a contribuir com a redução da morbimortalidade materno-fetal.¹

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada ocorre por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.²

Para entender as necessidades e perspectiva dos usuários do Sistema Único de Saúde é interessante que os gestores e prestadores do cuidado possam avaliar seu desempenho através de indicadores de qualidade podendo ter como base a satisfação dos usuários.³ A satisfação do usuário pode ser a melhor maneira de avaliar a qualidade do cuidado em saúde, pois contempla indicadores dessas três dimensões, indo além do problema clínico. Verifica-se que uma avaliação possui múltiplas e variadas dimensões, entretanto, o que de fato esta sendo realizado é um julgamento sobre a política, programas e serviços de saúde.⁴ Destarte, serve como indicador da avaliação tanto da estrutura quanto do processo.⁵

A avaliação da qualidade da assistência deve ser feita sob três aspectos: a estrutura, o processo e o resultado assistencial. Sendo este último o referente as mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. A etapa do processo tem relação com os cuidados diretos os não diretos e o comportamento dos profissionais.⁶

É interessante que se saiba o que de fato a população mais necessita. Consequente esse diagnóstico e reveladas as principais insatisfações com o serviço, deve se conduzir a uma melhoria na qualidade da assistência, o que acarreta mais benefícios para aquela comunidade, de modo a fortalecer os processos de planejamento e possibilitar um melhor vínculo e acolhimento entre os profissionais e usuários.⁷

O Ministério da Saúde, tendo a preocupação e o objetivo de padronizar a avaliação da assistência à gestante, lançou em 2002 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o qual faz referências aos direitos da gestante e da criança no pré-natal, no parto e no puerpério, à humanização do atendimento às gestantes, ao processo de integralidade da rede de assistência à saúde e à melhoria na garantia do acesso.⁸

Embora seja um conteúdo bastante pertinente, é notável o déficit de pesquisas que auxiliem o estudo sobre a caracterização de gestantes que realizam consulta pré-natal, principalmente no estado de Pernambuco, considerando que o pré-natal com qualidade é uma das medidas a serem buscadas principalmente pelos gestores de saúde quando se pretende combater as taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Este estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico e a percepção da assistência de gestantes de baixo risco atendidas em uma maternidade do Recife/PE.

MÉTODO

Realizou-se um estudo descritivo no ambulatório de uma maternidade da cidade do Recife a qual realiza, dentre outros serviços, atendimento de consulta pré-natal às gestantes de baixo risco.

A população foi composta de uma amostra de conveniência de 94 gestantes maiores de 18 anos que compareceram ao ambulatório para consultas de pré-natal durante o

período de 01 de abril a 31 de maio de 2014. Gestantes que não estavam portando o Cartão da Gestante durante a coleta dos dados não foram incluídas.

Os dados foram coletados por meio de entrevista dos sujeitos, utilizando-se um questionário estruturado elaborado para pesquisa. Juntamente foi entregue o termo de livre esclarecimento, no qual as participantes autorizavam sua participação na pesquisa. Outras informações complementares foram colhidas do Cartão da Gestante.

As variáveis selecionadas para estudo foram classificadas em: a) Sociodemográficas (Faixa etária, Raça/cor, Escolaridade, Status marital, Ocupação, Renda familiar, Quantidade de morador no domicílio, Número de cômodos, Tipo de ocupação do domicílio); b) Antecedentes Pessoais (Doenças/Agravos, Hábitos); c) Antecedentes Obstétricos (Número de gestações, Número de partos, Número de abortos); d) Procedimentos e Exames realizados; e) Pré-natal atual (Início do pré-natal até o 4º mês, ≥ 6 consultas, Mulheres/Trimestre Gestacional, Quantidade de Consultas/Semestre) e; f) variáveis sobre o serviço e assistência (Acolhimento, Organização/Estrutura do Serviço, Assistência prestada pelos profissionais, Realização de exames). A variável ≥ 6 consultas foi analisada apenas para gestantes no 3º trimestre.

Para avaliar a adequação da assistência pré-natal foram utilizadas as recomendações das diretrizes do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) considerando para este estudo a assistência pré-natal “adequada” se: a) a gestante aderiu ao pré-natal até o 4º mês de gestação e b) realizou, pelo menos uma vez na gestação os testes laboratoriais de rotina. Foi considerada assistência pré-natal “inadequada” se pelo menos um desses critérios não foi atendido.

Os questionários foram digitados em planilha de Excel e após consistência e processamento, analisados no pacote estatístico SPSS 18.0.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob CAAE: 26392214.0.0000.5207.

RESULTADOS

A população foi composta por 94 gestantes, das quais 71,5% eram pardas ou negras, 56% estavam na faixa etária entre 25 e 34 anos; no entanto, 8,5%, tinham 35 anos ou mais. Quanto à escolaridade, cerca de 50% completou o Ensino Médio e 17% tinham apenas o Ensino Fundamental incompleto ou não haviam concluído o Ensino Fundamental. Em relação ao status marital, 25,5% eram solteiras ou divorciadas, enquanto sobre as características econômicas, 48,9% responderam que estavam desempregadas, 48% viviam com menos de um salário mínimo e 25,5% moram em casa alugada (Tabela 1).

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas de gestantes atendidas em um pré-natal de uma maternidade pública do Recife-PE, 2014

Raça/cor	N	%
Branca/Amarela	23	24,5
Indígena	3	3,2
Parda/Negra	67	71,3
Faixa etária		
18 a 24	33	35,1
25 a 34	53	56,4
35 e Mais	8	8,5
Escolaridade		
1ª a 4ª série do ensino fundamental	3	3,2
5ª a 8ª série do ensino fundamental	13	13,8
Segundo grau incompleto	20	21,3
Segundo grau completo	48	51,1
Superior incompleto/completo	10	10,6
Estatus marital		
Casada/União estável	70	74,5
Solteira/Divorciada	24	25,5
Ocupação		
Desempregada	46	48,9
Empregada	37	39,4
Do lar	11	11,7
Renda familiar		
Até 1 SM	45	47,9
2a 3 SM	46	48,9
> 3 SM	3	3,2
Tipo de ocupação do domicílio		
Aluguel	24	25,5
Própria/cedida	71	74,4

Fonte: Gestante e Cartão da Gestante/MS

Dentre os antecedentes pessoais, 34% estavam ou já tiveram infecção do trato urinário e quanto aos hábitos de vida, 8,5% eram tabagistas. Quanto aos antecedentes obstétricos, a maioria era secundigestas (40,4%). Quanto à paridade, 43,6% secundíparas e com relação ao aborto 17% apresentaram no mínimo um evento abortivo (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas e antecedentes pessoais e obstétricos de gestantes atendidas em um pré-natal de uma maternidade pública do Recife- PE, 2014.

Antecedentes Pessoais	N	%
Doenças /Agravos*		
Infecção do trato urinário	32	34,0
Hipertensão Arterial Sistêmica	7	7,4
Cirurgias ginecológicas	8	8,5
Anemia	2	2,1
Outras	4	4,3
Nenhum	48	51,1

(Continua)

(Continuação)

Antecedentes Pessoais	N	%
Hábitos		
Etilismo	1	11,1
Tabagismo	8	88,9
Antecedentes Obstétricos		
Número de gestações		
1	30	31,9
2	38	40,4
≥ 3	26	27,7
Número de Partos		
0	32	34,0
1	41	43,6
≥ 2	21	22,3
Número de Abortos		
0	78	83,0
1	13	13,8
≥ 2	3	3,2

Fonte: Gestante e Cartão da Gestante/MS

No tocante à imunização, aproximadamente 80% recebeu imunização antitetânica no pré-natal ou antes e 69,5%, a hepatite B. Em relação à solicitação de exames de rotina observaram-se os seguintes percentuais: Tipagem sanguínea (90,1%), Hemograma completo (89%), Glicemia em jejum (90,1%), VDRL (85,7%), Urina tipo I (89%), Anti-HIV (85,7%), Sorologia para hepatite B (80,2%), Toxoplasmose (78%), e Ultrassonografia (85,7%). Outros exames como Citologia Oncótica, Eletroforese de Hemoglobina, Anti-HCV e HTLV quando somados corresponderam a 36,2%. Os exames laboratoriais menos realizados foram Parasitológico de fezes (1%) e Coombs Indireto (6,5%). No que se refere à repetição dos exames Anti-HIV e VDRL, para gestantes a partir da 30ª semana de gestação, encontrou-se a solicitação em 29,5% e 22,9% respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequência de procedimentos e exames realizados durante o acompanhamento pré-natal, Recife-PE, 2014

PROCEDIMENTOS/EXAMES	SIM N (%)	NÃO N (%)
Recebeu vacina antitetânica/Imunizada	74 (80,4)	18 (19,5)
Recebeu vacina contra Hepatite B/Imunizada	64 (69,5)	28 (30,4)
Sistema ABO-RH	82 (90,1)	9 (9,8)
Hb/Ht	81 (89,0)	10 (10,9)
Glicemia em Jejum	82 (90,1)	9 (9,8)
VDRL	78 (85,7)	13 (14,2)
Urina I	81 (89,0)	10 (10,9)
Parasitológico de Fezes	1 (1,0)	91 (98,9)
Anti-HIV	78 (85,7)	13 (14,2)
HBsAG	73 (80,2)	18 (19,7)

(Continua)

(Continuação)

PROCEDIMENTOS/EXAMES	SIM N (%)	NÃO N (%)
Toxoplasmose	71 (78,0)	20 (21,9)
Coombs Indireto	6 (6,5)	85 (93,4)
USG	78 (85,7)	13 (14,2)
Outros	33 (36,2)	58 (63,7)
Repetiu Anti-HIV (Gestantes a partir da 30ª semana)	14 (22,9)	47 (77,0)
Repetiu VDRL (Gestantes a partir da 30ª semana)	18 (29,5)	43 (70,4)

Fonte: Gestante e Cartão da Gestante/MS

O início do pré-natal se deu até o fim do 1º trimestre de gestação em 54,2%. Entre as gestantes do 3º trimestre (56), somente 12,5% realizaram 6 ou mais consultas. Quanto à assistência pré-natal, observou-se adequação aos critérios preconizados pelo PHPN em apenas 47,8% das gestantes atendidas em relação ao início do pré-natal até o 4º mês de gestação e a solicitação dos exames: ABO-Rh, VDRL, Urina tipo I, Glicemia, Hb/Ht e Anti-HIV (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização das gestantes segundo o início do pré-natal, o trimestre gestacional e a quantidade de consultas realizadas por trimestre, Recife-PE, 2014

Variável	Sim N(%)	Não N(%)
Início do pré-natal no primeiro trimestre	51 (54,2)	43 (45,7)
≥ 6 consultas	7 (12,5)	49 (87,5)
Adequabilidade da assistência pré-natal	27 (47,8)	29 (51,7)
Mulheres/Trimestre Gestacional		N (%)
1º Trimestre		7 (7,4)
2º Trimestre		31 (32,9)
3º Trimestre		56 (59,5)
Quantidade de Consultas/Semestre		N (%)
Número de consultas no 1º trimestre		
Nenhuma		41 (43,6)
≥1		53 (56,3)
Número de consultas no 2º trimestre		
<2		18 (20,6)
≥2		69 (79,3)
Número de consultas no 3º trimestre		
<3		33 (58,9)
≥3		23 (41,7)

Fonte: Gestante e Cartão da Gestante/MS

No item satisfação, 59,6% das gestantes estavam satisfeitas com o acolhimento dos profissionais e 22,3% estavam pouco satisfeitas. Na organização/estrutura dos serviços

ofertados, 58,5% afirmaram estar muito satisfeitas e 36,2% se consideram pouco satisfeitas e no que se referem à assistência concedida pelos profissionais, 74,5% estavam satisfeitas, e quanto ao tempo de entrega dos exames solicitados, das 69 (73,4%) que haviam realizado exames, 46,4% estavam pouco satisfeitas ou insatisfeitas (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização do Grau de satisfação das gestantes quanto à assistência pré-natal oferecida em uma maternidade do Recife-PE, 2014

Variáveis da assistência	Grau de Satisfação			
	Muito satisfeita	Satisfeita	Pouco Satisfeita	Insatisfeita
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Acolhimento	14(14,9)	56(59,6)	21(22,3)	3(3,2)
Organização/ Estrutura do Serviço	55(58,5)	1(1,1)	34(36,2)	4(4,3)
Assistência prestada pelos Profissionais	9(9,6)	70(74,5)	13(13,8)	2(2,1)
Realização de exames	12(17,4)	25(36,2)	28(40,6)	4(5,8)

Fonte: Gestante

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou uma proporção relevante de gestantes com 35 anos ou mais de idade, de cor parda/negra, com baixa escolaridade, solteiras ou divorciadas, desempregadas, com renda menor que 1 salário mínimo, habitando em moradias alugadas. O estudo mostrou ainda uma importante proporção de gestantes com antecedentes de infecção do trato urinário, tabagistas e com história de aborto. No tocante à imunização e a realização de exames, a maior parte já estava vacinada contra tétano e hepatite B e já haviam realizado os exames de rotina, no entanto, ressalta-se o baixo percentual de realização de Citologia Oncótica, Eletroforese de Hemoglobina, Anti-HCV, HTLV. Observou-se ainda que pouco mais de um terço das gestantes não haviam iniciado o pré-natal até o 4º mês de gestação e entre as gestantes do 3º trimestre, menos de um sexto tinham realizado 6 ou mais consultas. Pouco mais da metade das gestantes estavam satisfeitas com o acolhimento dos profissionais, estrutura/organização do serviço e assistência dos profissionais de saúde.

A alta proporção de gestantes tardias encontrada neste estudo corrobora com outros estudos nacionais.^{9,10} A idade é um fator relevante, uma vez que é sabido a influência desta, tanto na saúde do Recém-Nascido (RN) quanto da gestante. A idade materna avançada favorece o aumento da morbimortalidade materna, no que concerne as urgências obstétricas, síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, dentre outras complicações e das condições perinatais adversas, como o óbito fetal e o baixo peso ao nascer.⁸

Com relação à raça/cor, estudo¹¹ aponta que mulheres negras são mais propensas a morrerem por causas obstétricas diretas, além de ser mais frequente sua peregrinação em busca de atendimento no trabalho de parto. De acordo com o Ministério da Saúde¹², a taxa de mortalidade materna em mulheres pardas/negras é quase seis vezes maior quando comparadas com mulheres brancas, estando estas mais propensas a adquirir hipertensão arterial e diabetes devido a sua predisposição biológica.

A baixa escolaridade associa-se a altos índices de mortalidade materna e perinatal, uma vez que a escolaridade materna pode ser uma das peças fundamentais durante o período gravídico por demonstrar grande influência no comportamento das gestantes. Na presente pesquisa, cerca de metade das gestantes têm o ensino médio completo, este resultado é semelhante aos achados em pesquisas nacionais.^{13,9}

A escolaridade é um fator de extrema importância na assistência pré-natal, uma vez que de acordo com pesquisas,^{9,14} gestantes com baixo grau de escolaridade associado a um baixo nível socioeconômico costumam iniciar o acompanhamento pré-natal tardiamente e apresentam maior índice de absenteísmo, além de apresentar hábitos inadequados durante o período gestacional.

Alguns estudos mostram que a maioria das gestantes encontra-se casada ou com alguma relação estável.⁹ Sobre o status marital, destaca-se que a presença de um parceiro é de grande importância durante todo o processo gravídico, principalmente quando este acompanha sua mulher durante as consultas pré-natais, o que permite um maior preparo do casal para o parto, tendo em vista que a gestação é uma fase repleta de transformações^{12,15}. Além disso, mulheres solteiras e sem apoio social, apresentam maior risco para adoecimento, elevado estresse psicológico, ansiedade em relação à maternidade motivada tanto pela ausência de um companheiro como pela fragmentação familiar e até mesmo pelas alterações gravídicas, aumentando a chance de apresentarem partos prematuros.¹²

No que concerne à ocupação e a renda familiar, chama atenção neste estudo a condição de desemprego e baixa renda, podendo estar sendo agravada pelo fato de grande parte das gestantes habitarem em residências alugadas, aumentando dessa forma a despesa familiar. Essa condição se assemelha ao estudo realizado em Fortaleza/CE,¹⁶ o qual considera a baixa renda familiar como um fator de risco para nascimento de RN de baixo peso e de partos prematuros, além de outras complicações perinatal. Nesta perspectiva, a baixa renda impossibilita a obtenção de bons padrões de educação, alimentação, saúde e recursos gerais, interferindo negativamente na sua vida e saúde¹⁵. Em vista disso, alguns estudos salientam que os profissionais de saúde precisam estar atentos às condições socioeconômicas da sua clientela e aos possíveis riscos à saúde provenientes desses fatores.⁹

Dentre as doenças/agravs pertinentes às gestantes, as Infecções do Trato Urinário (ITU) são predominantes em

gestantes e são as maiores responsáveis pelas internações hospitalares durante esse período. Associam-se a condições de multiparidade, baixo nível socioeconômico, história de ITU progressiva e faixa etária elevada, podendo resultar em complicações maternas como: pielonefrite e choque séptico; e fetal como: nascimento prematuro, RN de baixo peso, ruptura prematura de membranas amnióticas e óbitos perinatais¹⁷.

O tabagismo e alcoolismo são hábitos de vida predisponentes para uma gestação de risco. Numa gestante tabagista, a nicotina inalada incentiva o aumento do batimento cardíaco fetal, o baixo crescimento e desenvolvimento e alterações neurológicas, também eleva o risco de abortamento espontâneo, enquanto a ingestão de álcool no início da gestação se associa ao aumento do risco de malformações congênitas.¹²

A imunização, por meio da vacinação, durante a gestação tem por objetivo a preservação da saúde da gestante e do feto.¹² O tétano neonatal é uma doença de caráter agudo, que apresenta uma elevada gravidade, não é transmissível e tem como medida preventiva, de natureza específica, a imunização por meio da vacina antitetânica “dT”. Um estudo realizado no Rio Grande do Norte identificou que cerca de 90% das gestantes tinham sido vacinadas contra o tétano,¹³ enquanto, o presente estudo encontrou em torno de 80% das gestantes foram vacinadas com a “dT”, essa vacina faz parte do calendário da gestante e pode ser considerada um marcador na qualidade da assistência, esses achados mostram uma fragilidade no programa de imunização.

A segunda principal via de transmissão da hepatite B é a vertical, ou seja, da mãe para o bebê durante a gestação. No Brasil, a vacinação contra a hepatite B é disponibilizada para a população que se encontra na faixa etária inferior a 20 anos e para grupos vulneráveis, tais como as gestantes após o primeiro trimestre de gestação.¹⁸

No presente estudo foram encontradas gestantes que não foram imunizadas contra a hepatite B, cerca de 30%. Enquanto um estudo realizado em Pelotas/RS, encontrou que 23% das mulheres não foram vacinadas contra a hepatite B. O principal motivo para elas foi a não solicitação pelo profissional da saúde.¹⁹ Justamente por ponderar os riscos da gestante não vacinada de adquirir a doença e transmitir no período gestacional, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) enfatiza a importância do recebimento da vacina por parte destas contra a hepatite B¹².

A parcela de gestantes que não realizaram sorologia para hepatite B, somadas àquelas que não se submeteram a vacinação, demonstra uma maior exposição dos recém-nascidos à hepatite B, embora sejam elevadas as coberturas da vacina contra tal morbidade¹⁸. Quando se trata da imunização contra a hepatite B, o número de estudos é bem limitado, denotando uma maior necessidade de estudos que abordem essa temática.

Tem-se como obstáculos para o cumprimento do protocolo da assistência pré-natal, no que concerne a parte da imunização, a baixa adesão dos profissionais e/ou das gestantes ao protocolo de vacinação e problemas no registro da

vacinação no cartão da gestante, configurando-se estes como fatores que deveriam ser mais bem investigados para orientar estratégias de ação.²⁰

A solicitação de exames durante o acompanhamento pré-natal possibilita a identificação precoce e oportuna de morbidades, evita complicações relacionadas à transmissão de agentes infecciosos ao embrião e/ou feto durante a gravidez, permite o tratamento das anormalidades encontradas, com vistas à cura ou ao controle da doença materna, prevenindo a transmissão vertical, possíveis óbitos maternos, fetais e infantis contribuindo dessa maneira para a redução da mortalidade materna assim como da mortalidade infantil. Os resultados compõem um monitoramento para a classificação do risco pré-natal, orientando a assistência de modo a alcançar o atendimento integral da gestante em todas as suas necessidades.^{19,21-2}

Nesse estudo pode-se observar a não solicitação dos exames de rotina para todas as gestantes, configurando-se como uma não adequação ao PHPN, o qual recomenda a solicitação dos mesmos na primeira consulta pré-natal, por ser esta uma estratégia apropriada para prevenir, identificar e corrigir as anormalidades que possam afetar a gestante e seu conceito, e instituir tratamento de doenças já existentes ou que possam ocorrer durante a gestação, equiparando-se a outros estudos.²³

Em estudo sobre avaliação pré-natal, realizado em município de médio porte da região metropolitana de São Paulo, algumas hipóteses foram levantadas para explicar a baixa cobertura de exames no terceiro trimestre: os profissionais estão habituados a solicitar os exames apenas na primeira consulta e muitos deixam de pedi-los novamente próximo à trigésima semana de gravidez e algumas mulheres deixam de realizar os exames pela segunda vez, apesar de terem sido solicitados. Essas hipóteses podem explicar também o ocorrido neste estudo.²⁴

O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, tais como hipertensão arterial, diabetes, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV dentre outros. Além disso, proporciona a medição da idade gestacional mais precisa, favorece um melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento fetal, fundamentando dessa maneira a tomada de decisões durante o período gestacional.²⁰ Os resultados encontrados assemelham-se a outros estudos.²¹⁻⁵ Tais resultados servem como indicadores para a reformulação de estratégias no que diz respeito à captação imediata dessas gestantes ao serviço de pré-natal, de modo a promover um atendimento integral desde o início de sua gestação, de maneira oportuna, entendendo melhor o seu comportamento e agindo mediante suas necessidades em tempo hábil e com resolutividade.²⁵

O perfil do serviço no qual a pesquisa foi realizada não favorece a busca ativa das gestantes, pois o seu funcionamento baseia-se na demanda espontânea, ou seja, a gestante

que deseja ser atendida nesse ambulatório basta realizar seu agendamento e posteriormente será acompanhada. Dessa maneira, mulheres de diversas localidades têm sido atendidas nessa unidade, dificultando dessa forma uma estratégia de captação adequada, pois a área de abrangência torna-se extensa e do ponto de vista territorial, inatingível. A partir de tal achado e tendo em vista a classificação de risco dessas gestantes, na qual todas apresentam baixo risco, sugeriu-se o estudo do motivo pelo qual esse público não tem sido atendido em suas comunidades pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O baixo número de gestantes que realizaram seis ou mais consultas é convergente com estudo nacional,²⁶ entretanto apresenta discrepância significativa com outros estudos, nos quais os valores encontrados são superiores.^{19,19} Essa variável teve uma limitação importante devido ao tipo de estudo, assim como ao momento da coleta dos dados, onde as gestantes apresentaram idades gestacionais variadas e estavam sob acompanhamento, denotando ao estudo uma subestimação da quantidade de consultas realizadas, tornando essa discussão sem grande valia para o presente estudo.

Quanto ao número de consultas por trimestre gestacional, a análise só pôde ser realizada de maneira substancial nas gestantes que se encontravam no segundo e terceiro trimestres, perante uma lógica retrospectiva, assim, a conformidade do número de consultas por trimestre denota a dificuldade que o serviço encontra em se adequar as normas estabelecidas pelo PHPN.⁸

Relacionando o início oportuno do acompanhamento pré-natal segundo o PHPN,⁸ ou seja, até o 4º mês de gestação e a solicitação dos exames de rotina, ABO-Rh, VDRL, Urina tipo I, Glicemia, Hb/Ht e Anti-HIV, a adequabilidade da assistência pré-natal mostrou-se em conformidade com os achados no Rio Grande do Sul e superior aos realizado em Porto Alegre²⁷⁻⁸, entretanto, vale ressaltar que ambos estudos analisam outros indicadores associados. Nesse sentido, nota-se que atingir os objetivos estabelecidos pelo PHPN é um desafio e que algumas ações, as quais interferem diretamente na assistência pré-natal, dependem exclusivamente da ESF, de acordo com o PHPN, como a identificação precoce das gestantes, de modo a otimizar o início do acompanhamento pré-natal, a busca ativa das gestantes que apresentem falta às consultas ou número inadequado destas, o desenvolvimento das ações educativas para as gestantes com vistas a melhoria da atenção pré-natal.

Segundo recomendações do MS, a gestante deve ter pelo menos 06 consultas durante toda a gestação⁸. É de grande importância que a gestante atinja o número bom de consultas, embora não garanta a excelência na qualidade da assistência, uma vez que este e outros estudos encontraram mulheres no fim da gestação, cujos exames de rotina ainda não haviam sido solicitados.²⁹

Quanto ao grau de satisfação, as gestantes com maior grau de instrução nas consultas podem ter uma visão mais abran-

gente das circunstâncias que estão ocorrendo consigo,¹⁴⁻⁶ além de sentirem-se mais seguras no momento do parto.²⁹

Quando perguntado sobre o grau de satisfação dessas gestantes no que se refere ao acolhimento, à organização/estrutura do serviço, à assistência prestada pelos profissionais e ao tempo para realização de exames, foi identificado que a maioria delas possuía alto índice de satisfação. Baseado nessa variável, o serviço classifica-se como eficaz no tocante à assistência oferecida as usuárias. Da mesma forma, constatou-se que o mesmo cumpre o que preconiza o Ministério da Saúde, uma vez que uma atenção pré-natal humanizada e qualificada se dá a partir de um atendimento de qualidade, agilidade do acesso a serviços de saúde adequados, associada a ações integradas nos níveis da atenção a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.¹⁴

Práticas acolhedoras proporcionam a identificação das principais vulnerabilidades das gestantes levando em consideração seu contexto social, assim como a criação de um vínculo de confiança entre o profissional e a gestante, permitindo uma maior aceitação e continuidade dessas mulheres no serviço.⁸

Apesar das limitações, este estudo traz grandes contribuições para a enfermagem, uma vez que compete ao enfermeiro realizar as consultas de pré-natal das gestantes consideradas de baixo risco, sendo de sua responsabilidade assegurar uma assistência pré-natal qualificada de maneira integral, através de ações voltadas para o âmbito da promoção, prevenção e tratamento de possíveis distúrbios, além do fornecimento de orientações educativas que mostrem a importância do acompanhamento pré-natal.³⁰

As limitações deste estudo incluem a classificação da qualidade, o período da coleta de dados e o tipo de estudo. É possível ter ocorrido subestimação na qualidade de alguns exames e na vacinação contra influenza, pois alguns exames podem ter sido realizados e não registrados no cartão da gestante e o período da coleta de dados pode ter subestimado a cobertura da vacinação contra influenza, que ocorre em período sazonal. Neste estudo os dados indicam um único momento, não mostrando as modificações da qualidade do pré-natal ao longo do tempo.

CONCLUSÕES

Estabelecer as particularidades de uma determinada população é a medida inicial para elaborar planos de intervenção fundamentados nas necessidades encontradas. Dessa maneira, torna-se importante a caracterização da população atendida nos serviços de saúde para que haja um direcionamento dessas ações, tornando a assistência mais resolutiva e eficaz, adequando-as ao perfil encontrado. Dessa forma, os resultados deste trabalho poderão contribuir para direcionar a formulação de estratégias que melhorem a qualidade do pré-natal, traduzindo-se em uma potente ferramenta para a gestão avaliar a qualidade da assistência pré-natal ofertada à população.

REFERÊNCIAS

1. Pedraza DF, Rocha ACD, Cardoso MVLML. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. *Ver Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(8):349-56.
2. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Ver Esc Enferm USP.* 2011; 45(5):1041-1047.
3. Mendes ACG, et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade no atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. bras. saúde matern infant.* 2009 abr/jun;9(2):157-65.
4. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de Qualidade da Assistência ao Nascimento Baseados na Satisfação de Puérperas. *Texto Contexto - Enferm [online].* 2007 jul/set; 16(3):479-487.
5. Vaitsman J, Andrade GB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2005; 10(3):599-633.
6. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine.* 114:1115-8; 1990.
7. Arakawa AM, et al. "Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família." *Rev. CEFAC, São Paulo.* 2012; 14(6).
8. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humanização do parto. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF), 2002.
9. Santos JO, Pacheco TS, de Oliveira PS, Pinto VL, Gabrielloni MC, Barbieri M. The obstetrical and newborn profile of postpartum women in maternities in São Paulo. *Rev pesqui cuid fundam.* 2015; 7(1), 1936-1945.
10. Frigo J, Silveira S, Marin SM, Rodriguez MJH, de Azambuja Zocche DA, Ledra FF. Perceptions of the bearers of HIV/AIDS before the inability to breastfeeding. *Rev pesqui cuid fundam.* 2014; 6(2), 627-636.
11. Sacramento AN, Nascimento ER. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Rev Esc Enferm.* 2011; 45(5):1142-9.
12. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF); 2012.
13. Da Silva FFA, da Silva RAR, dos Santos FAPS, do Rego AP. Service rendered to parturient at a university hospital. *Rev pesqui cuid fundam.* 2014; 6(1), 282-292.
14. Rodrigues LS, Batista RFL, Sousa ACV, Cantanhede JG, Costa LC. Caracterização dos recém-nascidos pré-termos nascidos em São Luís - MA no período de 2006 a 2010: análise do SINASC. *Cad Pesq.* 2012; (19) 3:97-106.
15. Santos GH N, Martins MG, Sousa Ms, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 7 (31):326-34.
16. Peixoto CR, Lima TM, Costa CC, Freitas LV, Oliveira AS, Damasceno AKC. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. *Rev Min Enferm.* 2012; 2,(16):171-177.
17. Baumgartena MCS, Silva VG, Mastalir FP, Klaus F, D'Azevedo PA. Infecção Urinária na Gestação: uma Revisão da Literatura. *Cient Ciênc Biol Saúde.* 2013; 13:333-42.
18. Espíndola MFS, Mesenburg MA, Silveira MFD. Acesso à vacina contra a hepatite B entre parturientes que realizaram o pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014; 23(3), 447-454.
19. Paris GF, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(10):447-52.
20. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município de Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 3: 425-437.
21. Maia MG, Santos JLS, Berreza MLR, Neto MS, Santos LH, Santos FS. Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade pública. *Manag Prim Health Care.* 2014; 5(1):40-47.
22. Firmo WCA, Paredes AO, Almeida AC, Campos MC, Pimentel MIC, Pontes SRS. Perfil dos exames laboratoriais realizados por gestantes atendidas no Centro de Saúde Lago Verde, Maranhão, Brasil. *J Manag Prim Health Care.* 2013; 4(2):77-86.
23. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(4):789-800.
24. Barbosa MA, Fernandes RAQ. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies in the city of Francisco Morato. *Online Braz J Nurs.* 2008; 7(3).
25. Mendoza-Sassi RA, Cesar JAC, Teixeira RTP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(4):787-796.
26. Neto MINP, Segre CAM. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Einstein.* 2012; 10(3):271-277.
27. Cesar JA, Sutil A T, Santos GB, Cunha CF, Mendoza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(11):2106-2114.
28. Hass CH, Teixeira LB, Beghetto MG. Adequabilidade de uma assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família em Porto Alegre, RS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(3):22-30.
29. Melo KDL, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Silva LAD. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. *Rev pesqui cuid fundam (Online).* 2014; 6(3), 1007-1020.
30. Sousa AJCQ, Mendonça AE O, Torres GV. Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde. *Carpe Diem Rev Cult e Cient. do UNIFACEX.* 2012; 10:1-15.

Recebido em: 08/05/2015

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 08/01/2016

Publicado em: 01/10/2016

Endereço para correspondência:

Mirian Domingos Cardoso
Av. Gov. Agamenon Magalhães, S/N
Santo Amaro, Recife - PE
CPE: 50100-010