

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

DIOGO ROCHA PRETO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UM  
MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL COM BASE NOS DADOS DO SISPRENATAL

Porto Alegre

2014

DIOGO ROCHA PRETO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UM  
MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL COM BASE NOS DADOS DO SISPRENATAL

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul - UFRGS, como requisito  
parcial para a obtenção do título de  
especialista em Saúde Pública no Curso de  
Especialização em Saúde Pública.

Orientadora: Profª Dra. Camila Giugliani

Porto Alegre

2014

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha mãe, Ivone Rocha Preto, por sua doação e dedicação à família, amor, paciência em muitos momentos difíceis; a memória de meu amado pai Claudio Dalpiaz Preto que tanta falta faz e minha irmã Cláudia Rocha Preto pela paciência. Meu amor e gratidão a vocês.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço primeiramente a minha querida orientadora e professora Dra. Camila Giughiani pelo carinho e paciência dedicados.*

*Agradeço a meus tios, primos, amigos e colegas de trabalho pela compreensão e apoio nas horas de maior estresse e cansaço durante a especialização e realização do TCC.*

*Agradeço à Enfermeira Luciane da Silva, coordenadora das Políticas de Atenção Integral a Saúde da Mulher, em Gravataí, pela colaboração dedicada neste estudo.*

## RESUMO

Avaliar a qualidade do pré-natal é uma etapa importante na gestão de atenção à saúde da mulher, pois através desta podemos garantir uma assistência livre de riscos e complicações à gestante e ao concepto. Sabe-se que as ações desenvolvidas no pré-natal são fundamentais para que sejam menores os índices de morbi-mortalidade materna e fetal. Os objetivos deste estudo foram descrever os dados registrados no SISPRENATAL e avaliar a qualidade do pré-natal de acordo com a literatura, descrever a faixa etária da gestante e descrever os casos incidentes de sífilis congênita no município de Gravataí. De acordo com o número de consultas e captação, o pré-natal foi classificado como Adequado neste município, segundo escala de Kessner adaptada por Takeda. A solicitação de exames permaneceu acima da metade, porém, em 2012, a realização de VDRL permaneceu abaixo de 40%. Houve também, no período estudado, aumento de sífilis congênita no município. É fundamental que sejam fomentadas outras formas de avaliação do pré-natal para que se tenha uma amplitude maior da assistência prestada.

Palavras Chave: Avaliação do Pré-natal, sífilis congênita, qualidade do pré-natal

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1. Caracterização do contexto de pesquisa/ Definição do problema.....	6
1.2 Relevância/Justificativa.....	7
1.3 Objetivos.....	7
1.3.1 Objetivo geral.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
2. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	9
2.1. Programa Humanização do Parto e Nascimento, SISPRENATAL e Rede Cegonha.....	9
2.2. Epidemiologia associada ao PHPN/SISPRENATAL.....	10
2.3. Qualidade da assistência em saúde.....	11
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	12
3.1. Delineamento do estudo.....	12
3.2. Local de realização do estudo/ Amostra/ Coleta de dados.....	12
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	15
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	16
5.1. NÚMERO DE GESTANTES POR ANO E PORCENTAGEM DE GESTANTES POR IDADE.....	16
5.2. PORCENTAGEM DE CAPTAÇÃO DAS GESTANTES POR SEMANA DE GESTAÇÃO E CONSULTAS DE PRÉ-NATAL.....	19
5.3. PORCENTAGENS DE EXAMES FUNDAMENTAIS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL.....	21
5.3.1. Porcentagem de exames de tipagem sanguínea.....	21
5.3.2. Porcentagem de exames de hematócrito e hemoglobina.....	22
5.3.3. Porcentagem de gestantes que realizaram exame HBSAG.....	24
5.3.4. Porcentagem de gestantes que realizaram IgM para toxoplasmose.....	25
5.3.5 Porcentagem de gestantes que realizaram exame qualitativo de urina.....	26
5.3.6. Porcentagem de gestantes que realizaram verificação de glicemia.....	27
5.3.7. Porcentagem de gestantes que realizaram exame VDRL.....	29
5.3.8. Número e Porcentagem de gestantes que realizaram exame anti-HIV.....	30
5.3.10. Porcentagem de consultas de puerpério realizadas.....	34
5.3.11. Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades básicas de saúde.....	35
5.3.12. Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades de Saúde da Família.....	36
5.3.13. Comparação entre unidades básicas tradicionais e unidades de Saúde da Família quanto ao número de consultas de pré-natal.....	37
5.3.14. Número de casos incidentes de sífilis congênita em Gravataí.....	39
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
7. CONCLUSÕES.....	45
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICE A – Carta de Anuência.....	50

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Caracterização do contexto de pesquisa/ Definição do problema

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2000, por meio da Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000 no intuito de garantir às gestantes direitos assistenciais básicos e um transcorrer gestacional e puerperal livre de agravos ou, no caso de estes existirem, acesso a tratamentos e recursos em saúde, além de atuar na tentativa de diminuir a mortalidade materna e neonatal (ANDREUCCI et al, 2011; BRASIL, 2000).

Com a introdução do PHPN, tem se observado um aumento na cobertura do acompanhamento pré-natal, porém, de forma contraditória, a incidência de sífilis congênita, assim como de outros agravos, tem se mantido elevada. Comparando com outros Estados da Região Sul, no período de 2008 a 2012, Santa Catarina notificou 349 casos de sífilis congênita e o Paraná, 868. O Rio Grande do Sul notificou 2556 casos, dado preocupante, também por que evidencia uma linha crescente de casos notificados em relação a períodos anteriores. Comparando com outras regiões do País, observamos que neste período a região Sudeste notificou 16361 casos, a região Nordeste notificou 13001 casos e as regiões Norte e Centro-Oeste somam, juntas, um total de 5894 casos de sífilis congênita. A sífilis, como já se sabe, é uma doença infectocontagiosa, que, com métodos simples e relativamente pouco onerosos, pode ser diagnosticada e tratada em todos os serviços de atenção básica, em todos os períodos gestacionais, todavia, quando não diagnosticada e não tratada, pode trazer sérios problemas à mulher, como trabalho de parto prematuro e aborto, e ao recém-nascido, como sérias lesões neurológicas, hematológicas e outras complicações que podem ocasionar total incapacidade e até levar ao óbito (BRASIL, 2012).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012, pág. 33).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014), o número adequado de consultas no pré-natal seria igual ou superior a seis consultas.

Preconiza-se que estas consultas sejam mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais após. São programados exames em todos os três trimestres de gestação, porém, o 1º e o 3º trimestres são fundamentais para identificar alguns agravos, como sífilis gestacional. São fundamentais também para uma assistência humanizada ações educativas que promovam cidadania e o autocuidado (BRASIL, 2012).

Frente a esta problemática, chegou-se à seguinte questão de pesquisa:

- Como está a qualidade do pré-natal em Gravataí de acordo com dados do SISPRENATAL?

## **1.2 Relevância/Justificativa**

Avaliar a qualidade do pré-natal é uma etapa fundamental rumo à garantia de taxas mínimas de morbi-mortalidade materna e fetal e diminuição das taxas de doenças que poderiam ser prevenidas com acompanhamento pré-natal adequado (MOURA; JUNIOR; RODRIGUES, 2003; ANDREUCCI et al, 2011). Conhecendo os dados produzidos pelo SISPRENATAL na assistência prestada às gestantes, poderei levantar as problemáticas para, como profissional da saúde, formador de opinião e de atitudes, reforçar a adequação das condutas no atendimento pré-natal. Estes levantamentos podem traçar diagnósticos situacionais importantes para auxiliar a gestão local a implementar estratégias que efetivamente assegurem um pré-natal de qualidade.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo geral**

Avaliar a qualidade do acompanhamento pré-natal em Gravataí, no período de 2007 a 2012, por meio de dados registrados no SISPRENATAL.

### **1.3.2. Objetivos específicos**



- Descrever os dados registrados no SISPRENATAL, classificando a qualidade do pré-natal de acordo com a literatura (idade gestacional na primeira consulta, número de consultas, exames realizados);
- Descrever a faixa etária das gestantes; e
- Descrever os casos incidentes de sífilis congênita no município no período estudado.

## **2. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO**

### **2.1. Programa Humanização do Parto e Nascimento, SISPRENATAL e Rede Cegonha**

O PHPN propõe que, para uma assistência pré-natal ser realizada com qualidade, alguns procedimentos básicos são fundamentais, entre eles: realização de pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo iniciadas o mais precocemente possível, com pelo menos duas ainda no primeiro trimestre; realização de exames laboratoriais (tipagem sanguínea, testagem para sífilis – VDRL, incluindo o teste rápido já na primeira consulta, qualitativo de urina, glicemia de jejum, hemoglobina e hematócrito, coombs indireto, IgG e IgM para toxoplasmose, sorologia para hepatite B - HbsAg -, testagem anti-HIV - também já na primeira consulta -, imunização antitetânica, ultrassonografia obstétrica para verificar a idade gestacional, citopatológico de colo uterino se for necessário, parasitológico de fezes se houver indicação clínica, eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra com história familiar de anemia falciforme ou anemia crônica); classificação do risco gestacional já nas primeiras consultas, além de atividades educativas no transcorrer do pré-natal (BRASIL, 2012).

Arelado ao PHPN foi desenvolvido o SISPRENATAL, que se trata de um sistema de registro que realiza o acompanhamento do PHPN visando ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, por meio da quantificação dos dados, e à satisfação da usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o SISPRENATAL, as gestantes que iniciam o acompanhamento são cadastradas e, em cada consulta, têm os dados de seu acompanhamento registrados em formulários padronizados. Para reforçar estes programas, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha, que é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) que visa implantar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis por meio de diversas ações (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014; MOURA; JUNIOR; RODRIGUES, 2003; ANDREUCCI et al, 2011; GONÇALVES et al, 2008).

## 2.2. Epidemiologia associada ao PHPN/SISPRENATAL

Dados da OMS estimaram, em 1990, um quantitativo de 585.000 mulheres mortas em razão de complicações ligadas ao pré-natal, parto e puerpério em todo mundo. Em torno de 95% destes óbitos foram registrados em países pobres. Porém, dados mais recentes mostram que entre 1990 e 2010 estes números diminuíram quase pela metade. O elevado número de mortes maternas em algumas partes do mundo reflete as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e destaca as diferenças entre ricos e pobres (MOURA; JUNIOR; RODRIGUES, 2003; OMS, 2014).

A taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é de 240 por 100.000 nascidos vivos, enquanto que nos países desenvolvidos é de apenas 16 por 100.000 nascidos vivos, o que evidencia grandes disparidades entre países. Poucos países apresentam taxas elevadas de mortalidade materna, ainda maior do que 1.000 por 100.000 nascidos-vivos. Há também grandes disparidades dentro dos países, entre as pessoas com renda alta e baixa e entre as populações rurais e urbanas (OMS, 2014).

Observa-se, no âmbito mundial, que as gestantes adolescentes apresentam um risco de óbito relacionado ao ciclo gravídico puerperal maior. Em média, as mulheres de países em desenvolvimento têm um risco muito maior de morrer (proporção de 1 para 150 gestantes) do que mulheres em países desenvolvidos (1 para 3800 gestantes), sendo que 80% destas mortes e casos notificados de doenças nos países mais pobres e no Brasil correspondem a: doenças hemorrágicas graves, infecções adquiridas após o parto, hipertensão gestacional que não foi identificada no pré-natal, abortos clandestinos e mal conduzidos e sífilis congênita. Outro dado importante é que muitas vezes estas gestantes não receberam imunização antitetânica no pré-natal (OMS, 2014; BRASIL, 2014; ANDREUCCI et al, 2011; GONÇALVES et al, 2008 MOURA; JUNIOR; RODRIGUES, 2003).

No Brasil, a taxa de mortalidade materna está em declínio nos últimos 10 anos, porém, ainda se faz alarmante comparada aos dados de países desenvolvidos. No ano de 2011, esta razão era de 64,8 mortes para 100.000 nascidos vivos. Já o Rio Grande do Sul, em 2011, apresentou uma razão de 48,7 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2014). No município de Gravataí/RS, o número de óbitos maternos no período de 1997 a 2011, foi de 28, e a

proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal em 2011, neste município, foi de 1,2% (BRASIL, 2014).

### **2.3. Qualidade da assistência em saúde**

Nas décadas de 1980 e 1990, com a preocupação das organizações de se tornarem competitivas, e tendo como fator estratégico a qualidade, surgiu a necessidade de definir o conceito de qualidade. Alguns estudiosos definiram qualidade como: um sistema de produção no qual se produz, economicamente, coisas ou serviços que atendem às exigências dos consumidores, e a qualidade é algo que só pode ser definida em termos do agente, ou seja, o trabalhador só produz qualidade se possuir orgulho de seu trabalho, satisfação (do cliente) e ausência de deficiências e, finalmente, a qualidade em saúde, propriamente dita, consiste na obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos (para o paciente) e ao menor custo (DONABEDIAN, 1978; JURAN, GRZYNA, 1991; MIRSHAWKA, 1990).

No Brasil, com a criação do SUS, em 1990, foi assegurada a garantia da saúde como direito do cidadão. Com a descentralização das ações de saúde, fez-se necessário o desenvolvimento de instrumentos gerenciais capazes de avaliar os serviços de saúde prestados à população, uma vez que o próprio MS reconhece que o SUS tem muitas dificuldades na sua operacionalização, tais como: dificuldade de acesso para consultas especializadas, exames e cirurgias, vagas insuficientes para internação, falta de medicamentos, pouco investimento na educação continuada dos profissionais de saúde (IDEC, 2003).

Diante da necessidade de indicadores que possam avaliar o desempenho dos programas de atenção pré-natal, o Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências da América do Norte desenvolveu, em 1973, um indicador composto, conhecido como índice de Kessner, que contempla o momento do início do pré-natal e o número total de consultas, considerando adequado pelo menos cinco consultas de pré-natal com início antes de 20 semanas. Desde sua publicação, este índice vem sofrendo uma série de alterações para adequar seu uso. Takeda (1993), em sua dissertação de mestrado, no ano de 1993, propõe um índice adaptado às recomendações nacionais, que considera como adequado pelo menos seis consultas de pré-natal com início antes das 20 semanas de gestação. (LEAL et al, 2004; TAKEDA, 1993).

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1. Delineamento do estudo**

Este é um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

Estudos descritivos ou exploratórios são usados quando pouco é sabido sobre um fenômeno em particular. O pesquisador observa, descreve e documenta vários aspectos do fenômeno. Não há manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao fenômeno. A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informações numéricas, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT, BECK, 2011)

#### **3.2. Local de realização do estudo/ Amostra/ Coleta de dados**

Este estudo foi desenvolvido com dados coletados on-line por meio do DATASUS e do SISPRENATAL referentes ao município de Gravataí/RS.

Gravataí está localizada na região metropolitana de Porto Alegre, conta com 250 anos de história. Possui uma área total de 497,82 Km<sup>2</sup>, sendo que 121,37 km<sup>2</sup> de área urbana e 376,45 km<sup>2</sup> de área rural. De acordo com os dados do IBGE (2008) a população estimada é de 255.762 de pessoas (GRAVATAÍ, 2014).

O Departamento de Informática do SUS, DATASUS, é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS, que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Já o SISPRENATAL é o *software* que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN do SUS. No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos: dados pessoais, dados demográficos, história obstétrica anterior e atual e exames laboratoriais (tipagem sanguínea, VDRL - incluindo o teste rápido já na primeira consulta -, qualitativo de urina, glicemia de jejum, hemoglobina e hematócrito, coombs indireto, IgG e IgM para toxoplasmose, sorologia para hepatite B - HbsAg, anti-HIV, ultrassonografia obstétrica para verificar a idade gestacional, citopatológico de colo uterino se for necessário, parasitológico de fezes se houver indicação clínica, eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra com história familiar de anemia falciforme ou anemia crônica); Permite o acompanhamento das gestantes desde o

início da gravidez até a consulta de puerpério. Este sistema contribui, ainda, para a identificação de fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na unidade básica de saúde até o atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2014).

Estes dados são produzidos a partir dos atendimentos realizados por profissionais de saúde no município. Trata-se, assim, de coleta de dados secundários, que, de acordo com Hulley et al (2003), podem responder muitas questões de forma rápida e eficiente. Ainda, de acordo com o autor, a análise destes dados pode ser usada com objetivo diferente do proposto inicialmente quando foram coletados. A escolha por dados secundários e a busca em base de dados possibilita ao pesquisador uma maior flexibilidade, pois poderá escolher entre várias questões de pesquisa.

Neste estudo, foram avaliados os dados produzidos nos últimos cinco anos, entre 2008 e 2012. Foram avaliados os dados deste período devido à fidedignidade conferida pelo sistema de notificação. As variáveis estudadas foram: idade gestacional na primeira consulta, número de consultas realizadas durante o pré-natal, exames laboratoriais realizados (hemoglobina, hematócrito, glicemia de jejum, qualitativo de urina, IgM para toxoplasmose, anti-HbsAg, anti-HIV e VDRL) e período em que foram realizados, realização de imunização antitetânica, idade, etnia e realização de consulta de puerpério (LEAL et al, 2004; ANVERSA et al, 2012; TAKEDA, 1993; BRASIL, 2012).

Alguns dados foram coletados diretamente na Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí, no departamento de Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, após anuência da instituição. Este departamento realiza a gestão de todas as ações direcionadas à saúde da mulher no município. Estes dados são centralizados, pois envolvem os dados pessoais das gestantes e dados assistenciais no programa SIS PRENATAL.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento baseado no índice de Kessner, adaptado por Takeda. Este instrumento foi adaptado, conforme já relatado na literatura, considerando o intervalo entre as consultas de pré-natal e critérios de qualidade definidos pelo PHPN, incluindo a realização de exames no terceiro trimestre de gestação, imunizações e dados de anamnese (LEAL et al, 2004; ANVERSA et al, 2012; TAKEDA, 1993).

### 3.3. Análise dos dados

Os dados obtidos nos bancos acima mencionados foram tabulados no TabWin e digitados no programa Microsoft Excel 2010 ®. Os resultados são apresentados de forma descritiva em quadros demonstrativos e gráficos.

Os critérios que foram utilizados para a avaliação do processo assistencial são os recomendados pelo PHPN (realização dos exames laboratoriais recomendados) e o índice de Kessner adaptado, que classifica o pré-natal em adequado (6 consultas ou mais antes de 20 semanas), inadequado (início do pré-natal após 28 semanas ou menos de 3 consultas) e intermediário (demais situações) (LEAL et al, 2004; ANVERSA et al, 2012; TAKEDA, 1993).

Paralelamente, foram tabulados os dados demográficos das gestantes, assim como os indicadores epidemiológicos de sífilis congênita.

#### **4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

De acordo com Hearst et al (2003), estudos de registros, dados ou espécimes já existentes (dados secundários), desde que contenham amostras disponíveis ao público, são isentos de aprovação por comitê de ética em pesquisa. Porém, tratando-se de dados disponíveis por log-in exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS.

O projeto foi encaminhado para a Secretária de Saúde do município de Gravataí, para apreciação e concordância, por meio de uma carta de anuência (APÊNDICE A).



## 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. NÚMERO DE GESTANTES POR ANO E PORCENTAGEM DE GESTANTES POR IDADE

A Tabela 1 apresenta o número de gestantes registradas no SISPRENATAL em Gravataí por ano.

**Tabela 1. Quantitativo de gestantes por ano, Gravataí, 2008 a 2012**

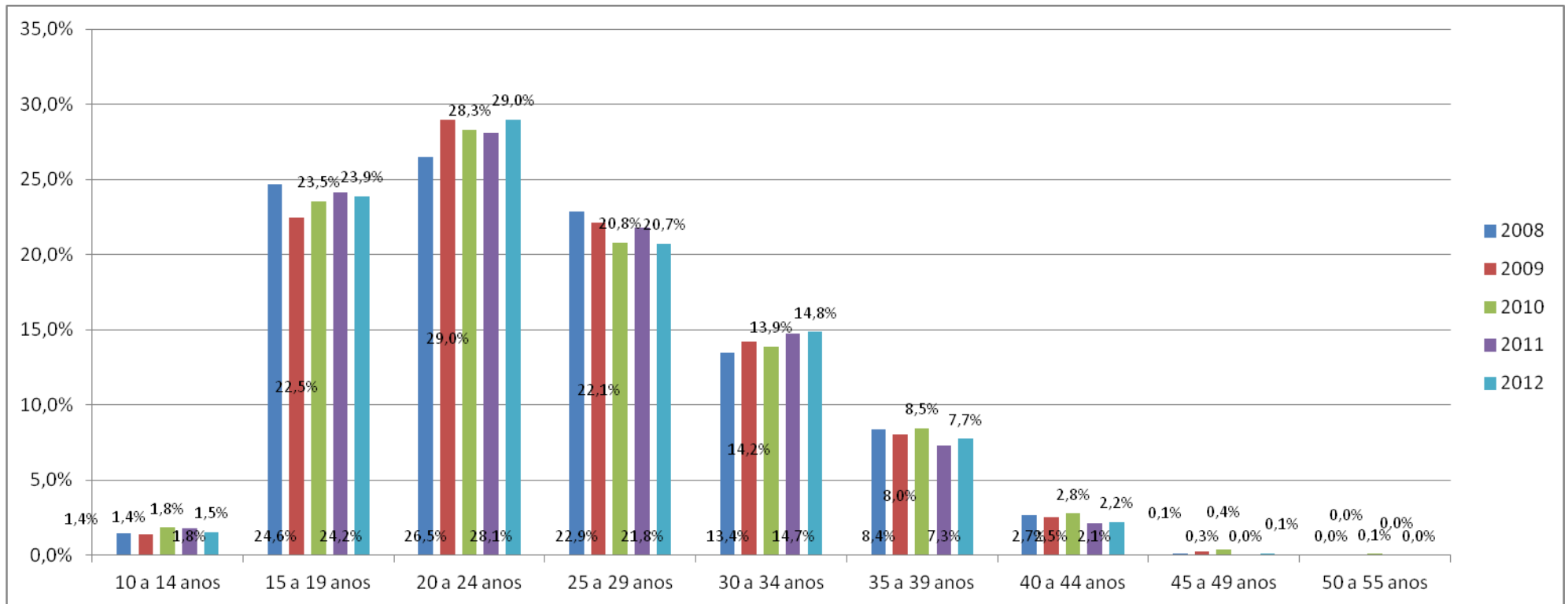
ANO	Total
2008	2325
2009	2200
2010	2351
2011	2269
2012	2337

Na Tabela 2 e na Figura 1, são apresentados os dados coletados referentes à faixa etária das gestantes.

**Tabela 2. Número e percentual de gestantes por faixa etária, Gravataí, 2008 a 2012**

ANO	10 a 14 anos	%	15 a 19 anos	%	20 a 24 anos	%	25 a 29 anos	%	30 a 34 anos	%	35 a 39 anos	%	40 a 44 anos	%	45 a 49 anos	%	50 a 55 anos	%
2008	31	1,4%	537	24,6%	577	26,5%	498	22,9%	293	13,4%	183	8,4%	58	2,7%	2	0,1%	0	0,0%
2009	31	1,4%	494	22,5%	637	29,0%	487	22,1%	312	14,2%	177	8,0%	55	2,5%	6	0,3%	1	0,0%
2010	43	1,8%	553	23,5%	665	28,3%	489	20,8%	326	13,9%	199	8,5%	65	2,8%	9	0,4%	2	0,1%
2011	40	1,8%	548	24,2%	637	28,1%	495	21,8%	334	14,7%	165	7,3%	48	2,1%	1	0,0%	1	0,0%
2012	36	1,5%	558	23,9%	677	29,0%	484	20,7%	347	14,8%	181	7,7%	51	2,2%	3	0,1%	0	0,0%
<i>Média</i>		1,6%		23,7%		28,2%		21,7%		14,2%		8%		2,4%		0,2%		0,1%

**Figura 1: Número e percentual de gestantes por faixa etária, Gravataí, 2008 a 2012.**



Observamos que, em Gravataí, a gestação na adolescência representa uma média de 23,7% no período estudado, Gestantes entre 20 e 24 anos representam 28,2%, e aquelas entre 25 e 29 anos, 21,7%. Nas demais faixas etárias, a frequência de gestantes foi menor.

## 5.2. PORCENTAGEM DE CAPTAÇÃO DAS GESTANTES POR SEMANA DE GESTAÇÃO E CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

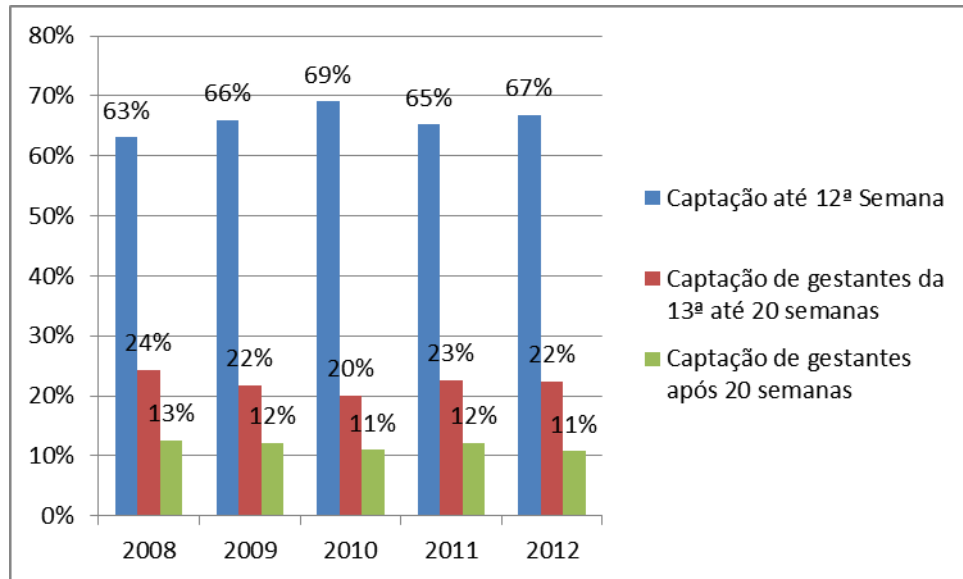
Nos últimos quatro anos, no município de Gravataí, observamos que a captação das gestantes vem acontecendo precocemente, antes das 20 semanas (Tabela 3).

**Tabela 3: Número e porcentagem de captação por período de gestação, Gravataí, 2008 a 2012**

Ano	Captação até 12 <sup>a</sup> Semana	%	Captação de gestantes da 13 <sup>a</sup> até 20 semanas	%	Captação de gestantes após 20 semanas	%
2008	1374	63%	530	24%	275	13%
2009	1504	66%	496	22%	278	12%
2010	1623	69%	470	20%	258	11%
2011	1480	65%	514	23%	275	12%
2012	1563	67%	522	22%	252	11%
Média		66%		22%		12%

Na Figura 2, observamos a proporção de gestantes que foram precocemente captadas, como preconiza o MS, em relação aos outros grupos.

**Figura 2: Número e porcentagem de captação por período de gestação, Gravataí, 2008 a 2012**



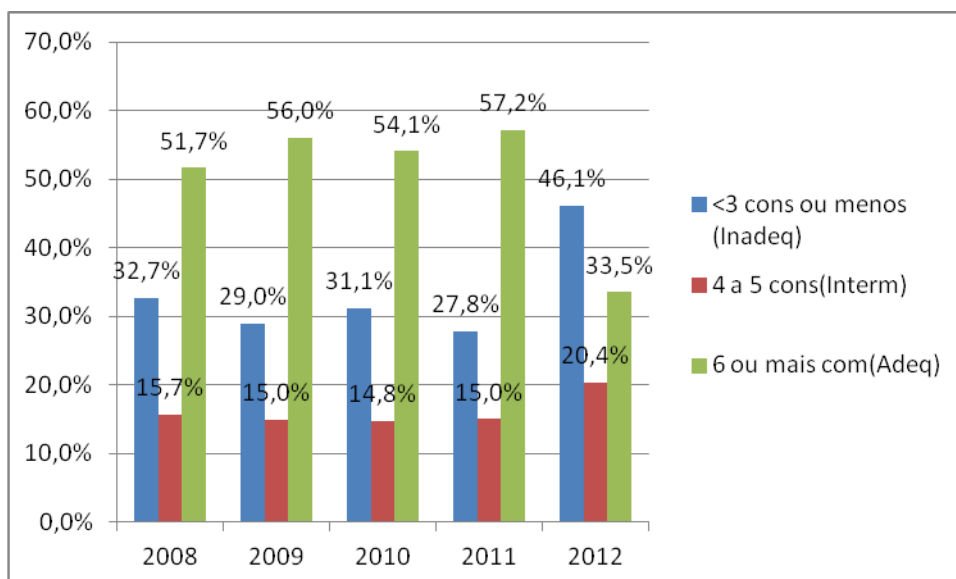
Verificamos que não houve grandes variações nas porcentagens nos anos avaliados.

A captação antes das 12 semanas de gestação apresentou média de 66%. Entre 13 e 20 semanas, a média foi de 22%, e 12% foi a média de gestantes captadas após a 20ª semana de gestação nos cinco anos avaliados.

Observa-se que a média de gestantes que fizeram três ou menos consultas de pré-natal é de 32,1% no período avaliado; 15,8% de gestantes, em média, fizeram entre quatro e cinco consultas de pré-natal e 52,1% delas, pelo menos seis consultas de pré-natal.

A Figura 3 mostra as variações na quantidade de consultas realizadas a cada ano.

**Figura 3: Número e porcentagem de consultas de pré-natal por gestante, Gravataí, 2008 a 2012**



Em 2008, 51,7% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, 15,7% realizaram entre quatro e cinco consultas e 32,7% realizaram três consultas ou menos. Já em 2012, apenas 33,5% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, 20,4% realizaram entre quatro e cinco consultas e 46,1% realizaram três consultas ou menos.

### 5.3. PORCENTAGENS DE EXAMES FUNDAMENTAIS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL

#### 5.3.1. Porcentagem de exames de tipagem sanguínea

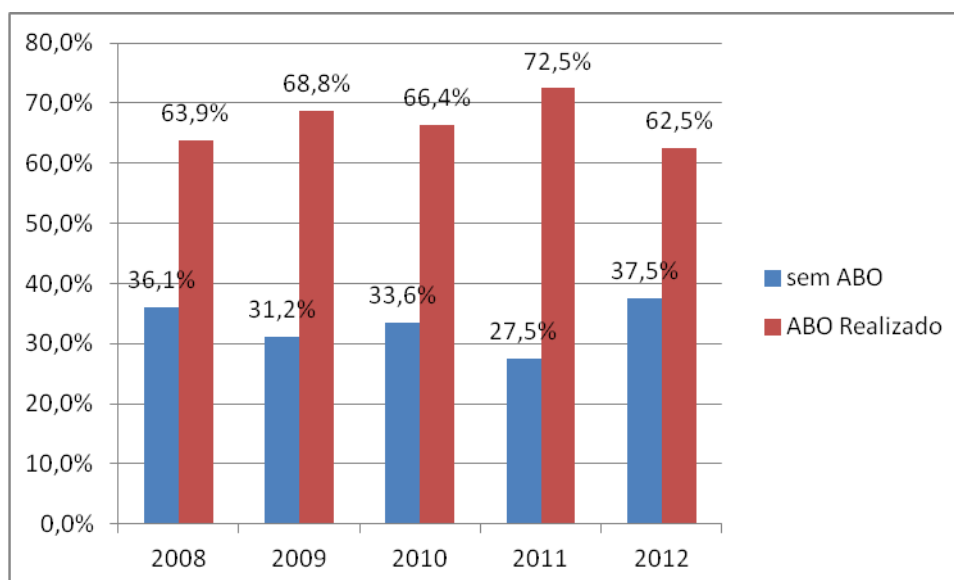
Na Tabela 5, observamos os quantitativos de exames de tipagem sanguínea realizados no período de 2008 até 2012.

**Tabela 4. Porcentagem de gestantes com tipagem sanguínea, Gravataí, 2008 a 2012**

Ano	sem ABO	%	ABO Realizado	%
2008	840	36,1%	1485	63,9%
2009	686	31,2%	1514	68,8%
2010	789	33,6%	1562	66,4%
2011	625	27,5%	1644	72,5%
2012	877	37,5%	1460	62,5%
<b>Média</b>		33,2%		66,8%

A Figura 4 ilustra os mesmos dados.

**Figura 4: Número e porcentagem de consultas de pré-natal por gestante, Gravataí, 2008 a 2012**



Podemos observar que em 2012 houve um aumento no número de gestantes que não foram tipadas (37,5%). Considerando todo o período estudado, a média de realização de tipagem sanguínea foi de 66,8%, enquanto 33,2% das gestantes, em média, ficaram sem este exame.

### 5.3.2. Porcentagem de exames de hematócrito e hemoglobina

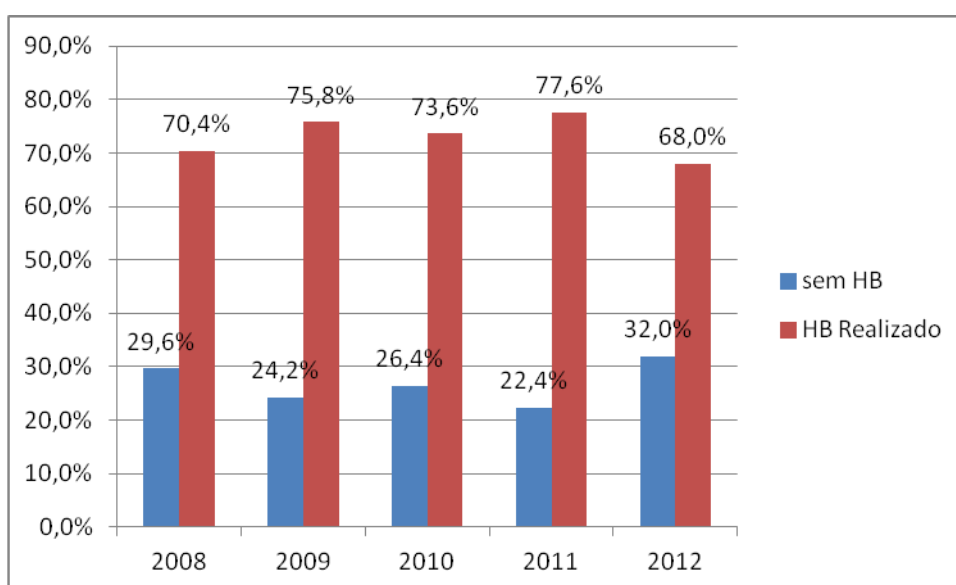
O número de gestantes que realizou ou não dosagem de hemoglobina está demonstrado na Tabela 6 e na Figura 7.

**Tabela 5: Número e porcentagem de gestantes que realizaram hemoglobina, Gravataí, 2008 a 2012**

ANO	sem HB	%	HB Realizado	%
2008	689	29,6%	1636	70,4%
2009	533	24,2%	1667	75,8%
2010	621	26,4%	1730	73,6%
2011	508	22,4%	1761	77,6%
2012	747	32,0%	1590	68,0%
Média		26,9%		73,1%

A porcentagem de gestantes com exame de hemoglobina realizado manteve uma média de 73,1% no período avaliado, porém, em 2012 observa-se também neste item uma diminuição do número de gestantes com este exame realizado, 68,0%. Conseqüentemente, no mesmo ano a porcentagem de mulheres que não realizaram foi 32,0%. A média de não realização do exame foi 26,9% em todo o período estudado.

**Figura 5: Porcentagem de gestantes que realizaram hemoglobina, Gravataí, 2008 a 2012**



Os dados relativos à realização do exame de hematócrito foram semelhantes, já que ambas as medidas, hematócrito e hemoglobina, costumam ser verificadas através do hemograma.



### 5.3.3. Porcentagem de gestantes que realizaram exame HBSAG

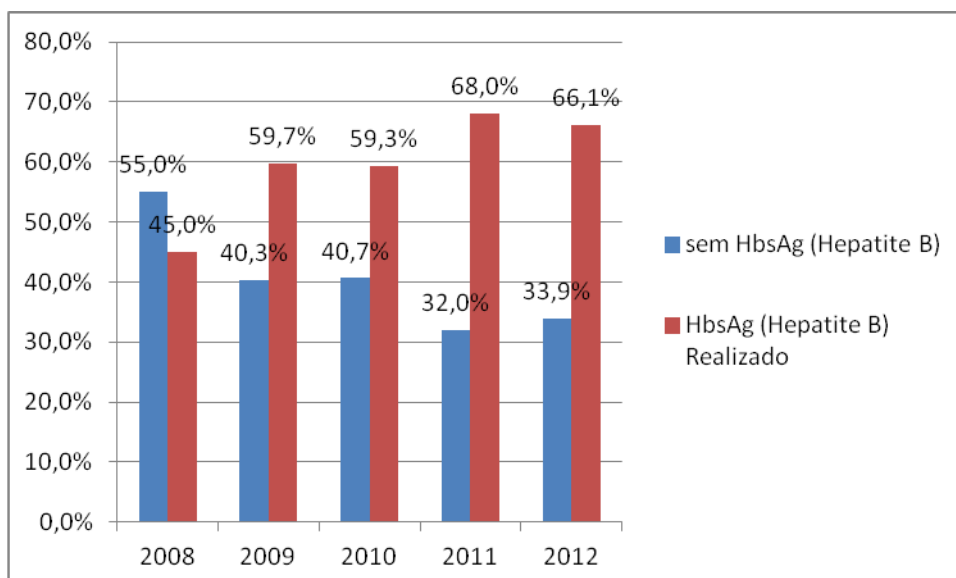
A Tabela 8 mostra os dados de realização do exame para hepatite B no município estudado.

**Tabela 5: Número e porcentagem de gestantes que realizaram exame HBSAG, Gravataí, 2008 a 2012**

ANO	sem HbsAg (Hepatite B)	%	HbsAg (Hepatite B) Realizado	%
2008	1279	55,0%	1046	45,0%
2009	887	40,3%	1313	59,7%
2010	956	40,7%	1395	59,3%
2011	725	32,0%	1544	68,0%
2012	792	33,9%	1545	66,1%
Média		40,4%		59,6%

No período estudado, evidenciamos uma média de 40,4% de gestantes que não realizaram o exame. Observamos que o pico se dá em 2008 quando mais da metade destas mulheres não foram testadas (55%). Observou-se também que este número decresceu até 2012. A média de mulheres que foram testadas no período foi de 59,6%, porém, em 2008 o número de mulheres testadas foi inferior ao número de mulheres não testadas (45%). Houve um aumento nas testagens Hbsag nos anos seguintes, conforme ilustrado na Figura 5.

**Figura 5: Porcentagem de gestantes que realizaram exame HBSAG, Gravataí, 2008 a 2012**



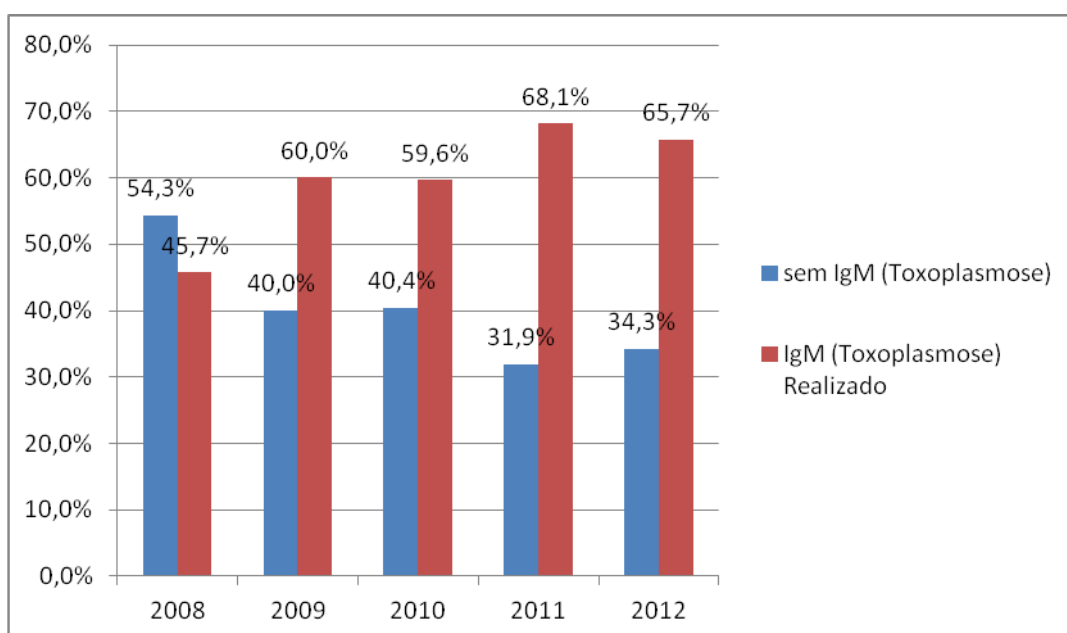
### 5.3.4. Porcentagem de gestantes que realizaram IgM para toxoplasmose

Observa-se que, em Gravataí, o ano de 2008 não apresentou bons resultados nas solicitações de IgM: 54,3% das gestantes não realizaram exame para identificação de toxoplasmose. (Tabela 9). Na Figura 6, pode-se visualizar a evolução no período estudado quanto este rastreamento.

**Tabela 6: Número e porcentagem de gestantes que realizaram IgM para toxoplasmose, Gravataí, 2008 a 2012.**

ANO	sem IgM (Toxoplasmose)	%	IgM (Toxoplasmose) Realizado	%
2008	1262	54,3%	1063	45,7%
2009	879	40,0%	1321	60,0%
2010	949	40,4%	1402	59,6%
2011	723	31,9%	1546	68,1%
2012	801	34,3%	1536	65,7%
MÉDIA		40,1%		59,9%

**Figura 6: Porcentagem de gestantes que realizaram IgM para toxoplasmose, Gravataí, 2008 a 2012.**



A média de gestantes que realizaram IgM para toxoplasmose foi de 59,9% nos anos avaliados. Observamos também que, entre 2008 e 2012, a porcentagem de

gestantes testadas aumentou consideravelmente: 60% em 2009, 59,6% em 2010, 68,1% em 2011 e, em 2012, 65,7%.

### 5.3.5 Porcentagem de gestantes que realizaram exame qualitativo de urina

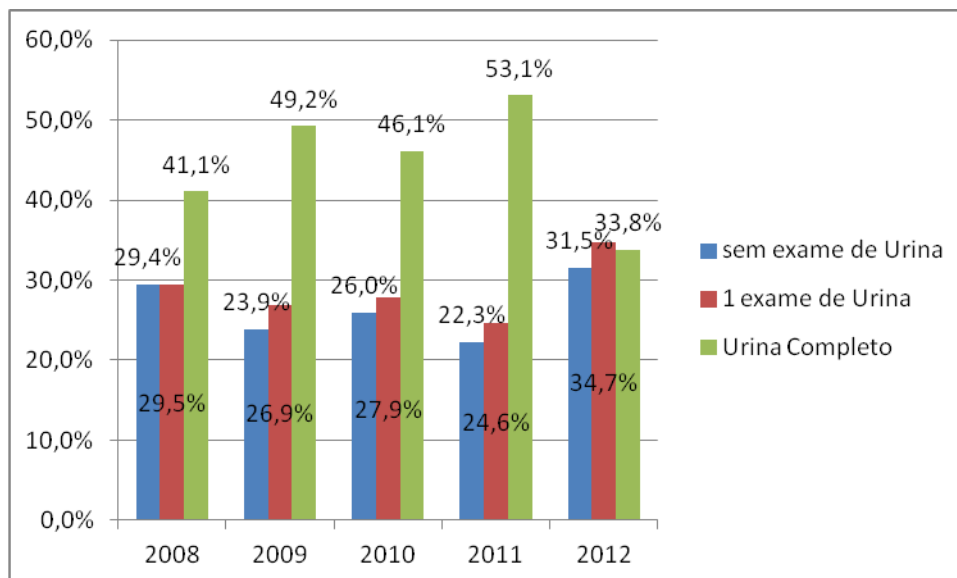
Na Tabela 10, observamos os dados referentes às gestantes que realizaram um, dois ou que não realizaram exames de urina no pré-natal.

**Tabela 7: Número e porcentagem de gestantes que realizaram exame qualitativo de urina, Gravataí, 2008 a 2012**

ANO	Sem exame de urina	%	1 exame de urina	%	Urina completo (2 exames de urina)	%
2008	684	29,4%	686	29,5%	955	41,1%
2009	526	23,9%	591	26,9%	1083	49,2%
2010	611	26,0%	656	27,9%	1084	46,1%
2011	506	22,3%	559	24,6%	1204	53,1%
2012	736	31,5%	812	34,7%	789	33,8%
Média		26,6%		28,7%		44,6%

O município, nos anos avaliados, apresentou uma média de 26,6% de pacientes que por algum motivo não realizaram exames de urina; 28,7% de gestantes que realizam apenas um exame de urina e 44,6% de mulheres que realizaram pelo menos um exame no primeiro trimestre e um segundo exame no terceiro trimestre. Abaixo ilustramos, na Figura 7, a evolução destas porcentagens nos anos estudados.

**Figura 7: Porcentagem de gestantes que realizaram IgM para toxoplasmose, Gravataí, 2008 a 2012.**



Em 2012, em relação aos anos anteriores, observamos uma considerável diminuição no número de mulheres que completaram a avaliação da urina: apenas 33,8% das gestantes realizaram dois exames de urina, 34,7% realizaram apenas um exame e 31,5% não realizaram qualquer avaliação laboratorial da urina.

### 5.3.6. Porcentagem de gestantes que realizaram verificação de glicemia

Na Tabela 11, observamos os dados referentes às gestantes que realizaram um, dois ou que não realizaram exames de glicemia no pré-natal.

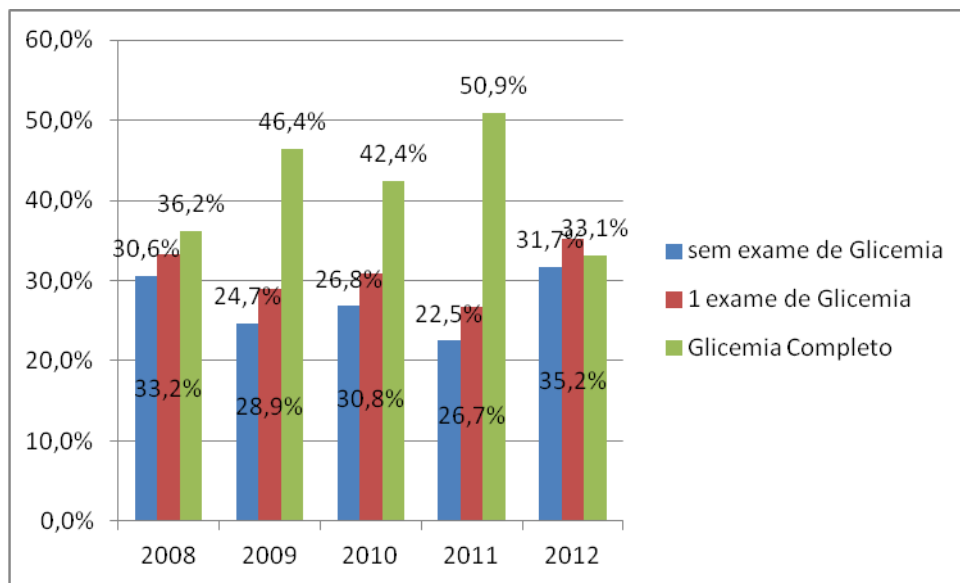
**Tabela 8: Número e porcentagem de gestantes que realizaram verificação de glicemia, Gravataí, 2008 a 2012.**

ANO	Sem exame de glicemia	%	1 exame de glicemia	%	Glicemia completo (2 exames de glicemia)	%
2008	711	30,6%	772	33,2%	842	36,2%
2009	543	24,7%	636	28,9%	1021	46,4%
2010	630	26,8%	725	30,8%	996	42,4%
2011	510	22,5%	605	26,7%	1154	50,9%
2012	741	31,7%	823	35,2%	773	33,1%
MÉDIA		27,2%		31,0%		41,8%

O município, nos anos avaliados, apresentou uma média de 27,2% de pacientes que por algum motivo não realizaram exames de glicemia; 31% de gestantes que realizaram apenas um exame de glicemia e 41,8% de mulheres que realizaram pelo menos um exame no primeiro trimestre e um segundo exame no terceiro trimestre.

Na Figura 8, ilustramos a evolução destas porcentagens nos anos estudados.

**Figura 8: Porcentagem de gestantes que realizaram verificação de glicemia, Gravataí, 2008 a 2012.**



O ano de 2008 apresentou uma porcentagem de 36,2% de mulheres que realizaram duas avaliações de glicemia, 30,6% de gestantes que não realizaram e 33,2% de gestantes que realizaram pelo menos um exame de glicemia em algum período do pré-natal. Nos anos seguintes, a porcentagem de mulheres que realizaram dois exames de glicemia apresentou tendência crescente, chegando a 50,9% em 2011. No entanto, em 2012 observamos uma considerável diminuição no número de mulheres que completaram avaliação da glicemia, apenas 33,1%; 35,2% realizaram um exame e 31,7% não realizaram qualquer avaliação laboratorial de glicemia.

### 5.3.7. Porcentagem de gestantes que realizaram exame VDRL

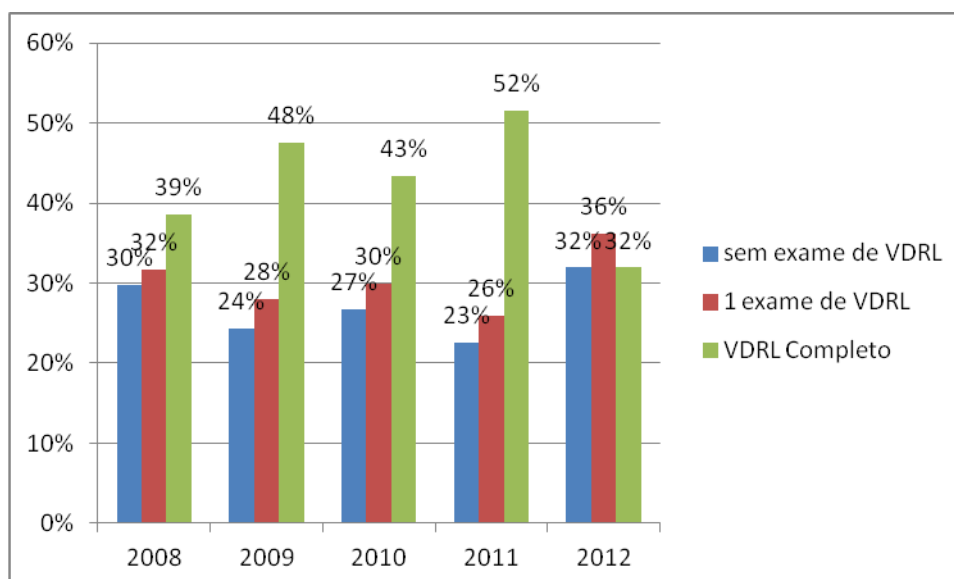
Na Tabela 12, observamos os dados referentes às gestantes que realizaram pesquisa de sífilis (exame VDRL) no primeiro e no terceiro trimestres, pelo menos, e às que não realizaram este exame.

**Tabela 9: Número e porcentagem de gestantes que realizaram exame VDRL, Gravataí, 2008 a 2012.**

ANO	Sem exame de VDRL	%	1 exame de VDRL	%	VDRL completo (2 exames)	%
2008	692	30%	737	32%	896	39%
2009	536	24%	617	28%	1047	48%
2010	629	27%	703	30%	1019	43%
2011	512	23%	587	26%	1170	52%
2012	746	32%	845	36%	746	32%
MÉDIA		27%		30%		43%

O município, nos anos avaliados, apresentou uma média de 27% de pacientes que por algum motivo não realizaram rastreamento de sífilis, 30% de gestantes que realizam apenas um exame de VDRL e 43% de mulheres que realizaram pelo menos um exame no primeiro trimestre e um segundo exame no terceiro trimestre. Na Figura 9, ilustramos a evolução destas porcentagens nos anos estudados.

**Figura 9: Porcentagem de gestantes que realizaram exame VDRL, Gravataí, 2008 a 2012.**



Observa-se tendência de aumento no VDRL completo, chegando a 52% em 2011. Porém, em 2012, observamos uma importante diminuição no número de mulheres que foram testadas nos dois períodos preconizados: apenas 32% das gestantes completaram as testagens para sífilis, 36% realizaram um exame e 32% não realizaram qualquer avaliação laboratorial de VDRL.

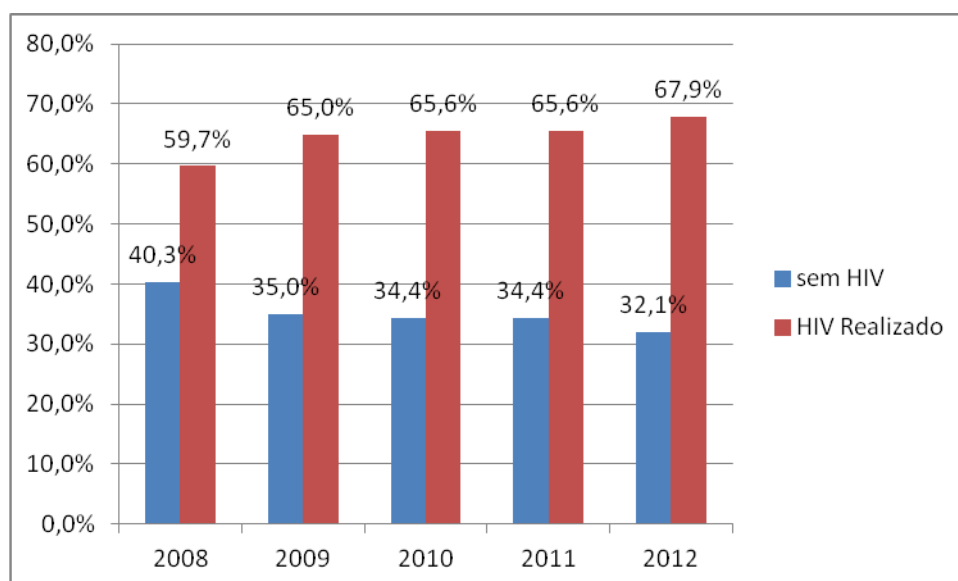
### 5.3.8. Número e Porcentagem de gestantes que realizaram exame anti-HIV

Na Tabela 13, observamos os dados referentes às gestantes que realizaram teste anti-HIV em algum período da gestação e às que não realizaram este exame.

**Tabela 10: Porcentagem de gestantes que realizaram exame anti-HIV, Gravataí, 2008 a 2012.**

Ano	sem HIV	%	HIV realizado	%
2008	938	40,3%	1387	59,7%
2009	771	35,0%	1429	65,0%
2010	809	34,4%	1542	65,6%
2011	809	34,4%	1542	65,6%
2012	750	32,1%	1587	67,9%
MÉDIA		35,3%		64,7%

O município, nos anos avaliados, apresentou uma média de 35,3% de pacientes que por algum motivo não realizaram testagem anti-HIV e 64,7% de mulheres realizaram teste anti-HIV durante o pré-natal. Na Figura 10, ilustramos a evolução destas porcentagens nos anos estudados.

**Figura 10: Porcentagem de gestantes que realizaram exame anti-HIV**

No ano de 2008 59,7% das gestantes realizaram teste anti-HIV em algum período gestacional, porém 40,3% não realizaram em nenhum período a avaliação. Entre os períodos de 2009 a 2011, a proporção de mulheres que realizaram o exame se manteve entre 65% e 65,5%. Já em 2012, a porcentagem de mulheres que realizaram o teste anti-HIV foi de 67,9%, contra 32,1% que não realizaram.

### 5.3.9. Cobertura vacinal de vacina dupla adulto nas gestantes

Na Tabela 14, observamos os dados referentes à cobertura vacinal de vacina dupla adulto nas gestantes.

**Tabela 11: Cobertura vacinal de dupla adulto nas gestantes, Gravataí, 2008 a 2012.**

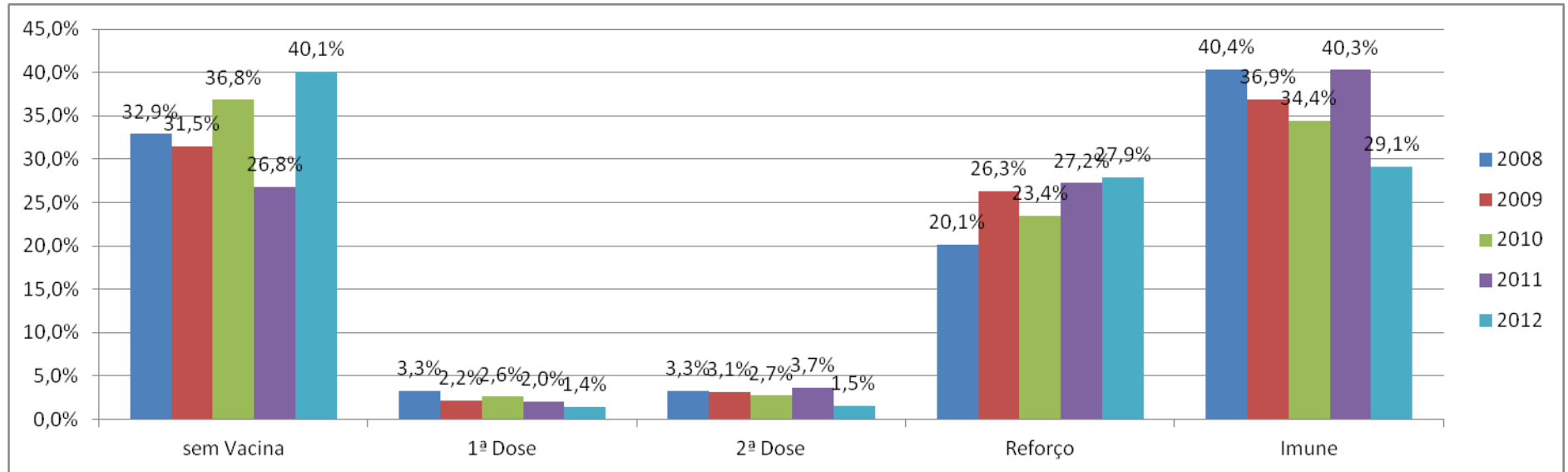
ANO	Sem vacina	%	1ª dose	%	2ª dose	%	Reforço	%	Imune	%
2008	765	32,9%	77	3,3%	76	3,3%	468	20,1%	939	40,4%
2009	692	31,5%	48	2,2%	69	3,1%	579	26,3%	812	36,9%
2010	866	36,8%	61	2,6%	64	2,7%	551	23,4%	809	34,4%
2011	608	26,8%	46	2,0%	83	3,7%	618	27,2%	914	40,3%
2012	938	40,1%	33	1,4%	35	1,5%	651	27,9%	680	29,1%
MÉDIA		33,6%		2,3%		2,9%		25,0%		36,2%

Em média, nos anos estudados, 33,6% das gestantes não realizaram nenhuma dose da vacina; 2,3% realizaram apenas uma dose deste imunobiológico; 2,9%



realizaram a segunda dose e 25% realizaram apenas um reforço. Entre as gestantes, 36,2% comprovaram ter recebido este imunobiológico nos cinco anos anteriores à gestação.

**Figura 11: Cobertura vacinal de dupla adulto nas gestantes, Gravataí, 2008 a 2012.**



Analisando a Figura 11, observa-se, ao longo dos anos, uma tendência de aumento de mulheres sem vacina. Em 2012, em relação aos anos anteriores, houve diminuição das mulheres que realizaram uma ou duas doses da vacina e pequeno aumento na realização de dose de reforço.

### 5.3.10. Porcentagem de consultas de puerpério realizadas

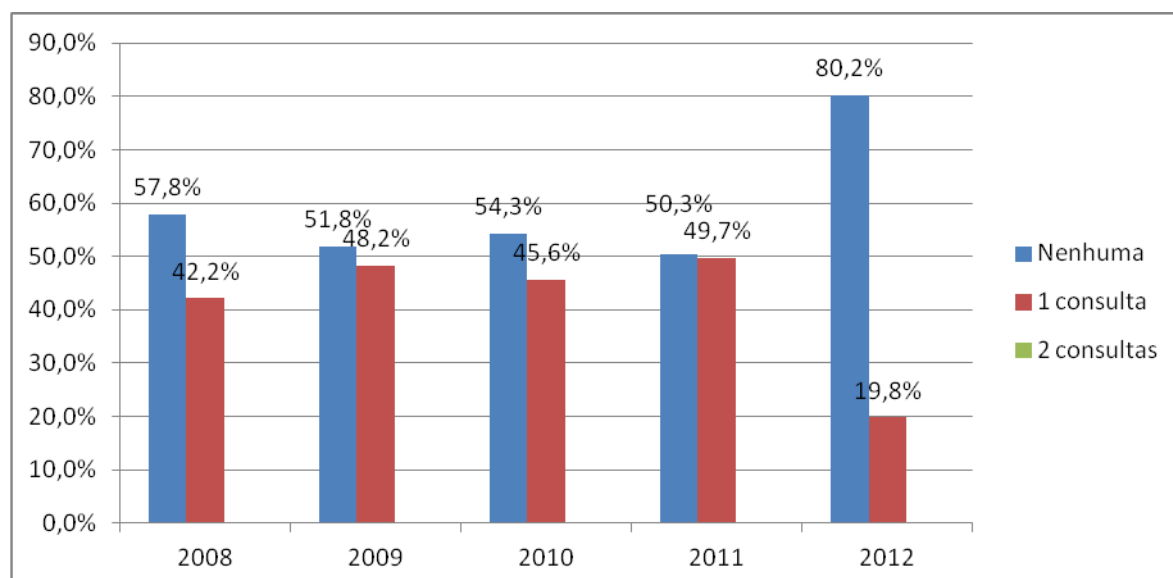
Na Tabela 15, observamos os dados referentes às gestantes que realizaram consulta puerperal.

**Tabela 12: Número e Porcentagem de consultas de puerpério realizadas, Gravataí, 2008 a 2012.**

ANO	Nenhuma	%	1 consulta	%	2 consultas	%
2008	1345	57,8%	980	42,2%	0	-
2009	1140	51,8%	1060	48,2%	0	-
2010	1277	54,3%	1073	45,6%	1	0,04%
2011	1142	50,3%	1127	49,7%	0	-
2012	1874	80,2%	463	19,8%	0	-
MÉDIA		58,9%		41,1%		0,04%

Nos anos estudados, observa-se uma média de 58,9% de mulheres que não realizaram consulta de puerpério; 41,1% de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta e 0,04% de mulheres que realizaram duas consultas.

**Figura 12: Porcentagem de consultas de puerpério realizadas, Gravataí, 2008 a 2012.**



Conforme se observa na Figura 12, entre 2008 e 2011, as porcentagens de realização de consulta de puerpério mantiveram-se estáveis, variando de 57,8% em 2008 a 50,3% em 2011. No entanto, em 2012, 80,2% das mulheres não realizaram avaliação puerperal e apenas 19,8% realizaram uma consulta e 1 usuária realizou 2 consultas puerperais.

### 5.3.11. Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades básicas de saúde

No período estudado, o município contava com 14 unidades básicas de saúde tradicionais e dois centros de referência para situação de pré-natal especial, como mulheres HIV- positivo.

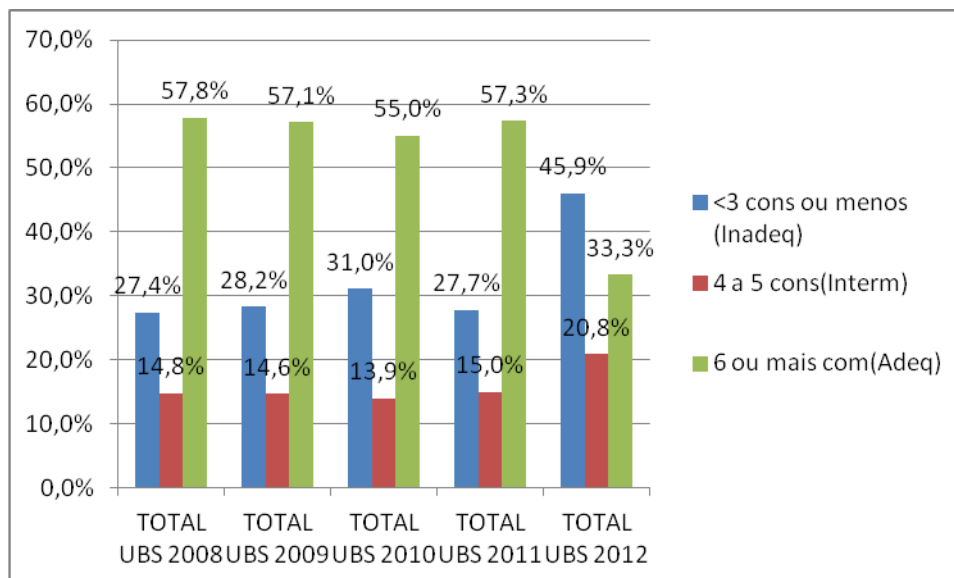
Na Tabela 16, são expostos os dados referentes à porcentagem de consultas de pré-natal por gestantes nas unidades de saúde, modelo tradicional:

**Tabela 13: Número e Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades básicas de saúde tradicionais, Gravataí, 2008 a 2012.**

Ano	<3 cons ou menos (Inadeq)	%	4 a 5 cons(Interm)	%	6 ou mais com(Adeq)	%
<b>TOTAL UBS 2008</b>	433	27,4%	234	14,8%	915	57,8%
<b>TOTAL UBS 2009</b>	413	28,2%	214	14,6%	835	57,1%
<b>TOTAL UBS 2010</b>	497	31,0%	223	13,9%	881	55,0%
<b>TOTAL UBS 2011</b>	427	27,7%	231	15,0%	884	57,3%
<b>TOTAL UBS 2012</b>	754	45,9%	342	20,8%	546	33,3%
<b>Média</b>		32,1%		15,8%		52,1%

No período estudado, em média 32,1% das mulheres realizaram três consultas ou menos de pré-natal; 15,8% realizaram entre quatro e cinco consultas e 52,1% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

**Figura 13: Número e Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades básicas de saúde tradicionais, Gravataí, 2008 a 2012.**



Em 2012 houve uma diminuição importante no número de mulheres que realizaram 6 ou mais consultas, representando 33,3%; 20,8% entre 4 e 5 consultas de pré-natal e 45,9% no total de mulheres que realizaram 3 consultas ou menos no pré-natal.

### 5.3.12. Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades de Saúde da Família

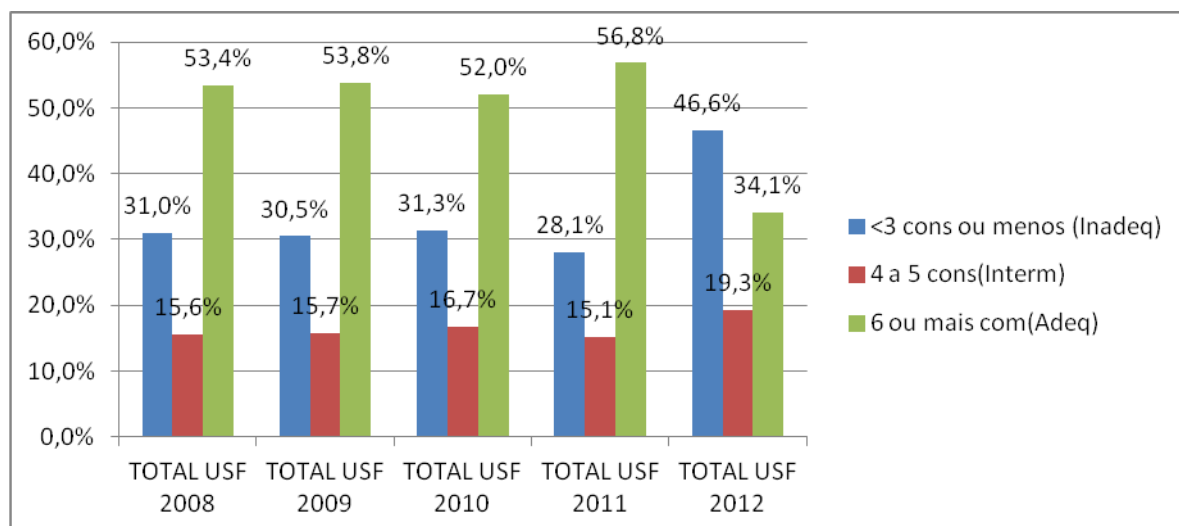
No período estudado, o município contava com 12 unidades de Saúde da Família. Abaixo são expostos os dados referentes a porcentagem de consultas de pré-natal por gestantes nas unidades de saúde da família:

**Tabela 14: Número e Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades de saúde da família, Gravataí, 2008 a 2012.**

Ano	<3 cons ou menos (Inadeq)	%	4 a 5 cons (Interm)	%	6 ou mais com (Adeq)	%
TOTAL USF 2008	230	31,0%	116	15,6%	397	53,4%
TOTAL USF 2009	225	30,5%	116	15,7%	397	53,8%
TOTAL USF 2010	235	31,3%	125	16,7%	390	52,0%
TOTAL USF 2011	204	28,1%	110	15,1%	413	56,8%
TOTAL USF 2012	324	46,6%	134	19,3%	237	34,1%
Média		33,5%		16,5%		50,0%

No período estudado, em média 33,5% das mulheres realizaram três consultas ou menos de pré-natal; 16,5% realizaram entre quatro e cinco consultas e 50% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

**Figura 14: Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades de saúde da família, Gravataí, 2008 a 2012.**

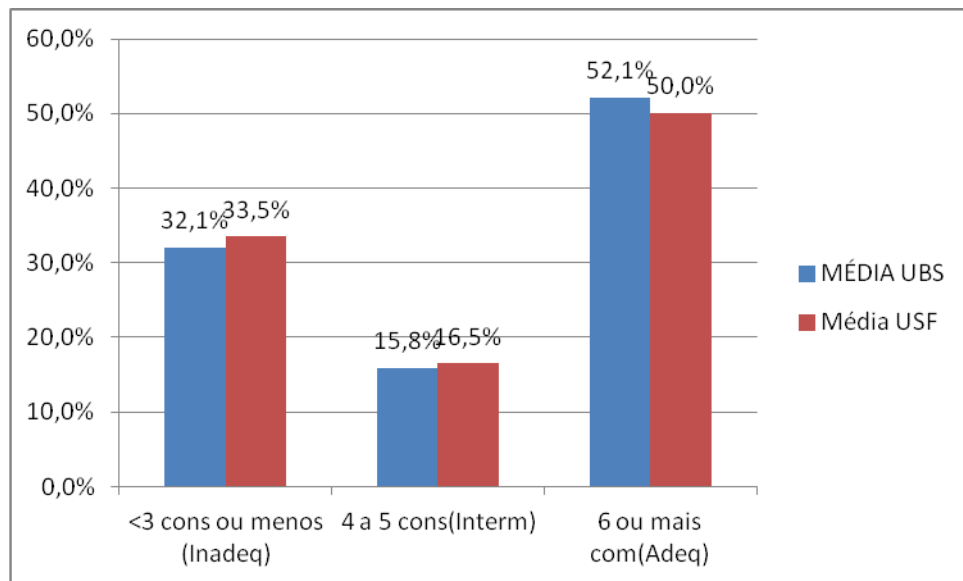


Em 2012 houve uma diminuição importante no número de mulheres que realizaram 6 ou mais consultas, representando 34,1%; 19,3% entre 4 e 5 consultas de pré-natal e 46,6% no total de mulheres que realizaram 3 consultas ou menos no pré-natal.

### 5.3.13. Comparação entre unidades básicas tradicionais e unidades de Saúde da Família quanto ao número de consultas de pré-natal.

A Figura 15 mostra um gráfico comparando as porcentagens de gestantes quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas entre unidades básicas tradicionais e o modelo de Saúde da Família.

**Figura 15: Porcentagem de consultas de pré-natal em unidades de saúde da família, Gravataí, 2008 a 2012.**

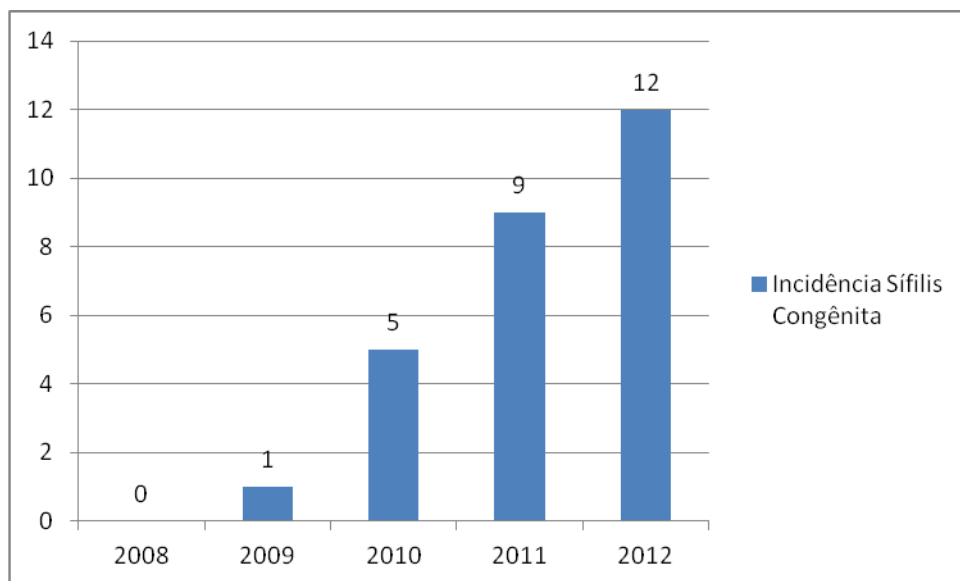


Em média, nos anos estudados, 32,1% de gestantes realizaram três consultas ou menos no pré-natal em unidades básicas de saúde do modelo tradicional. Já nas unidades de Saúde da Família, 33,5% de gestantes realizaram três consultas ou menos no pré-natal. As mulheres que realizaram seis consultas ou mais representaram 52,1% nas unidades básicas contra 50% nas unidades de Saúde da Família. Não houve grandes diferenças nos anos estudados.

#### 5.3.14. Número de casos incidentes de sífilis congênita em Gravataí

Na Figura 16, apresenta-se um gráfico ilustrando a incidência de sífilis congênita no município de Gravataí entre 2008 e 2012.

**Figura 16: Número de casos incidentes de sífilis congênita, Gravataí, 2008 a 2012.**



Em 2008 o município apresentou 0 (ZERO) casos de sífilis congênita; em 2009 foi notificado 1 caso; em 2010 foram notificados 5 casos; em 2011 foram notificados 9 casos e em 2012 foi registrado 12 casos. Observa-se que houve um aumento expressivo no número de casos de sífilis congênita no período estudado.



## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo analisamos a qualidade do pré-natal no município de Gravataí, utilizando dados secundários oriundos dos registros feitos pelos profissionais que realizam acompanhamento pré-natal no município.

Avaliando a faixa etária no diagnóstico de gravidez, observou-se que a maior parte das gestantes é jovem e que parte destas é adolescente (15 a 19 anos). Avaliar a idade da gestante é fundamental para o seguimento do pré-natal, pois pode ser crucial para definir o risco gestacional e definir o seguimento da gestante. A gestação em menores de 20 anos é considerada como fator de risco biológico evidenciado na literatura, tanto para a adolescente quanto para o bebê. Pode-se citar risco de abortamento, risco aumentado para o trabalho de parto prematuro, anemia, sobre peso, pré-eclampsia, eclampsia, etc. Além disso, a gestação neste período está associada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gestação (BRASIL, 2012). Ainda, parece existir relação entre gestação na adolescência e baixas taxas de adesão ao pré-natal.

Em relação à gestação na adolescência, Dias e Teixeira (2010) colocam que, até aproximadamente meados do século XX, esta não era considerada uma questão de saúde pública, visto que não era fruto de pesquisa. Os autores afirmam que, na década de 90, este fato foi observado de forma crescente entre 1991 e 2000, de acordo com dados do IBGE, evidenciando um aumento de 16,38% para 21,34%, próximo da prevalência encontrada em Gravataí neste estudo, de 23,7% entre 2008 e 2012.

Podemos relacionar também a gestação na adolescência com a pobreza, evasão escolar, desemprego, ingresso precoce em um mercado de trabalho não qualificado, separação conjugal, violência doméstica e negligência e também aos maus tratos infantis. No entanto, devemos levar em consideração o desejo da mulher em ser mãe, independentemente da idade, além das demandas sociais às quais é exposta, visto que a experiência de gestação na adolescência não é necessariamente um fator limitador das oportunidades de escolarização e da busca por um futuro melhor (DIAS, TEIXEIRA, 2010; FERNADES, SANTOS JUNIOR, GUALDA; 2012).

Outro fator importante avaliado foi o período de captação das gestantes no pré-natal e o número de consultas realizadas. Foi proposta a categorização em pré-natal adequado (6 consultas ou mais e início antes de 20 semanas de gestação), inadequado (início do pré-natal após 28 semanas ou menos de 3 consultas) e intermediário (demais situações) seguindo o modelo de avaliação de Kessner adaptado por Takeda. Foi avaliado o perfil do município, considerando todas as unidades, e também foram comparados os dados de unidades básicas de saúde tradicionais e unidades de Saúde da Família.

Comparando a realidade das Unidades Básicas de Saúde tradicionais e as Unidades de Saúde da Família e considerando o número de consultas de pré-natal os resultados obtidos apresentam poucas diferenças. Porém, no que diz respeito às consultas de pré-natal, as unidades básicas de saúde apresentaram resultados discretamente melhores. Seguindo o modelo de avaliação proposto por Kessner adaptado por Takeda, nas unidades básicas de saúde, 52,1% das gestantes, em média, apresentaram o pré-natal adequado e 50% nas unidades de Saúde da Família. O pré-natal inadequado foi observado em 32,1% das gestantes nas unidades básicas de saúde e em 33,5% nas unidades de Saúde da Família. É importante salientar que a avaliação de Kessner neste modelo de estudo foi fragmentada, ou seja, as gestantes não foram cada uma avaliadas. Porém, esta escala de avaliação serve como um parâmetro para definir se os processos estão adequados ou não.

O ano de 2012, particularmente, apresentou resultados preocupantes. O número de gestantes que realizaram seis consultas ou mais foi baixo, o que poderia ser explicado pelo modelo assistencial proposto pelas unidades básicas tradicionais, centrado na figura do obstetra, que no período citado estava em número deficitário no município, porém, este número foi igualmente baixo nas unidades de Saúde da Família, onde não se aplica esta justificativa, visto que o pré-natal é realizado por médico da família e por enfermeiro. Pode também servir como um fator determinante a ausência de protocolos assistenciais que aumentariam a atuação dos profissionais enfermeiros na solicitação de alguns exames e também a busca ativa não estar abrangendo as unidades básicas de saúde pela ausência de profissionais fundamentais neste modelo de atenção, como é o caso de agente comunitário de saúde. Em estudo semelhante, Anversa et al (2012) avaliaram a qualidade do pré-natal no município de Santa Maria/ RS e observaram que o número de consultas de

pré-natal, quando categorizado em adequado, intermediário ou inadequado, foi considerado adequado em 56% das gestantes em unidades básicas de saúde e em 65% das gestantes em unidades de Saúde da Família.

No presente estudo, considerando que a maior parte das gestantes, no modelo tradicional e no modelo de Saúde da Família foram captadas antes da 12<sup>a</sup> e até a 20<sup>a</sup> semana de gestação podemos considerar, segundo este quesito, que a idade gestacional de início do pré-natal está dentro do padrão considerado adequado em 66% das gestantes, inadequado em 12% e intermediário em 22%. Lana e Lima (2010) e Anversa et al (2012), a captação tardia caracterizada pelo início do pré-natal após a 20<sup>a</sup> semana de gestação reduz a eficácia de ações.

No que diz respeito aos exames laboratoriais realizados, o município apresentou bons resultados, porém, os exames que são fundamentais em pelo menos dois períodos gestacionais (glicemia, urina e VDRL, apresentaram uma porcentagem baixa de realização, principalmente em 2012. Nos períodos anteriores a 2013 não existia no município teste rápido para sífilis o que poderia justificar a baixa adesão ao exame. Em estudo realizado por Anversa et al (2012), em Santa Maria, RS, observou-se também uma baixa adesão aos exames propostos pelo PHPN, porém, naquele município, as porcentagens foram inferiores às encontradas neste estudo

A cobertura vacinal para tétano e difteria com a vacina dT mostrou que muitas mulheres, em todos os anos estudados, ou já estavam imunes, ou seja, declararam ter recebido a vacina em menos de cinco anos, como é preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações. Mesmo assim, muitas mulheres não foram vacinadas contra difteria e tétano no pré-natal. Importante salientar também que, para fins de cobertura e controle do tétano, as doses de reforço somam às imunizadas, representando então mais da metade de gestantes imunizadas contra o tétano. As oportunidades perdidas de vacinação já foram relatadas por Mattos et al (2003), que, em estudo, avaliou esta situação. Os resultados foram semelhantes aos encontrados neste estudo: 16,5% das gestantes já eram imunes por terem sido vacinadas adequadamente há menos de cinco anos, 24,2% foram vacinadas durante a gestação e, portanto, 59,3% permaneceram não imunizadas até o final da gestação.

O ano de 2012 foi cenário de uma baixa adesão ao pré-natal em Gravataí, sendo que observamos neste mesmo ano a elevação do número de casos de sífilis congênita. A não realização de testagem para sífilis nas gestantes no último

trimestre pode ser responsável pelo fenômeno. Neste estudo foram pesquisados, no SINAN, somente os casos de recém-nascidos notificados, que nasceram com sífilis (sífilis congênita). Foram excluídos os casos de gestantes que tiveram diagnóstico de sífilis.

Neste mesmo ano, nosso Estado notificou 306 casos de sífilis congênita. Em Gravataí, mesmo com as taxas de VDRL dentro do padrão adequado em 2011, foram notificados nove casos de sífilis congênita. Em 2012, os casos de sífilis congênita no município se elevaram a 12. Importante alertar que, neste período houve um aumento geral nas notificações de doenças e agravos no município.

A sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada. Práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal (diagnóstico e tratamento oportuno e adequado) são efetivas para a prevenção de casos. Óbitos por sífilis congênita em menores de cinco anos são considerados evitáveis com os recursos assistenciais disponíveis no SUS. É considerado um evento sentinela, já que pode ser evitado por ações de saúde eficazes e obriga a investigação retrospectiva dos casos para obter informações sobre a assistência prestada e propor medidas pertinentes (DOMINGUES, et al; 2013).

Em estudo que avaliou a situação de sífilis congênita no Rio de Janeiro/RJ, Domingues et al (2013), identificaram 46 mulheres com sífilis na gestação, sendo que 16 bebês apresentaram sífilis congênita.

Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores, como apontam os resultados do presente estudo. Isso em decorrência do curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação; e provavelmente pelo desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e pelos profissionais de saúde (DOMINGUES, et al; 2013).

Outro fator importante avaliado neste estudo foi a consulta de puerpério, que atualmente faz parte das ações de pré-natal segundo o PHPN. Os dados mostram que mais da metade das mulheres não realizou a consulta de pré-natal no período estudado, mas 2012 se destaca pelo número bastante elevado de mulheres que não retornaram para o puerpério (80,2%). Em estudo realizado por Vilarinho, Nogueira e

Nagahama (2012), que avaliou o retorno de gestantes adolescentes à consulta puerperal, 52,3% das adolescentes não retornaram à unidade de saúde até o 42º dia de pós-parto para consulta de revisão e não receberam visita domiciliar na primeira semana pós-parto, evidenciando a dificuldade dos serviços em captar estas mulheres, que muitas vezes retornam apenas para as consultas de puericultura.

## 7. CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou que as gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal precocemente, mas que o número de consultas de pré-natal pode ser melhorado, pois pouco mais da metade das gestantes realizou o número mínimo preconizado, sendo que em 2012 essa proporção foi ainda menor. É importante alertar que, de acordo com os dados levantados, houve pouca adesão às consultas de puerpério, talvez por não ter sido trabalhada a importância das mesmas com as gestantes.

Não houve diferenças na qualidade do pré-natal oferecido comparando unidades básicas de saúde e unidades de Saúde da Família, porém, é importante esclarecer que este estudo não avaliou outros procedimentos e práticas que são fundamentais no processo de pré-natal como ações educativas, busca ativa, etc. Porém, mesmo que os resultados tenham sido semelhantes nos dois modelos assistenciais, poderia-se esperar que os resultados obtidos no pré-natal das unidades de Saúde da Família fossem melhores, considerando o modelo de atenção básica integral proposto pelo MS (BRASIL, 2012).

Em Gravataí, a maioria das gestantes realizou os exames que garantem sua saúde e de seu bebê, porém houve baixa realização de alguns exames fundamentais, como o VDRL. Talvez a baixa realização deste exame explique a incidência elevada de casos de sífilis congênita nos anos estudados. Seria importante uma mobilização dos envolvidos no processo de pré-natal para verificar a efetiva realização dos exames pelas mulheres. A solicitação e a realização dos exames laboratoriais são fundamentais para prevenir, identificar e corrigir as anormalidades que possam afetar a gestante e seu conceito. Caso a doença já exista, é através destes que o processo de instituir um tratamento acontece (ANVERSA et al, 2012).

Anversa et al (2012) salientam que a subnotificação dos dados registrados pelos profissionais tem sido apontada na literatura como potencial limitação em estudos dessa natureza, assim como o viés de informação.

Faz-se necessário, também, verificar em outros estudos parâmetros como a satisfação da usuária com a assistência ofertada, verificação de prontuários e registros.

Com este estudo, espero poder contribuir para a melhoria das ações e desenvolvimento de estratégias para qualificar o acompanhamento pré-natal no município de Gravataí.

## REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina et al . **Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 45, n. 5, Oct. 2011 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01/12/2013

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al . **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, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, Apr. 2012 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01/12/2013

BRASIL. Ministério da Saúde [on line]. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Indicadores de Morbidade. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0111.def>. Acesso em 07/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde [on line]. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. **Indicadores de Mortalidade**. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0111.def>. Acesso em 07/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. Republicada por ter saído com incorreções. Disponível em:

<[http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_569\\_GM.PDF](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF)>. Acesso em 01 dez. 2013, 23:00

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 570, de 1 de junho de 2000. Republicada por ter saído com incorreções. Disponível em:

<[http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_570\\_GM.PDF](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_570_GM.PDF)>. Acesso em 01 dez. 2013, 23:00.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 20, n. 45, Apr. 2010 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2010000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 June 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . **Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal**. Rev. Saúde Pública, São Paulo



, v. 47, n. 1, Feb. 2013 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. Science, n. 200, p. 856-864, 1978.

FERNANDES, Amanda de Oliveira; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Gravidez na adolescência: percepções das mães de gestantes jovens**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 25, n. 1, 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100010&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100010>.

GONCALVES, Roselane et al . **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 61, n. 3, June 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01/12/2013

GRAVATAÍ, **Perfil Demográfico do Município**, disponível em <https://gravatai.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/2>, acesso em maio, 2014.

HEARST, N et al. **Pesquisa com dados existentes: Análise de Dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas**. IN: HULLEY. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p 225-243.

IDEC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de Saúde**. 2. ed. Brasília: IDEC, 2003. 66p.

JURAN, J. M.; GRYNA, F. M. **Controle da Qualidade: Conceitos, Políticas e Filosofia da qualidade**. São Paulo: Makron/McGraw-Hill, 1991. p.377

LANA, Francisco Carlos Felix; LIMA, Alessandra Silva. **Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 4, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400014&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400014>.

LEAL, Maria do Carmo 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, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 1, 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01/12/2013

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001

MATTOS, Laura Maria Braga Borges de et al . **Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais**, Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 14, n. 5, Nov. 2003 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892003001000010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003001000010&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003001000010>.

MIRSHAWKA, V. A implantação da Qualidade e da Produtividade pelo Método do Dr.Deming. São Paulo: McGraw-Hill, 1990. 395p.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; HOLANDA JR., Francisco; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. **Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, Dec. 2003 . Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000600023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01/12/2013

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, Jan. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100018&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100018>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Mortalidad Materna: nota descriptiva** n. 348. Washington, D. C., maio 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>. Acesso em 15 jan. 2014, 00:30.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p: 247-339.

TAKEDA S. **Avaliação de unidade de atenção primária: a modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção**. [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

VILARINHO, Lílian Machado; NOGUEIRA, Lidya Tolstenko; NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida. **Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, June 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200015>.

## APÊNDICE A – Carta de Anuência

Declaro que disponibilizo ao enfermeiro Diogo Rocha Preto, do curso de especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, os dados necessários para o desenvolvimento de sua pesquisa, intitulada “Avaliação da qualidade do pré-natal em um município do Sul do Brasil com base nos dados do SISPRENATAL”, sob orientação da Professora Dra. Camila Giugliani, oriundos do departamento da Coordenação da PAISM.

A pesquisa em questão tem enfoque quantitativo, exploratório e descritivo, e será realizada por meio da coleta de dados secundários, gerados a partir das consultas de pré-natal realizadas por médicos e enfermeiros e registrados no formulário do SISPRENATAL para posterior alimentação do sistema. Os dados serão tabulados e analisados, sem nenhum dado que identifique as pacientes cujo registro foi realizado.

Declaro estar ciente dos objetivos e metodologia de pesquisa acima citados, assim como dos requisitos abaixo que me são assegurados,

- Garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e após o desenvolvimento da pesquisa;
- Ausência de despesas para esta instituição decorrentes da realização desta pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, terei a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Gravataí, ----- de ----- de 2014.

---

Nome:

Função: