

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**CIMONE NOAL HAAS**

**AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, SEGUNDO  
DIRETRIZES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E  
NASCIMENTO, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
JARDIM CASCATAS EM PORTO ALEGRE, RS**

**PORTO ALEGRE**

**2011**

**CIMONE NOAL HAAS**

**AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, SEGUNDO  
DIRETRIZES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E  
NASCIMENTO, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
JARDIM CASCATAS EM PORTO ALEGRE, RS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Graduação em Enfermagem.

Professora Orientadora: Mariur Gomes Beghetto  
Enfermeira Orientadora: Elisa Maria Corrêa Guedes

**Porto Alegre  
2011**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido, Valdomiro, pelo amor e carinho, por me incentivar e por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida. Pelo apoio constante e incondicional.

À minha mãe, Clarice, por me mostrar e ensinar que o estudo e a dedicação são os alicerces fundamentais para o crescimento profissional.

Ao meu pai, Ivalino, que foi uma grande pessoa e que infelizmente partiu antes que esse momento chegasse, mas que sempre me apoiou e torceu por mim.

À minha professora orientadora, Mariur Gomes Beghetto, pela ajuda no desenvolvimento deste trabalho, pela paciência e dedicação.

À equipe da Estratégia de Saúde da Família Jardim Cascata, que contribuiu para o desenvolvimento desta pesquisa; aos Agentes Comunitários de Saúde, que colaboraram no levantamento de dados que não foram encontrados nos registros, permitindo assim, a análise dos resultados.

## RESUMO

A assistência pré-natal qualificada minimiza eventos relacionados à gestação, parto e puerpério nas mulheres e recém-nascidos. Desta forma objetivou-se estabelecer a proporção de acompanhamentos de pré-natal de baixo risco que atendam à recomendação do Ministério da Saúde, conforme diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no Programa Pré-Natal da Estratégia Saúde da Família Jardim Cascata, Porto Alegre, RS. Este estudo é uma coorte, de temporalidade histórica, de 95 gestantes, que realizaram acompanhamento pré-natal na Estratégia de Saúde da Família Jardim Cascata, entre abril de 2008 e maio de 2010. Os critérios do PHNP avaliados foram: (1) adesão ao pré-natal no primeiro trimestre; (2) realização de >6 consultas; (3) realização de testes laboratoriais; e (4) realização de consulta no puerpério. Todos os critérios preenchidos significaram “adequação” da assistência. Possíveis fatores associados à “adequação” foram avaliados por meio de teste t para amostras independentes, teste U de Mann-Wittney e qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, conforme indicado. Foram realizadas  $5,4 \pm 3,4$  consultas, 52% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 53,7% fizeram >6 consultas, 84,2% realizaram todos os exames e 16,8% realizaram consulta de puerpério. Apenas 2,1% da Assistência Pré-Natal foram consideradas “adequadas”. Mulheres com companheiro e com maior número de filhos realizaram >6 consultas. Os registros da Assistência Pré-Natal na ESF Jardim Cascata demonstraram baixa adequação à totalidade dos critérios mínimos estabelecidos pelo PHNP. Poucos dos fatores avaliados parecem explicar esse cenário.

**Descritores:** Cuidado Pré-Natal, Gestantes, Enfermagem em Saúde Comunitária.

## ABSTRACT

### **Assessment of the Prenatal assistance records, according to guidelines of the Prenatal and Newborn Humanization Program in the Family Health Strategy of Jardim Cascata in Porto Alegre, RS**

Qualified Prenatal assistance minimizes events related to pregnancy, childbirth and postpartum in women and newborns. Thus the objective of this study was to establish the proportion of Prenatal monitoring in low risk pregnancies that meet the recommendation of the Ministry of Health, according to guidelines from the Prenatal and Newborn Humanization Program (PHPN), in the Prenatal Program of Jardim Cascata's Family Health Strategy (FHS), in Porto Alegre, RS. This study is a cohort of historical temporality of 95 pregnant women who did their prenatal monitoring at the Family Health Strategy of Jardim Cascata, between April 2008 and May 2010. The PHPN criteria were: (1) entry into prenatal care in the first quarter; (2) doing >6 doctor's appointments; (3) doing laboratory tests; and (4) doing postpartum doctor's appointment. All fulfilled criteria meant assistance "adequacy". Possible factors associated with "adequacy" were evaluated by T-test for independent samples, Mann-Whitney U test and chi-square or Fisher exact test, as indicated.  $5.4 \pm 3.4$  appointments were fulfilled, 52% of women have started their prenatal in the first quarter, 53.7% did >6 appointments, 84.2% did all exams and 16.8% did the postpartum doctor's appointment. Only 2.1% of prenatal assistance was considered "adequate". Women who had a partner or a higher number of children did >6 doctor's appointments. The records of Prenatal Assistance at Jardim Cascata's Family Health Strategy demonstrated low adequacy to the total of minimum criteria established by the Prenatal and Newborn Humanization Program. Few evaluated factors seem to explain this scenario.

**Keywords:** Prenatal care, Pregnant Women, Community Health Nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABO-Rh - Tipagem sanguínea.

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

CP - Citopatológico.

EQU - Exame Comum de Urina.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

HB-HT - Hemograma.

MS - Ministério da Saúde.

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

RS - Rio Grande do Sul.

SUS - Sistema Único de Saúde.

VAT - Vacina Antitetânica.

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory – Teste Identificação da Sífilis.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Gestantes cadastradas no programa Pré-Natal da ESF Jardim Cascata, Porto Alegre, RS, e quantitativo de gestantes que concluíram o pré-natal, incluídas em nosso estudo, no período de abril de 2008 e maio de 2010.....	26
---	----

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Variáveis incompletas nos registros de pré-natal, referentes às 95 mulheres que concluíram o pré-natal entre abril de 2008 e maio de 2010, na área de abrangência no Programa Pré-Natal da ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em números absolutos (N) e percentual (%). .....27
- Tabela 2: Comparação multivariável entre mulheres que realizaram 6 ou mais consultas e demais variáveis das gestantes cadastradas na ESF Jardim Cascata, no período de abril de 2008 a maio de 2010 em Porto Alegre (RS). .....32
- Tabela 3: Comparação multivariável entre gestantes que aderiram ao Pré-Natal no primeiro trimestre e demais variáveis estudadas nas gestantes cadastradas na ESF Jardim Cascata, no período de abril de 2008 a maio de 2010 em Porto Alegre (RS).....32
- Tabela 4: Comparação multivariável entre realização de consulta de puerpério e demais variáveis avaliadas nas gestantes cadastradas na ESF Jardim Cascata, no período de abril de 2008 a maio de 2010 em Porto Alegre (RS). .....33

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1: Características gerais das mulheres atendidas, entre abril de 2008 e maio de 2010, no Programa Pré-Natal da ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em número absoluto (proporção), ou sinalizado, quando em contrário. N=94, ou sinalizadas as variáveis.....28
- Quadro 2: Comparação univariável entre as mulheres que realizaram 6 ou mais consultas e aquelas que realizaram até 5 consultas de pré-natal na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em números média  $\pm$  desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.....29
- Quadro 3: Comparação univariável entre as mulheres que aderiram ao pré-natal no primeiro trimestre e nos demais trimestres, na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em números média $\pm$ desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.....30
- Quadro 4: Comparação univariável entre mulheres que realizaram a consulta de puerpério e as que não realizaram consulta de puerpério, na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em números média $\pm$ desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.....31

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
5.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	24
5.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO A - Ficha de Acompanhamento Perinatal</b> .....	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na história da Saúde Pública, a atenção materno-infantil tem sido considerada uma área prioritária, principalmente no que diz respeito aos cuidados da mulher durante a gestação. Visa manter um ciclo gravídico-puerperal com o menor risco possível para o binômio mãe-filho, englobando as fases de pré-natal, parto e puerpério (SHIMIZU; LIMA, 2009).

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, especialmente no pré-natal, quando a mulher deverá ser orientada para que possa viver o parto de forma positiva, buscando-se reduzir os riscos de complicações relacionadas ao puerpério e aumentar o sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver na mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

Conforme pesquisa realizada, em 2002, a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 74,5/100.000 nascidos vivos (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2002). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) publica que as complicações da gestação, parto e puerpério constituem a décima causa de mortes em mulheres e ressalta que com acompanhamento pré-natal e atenção ao parto adequados consegue-se evitar a maior parte dessas mortes. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMPA, 2006), a mortalidade materna ocupa o oitavo lugar, considerando as causas de morte na população feminina.

Nogueira (1994) ressalta a associação entre os eventos perinatais (complicações maternas, partos distócicos, hipóxia intra-uterina, asfixia ao nascer, entre outros) e mortalidade infantil. De fato, as estratégias de melhoria adotadas no pré-natal e no puerpério exercem impacto sobre a saúde não somente das mulheres, mas, também, dos recém-nascidos. Assim a assistência pré-natal qualificada possibilita o atendimento precoce às gestações de risco, minimizando eventos relacionados à gestação, parto e puerpério nas mulheres e recém-nascidos.

Conforme a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMPA, 2006), as mulheres representam uma prioridade para as políticas públicas de saúde pelas

suas peculiaridades sociobiológicas, nas quais as ações de saúde podem ter um impacto direto na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil, interferindo positivamente nos indicadores de saúde de uma população.

Pelos mesmos motivos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) estabeleceu diretrizes para atenção pré-natal. Dentre elas figuram desde rotinas preconizadas para consultas, definição de fatores de risco na gravidez, participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, entre outras normas. Vale lembrar que, de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Decreto n. 94.406/87 (BRASIL, 1987), o pré-natal de baixo risco na gravidez pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

Além de incluir mais um profissional da equipe da saúde no atendimento direto às gestantes, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) estabeleceu algumas diretrizes para a adequada assistência do pré-natal: (a) meta de, no mínimo, 6 consultas de pré-natal; (b) início do acompanhamento pré-natal o mais cedo possível; (c) distribuição das consultas de pré-natal durante a gravidez: no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; (d) solicitação de exames complementares considerados obrigatórios: hemograma, tipagem sanguínea e determinação do fator Rh materno, exame comum de urina, VDRL (primeira consulta e após a 30ª semana de gravidez, devendo ser repetido no parto), glicemia de jejum, testagem anti-HIV (na primeira consulta), teste de Coombs indireto (quando indicado nas 24ª, 28ª, 32ª e 36ª semanas de gravidez); (e) realização do exame obstétrico durante o pré-natal: medida do peso materno, verificação da pressão arterial, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e toque vaginal (consideraram-se estes procedimentos como realizados ou não, independente do número de vezes que foram registrados); (f) realização de atividades educativas durante o pré-natal: participação de pelo menos um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata; (g) orientação quanto à amamentação e o parto; (h) vacinação antitetânica; e (i) coleta de exame citopatológico de colo uterino.

De acordo com a Portaria n. 569 (BRASIL, 2000b), a classificação de risco gestacional também faz parte da assistência pré-natal. Deve ser realizada a cada consulta e, quando for classificada como gravidez de risco, a gestante deve ser referenciada para serviço de alto risco, seja ambulatorial ou hospitalar. A Ficha

Perinatal é o instrumento utilizado para registro dos dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério. Os dados provenientes desse formulário abastecem o Sistema de Informação à Saúde, possibilita o adequado acompanhamento da evolução da gestação, além de garantir o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Visto que a realização da atenção pré-natal prestada à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal é importante para o alcance da redução da mortalidade materno-infantil, e que o enfermeiro é sujeito fundamental neste processo, parece proceder à realização de análise nos diferentes registros relacionados ao pré-natal, com vistas à determinação da adequação da cobertura e do número mínimo de consultas, em nível local.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer a proporção de acompanhamentos de pré-natal de baixo risco que atendam à recomendação do Ministério da Saúde quanto ao número mínimo de consultas e verificar possíveis fatores associados à adequação a essa recomendação, no Programa Pré-Natal da Estratégia Saúde da Família (ESF) Jardim Cascata, Porto Alegre - RS.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever características das mulheres atendidas no programa.
- b) Determinar o número de consultas pré-natal realizadas.
- c) Determinar os exames diagnósticos realizados durante o pré-natal.
- d) Identificar número de usuárias encaminhadas para pré-natal de alto risco.
- e) Avaliar o número de consultas de puerpério.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

Em 1985, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1985) definiu a assistência pré-natal como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto. Em 2006 (BRASIL, 2006a), visando maior qualidade e humanização desta atenção, o Ministério da Saúde estabeleceu que o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável, com garantia do bem-estar materno e neonatal. Afirma, ainda, que uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá 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, ao atendimento hospitalar para alto risco.

Segundo Neme (2000), o caráter preventivo do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal bem feito previne patologias, tais como: anemias, doenças hipertensivas gestacional (pré-eclâmpsia, eclâmpsia); também, favorece o preparo psicológico para o parto, garante a perfeita estruturação do organismo fetal, previne o abortamento, reduz o risco de parto prematuro e óbito perinatal, dentre outras vantagens.

Para Ricci (2008), a assistência pré-natal contínua é importante para um desfecho bem-sucedido, onde a gestação é considerada um momento de saúde, e não de doença. Conforme a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMSPA, 2006), a assistência pré-natal adequada, com detecção e intervenção precoce das situações de risco, e um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, tendo o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (SMSPA, 2006). Garantir uma assistência adequada significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, no parto e nos cuidados

com o recém-nascido (GONÇALVES; URASAKI; MERIGHI et al., 2008).

Morais et al. (1998) avaliou o efeito da assistência pré-natal sobre um grupo de 648 recém-nascidos e observou uma associação significante entre o aumento do número de visitas pré-natais. Concluiu que a frequência às consultas pré-natal, bem como o momento da primeira visita, se associam significativamente com a idade gestacional e o peso fetal ao nascimento, desempenhando papel importante sobre a prematuridade e baixo peso ao nascimento. Kilsztajn et al. (2000) chegou à conclusão semelhante, afirmando que o aumento da cobertura pré-natal pode proporcionar resultados imediatos para a redução da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo.

Apesar das evidências demonstrarem que o apoio na gestação, no parto e no pós-parto diminui as morbidades, sendo extremamente benéfico (OMS, 2003), as taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil ainda representam um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, como um todo. As altas taxas encontradas configuram um grave problema de saúde pública, ainda mais se for considerado que 92% dos eventos são evitáveis (BRASIL, 2007).

Pesquisa realizada em várias capitais do Brasil (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004), apontou que 67,1% das mortes maternas foram decorrentes de causas obstétricas diretas.

Para Cunha et al. (2009), as altas taxas de morbimortalidade materna podem ser combatidas com a atenção qualificada no pré-natal promovendo assim uma maternidade segura. Narchi (2010) confirma que a morbimortalidade materna e perinatal é um problema a ser vencido. Aponta ainda, que é necessário não só incrementar a qualificação, como também aumentar o quantitativo de profissionais que atuam nessa área.

Considerando que o baixo número de consultas no período pré-natal pode estar associado à maior morbimortalidade materno-infantil (MORAIS et al., 1998) no Brasil, este cenário tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal (COUTINHO et al., 2003). Diferentes propostas têm sido introduzidas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para atender gestantes ao longo das últimas décadas.

Em 1983, visando introduzir ações voltadas à saúde da mulher que privilegiassem o atendimento integral, clínico-ginecológico e educativo, visando o aperfeiçoamento do controle pré-natal, parto e puerpério, e abrangendo os agravos

da adolescência à terceira idade, controle de doenças sexualmente transmissíveis, câncer cérvico-uterino e mamário, assistência a concepção e contra concepção, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1983).

Com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos, em 2000, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000a). Assim, espera-se que as ações de saúde implementadas no pré-natal e puerpério sejam capazes de melhorar a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2006b). Atualmente, a cobertura pré-natal configura-se como um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica (GONÇALVES et al., 2008).

Para demonstrar a implementação dessas políticas e a melhoria da saúde materna e pré-natal, no Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) divulgou que a cobertura pré-natal, na década de 1990, era 19%, chegando a 72% em 2006, quando 80% das gestantes realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal. Conforme a Secretaria de Atenção em Saúde (BRASIL, 2004a), no período de 1997 a 2001, verificou-se que a proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, para o período gestacional, aumentou de 41,6% para 45,6%. Este indicador apresentou diferenças importantes quanto à distribuição regional. Enquanto na região Sudeste passou de 46,7% para 55% e no Sul aumentou de 48% para 56,3%. Em contrapartida, na região Norte evidenciou-se um retrocesso, observando-se redução de 33,6% para 26,2%.

Parada (2008) observou, em seu estudo sobre a avaliação da assistência pré-natal desenvolvido no interior do estado de São Paulo, que 75,9% das gestantes, em 2005, haviam realizado seis ou mais consultas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) afirma que o número de consultas pré-natal realizadas durante a gravidez é crescente ano a ano. Se em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas durante o pré-natal, em 2009, foram 19,4 milhões. O aumento foi de 125% nesse período, crescimento que pode ser atribuído, principalmente, a ampliação do acesso ao pré-natal. Mesmo sendo crescente, o número de consultas durante o pré-natal está longe de alcançar a totalidade das gestantes. Segundo a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMPA, 2006), apenas 80% das gestantes realizam um pré-natal com mínimo de seis consultas,

conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Ressalta-se, no entanto, que a cobertura numérica pré-natal, por si só, não garante bons resultados na redução dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal (TREVISAN et al., 2002).

Estudo Realizado em Caxias do Sul, em 2002, mostrou uma cobertura de 95,4% do pré-natal, mas somente 44,3% das pacientes submeteram-se a todos os exames complementares preconizados pelo Programa Humanização Pré-Natal (TREVISAN et al., 2002).

Em estudo recente, na cidade de Rio Grande, no RS, Gonçalves, César e Mendoza (2009), mostraram que a média da cobertura de pré-natal no município foi de 96%, a grande maioria das gestantes (73,5%) iniciou as consultas ainda no primeiro trimestre, realizando em média 7,4 consultas. Todavia, quando comparada a cobertura à execução de exames laboratoriais integrantes da rotina pré-natal e aos exames clínico-obstétricos descritos na PHPN, apenas 26,8% dos pré-natais foram considerados adequados.

Diante deste contexto, destaca-se a importância da atuação da enfermeira, entre os profissionais que prestam cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, podendo contribuir significativamente para a diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal no Brasil (BARROS, 2009).

A consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento de suma importância, pois têm como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações preventivas e promocionais as gestantes (SHIMIZU; LIMA, 2009).

As enfermeiras podem agir como defensoras e educadoras, ao criar comunidades saudáveis de apoio à mulher e seu parceiro nas fases da gravidez, prevenindo e ensinando as responsabilidades da mulher quanto ao autocuidado, identificando ameaças à segurança impostas pela adoção de estilo de vida de risco, estimulando hábitos saudáveis de alimentação e desestimulando a automedicação, a cada visita pré-natal (RICCI, 2008).

Braden (2000) salienta que a assistência de enfermagem deve atender às necessidades físicas, psicológicas e socioculturais da gestante da família e que a enfermeira tem a oportunidade e a responsabilidade de orientar a paciente e sua família sobre os potenciais riscos durante o período pré-natal e quanto aos cuidados necessários à promoção do bem-estar próprio e do feto.

A criação das Equipes da Saúde da Família configuraram uma iniciativa importante para colaborar com a melhor qualidade e garantia de acesso à assistência pré-natal (BRASIL, 2009b). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa trabalhar na lógica da Promoção da Saúde, objetivando a integralidade da assistência ao indivíduo e coletivo, como sujeito inserido na Família e na sociedade, reforçando a atividade integral da atenção pré-natal (BEZERRA, 2008). Em sua operacionalização, pressupõe-se a adequação às diferentes realidades locais, provendo assistência humanizada baseada no vínculo de compromisso e de coresponsabilidade estabelecido entre os serviços da saúde e a comunidade (MATTOS, 2004).

Estudos do Ministério da Saúde, em 2008, apontam que o trabalho das equipes de saúde da família nos municípios impacta positivamente no acesso à saúde, realização de pré-natal e redução de mortes de crianças menores de um ano por causas mal definidas. Um estudo recente demonstrou que a cada 10% de aumento da cobertura, observa-se a redução de 4,6% na mortalidade infantil (BRASIL, 2008).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL 2000c), a gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2000c). Ocorrendo as complicações, a gestante e toda a sua família podem ser afetadas negativamente (BRADEN, 2000). A avaliação do risco começa na primeira consulta pré-natal e se mantém a cada visita subsequente, porque fatores adicionais, não aparentes neste momento, podem ser identificados em visitas posteriores (RICCI, 2008).

No Brasil, características associadas à clínica atual ou passada da gestante caracterizam a gestação de alto risco. As necessidades de saúde desse grupo, considerado de alto risco, geralmente, requerem tecnologias mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser manejados na Atenção Básica, demandando procedimentos simples, outros necessitarão de cuidados mais complexos, disponíveis nos níveis secundário e terciário; em que o obstetra e demais membros da equipe multidisciplinar desempenharão papel decisivo no acompanhamento da

gestante (BRASIL, 2001). Com base nessas necessidades, em 1998 o Ministério da Saúde criou mecanismos de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à gestante de risco – Portaria n. 3.018 (BRASIL, 1998). A intenção é estimular e apoiar a organização e/ou consolidação de sistemas de referência na área hospitalar, em todos os estados do país, para o atendimento às gestantes de alto risco (BRASIL, 2001).

Após o parto, a mulher depara-se com novos desafios a serem enfrentados, ou seja, cuidar de si e do bebê, necessitando de apoio de profissionais capacitados para auxiliarem e orientarem suas dúvidas, seus medos e anseios (RAVELLI, 2008).

Durante esse período, as alterações anatômicas e funcionais da gravidez regridem. A assistência ao puerpério tem como objetivo monitorar essas alterações, atenuar o desconforto associado e evitar as condições que podem acarretar morbidade e mortalidade (KATHRYN, 2002).

A consulta de puerpério faz parte da assistência pré-natal e conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) e deve ser realizada até o 42º dia pós-parto. Ainda assim, a atenção no puerpério não está consolidada na totalidade dos serviços de saúde do país. Apesar da grande maioria das mulheres retornar aos serviços de saúde no primeiro mês após o parto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, resume-se à avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não receberam informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal (BRASIL, 2004b).

Apesar dos benefícios conhecidos da atenção pré-natal, existem barreiras ou lacunas que impedem o acesso ao serviço de pré-natal, bem como dificultam o seu início precoce e a adesão a ele (OMS, 2003). Nem sempre o pré-natal é realizado de forma adequada, seguindo a totalidade das diretrizes preconizadas pelas políticas de saúde. Muitas vezes, fatores particulares e sociais relacionados às gestantes são responsáveis por essas inadequações. Corroborando com estas afirmações, o estudo realizado por Coimbra et al. (2003), demonstrou que, em São Luís do Maranhão, a baixa cobertura e a inadequação do uso da assistência no pré-natal esteve associada a vários fatores indicativos da persistência de desigualdade social.

Estudo realizado em Caxias do Sul (TREVISAN et al., 2002) mostrou que a atenção pré-natal foi considerada inadequada em 64,8% das gestantes, sendo a escolaridade materna e a paridade (número de gestações) fatores associados à baixa qualidade da atenção pré-natal. Quanto maior a escolaridade, melhor a

qualidade da atenção pré-natal. Em relação à paridade, quanto maior o número de filhos, mais tardiamente a gestante iniciou o acompanhamento pré-natal, com conseqüente menor o número total de consultas.

Pesquisa realizada em 2006, por Zampieri (2010), aponta alguns obstáculos para o acesso ao serviço pré-natal, em diversas dimensões: (a) econômica (falta de recursos financeiros e de transporte para as gestantes deslocarem-se à atenção de saúde); (b) geográficas (residências em locais íngremes, violentos e distantes dos serviços ou não ter ninguém para cuidar de seus demais filhos); (c) organizacional e sociocultural (falta de credibilidade na atenção básica, julgamentos, medo, vergonha, principalmente em gestantes adolescentes e solteiras); ou ainda, (d) relacionadas à acessibilidade e à atenção propriamente dita.

O estudo de Oba e Tavares (2000), referente o cuidado pré-natal em Ribeirão Preto, aponta como principais obstáculos para um pré-natal apropriado: (a) a falta de uma referência hospitalar para encaminhar as gestantes em trabalho de parto; (b) a desarticulação entre os serviços de pré-natal, parto e puerpério; (c) a ausência de referência e contrar-referência, além (d) da falta de treinamento dos profissionais; (e) problemas no agendamento e nos registros; (f) presença de muitos alunos, rodízio dos profissionais e conseqüente descontinuidade de atenção.

Considerando que a enfermeira ocupa cada vez mais cargos na gestão do Sistema Único de Saúde (MELO; SANTOS, 2007) e que a assistência pré-natal é o marco inicial do desfecho que o processo de parto terá (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006) é importante que os gestores e equipes de saúde da família não busquem apenas implantar programas, mas procurem avaliar os serviços oferecidos e a sua qualidade, buscando corrigir falhas e assim, garantir uma atenção mais segura e devidamente assistida (AZEVEDO, 2010). Cabe ao gestor atuar na perspectiva de assegurar a construção de um modelo de atenção em saúde que busque responder aos desafios atuais da gestão e às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2005b) e a partir de sua realidade, com base em indicadores, possa visualizar as necessidades de seu território e construir o planejamento em saúde, priorizando ações e serviços (BARRETO et al., 2010).

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte, de temporalidade histórica, no qual foram incluídas todas as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que realizaram acompanhamento pré-natal na Estratégia de Saúde da Família Jardim Cascata, em Porto Alegre, RS, no período compreendido entre abril de 2008 e maio de 2010. A coleta de dados foi realizada por meio da revisão de todos os registros constantes na Ficha de Acompanhamento de Perinatal (Anexo A), livro de registro de pré-natal (livro próprio do local) e prontuários de família.

Foram avaliados dados de identificação da gestante, endereço, dados clínicos e de acompanhamento da gestação, número de consultas, profissional que realizou as consultas, dados de puerpério, parto e ainda registros de observações anotadas pelos profissionais. Foi avaliada a proporção de fichas e demais registros de pré-natal incompletos e descritas as informações faltantes. Os dados faltantes nas fontes consultadas, referentes às variáveis: cor, ocupação, situação conjugal, apoio familiar, gravidez planejada, número de filhos, realização de abortos e consulta de puerpério, foram, posteriormente, completados a partir das informações provenientes de cada agente comunitário de saúde responsável pela gestante/puérpera em questão.

Foram seguidas as diretrizes estabelecidas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN, 2000a) para a avaliação da adequação e adesão ao pré-natal. Assim sendo, a assistência pré-natal foi classificada como adequada quando a mulher: (1) realizou 6 ou mais consultas; (2) aderiu ao pré-natal no primeiro trimestre da gestação; (3) realizou, pelo menos uma vez na gestação, os testes laboratoriais de rotina, Tipagem sanguínea (ABO-Rh), Hemograma (HB-HT), exame comum de urina (EQU), VDRL (Venereal Disease Research Laboratory – teste identificação da sífilis) e glicemia de jejum; (4) realizou consulta de puerpério.

Quando um ou mais desses critérios não foram atendidos, o pré-natal, como um todo, foi considerado “não adequado”.

Características das usuárias de pré-natal “adequados” e “não adequados” quanto aos critérios do Ministério foram comparadas, de modo a se identificar os possíveis determinantes para seguimento pré-natal “adequado”.

A distância entre a Unidade de Saúde Jardim Cascata e a residência de cada gestante foi estimada, em metros, por meio do *software Google Maps* (BRASIL, 2011).

## 5.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram descritos respeitando-se as características das variáveis e sua distribuição. Variáveis contínuas e com distribuição normal foram descritas por meio de média  $\pm$  desvio padrão, enquanto aquelas sem o pressuposto de normalidade foram apresentadas por meio de mediana (intervalo interquartil). Já as variáveis categóricas foram apresentadas por meio de número de ocorrências e sua proporção. Para a comparação entre os grupos de mulheres com e sem pré-natal adequado adotou-se teste t para amostras independentes (variáveis contínuas e com distribuição normal), teste U de Mann-Wittney (variáveis contínuas com distribuição assimétrica) e teste qui-quadrado, ou teste Exato de Fisher (variáveis categóricas). Valores-P  $<0,05$  (bicaudal) foram considerados estatisticamente significativos.

Para o desfecho “6 ou mais consultas” após regressão logística univariável, utilizando-se o método de entrada manual, foram selecionadas todas as variáveis com valor-P  $<0,25$  (teste de Wald) para inclusão no modelo de regressão logística multivariável. Variáveis consideradas de relevância biológica foram incluídas no modelo de regressão logística multivariável, independente do valor-P obtido na análise univariável. Foram mantidas no modelo as variáveis com valor-P  $<0,05$  (teste de Wald), sendo removidas, uma a uma, a partir do maior valor-P. A adequação do modelo foi avaliada por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. Os dados foram analisados por meio do software estatístico *Predictive Analytics Software Statistics 18*.

## 5.2 ASPECTOS ÉTICOS

A realização deste estudo foi aprovada quanto aos seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto

Alegre, conforme Parecer Consubstanciado n. 539 e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 026/2010.

## 6 RESULTADOS

No período do estudo, foram identificados 104 registros de cadastro de gestantes, sendo que 3 configuraram-se como cadastro duplicado. Das 101 mulheres incluídas, 6 mudaram de endereço, saindo da área de abrangência da ESF Jardim Cascata, durante o pré-natal, impossibilitando a obtenção da totalidade dos dados. Desta forma, os resultados referem-se aos eventos relativos às 95 mulheres que concluíram o pré-natal na ESF.

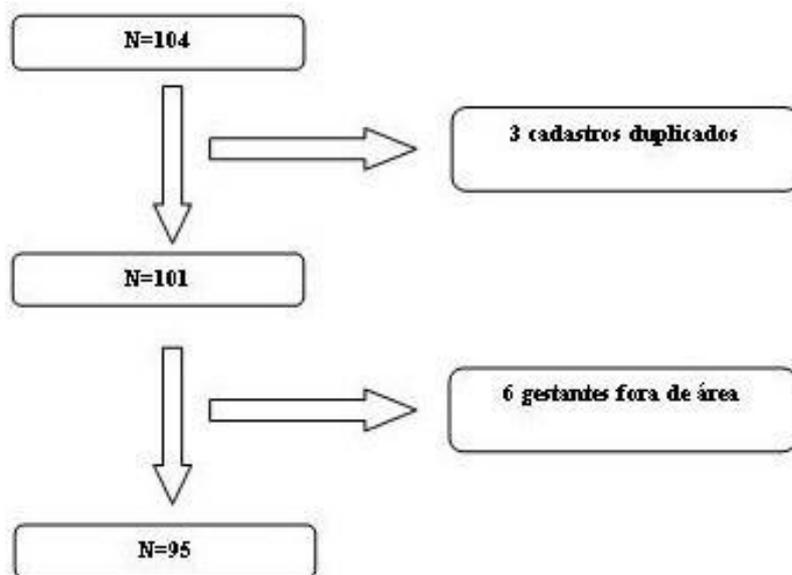


Figura 1: Gestantes cadastradas no programa Pré-Natal da ESF Jardim Cascata, Porto Alegre, RS, e quantitativo de gestantes que concluíram o pré-natal, incluídas em nosso estudo, no período de abril de 2008 e maio de 2010.

As variáveis em que se identificou maior percentual de falta de registro foram “histórico de abortos” (85,3%), seguido pela “consulta de puerpério” (83,2%) e “cor da pele” (53,7%), enquanto “número de filhos” foi a que apresentou o menor percentual (3,2%). Observou-se, também, alguma variabilidade nos registros dos diferentes testes laboratoriais (Tabela 1).

Tabela 1: Variáveis incompletas nos registros de pré-natal, referentes às 95 mulheres que concluíram o pré-natal entre abril de 2008 e maio de 2010, na área de abrangência no Programa Pré-Natal da ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em números absolutos (N) e percentual (%).

<b>Variável incompleta</b>	<b>N(%)</b>
<b>Cor da pele</b>	51 (53,7)
<b>Ocupação</b>	18 (18,9)
<b>Situação conjugal</b>	7 (7,4)
<b>Apoio familiar</b>	14 (14,7)
<b>Gestação planejada</b>	14 (14,7)
<b>Número de filhos</b>	3 (3,2)
<b>Aborto</b>	81 (85,3)
<b>Consulta de puerpério</b>	79 (83,2)

Fonte: Cimone Haas (2011).

Após completarem-se as informações faltantes, verificou-se que a média de idade das mulheres foi de  $27,8 \pm 5,1$  (mínimo=13–máximo=37) anos, predominantemente (63,2%) entre 21 e 29 anos. Cerca de 50% das gestantes é da cor branca, com até 2 filhos (90,6%) e com companheiro fixo (90,5%).

Em média, foram realizadas  $5,4 \pm 3,4$  consultas pré-natal, sendo que 53,7% das mulheres fizeram 6 ou mais consultas. Aproximadamente 52% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 84,2% realizaram os exames, 19,1% tiveram a gestação considerada de alto risco e somente 2,1% das grávidas realizaram o pré-natal adequadamente, conforme recomenda o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde.

As demais características das mulheres atendidas no pré-natal estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Características gerais das mulheres atendidas, entre abril de 2008 e maio de 2010, no Programa Pré-Natal da ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em número absoluto (proporção), ou sinalizado, quando em contrário. N=94, ou sinalizadas as variáveis.

	Variável	N (%)
<b>Clinicas e Demográficas</b>	Idade (em anos)	27,8±5,1 (13 – 37)*
	Faixas de idade (em anos)	
	- <18	10 (10,5)
	- 18 a 20	13 (13,7)
	- 21 a 29	60 (63,2)
	- 30 a 34	8 (8,4)
	- > 35	4 (4,2)
	Cor da pele	
	- branca	48 (50,5)
	- preta	30 (31,6)
- parda	17 (17,9)	
Ocupação		
- não trabalha	28 (29,5)	
- estuda	12 (12,6)	
- trabalha	55 (57,9)	
Apoio Familiar	87 (91,6)	
Número de Filhos	1 (0-2)	
- 0	39 (41,1)	
- 1	28 (29,5)	
- 2	19 (20)	
- 3	5 (5,3)	
- 4	2 (2,1)	
- 5	2 (2,1)	
Distância do posto(em metros)	340 (228-459)	
<b>Ginecológicas</b>	Gestação Planejada	19 (20)
	Aborto prévio (n=87)	22 (25,3)
	Gestação Alto Risco (n=94)	18 (19,1)
	Adesão ao Pré-Natal	
	- Sem consultas	16 (16,8)
	- 1º trimestre	49 (51,6)
	- 2º trimestre	26 (27,4)
	- 3º trimestre	4 (4,2)
	Número de Consultas	5,4±3,4 (0-10)
	- Zero	9 (9,5)
- Uma	11 (11,6)	
- Duas	4 (4,2)	
- Três	8 (8,4)	
- Quatro	8 (8,4)	
- Cinco	4 (4,2)	
- Seis	7 (7,4)	
- Sete	13 (13,7)	
- Oito	4 (4,2)	
- Nove	17 (17,9)	
- Dez	10 (10,5)	
<b>Exames</b>	ABO/RH	82 (86,3)
	VDRL	82 (86,3)
	Urina	80 (84,2)
	Glicemia	80 (84,2)
	HT/HB	81 (85,3)
	Anti-HIV	80 (84,2)
	CP	67 (70,5)
VAT	16 (16,8)	
<b>Desfechos</b>	Pré-Natal 1º trimestre	49 (51,6)
	≥ 6 consultas	51 (53,7)
	Exames completos	80 (84,2)
	Consulta puerpério	16 (16,8)
	Pré-Natal Adequado (MS)	2(2,1)

\*: média ± desvio padrão (valor mínimo – valor máximo).

Fonte: Cimone Haas (2011).

Quando comparadas as características das mulheres que realizaram 6 ou mais consultas àquelas que realizaram até 5 consultas de pré-natal, verificou-se maior proporção de realização nos testes laboratoriais naquelas que fizeram 6 ou mais consultas. Não foram identificadas outras diferenças estatisticamente significativas na comparação das demais variáveis (Quadro 2).

Quadro 2: Comparação univariável entre as mulheres que realizaram 6 ou mais consultas e aquelas que realizaram até 5 consultas de pré-natal na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em números média  $\pm$  desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.

Variável	$\geq 6$ consultas (n=51)	$\leq 5$ consultas (n=44)	p
Idade (em anos)	24,4 $\pm$ 5,1	23,0 $\pm$ 5,1	0,20
Número de filhos	1 (0-2)	1 (0-1)	0,13 <sup>(MW)</sup>
Distância posto (metros)	340 (232-497)	337 (172-444,75)	0,59 <sup>(NW)</sup>
Cor da pele			0,27
- branca	23 (45,1)	25 (56,8)	
- preta	16 (31,4)	14 (31,8)	
- parda	12 (23,5)	5 (11,4)	
Ocupação			0,07
- trabalha	30 (58,8)	25 (56,8)	
- estuda	3 (5,9)	9 (20,5)	
- não trabalha	18 (35,3)	10 (22,7)	
Situação conjugal			0,08
- com companheiro	49 (96,1)	37 (84,1)	
Gestação Planejada	8 (15,7)	11 (25,0)	0,256
Apoio Familiar	47 (92,2)	40 (90,9)	1,00 <sup>(F)</sup>
Aborto prévio	10 (20,4)	12 (31,6)	0,23
ABO/RH	49 (96,1)	33 (75)	<0,01
VDRL	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
Urina	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
Glicose	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
HT/HB	49 (96,1)	32 (72,7)	<0,01
Exames completos	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
Anti-HIV	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
VAT	31 (68,8)	20 (45,5)	0,14
CP	40 (78,4)	27 (61,4)	0,07
Gestação Alto Risco	8 (16)	10 (22,7)	0,41

<sup>(MW)</sup>: Teste de MannWhitney; <sup>(F)</sup>: Teste Exato de Fisher.

Fonte: Cimone Haas (2011).

Maior proporção de realização de exames laboratoriais e de gestação de risco foi identificada no grupo de mulheres que aderiu ao pré-natal no primeiro trimestre do que naquelas que aderiram nos demais trimestres (Quadro 3).

Quadro 3: Comparação univariável entre as mulheres que aderiram ao pré-natal no primeiro trimestre e nos demais trimestres, na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em números média±desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.

Variável	Pré-Natal 1 <sup>a</sup> trimestre (n=49)	Pré-natais demais trimestres (n=46)	p
Idade (em anos)	23,9±5,1	23,6±5,3	0,85
Número de filhos	1 (0-1)	1 (0-2)	0,90 <sup>(MW)</sup>
Distância posto (metros)	340 (232-462)	322 (170-430,5)	0,42 <sup>(MW)</sup>
Cor da pele			0,21
- branca	22 (44,9)	26 (56,5)	
- preta	15 (30,6)	15 (32,6)	
- parda	12 (24,5)	5 (10,9)	
Ocupação			0,53
- trabalha	31 (63,3)	24 (52,2)	
- estuda	5 (10,2)	7 (15,2)	
- não trabalha	13 (26,5)	15 (32,6)	
Situação conjugal			0,31 <sup>(F)</sup>
- com companheiro	46 (93,9)	40 (87)	
Gestação Planejada	12 (24,5)	7 (15,2)	0,26
Apoio Familiar	47 (95,9)	40 (87)	0,15 <sup>(F)</sup>
Aborto prévio	10 (21,3)	12 (30)	0,35
ABO/RH	46 (93,9)	36 (78,3)	0,03
VDRL	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
Urina	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
Glicose	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
HT/HB	45 (91,8)	36 (78,3)	0,06
Exames completos	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
Anti-HIV	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
VAT	30 (61,2)	21 (45,7)	0,13
CP	38 (77,6)	29 (63)	0,12
Gestação Alto Risco	15 (31,3)	3 (6,5)	0,002

<sup>(MW)</sup>: Teste de Mann Whitney; <sup>(F)</sup>: Teste Exato de Fisher.

Fonte: Cimone Haas (2011).

Quando se comparou as características das gestantes que realizaram e que não realizaram consulta de puerpério identificou-se associação entre gestação de alto risco e realização de consulta de puerpério (40% vs 15,2%; P = 0,04) (Quadro 4).

Quadro 4: Comparação univariável entre mulheres que realizaram a consulta de puerpério e as que não realizaram consulta de puerpério, na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre (RS). Dados expressos em números média±desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.

Variável	Consulta de Puerpério (n=16)	Sem consulta de puerpério (n=79)	P
Idade (em anos)	24,6±4,0	23,6±5,3	0,49
Número de filhos	1 (0-2)	1 (0-2)	0,77 <sup>(MWW)</sup>
Distância posto (metros)	355 (175,5-487,8)	340 (230-450)	0,79 <sup>(MWW)</sup>
Cor da pele			0,77
- branca	8 (50)	40 (50,6)	
- preta	6 (37,5)	24 (30,4)	
- parda	2 (12,)	15 (19)	
Ocupação			0,31
- trabalha	12 (75)	43 (54,4)	
- estuda	1 (6,3)	11 (13,9)	
- não trabalha	3 (18,8)	25 (31,6)	
Situação conjugal			1,00 <sup>(F)</sup>
- com companheiro	15 (93,8)	71 (89,9)	
Gestação Planejada	4 (25)	15 (19)	0,73 <sup>(F)</sup>
Apoio Familiar	16 (100)	71 (89,9)	0,34 <sup>(F)</sup>
Aborto prévio	3 (18,8)	19 (26,8)	0,75 <sup>(F)</sup>
ABO/RH	15 (93,8)	67 (84,8)	0,69 <sup>(F)</sup>
VDRL	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45 <sup>(F)</sup>
Urina	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45 <sup>(F)</sup>
Glicose	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45 <sup>(F)</sup>
HT/HB	15 (93,8)	66 (83,5)	0,45 <sup>(F)</sup>
Exames completos	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45 <sup>(F)</sup>
Anti-HIV	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45 <sup>(F)</sup>
VAT	9 (56,3)	42 (53,2)	0,82
CP	12 (75)	55 (69,6)	0,77 <sup>(F)</sup>
Gestação Alto Risco	6 (40)	12 (15,2)	0,04 <sup>(F)</sup>

<sup>(MWW)</sup>: Teste de Mann Whitney; <sup>(F)</sup>: Teste Exato de Fisher.  
Fonte: Cimone Haas (2011).

Na regressão logística multivariável, não foram identificadas outras variáveis associadas de modo independente à realização de 6 ou mais consultas de pré-natal, além da presença de companheiro (OR: 5,7; IC<sub>95%</sub>: 1,1 – 30,7), ajustada para o número de filhos (OR: 1,5; IC<sub>95%</sub>: 0,99 – 2,2) (Tabela 2).

Tabela 2: Comparação multivariável entre mulheres que realizaram 6 ou mais consultas e demais variáveis das gestantes cadastradas na ESF Jardim Cascata, no período de abril de 2008 a maio de 2010 em Porto Alegre (RS).

	OR (IC <sub>95%</sub> )	P
Com companheiro	5,7 (1,1 – 30,7)	0,04
Número de filhos	1,5 (0,99 – 2,2)	0,06

Fonte: Cimone Haas (2011).

Igualmente, ao se proceder ajuste para fatores de confusão, identificou-se que ser gestante de alto risco foi associado à adesão ao PN no 1º trimestre (OR: 5,9; IC<sub>95%</sub>: 1,55 – 22,69; P<0,01). Além disso, houve associação independente entre a adesão ao PN no 1º trimestre e a realização da totalidade dos exames sugeridos (OR: 4,1; IC<sub>95%</sub>: 1,0 – 16,6; P=0,05) (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação multivariável entre gestantes que aderiram ao Pré-Natal no primeiro trimestre e demais variáveis estudadas nas gestantes cadastradas na ESF Jardim Cascata, no período de abril de 2008 a maio de 2010 em Porto Alegre (RS).

	OR (IC <sub>95%</sub> )	P
Gestação de risco	5,9 (1,55 – 22,69)	0,01
Realização exame	4,1 (1,0 – 16,6)	0,05

Fonte: Cimone Haas (2011).

Também por regressão logística, verificou-se que o único fator de risco identificado como independente para que as mulheres realizassem as consultas de puerpério foi a sua classificação como gestação de alto risco (OR: 3,7; IC<sub>95%</sub>: 1,1 – 12,4; P=0,03) (Tabela 4).

Tabela 4: Comparação multivariável entre realização de consulta de puerpério e demais variáveis avaliadas nas gestantes cadastradas na ESF Jardim Cascata, no período de abril de 2008 a maio de 2010 em Porto Alegre (RS).

	<b>OR (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>P</b>
Gestação de alto risco.	3,7 (1,1 – 12,4)	0,03

Fonte: Cimone Haas (2011).

## 7 DISCUSSÃO

No presente estudo, verificamos falta de registros de dados referentes ao Programa de Pré-Natal nos formulários específicos deste Programa, em livro de registros próprios da Unidade de Saúde, assim como nos prontuários de família. Com isso, poucos acompanhamentos de Pré-natal puderam ser considerados com adequados, segundo os critérios do Ministério da Saúde. Baixa adesão ao pré-natal no primeiro trimestre, frequência a um número de consultas igual ou inferior a 6 durante o pré-natal e testes laboratoriais incompletos contribuíram para esse quadro. Mulheres com companheiros fixos compareceram a mais consultas no pré-natal e uma mesma tendência foi observada naquelas mulheres com maior número de filhos.

É expressiva a proporção de sub-registros encontrados no Programa Pré-Natal oferecido àquela comunidade. A importância dos registros médicos na prática clínica, ao influenciar os processos de cuidados, faz com que a auditoria possa refletir a qualidade da atenção prestada (DIAS et al., 2000). Assim sendo, pressupõe-se que, se não foi registrado, o procedimento não deve ter sido realizado (COUTINHO et al., 2003).

As características clínicas e demográficas das gestantes estudadas mostraram-se semelhantes a estudos realizados em Caxias do Sul (TREVISAN et al., 2002) e no Paraná (RAVELLI, 2008), mostrando que a maioria das gestantes é jovem e tem companheiro fixo. No entanto, o percentual de adolescentes grávidas foi menor no Jardim Cascata (10,5%) que em Caxias do Sul (26%) e no Paraná (23%).

No presente estudo, a média de consultas foi de 5,4. Este valor mostrou-se semelhante a estudo realizado em Pelotas, RS (5,3 consultas) (SILVEIRA; DIAS; SANTOS, 2001), todavia inferior a outros semelhantes realizados em São Paulo (6,5 consultas) (KOFFMAN; BONADIO, 2005) e em Caxias do Sul, RS (6,2 consultas) (TREVISAN et al., 2002).

Em um estudo que avaliou o atendimento no pré-natal em uma Instituição em São Paulo, por meio de uma auditoria, realizada em 653 prontuários de gestantes, identificou, 38,4% dos pré-natais como adequado, considerando-se o início do pré-natal e o número de consultas. No entanto, quando se incluíam a estes critérios a

execução dos exames laboratoriais descritos na rotina do PHPN (sendo que para os exames VDRL, urina e glicemia de jejum, o estudo em questão, considerou repetidos na trigésima semana de gestação), nenhuma gestante teve seu acompanhamento pré-natal classificado como adequado (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

Em nosso estudo, considerando os critérios, número de consultas, início do pré-natal, exames laboratoriais (uma vez durante a gestação) e a realização da consulta de puerpério (critério não avaliado no estudo de Koffman e Bonadio, 2005) encontramos um percentual de 2,1% de pré-natal adequado, os resultados encontrados mostram-se semelhantes a do estudo realizado em São Paulo.

Outro estudo, realizado em Juiz de Fora, MG, corrobora estes resultados. Os autores verificaram uma cobertura de pré-natal de 99%, com média de 6,4 consultas. No entanto, apenas 27,6% dos pré-natais foram considerados adequados em relação ao início do acompanhamento no primeiro trimestre e ter realizado 6 ou mais consultas. Quando foram incluídos na avaliação os exames laboratoriais básicos, apenas 1,9% permaneceu como adequado (COUTINHO et al., 2003). Tal realidade também é encontrada por Silveira, Dias e Santos (2001) que identificou 37% de pré-natais adequados. Ao adicionar exames laboratoriais e alguns procedimentos na consulta constatou que apenas 5% dos pré-natais eram adequados.

Resultado mais favorável, principalmente se levarmos em consideração os vários critérios avaliados, no entanto ainda não satisfatório, foi encontrado no estudo de Trevisan et al. (2002), em Caxias do Sul, RS, quando 35,2% das gestantes tiveram o pré-natal classificado como adequado, sendo que este avaliou número de consultas, início no primeiro trimestre, distribuição da consultas de pré-natal, exames de rotina, exame obstétrico, atividades educativas, orientação de amamentação, vacinação antitetânica e coleta de citopatológico, conforme PHPN.

Observa-se que à medida que são agregados critérios assistenciais, os percentuais de adequação do pré-natal diminuem, sugerindo que a realização do conjunto de atividades propostas no PHPN ainda configura-se como um grande desafio (BEZERRA, 2008). O PHPN prevê algumas ações que dependem exclusivamente de atuação na ESF como, identificar as gestantes precocemente para que iniciem o pré-natal no 1º trimestre, buscar as que faltam as consultas para que tenham 6 ou mais consultas, bem como aquelas que faltam na consulta de

puerpério, desenvolver ações educativas com as gestantes e assim melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal. No entanto, agendamento de testes laboratoriais depende de laboratórios externos à Atenção Básica, um Sistema de Saúde que tivesse uma funcionalidade em rede poderia melhorar esse aspecto, já que esse critério fez diminuir o percentual de adequação de vários estudos citados.

Apesar da maioria das gestantes (51,6%) ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, seu início precoce ainda continua sendo um desafio para a ESF. Sendo que, o número de consultas pré-natais muitas das vezes pode refletir o momento de início do pré-natal. Quanto mais cedo for o início, melhor será a qualidade e a adesão ao pré-natal se fará refletir em um número maior de consultas (BRASIL, 2006b, 2007). Sabe-se, que a captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada da gestação de risco, bem como as intervenções necessárias (BRASIL, 2005b).

Para autores como Trevisan et al. (2002) e Coutinho et al. (2003), a assistência ao pré-natal de baixo risco, apesar da boa cobertura, deve ser revista, uma vez que há baixo cumprimento das normas do programa oficial, principalmente no que se relaciona à captação tardia para a primeira consulta e o não cumprimento do número estipulado de consultas e dos exames complementares.

Das gestantes estudadas, 19,1% tiveram a gestação classificada em alto risco, sendo que a gestação de alto risco foi associada à adesão ao PN no 1º trimestre. Estudo realizado em Recife, em 2007, com o objetivo de verificar a adequação da assistência pré-natal em mulheres atendidas em unidades referência para gravidez de alto risco, verificou que apenas 38% das mulheres iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, mesmo sendo gestações de alto risco (CARVALHO; ARAUJO, 2007).

No presente estudo, apenas 16,8% das mulheres avaliadas realizaram consulta de puerpério e este procedimento foi mais realizado entre as mulheres que tiveram sua gestação considerada como de alto risco. Este é um resultado que preocupa tendo em vista que o Ministério da Saúde, através do Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério (2006), recomenda que seja realizado visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê e, nos primeiros três dias após a alta, caso o bebê seja considerado de risco. Pelo serviço em questão tratar-se de Estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar caracteriza-se como a principal atividade do agente

comunitário de saúde (ACS). O estabelecimento de rotina de trabalho, alinhadas às diretrizes do PHPN e às funções dos ACS poderiam contribuir para o incremento tanto do número de consulta de puerpério, como da adequação dos demais critérios desta diretriz.

Dentre as características avaliadas não foi possível encontrar fatores que se associassem a realização de um pré-natal adequado, porém a presença de companheiro e número de filhos parece influenciar para que as mulheres, deste estudo, realizassem 6 ou mais consultas de pré-natal. Estudo, de caráter qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Goiânia, revela que as mulheres não aderiram ao programa pré-natal por iniciativa própria, mas porque se viram “obrigadas” pela imposição das pessoas do seu convívio (COSTA; SOUSA; SILVA, 2002). Estudo realizado com gestantes HIV+ encontrou como fatores de adesão ao pré-natal o apoio familiar, discurso de valorização do cuidado à saúde, desejo de laqueadura tubária, acolhimento pela equipe da saúde e experiências positivas da assistência (DARMONT et al., 2010).

Por outro lado, estudo realizado no município de Embu (SP) no ano de 1996, aponta a menor renda (inferior a um salário mínimo) e a idade menor de 20 anos (possivelmente sem companheiro), como fatores que contribuíram para que as gestantes não aderissem ao pré-natal no primeiro trimestre e a não realização das 6 consultas (PUCCINI, 1993). Esses fatores nos levam a inferir que em se tratando de ESF, é possível buscar, acolher e fazer com que essas mulheres tenham maior adesão ao pré-natal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo teve como objetivo estabelecer a proporção de acompanhamentos de pré-natal de baixo risco que atendessem à recomendação do Ministério da Saúde e possíveis fatores associados, para tanto foi usado como base o PHPN que propõe o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos e para isso estabeleceu algumas diretrizes.

Ao longo da realização do estudo nos deparamos com algumas dificuldades dentre elas, a falta de registros nas fontes consultadas, a qual, quase inviabilizou o andamento da pesquisa, não fosse o empenho e adoção de medidas visando resgatar esses dados.

A análise dos registros da assistência pré-natal na Estratégia de Saúde da Família Jardim Cascata demonstrou baixa adequação à totalidade dos critérios mínimos estabelecidos pelo PHNP (2,1%), para um pré-natal de baixa complexidade e poucos dos fatores avaliados parecem explicar esse cenário.

Quando avaliamos os critérios isoladamente, obtivemos índices mais razoáveis, embora ainda assim, não satisfatórios, pois com exceção dos exames laboratoriais que foram realizados por 84% das gestantes, a realização de 6 ou mais consultas e adesão no primeiro trimestre de gestação ficou em torno de 50%, e o pior índice foi a consulta de puerpério que foi realizada por menos de 17% das gestantes.

Assim, este estudo nos mostrou que há necessidade de medidas que melhorem a qualidade desta atenção, maior comprometimento dos profissionais de saúde, responsáveis por esta assistência, principalmente por parte das enfermeiras que têm respaldo legal e competência técnica para desempenhar esta atividade. Atividades como, acolhimento às gestantes, desenvolvimento de atividades educativas e busca ativa das faltosas devem ser priorizadas a fim garantir a adesão e frequência ao pré-natal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, E.B. **Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal do PSF II do Município de Ingá** [online]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/segunda%20mostra/avaliacao%20da%20qualidade%20da%20assistencia%20pre-natal%20do%20PSFII%20do%20municipio%20de%20Inga-PB%20-%20Elis%20Braga.pdf>. Acesso em: Set.2010.

BARRETO, A.J.R. et al. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 300-8, Jun. 2010.

BARROS, S.M.O. **Enfermagem obstétrica**: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

BEZERRA, M.P. **Percepção da gestante sobre a Integralidade da Atenção Pré-Natal**. Dissertação [Mestrado] - Universidade de Fortaleza, 2008.

BRADEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000. Cap. 5, p. 53-72; Cap. 7, p. 147-66).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** (PAISM). Brasília: Centro de Documentação, 1983.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência Integral a Saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1985. 60p (10-20).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 94.406/87**, de 08 de agosto de 1987. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1987 [online]. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1735/decreto-n-94406-87-regulamentacao-da-lei-n-7498-86>>.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 3.018**, de 19 de junho de 1998. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento** (PHPN). Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema

Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000b [online]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**: Manual Técnico. 3. ed. Brasília: 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde reprodutiva**: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ministério estabelece prazos para investigação do óbito materno nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 [online]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33878](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33878)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família terá reforço de US\$ 166,9 milhões**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a [online]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10524](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10524).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e Programas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b [online]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=12592&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=12592&janela=2).

BRASIL. Google Maps. **Como Chegar a pé**. [s.d.]. Disponível em: <http://maps.google.com.br/maps>. Acesso em: 30 Jun. 2011.

CARVALHO, V.C.P.; ARAUJO, T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 7, n. 3, p. 309-17, Jul-Set. 2007.

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; MOCHEL, E.G.; RIBEIRO, V.S. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 456-62, 2003.

COSTA, M.S.; SOUSA, T.O.; SILVA, M.A. **Adesão ao pré-natal**: a reprodução de um conceito. Universidade Católica de Goiás. Departamento de Enfermagem e Fisioterapia. Monografia apresentada em Curso de Enfermagem. Goiânia, 2002.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 10, p. 717-24, 2003.

CUNHA, M.A.; MAMEDE, M.V.; DOTTO, L.M.G. ; MAMEDE, F.V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, Jan-Mar. 2009.

DARMONT, M.Q.R. et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, Set. 2010.

DIAS, J.S.C.; MADEIRA, A.C.C.; LUZ, R.M.; BRITTO, M.A.P. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 329-36, 2000.

DOTTO, L.M.G.; MOULIN, N.M.; MAMEDE, M.V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, Set-Out. 2006.

FIGUEIREDO, P.P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 238-45, Jun. 2008.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M.B.M.; MERIGHI, M.A.B.; DÁVILA, C.G. Avaliação da

efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 349-53, 2008.

GONÇALVES, C.V.; CÉSAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, A.R. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, Nov. 2009.

HALPERN, R.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TOMASI, E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 487-92, Jul-Set, 1998.

KATHRYN, A.M. et al. **Enfermagem materno-infantil**: planos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. Parte 3, p. 128.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CARMO, M.S.N.; YOKOMIZO T.O. **Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo**. São Paulo: Unicamp, 2000 [online]. Disponível em: <[www.abep.nepo.unicamp.br/.../GT\\_SAU\\_ST27\\_Kilsztajn\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/.../GT_SAU_ST27_Kilsztajn_texto.pdf)>.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 5, suppl. 1, Dez. 2005.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final de pesquisa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, Dez. 2004.

MATTOS, R.A. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411, 2004.

MELO, C.M.M., SANTOS, T.A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 426-32, Set. 2007.

MORAIS, E.N. et al. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, n. 1, p. 25-32, Fev. 1998.

NARCHI, N.Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo-Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 266-73, Jun. 2010.

NEME, Bussamara. **Obstetricia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 118-20.  
NOGUEIRA, M.I. **Assistência pré-natal: práticas de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

OBA, M.D.; TAVARES, M.S. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, p. 478, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Qual é a eficácia/efetividade da assistência pré-natal e as implicações financeiras e organizacionais?** Escritório Regional para a Evidência da Saúde na Europa: OMS, 2003.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, v. 8, n. 1, p. 113-2, Jan-Mar. 2008.

PUCCINI, R.F.; PEDROSO, G.C.; SILVA, E.M.; ARAÚJO, N.S.; SILVA, N.N. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, Jan-Fev. p. 35-45, 2003.

RAVELLI, A.P.X. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 54-9, Mar. 2008.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 1, p. 11-8.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-86, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. SMSPA. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Diretrizes da assistência ao pré-natal de baixo risco**. Porto Alegre: PMPA, 2006.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 387-92, 2009.

SILVEIRA, D.S.; DIAS, J.S.C.; SANTOS, I.S. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131-9, Jan-Fev. 2001.

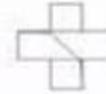
TREVISAN, M.R.; LORENZI, D.R.S.; ARAÚJO, N.M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 5. p. 293-9, 2002.

ZAMPIERI, M.F.M. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. Florianópolis, UFSC, 2006. 437p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

## ANEXO A - Ficha de Acompanhamento Perinatal



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS  
SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDE

## FICHA DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

IDENTIFICAÇÃO		
NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
PRONTUÁRIO Nº	FICHA FAMILIAR Nº	PRONTUÁRIO FAMILIAR Nº
ENDEREÇO		
IDADE <input type="text"/> ANOS	COR <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> OUTRA	
OCCUPAÇÃO	RECEITA PESSOAL <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> + F/M <input type="checkbox"/> + F/M	
SITUAÇÃO CONJUGAL <input type="checkbox"/> C/COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> S/COMPANHEIRO	APOIO FAMILIAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
GESTAÇÃO ATUAL		
DCM <input type="checkbox"/> EXATISSIMA <input type="checkbox"/> DÉCIMA OU <input type="checkbox"/> SEMPRELA DCM		
DP <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> RCO		
INÍCIO MOVIMENTO FETAL <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> PLANEJADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
HISTÓRIA OBSTÉTRICA		
GESTA <input type="checkbox"/> PARA <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> PROVOCADO <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEO <input type="checkbox"/>		
PARTOS NORMAIS <input type="checkbox"/> CEBAREANAS <input type="checkbox"/> FÓRCEPS <input type="checkbox"/> PREMATURO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> NATIMORTO <input type="checkbox"/> NEOMORTO <input type="checkbox"/> Nº FILHOS VIVOS <input type="checkbox"/>		
PESO BN MÁXIMO <input type="text"/> # E MÍNIMO <input type="text"/> #		
TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> E DEFECITO		
PLURIPÉRIOS		
OBSERVAÇÕES		
ANTECEDENTES PESSOAIS		
<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> EMBURGAS <input type="checkbox"/> ALERGIAS <input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> DVI		
<input type="checkbox"/> TRANSFUÇÃO DE SANGUE <input type="checkbox"/> OUTROS		
OBSERVAÇÕES		
HÁBITOS		
FUMO Nº DE CIGARETOS POR DIA <input type="text"/> ALCOOL <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR		
<input type="checkbox"/> OUTRAS DROGAS ESPECIFICAR		
MEDICAÇÕES (especificar drogas e dosagens)		
<input type="checkbox"/> USO CRÔNICO		
<input type="checkbox"/> USO ATUAL		

