



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-PPGENF

ALEKSANDRA PEREIRA COSTA

**ANÁLISE DAS AÇÕES ESSENCIAIS PRECONIZADAS PELO PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO A PARTIR DO CARTÃO DA
GESTANTE**

JOÃO PESSOA – PB

2012

ALEKSANDRA PERERIA COSTA

ANÁLISE DAS AÇÕES ESSENCIAIS PRECONIZADAS PELO PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO A PARTIR DO CARTÃO DA
GESTANTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba – Campus I, vinculado à área de concentração: Enfermagem na atenção à saúde, e à linha de pesquisa: Políticas e Práticas do cuidar em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cláudia Maria Ramos Medeiros

João Pessoa – PB

2012

ALEKSANDRA PEREIRA COSTA

ANÁLISE DAS AÇÕES ESSENCIAIS PRECONIZADAS PELO PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO A PARTIR DO CARTÃO DA
GESTANTE

Aprovada em ____/____/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Cláudia Maria Ramos Medeiros
Orientadora – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Souza
Membro – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Francisco Stélio de Sousa
Membro – Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Dr^a. Maria Djair Dias
Membro – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr^a. Inácia Sátiro Xavier de França
Membro – Universidade Estadual da Paraíba

João Pessoa – PB

2012

AGRADECIMENTOS

Ao pai deste Universo, por me mostrar sempre luz na escuridão, sabedoria e muita paciência.

*Ao meu pai **Dylmo Waquim Costa** e à minha mãe **Teresinha Costa**, meu maior exemplo de vida, pela motivação, força, amor incondicional e eterno.*

*Aos meus irmãos, **Delano e Alyne**, mesmo a distancia, mas sempre torcendo pelo meu sucesso.*

*A **Arthur Costa Diniz**, meu filho, em quem encontro a minha maior força de luta, perseverança, razão do meu viver!*

*A **Antônio Carlos Diniz de Oliveira**, meu marido e companheiro, obrigada pela compreensão nos momentos de ausência e nos momentos em que mais precisei de você.*

*À Prof. Dra. **Cláudia Maria Ramos de Medeiros**, pela disponibilidade, atenção e sensibilidade.*

A Banca examinadora pela disponibilidade e atenção.

*Aos meus amigos, **Francisco Sales, Maria Sidney da Silva Soares, Ana Rita Ribeiro, Jank Landy**, impossível de descrever o quão são e sempre serão importantes em minha vida.*

*A **Vilma Maria**, amiga de todas as horas, sempre disposta a me ajudar nos momentos nos quais mais precisei.*

*Aos meus enteados, **Daysi, Fernanda e Carlos Filho**, por sempre serem prestativos e atenciosos.*

Aos professores, funcionários e colegas do Mestrado em Enfermagem, pela oportunidade de crescimento profissional e troca de experiência, construída de forma política, autônoma e ética.

*A **Ademilda Garcia**, grande colaboradora e torcedora desta trajetória.*

*A todos os meus alunos, pela compreensão e apoio. Em especial a **Rayli e Adriana**.*

*A **Direção do ISEA**, pelo acolhimento.*

Muito obrigada!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).....	41
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de ocorrência de consulta no primeiro trimestre gestacional segundo registro no cartão da gestante. Campina Grande, PB, 2012. (n=349).	47
Tabela 2 - Distribuição do número de consultas de pré-natal por trimestre relacionados com o início do pré-natal, segundo registro no cartão da gestante. ISEA. Campina Grande, PB, 2012. (n=349).	51
Tabela 3 - Distribuição e associação entre o número de exames laboratoriais e ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, segundo registro no cartão da gestante. ISEA. Campina Grande-PB, 2012 (n=349).....	54
Tabela 4 - Distribuição da imunização antitetânica, segundo registro no cartão da gestante. ISEA. Campina Grande-PB, 2012. (n=349).....	69

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIDS	– <i>Acquired Immuno deficiency Syndrome</i>
CESED	– Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento
DMG	– Diabetes mellitus gestacional
DST	– Doença Sexualmente Transmissível
dT	– Vacina dupla
ESF	– Estratégia Saúde da Família
Hb	– Hemoglobina
HIV	– <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
Ht	– Hematócrito
ISEA	– Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
MS	– Ministério da Saúde
NV	– Nascido vivo
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Pan America de Saúde
PAISM	– Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	– Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PN	– Pré-Natal
PNDST	– Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissível
PSF	– Programa de Saúde da Família
RN	– Recém-nascido
SC	– Sífilis Congênita
SISPRENATAL	– Sistema de Informação em Pré-natal
SM	– Sífilis Materna
SPSS	– <i>Statistical Package for Social Science for Windows</i>
TOTG	– Teste de Tolerância Oral à Glicose
TT	– Toxóide tetânico
TV	– Transmissão Vertical
UBS	– Unidade Básica de Saúde
VCM	– Volume Corpuscular Médio
VDRL	– <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar o cumprimento das ações essenciais preconizadas pelo PHPN a partir dos registros no cartão da gestante. Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida nos meses de abril, maio e junho de 2012, no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, no município de Campina Grande - PB. Foram incluídos no estudo 349 cartões de gestante de puérperas, que realizaram todo o pré-natal no município de Campina Grande e com parto a termo. O instrumento padronizado foi um formulário de captação dos dados, contendo as variáveis preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Os dados foram dispostos em tabelas e obtidos por meio da consulta ao cartão da gestante, que estava de posse das puerpéras. O processamento dos dados se deu através do programa SPSS para *Windows*, versão 15.0, e a análise por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada. Os procedimentos de inferência estatística, por sua vez, foram realizados por meio dos testes, Qui-Quadrado e cálculo do coeficiente de Cramer. A pesquisa respeitou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre investigações envolvendo seres humanos, e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento, só sendo executada após aprovação, sob a CAAE nº 02244912.9.0000.5175. Observou-se na amostra que (61,6%), inicia o pré-natal no primeiro trimestre e que um número muito elevado de cartões (34,4%) apresentava registro de início do pré-natal no segundo trimestre. Além disso, 34,1% dos cartões não apresentavam consulta alguma no primeiro trimestre. Dentre os exames registrados nos cartões, observou-se que somente 34,0% das gestantes fizeram o exame de urina I no 1^a trimestre de gestação e que um número bastante reduzido de gestantes (40,9%) realizou o VDRL. Apenas 58% das gestantes tinham resultados de solicitação de dosagem da glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal e 70% dos cartões apresentavam resultados de testagem para o HIV. No que se refere ao exame de hemoglobina, foi encontrado registro em 64,3% dos cartões, sendo que 88% apresentavam registros da tipagem ABO-Fator Rh. Em relação à vacinação antitetânica, 21,02% dos cartões não apresentavam registro. O estudo evidenciou a associação positiva entre o início do pré-natal com a realização de todos os exames laboratoriais e vacinas preconizados pelo PHPN. Destarte, ressaltamos a real

necessidade de uma discussão mais abrangente entre profissionais, gestores e comunidade assistida, revendo ou reformulando a atenção pré-natal oferecida às gestantes no município de Campina Grande.

PALAVRAS CHAVE: Assistência Integral à Saúde. Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

This study aimed to examine compliance with the essential actions recommended by PHPN from the records of the pregnant woman on the card. This is a documentary, exploratory and descriptive research, using a quantitative approach, developed in the months of April, May and June 2012, on Health Institute Elpidio de Almeida, in Campina Grande - Paraíba. The study included 349 cards of pregnant that have recently given birth, who performed all prenatal care in the city of Campina Grande and term birth. The standardized instrument was a form of data capture, containing the variables advocated by the Program for the Humanization of Prenatal and Birth. Data were tabulated and obtained by consulting the mother's card that was in women possession. The data processing was done using SPSS for Windows, 15.0 version, and analysis through descriptive statistics and inferential bivariate. Os procedimentos de inferência estatística, por sua vez, foram realizados por meio dos testes , Chi-square and Cramer's coefficient calculation. The research complied with Resolution 196/96 of the National Health Council, which provides for investigations involving human subjects and was approved by the Research Ethics Committee of the Centre for Higher Education and Development, being performed only after approval under the CAAE No 02244912.9.0000.5175. The sample was observed that most of the patients starts prenatal in the first trimester (61.6%), and that a very large number of cards (34.4%) had record of early prenatal care in the second trimester. Moreover, 34.1% of cards had not any query in the first trimester. Among the tests recorded in the cards, we found that only 34.0% of the pregnant women made the I urine test in 1st trimester. And that a very small number of pregnant women (40.9%) carried out the VDRL. Only 58% of pregnant women had outcomes request fasting blood glucose level at the first prenatal consultation and 70% of cards presented results of testing for HIV. Regarding the hemoglobin examination, was found 64.3% of results of which 88% had records of ABO-Rh Factor. Regarding tetanus vaccination, 21.02% of the cards had no record. The study showed a positive association between prenatal initiation performing all laboratory tests and vaccines advocated by the PHPN. Thus, we emphasize the real need for a more comprehensive discussion among professionals, managers and community attended, reviewing or revising the prenatal care provided to pregnant women in the city of Campina Grande.

KEYWORDS: Comprehensive Health Care. Women's Health.Primary health care.Prenatal Care.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo examinar el cumplimiento de las medidas esenciales recomendadas por PHPN de los registros de la mujer embarazada en la tarjeta. Se trata de una pesquisa documental, exploratoria y descriptiva, con abordaje cuantitativa, desarrollada en los meses de abril, mayo y junio de 2012, en el Instituto de Salud Elpidio de Almeida, en el municipio de Campina Grande - PB. Fueron incluidos en el estudio 349 cartones de gestante de puérperas, que realizaron todo el prenatal en el municipio de Campina Grande y con parto a termo. El instrumento estandarizado fue un formulario de captación de los datos, conteniendo las variables preconizadas por el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento. Los datos fueron dispuestos en tablas y obtenidos por medio de la consulta al cartón de la gestante, que estaba de pose de las puérperas. El procesamiento de los datos aconteció a través do programa SPSS para Windows, versión 15.0, y el análisis por medio de estadística descriptiva e inferencial bivariada. Los procedimientos de inferencia estadística, por su vez, fueron realizados por medio de los testes, Qui-Cuadrado y cálculo del coeficiente de Cramer. La investigación respetó la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que dispone sobre investigaciones envolviendo seres humanos, y recibió parecer favorable del Comité de Ética en Pesquisa del Centro de Enseñanza Superior y Desarrollo, solamente siendo ejecutada tras aprobación, sob la CAAE nº 02244912.9.0000.5175. Se observó en la amostra que la mayor parte de las gestantes inicia el prenatal en el primero trimestre (61,6%), y que un número mucho elevado de cartones (34,4%) presentaba registro de inicio del prenatal en el según trimestre. Además, 34,1% de los cartones no presentaban consulta alguna en el primero trimestre. En los exámenes registrados en los cartones, se observó que solamente 34,0% de las gestantes hicieron el examen de orina I en el 1º trimestre de gestación y que un número bastante reducido de gestantes (40,9%) realizó el VDRL. Solamente 58% de las gestantes tenían resultados de solicitud de dosificación de la glicemia de ayuno en la primera consulta de prenatal y 70% de los cartones presentaban resultados de teste para el HIV. En lo que se refiere al examen de hemoglobina, fue encontrado 64,3% de los resultados, siendo que 88% presentaban registros del tipo ABO-Fator Rh. En relación a la vacuna antitetánica, 21,02% de los cartones no presentaban registro. El estudio evidenció a la asociación positiva entre el inicio del prenatal con la

realización de todos los exámenes laboratorillos y vacunas preconizados por el PHPN. Distarte, resaltamos la real necesidad de una discusión abarcadora entre profesionales, gestores y comunidad asistida, revendo o reformulando la atención prenatal ofrecida a las gestantes en el municipio de Campina Grande.

PALAVRAS CLAVE: Atención Integral de Salud. Salud de la Mujer. Atención Primaria de Salud. Atención Prenatal

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
2	SUPORTE TEÓRICO	21
2.1	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO: UM PARADIGMA NA SAÚDE MATERNA/FETAL	21
2.1.1	“Ações Essenciais” Recomendadas Pelo PHPN para Estimar a Cobertura de Pré-Natal	26
2.2	ENTENDENDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	31
3	MATERIAL E MÉTODO	40
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	40
3.2	CENÁRIO E TEMPO DA PESQUISA	40
3.3	UNIVERSO DA PESQUISA	42
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	43
3.4.1	Critérios de Inclusão	43
3.4.2	Critérios de Exclusão	43
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	44
3.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	44
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	44
3.8	POSICIONAMENTO ÉTICO	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
4.1	OCORRÊNCIA DE CONSULTAS NO PRIMEIRO TRIMESTRE GESTACIONAL	47
4.2	NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS POR TRIMESTRE	50
4.3	EXAMES LABORATORIAIS	53
4.4	URINA TIPO I	55
4.5	VDRL (<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>)	57
4.6	GLICEMIA	59
4.7	SOROLOGIA ANTI-HIV (VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA)	61
4.8	HEMOGLOBINA	64
4.9	ABO/Rh	67
4.10	VACINAÇÃO ANTITETÂNICA	68
5	CONCLUSÕES	73

REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES	91
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	92
APÊNDICE B – Termo de Compromisso do Pesquisador	93
ANEXOS	94
ANEXO A – Cadastramento da Gestante	95
ANEXO B – Registro de Consulta da Gestante.....	96
ANEXO C – Termo de Autorização Institucional	97
ANEXO D - Termo de Autorização para Pesquisa em Documentos/Arquivos	98
ANEXO E – Termo de Autorização do Comitê de Ética	99



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A redução da mortalidade materna e neonatal em pleno século XXI, ainda são desafios para saúde pública, principalmente no que tange às classes sociais menos favorecidas, pois o risco de morrer pode estar diretamente relacionado ao nível sócio-econômico. Nessa conjuntura, pode-se dizer que os serviços de saúde devem ter uma participação dinâmica e efetiva, refletindo também nas práticas que estão sendo utilizadas.

Nas últimas décadas, especialmente nos países desenvolvidos, tem-se observado melhoria nas condições de saúde das mulheres. Entretanto, os elevados índices de mortalidade por causas maternas refletem a qualidade do atendimento prestado. Esse indicador de qualidade, em países em desenvolvimento como o Brasil, ainda é preocupante, tendo em vista muitos problemas relacionados à saúde reprodutiva, destacando-se o risco de morte materna em decorrência do ciclo gravídico-puerperal (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

Cerca de 28.000 mulheres morrem por ano na América Latina, devido a complicações no ciclo gravídico puerperal. Destas mortes, 98% poderiam ser evitadas, se as condições de saúde fossem semelhantes às dos países desenvolvidos (BRASIL, 2006).

No Brasil, nos últimos 10 anos, a mortalidade materna teve uma redução considerável, passando de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (NV). O resultado deste fenômeno é um reflexo no atendimento às gestantes, que implicou diminuição em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções pós-parto (60,3%); aborto (81,9%); e doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (42,7%) (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde, o atendimento às gestantes deve estabelecer ações no sentido de controlar a morbi-mortalidade materna e infantil. Tais ações dependem do acesso, da identificação das situações de risco, da qualidade da atenção pré-natal, do parto e do puerpério.

Historicamente, na década de 1970, foi criado o Programa de Saúde Materno Infantil, com o objetivo de assistir à mulher na gestação, parto e puerpério, assim como prestar assistência infantil de zero a cinco anos. Com intuito de melhorar a assistência, em 1984, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da

Mulher (PAISM), que foi elaborado pelo Ministério da Saúde e anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher (SANTOS, 2010).

O PAISM foi o primeiro programa no mundo a contemplar a fase reprodutiva da mulher e tratá-la de maneira holística, em todas as fases do seu ciclo vital. Reuniu como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização, incluindo ações educativas, preventivas, diagnósticas para o planejamento familiar, o câncer do colo de útero e mama, a assistência à mulher em clínica ginecológica, o pré-natal, o parto e o puerpério (SOARES et al, 2010).

Na conjuntura dessa abordagem, as mulheres deixaram de ser vistas simplesmente como reprodutoras e parideiras, culminando com uma visão mais integralizada e individualizada na assistência do público alvo. Continuadamente, a implementação do PAISM não foi tão eficaz, tendo em vista que sofreu dificuldades políticas e financeiras, trazendo deficiências na sua operacionalização.

Nesse cenário e com o intuito de diminuir a mortalidade materna, peri e neonatal, com articulação de ações dos estados, municípios e unidades de saúde, o Ministério da Saúde instituiu, no ano 2000, o programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000.

Em busca desse desafio, o PHPN estabelece como *ações essenciais*: captação precoce das gestantes, com consulta de pré-natal até 120 dias de gestação; realização de acompanhamento de no mínimo seis consultas de pré-natal; aplicação da segunda dose de vacina antitetânica (imunizante), do esquema recomendado ou, em mulheres já imunizadas, aplicação dose de reforço; realização de exames laboratoriais, definidos como ABO-Rh (primeira consulta), Hb/Ht (solicitação na primeira consulta) e VDRL (um exame na primeira consulta e um na trigésima semana de gestação); sumário de urina (um exame na primeira consulta e um na trigésima semana de gestação); glicemia de jejum (um exame na primeira consulta de gestação e outro na trigésima semana); e testagem de anti- HIV.

Essas ações essenciais são fundamentais para estabelecer os parâmetros de acesso, a frequência no atendimento, a solicitação de exames complementares e o cuidado pautado na humanização do pré-natal, respeitando os direitos reprodutivos.

Assim, nas últimas décadas, as consultas de pré-natal das mulheres têm aumentado consideravelmente no Brasil, já que foram registradas, no ano de 2003, 8,6 milhões de consultas em média. Esse número progrediu para 19,4 milhões de

consultas no ano de 2005. Na região norte, no Estado de Roraima, foi constatado um aumento significativo (nos anos de 2003 a 2009) de, em média, 2.379% número de consultas. Já no Espírito Santo, o número de consultas diminuiu, em média, 5% (BRASIL, 2009).

No que diz respeito às consultas de pré-natal das mulheres no ano de 2011, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) mostrou que foram realizados 20 milhões de consultas de pré-natais, equivalendo a uma alta de 133% em relação aos 8,3 milhões de procedimentos realizados no ano de 2003. O resultado é reflexo do maior acesso ao pré-natal e acompanhamento médico por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), além da melhora na infraestrutura hospitalar.

Uma recente pesquisa realizada por Silva (2011) constatou-se que, em Campina Grande, a maioria dos profissionais de saúde não realiza o pré-natal conforme preconiza o PHPN. Em outro estudo, realizado por Gonçalves, Cesar e Mendoza-Sassi (2009), em cidades do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul, identificou-se uma cobertura de pré-natal de 96%, tendo a maioria das gestantes iniciado o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, como preconiza o Ministério da Saúde. Além disso, verificou-se certa fragilidade no tocante à cobertura dos exames laboratoriais preconizados pelo PHPN, considerando que só 26,8% dos pré-natais atenderam às recomendações do referido programa.

Dessa forma, a finalidade das ações essenciais é garantir o desenvolvimento de uma gestação segura e reduzir os índices de mortalidade materna, detectando, precocemente, as situações de risco, com intervenções rápidas. Assim, é fundamental que haja a captação rápida da gestante, já que tal ação previne as intercorrências da gravidez (CARDOSO; SANTOS; MENDES, 2007).

Contudo, faz-se necessário analisar as políticas e programas de saúde direcionados à saúde da mulher no município de Campina Grande, objetivando uma melhoria da assistência. Os resultados obtidos devem ser vistos como uma estratégia de tomadas de decisões, que visam à qualidade de vida, a equidade e a integralidade, direcionadas à população alvo, sendo a responsabilização e a gestão formas de gerir o processo de trabalho.

Em 1994 as ações começaram a se desenvolver na cidade de Campina Grande-Pb, em busca da redução da morbimortalidade materna e perinatal, sendo essa cidade uma das pioneiras na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Historicamente, o PSF é considerado como uma estratégia de reordenação

do modelo assistencial da saúde. Como a taxa de mortalidade em dois bairros de Campina Grande-Pb (Mutirão e Pedregal) era muito alta, iniciou-se a implantação dessa estratégia nesses respectivos bairros.

Nossa atuação na Enfermagem desde a graduação até a pós-graduação, foi extremamente ligada à saúde da mulher, especificamente nos aspectos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério.

Frente a esse contexto, é oportuno ressaltar que, em vários momentos da atuação enquanto enfermeira e docente/facilitadora do processo ensino-aprendizagem, pude vivenciar a importância de analisar as ações essenciais do PHPN no município de Campina Grande-Pb, tendo em vista que o programa foi instituído há mais de 10 anos e ainda não foi realizado uma análise mais vasta, no que tange a essas ações.

Diante do exposto, questionamos: De que modo esta sendo o cumprimento das ações essenciais preconizadas pelo PHPN a partir dos registros realizados no cartão da gestante?

Nessa perspectiva, penso, intensifico e repenso a atenção a saúde a mulher no período gestacional, buscando dispositivos e instrumentos que nos forneçam alicerce para prevenir as complicações que determinem menor taxa de morbimortalidade materno-fetal, no município de Campina Grande-Pb. Além disso, favorecemos uma reflexão e aproximação, no que se referem às políticas públicas loco-regionais, desenhadas de acordo com a realidade local e com enfoque na saúde da mulher. Assim, este estudo se propõe a alcançar os objetivos descritos abaixo.

GERAL

Analisar o cumprimento das ações essenciais preconizadas pelo PHPN a partir dos registros no cartão da gestante.

ESPECÍFICOS

- a) Identificar o número de consultas de pré-natal realizadas por trimestre;
- b) Verificar a ocorrência de consulta no primeiro trimestre;
- c) Averiguar a detecção ou não de exames laboratoriais;
- d) Verificar a realização da imunização antitetânica.



SUPORE TEÓRICO

2 SUPORTE TEÓRICO

Falar em PHPN, em pleno século XXI, parece ser algo desconhecido, para alguns leitores não familiarizados com o assunto. Sendo assim, este trabalho de pesquisa optou pela utilização de um suporte teórico apresentando dois capítulos.

Na sessão 1, será abordada uma retrospectiva da implantação do PHPN: portarias, objetivos, finalidade, funcionamento e responsabilidades dos gestores frente ao programa. Também serão demonstrados alguns estudos realizados, com intuito de avaliar as ações essenciais preconizadas pelo PHPN e seus respectivos objetivos e autores, visando sintetizar a importância do mesmo no movimento de humanização, na atenção pré-natal. Será contemplada uma abordagem da importância do preenchimento adequado do cartão da gestante, tendo em vista ser fundamental na comunicação entre a rede básica de saúde com os serviços de atendimento ao parto.

Na sessão 2 fará menção à assistência pré-natal, culminando com a necessidade de reafirmar a importância do pré-natal, frente à redução da morbimortalidade materna/fetal, e ressaltando a atenção que o profissional de saúde deve dedicar à gestante. Nessa perspectiva, levaremos em consideração também as normas de atenção ao pré-natal, com a finalidade de demonstrar a organização da rede assistencial e normatização das práticas de saúde.

2.1 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO: UM PARADIGMA NA SAÚDE MATERNA/FETAL

Abordar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) é fundamental para que possamos entender os princípios norteadores desta pesquisa. Assim, também se torna importante recordar um programa que antecedeu o PHPN, o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde culminando com uma atenção integrada à saúde das mulheres como um paradigma e, conseqüentemente, atendendo às necessidades universais da saúde feminina.

Com relação às bases filosóficas do PAISM, foram incluídos inúmeros elementos, contextualizados como:

a) Atenção integral clínico-ginecológica e educativa às mulheres;

- b) Atenção integral à mulher no Pré-natal, parto e puerpério;
- c) Atenção integral no Controle das Doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- d) Assistência para concepção e contracepção;
- e) Assistência integral frente à prevenção de câncer cérvico uterino e de mama;
- f) Assistência à mulher no climatério.

Segundo Serruya, Lago e Cecatti (2004), o PAISM foi um paradigma significativo de direitos reprodutivos para as mulheres, mas não foi capaz de operacionalizar os princípios estabelecidos, devido a dificuldades políticas, financeiras e operacionais. Outros autores também compartilharam opiniões similares sobre o PAISM, fazendo inferências na ausência do compromisso social e político, desde sua implantação, planejamento até medidas práticas (SANTANA; COELHO, 2005).

Outro fator bastante contraditório na proposta do PAISM, segundo Stephan-Souza (1995), foi o não cumprimento da proposta de cobertura de toda população feminina, tendo em vista os serviços privados suprirem as necessidades de contracepção das classes mais favorecidas, culminando, assim, com um déficit na avaliação dos órgãos sanitários.

Assim, sobre o aspecto do pré-natal, do parto e do puerpério, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria GM nº 569, de 18 de agosto de 2000, o PHPN. Este programa consiste em uma estratégia de ação, com o objetivo de definir um modelo nacional que normatizasse as ações assistenciais relacionadas ao pré-natal, parto e pós-parto, conjugando esforços na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliando acesso ao pré-natal, estabelecendo critérios para qualificar as consultas e estimulando vínculos entre a assistência prestada e o parto (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Vale ressaltar que a filosofia do PHPN foca na humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal, condição inicial para o apropriado acompanhamento do parto e do puerpério. Essa humanização refere-se a dois parâmetros fundamentais:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento,

evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5-6).

Além disso, o PHPN articula a integração de três componentes, orientados por normas técnicas. Vejamos esses componentes abaixo:

- a) Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal nos níveis de atenção secundário;
- c) Implantação de nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.

Nessa perspectiva, a Portaria GM Nº 569 integra estes três componentes nos seguintes, tendo como objetivos específicos (Brasil, 2000):

Componente I (Portaria GM 570 de 1 de junho de 2000) – Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): instituiu incentivos financeiros, no cadastramento das gestantes, na conclusão da assistência pré-natal e no parto, com o objetivo de estimular e auxiliar estados e municípios à adequação dos princípios estabelecidos pelo programa.

No que se refere ao cadastramento da gestante, destaca-se a importância de todos os municípios que aderirem ao programa utilizarem o Sisprenatal (Sistema de Informação sobre Pré-natal) - software desenvolvido pelo DATASUS, no ano de 2001 com a finalidade de informatizar as informações (BRASIL, 2006). *A priori*, todo município terá uma série numérica definida pelo Ministério da Saúde (MS), sendo esta publicada em portaria quando o município aderir ao programa. *A posteriori*, cada município receberá sua série numérica e iniciará a distribuição com as unidades de saúde, de acordo com média de gestantes atendidas.

Assim, os valores correspondentes aos pagamentos financeiros à Assistência Pré-Natal foram programados da seguinte maneira: a quantia de R\$10,00 por gestante cadastrada no município, após o preenchimento de cadastramento da gestante (Anexo A); e a quantia de R\$ 40,00 por gestante, ao município que apresente, no mínimo, seis consultas de pré-natal, uma no puerpério e exames e vacinas determinados (Anexo B). Vale ressaltar que esses recursos serão

repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

Em relação ao parto, o incentivo financeiro é de R\$ 40,00 à Unidade Hospitalar onde a gestante fizer o parto, sendo necessário que essa Unidade esteja constando no Termo de Adesão do município, proporcionando assim um pagamento realizado diretamente ao hospital.

É oportuno ressaltar que estes incentivos, estabelecidos pelo PHPN, proporcionam requisitos básicos para uma assistência mínima, e que ausência de uma delas interfere na qualidade da assistência à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Componente II (Portaria GM 571 de 1 de junho de 2000)- Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, nos níveis de atenção secundário. Essa portaria instituiu recursos para a implantação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal, implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento à Gestante pré e inter-hospitalares e financiamento técnico, operacional e de equipamentos para assistência ao parto e ao recém-nascido, em hospitais integrantes do SUS (públicos ou filantrópicos).

Componente III (Portaria GM 572 de 1 de junho de 2000)- Nova sistemática de pagamento de assistência ao parto, instituiu as condições de custeio da assistência ao parto, por meio do cadastro dos hospitais no SIH/SUS(Sistema de Informações Hospitalares), aumentando o valor e a forma dos procedimentos. Para os hospitais que prestaram assistência à gestante inserida no PHPN e que realizaram todo o pré-natal completo, foram acrescidos valores adicionais.

Apesar de os componentes II e III não fazerem parte da análise em estudo, foi feita uma menção tangencial, tendo em vista a discussão de todo o processo de implantação, finalidade, objetivos e financiamento do PHPN, como parte das ações propostas pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

Uma importante abordagem do PHPN diz respeito à responsabilidade de cada esfera de governo na operacionalização do Programa, culminando com uma regionalização e hierarquização do sistema de saúde (BRASIL, 2002). Vejamos as responsabilidades por nível de governo:

- a) Federal: articular com Estados, Municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, de avaliação e de acompanhamento do processo; assessorar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento; estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa, e alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes; e fornecer série numérica por estado e por município, para identificação das gestantes
- b) Estadual: elaborar, em articulação com as respectivas secretarias municipais de saúde e como condição indispensável à adesão, os Planos Regionais; organizar os sistemas estaduais/regionais da assistência obstétrica e neonatal, que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal; explicitar as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco; estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; assessorar os municípios na estruturação das Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; assessorar os municípios no processo de implementação, controle, avaliação e acompanhamento do Programa alocar complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do programa; monitorizar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual; manter atualizados os bancos de dados (SIM, SINASC, SINAN e SIAB); e homologar, após análise, os Termos de Adesão encaminhados pelos municípios.
- c) Municipal: participar da elaboração dos Planos Regionais em conjunto com a Secretaria Estadual; estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal e do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar; garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território; realizar o cadastramento e acompanhamento de suas gestantes; garantir o acesso à realização dos exames laboratoriais de seguimento do pré-

natal, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional; estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; monitorar o desempenho do Programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal; manter atualizados os bancos de dados (SIM, SINASC, SINAN e SIAB); e, finalmente, enviar o Termo de Adesão ao Programa, devidamente homologado pelo Gestor Estadual, à Secretaria de Políticas da Saúde/MS, no endereço Esplanada dos Ministérios Bloco G 7º andar – Gabinete do Secretário– CEP: 70058-900, Brasília-DF.

No que se referem às justificativas do PHPN, estas assumem uma perspectiva de direitos, sendo eles: direito da gestante de saber a maternidade que será atendida no momento do parto e, conseqüentemente, acesso assegurado ao recém-nascido; direito da gestante de ter um parto com a assistência de forma digna e de qualidade; direito a uma assistência de forma humanizada segura durante o puerpério e para com o recém-nascido (RN). Assim, as gestantes devem ter assegurados seus direitos em todas as esferas de atenção (LIMA, 2010).

Algumas condutas do PHPN frente ao pré-natal serão elencadas no escopo deste trabalho, tendo em vista que o parto e puerpério não foram abordados neste trabalho.

2.1.1 “Ações Essenciais” Recomendadas Pelo PHPN para Estimar a Cobertura de Pré-Natal

No que se refere ao adequado acompanhamento pré-natal e à assistência à gestante, devem ser seguidas as seguintes **ações essenciais**:

- a) Realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação;
- b) Garantia dos seguintes procedimentos: realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

- c) Realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO – Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; Urina, sendo um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; Glicemia de jejum, sendo um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; e HB/Ht, na primeira consulta;
- d) Oferta de testagem anti-HIV;
- e) Aplicação de vacina antitetânica (dose imunizante), segunda do esquema dado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. (NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007).

Segundo Serruya (2000, p. 41), essas ações essenciais devem ser realizadas de forma conjunta e não fragmentada, onde cada mulher realizasse todas as ações e não que a assistência fosse pensada como uma soma delas: tantas consultas, tantas vacinas, tantos exames”.

Frente às ações essenciais preconizadas pelo PHPN, podemos fazer uma alusão aos vários estudos que avaliaram o impacto do programa, os quais serão descritos a seguir alguns deles.

Em 2003, foi realizado, pela equipe de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no período de 12 meses, um estudo nacional que avaliou o processo de implantação e implementação, nos municípios que aderiram ao PHPN (referentes ao ano de 2001 e 2002). Esse estudo constatou que a realização dos procedimentos previstos no PHPN é mais frequente nos municípios de grande porte, indicando que a oferta de serviços existentes é um elemento facilitador no cumprimento do programado. Vale ressaltar que os municípios de pequeno porte apresentam mais dificuldades de operacionalização, devido a vários fatores: déficit de recursos humanos e capacidades técnicas para desencadear a organização dos dados, pactuações e recursos, para o planejamento do sistema de saúde local (BRASIL, 2008).

Além do PHPN, outras ações governamentais foram instituídas com o objetivo de monitorar e melhorar a qualidade de vida das mulheres e crianças, como consequente diminuição da mortalidade neonatal no Brasil. Nessa conjuntura, o Pacto pela redução da Mortalidade Materna foi instituído em 08 de março de 2004, com objetivo de mobilizar gestores e sociedade civil na promoção de políticas e

ações integradas, com o compromisso da redução das taxas de morte de mulheres e recém-nascidos (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, os estudos realizados por Trevisan et al (2002), Coutinho et al (2003); e Nagahama e Santiago (2006) fazem menção à média de consultas, início do pré-natal e exames laboratoriais básicos, segundo critérios do PHPN.

Trevisan et al (2002) estudou a assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Caxias do Sul – RS, no Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul, no período de março de 2000 a março de 2001. O referido autor observou que a cobertura de pré-natal foi de 95,4%, sendo a média de consultas observada de 6,2.

Outro estudo realizado por Coutinho et al. (2003) também se baseou em um levantamento realizado com auditoria, em 370 Cartões da Gestante. Observou-se que 7% das gestantes não portavam a tipagem ABO-Rh. Não houve registros da dosagem de Hb/Ht em 21,6% dos cartões, do exame de urina tipo I em 30%, do VDRL em 23% e da glicemia em 31,1%. A testagem anti-HIV não foi anotada em 34,1% dos cartões.

Valeu-se também do trabalho desenvolvido por Nagahama e Santiago(2006), realizado com 213 prontuários hospitalares de gestantes atendidas no Programa Assistência Pré-natal às Gestantes de Baixo Risco, no Hospital Universitário de Maringá (PPNBR/HUM), em 2002. O autor constatou que 44,1% das gestantes iniciaram um pré-natal tardio.

Outro estudo realizado por Parada (2008) no município de São Paulo, observou que 75,9% das gestantes haviam realizado seis ou mais consultas de pré-natal.

Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007), além de mencionarem a média de consultas, início do pré-natal e exames laboratoriais básicos, segundo PHPN, discutiram também a cobertura de vacinação antitetânica. Os referidos autores calcularam alguns indicadores de processo para a assistência pré-natal prestada às gestantes em serviços públicos de Salvador, Bahia, nos quais observaram que, dentre as gestantes inscritas no PHPN, 33,5% receberam a dose imunizante ou a dose de reforço da vacina antitetânica e 17,6% foram submetidas ao teste anti-HIV.

De modo geral, desenvolver competências de acordo com o que é preconizado pelo PHPN é a base de sustentação para obtenção de sucesso nas atividades, sendo uma contribuição para garantir a qualidade na assistência pré-

natal. A normatização de procedimentos, o planejamento de cada consulta e o modo como deve ser realizada são pontos essenciais para orientar e apoiar o profissional, qualificando a atenção básica de saúde (DUARTE; 2010).

Devido à necessidade de criar um meio de comunicação entre o Pré-Natal e a assistência ao parto, o Ministério da Saúde instituiu, através da publicação do Catálogo de Assistência pré-natal (Normas e manuais Técnicos), em 1988, o Cartão da Gestante.

Esse cartão é um instrumento de registro bastante utilizado na atenção pré-natal, possibilitando o acesso a informações sobre acompanhamento da gestação e o conhecimento de alguns fatores de risco, que podem auxiliar na avaliação e na reavaliação de risco obstétrico e perinatal.

Assim, o PHPN intensifica o uso do cartão da gestante como fonte de dados e provável instrumento de ligação entre o acompanhamento da gestante na atenção básica, na secundária e na terciária (SANTOS NETO et al, 2012).

Os mesmos autores acima citados, em um estudo realizado com puérperas, em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS, localizadas na Região Metropolitana da Grande Vitória - Espírito Santo - encontraram um grande número de mulheres na atenção ao parto com o cartão na maternidade, ao associarem o cartão da gestante com a garantia de um parto sem intercorrências.

Nessa perspectiva, muitos estudos têm mostrado a veracidade e importância frente ao preenchimento do cartão da gestante. Um estudo realizado em uma maternidade da rede básica de saúde, na cidade de Londrina, investigou a opinião de obstetras sobre a importância do cartão. Verificou-se que todos estão cientes e sabem da importância do cartão, mas que os cartões, às vezes, eram escritos de forma ilegível, sem confiabilidade e veracidade, precisando que fossem checados alguns dados com as gestantes (CAMPOS et al, 1996).

Resultados de um estudo recente na Região Metropolitana da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo, mostraram o relato de algumas puérperas sobre o cartão, que registra um menor número de consultas realizado por elas, assim como se referiram ao início e ao término do pré-natal mais precoce, que foi calculado pela idade gestacional de nascimento do recém-nascido (SANTOS NETO et al, 2012).

Nessas circunstâncias, o preenchimento adequado do cartão da gestante torna-se fundamental, tendo em vista que a gestante necessita de atendimento á

nível de assistência hospitalar no dia do parto, e os profissionais de saúde envolvidos, muitas vezes, não são os mesmos da atenção primária.

Para uma adequada atenção pré-natal, por parte dos profissionais de saúde, é vital uma atenção particular aos registros no cartão da gestante, permitindo, então, um acompanhamento individualizado e sistemático, e oferecendo subsídios à atuação dos diferentes profissionais envolvidos na atenção pré-natal (ARAÚJO et al, 1999).

Ressalta-se a responsabilidade dos profissionais, que estão diretamente ligados à saúde da mulher, ampliarem suas percepções e conhecimentos acerca dessa assistência, para que o preenchimento do cartão da gestante não seja realizado de forma mecânica, mas que possa oferecer um plano de cuidado, baseado nas necessidades individuais (CARVALHO et al, 2004).

O cartão deve trazer também: informações acerca dos determinantes da mortalidade materna ou das doenças do período gravídico sejam estas por causas diretas ou indiretas; e informações sobre os exames realizados, número de consultas, vacinação antitetânica, antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e o número do Sis prenatal, devendo este ser utilizado pelo serviço onde ocorrer o parto.

Dessa forma, acreditamos que o cartão da gestante, ou cartão pré-natal, pode ser considerado um prontuário médico, usado pelos profissionais de saúde para atendimento ambulatorial na gestação. Todavia, os aspectos éticos e legais referentes a esse cartão devem ser levados em consideração, frente à importância para o uso de pesquisas científicas, ensino e avaliações de serviços (COUTINHO, 2006).

Em um estudo realizado na cidade de Florianópolis, no qual foram analisados 117 cartões, verificou-se que a maioria dos cartões apresentavam dados incompletos e insuficientes, possibilitando uma assistência menos segura à gestante, no processo gravídico-puerperal (ZAGO, 2008).

Outro estudo realizado na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, com uma população de 1.035 puérperas, entrevistadas em oito maternidades, foi verificada a concordância entre as informações prestadas por puérperas e as registradas nos cartões das gestantes, sobre a assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. Foram verificadas muitas falhas na interlocução entre as usuárias e o profissional de saúde, além de negligência profissional no registro de

doenças e de exames clínico-laboratoriais, contribuindo para níveis de concordância bastante ruins (SANTOS NETO et al, 2012).

Além dessas necessidades, o cartão da gestante é extremamente importante para o seguimento do pré-natal, sendo um instrumento de informação entre os serviços de referência e contra-referência que proporciona o acesso aos dados do acompanhamento da gestação.

É importante ressaltar que esse cartão deve estar sempre com a gestante, facilitando o acesso às informações e aos indicadores construídos a partir dos dados registrados, viabilizando, caso necessário, intervenções.

2.2 ENTENDENDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O período gestacional é repleto de ansiedade, medo, angústia, incerteza, alegria e esperança, sendo esses sentimentos considerados antagônicos. Por essa razão, é necessário conjugar cuidados especiais à família, a fim de manter benefícios ao trinômio mãe-filho-pai.

Destarte, a assistência pré-natal merece sempre destaque na saúde pública, tendo em vista que o público alvo necessita de controle periódicos, seguimento terapêutico (se necessário), orientações de condutas e intervenções, visando um processo singular e uma melhor adesão à assistência.

Nessa reflexão, a finalidade do pré-natal é garantir o desenvolvimento de uma gestação segura e reduzir os índices de morbi-mortalidade materna, detectando, precocemente, as situações de risco, com intervenções rápidas. A assistência pré-natal prima por um acolhimento mais precoce possível, tendo em vista que a gravidez pode acarretar um profundo processo adaptativo, devido às intensas transformações físicas, psíquicas, familiares e sociais. Os desconfortos físicos e as alterações emocionais, principalmente, são os que provocam grande impacto sobre a forma como a gestação é vivenciada (HOGA; ROBERTE, 2006).

Historicamente, a assistência pré-natal teve início no século XX, e foi implantada no Brasil nas décadas de 20 e 30, sendo estabelecida somente no pós-guerra. No início, a preocupação maior era com a mulher, nos anos 50 e 60. Entretanto, após uma redução das taxas de morbi-mortalidade materna nos países desenvolvidos, a preocupação com o feto começou a ganhar espaço. Todavia, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, ainda perduram os altos índices de

mortalidade de mulheres e crianças. Essas mortes poderiam ser evitadas, em alguns casos, por meio de uma assistência de pré-natal qualificada (TREVISAN et al, 2002).

É relevante advertir que, segundo as observações de Serruya (2003), a atenção pré-natal foi, durante muitas décadas, focada somente nos indicadores de saúde infantil e, conseqüentemente, apenas as consultas de pré-natal e assistência hospitalar ao parto eram considerados aspectos relevantes na assistência materno-infantil.

Diante de tais considerações, a assistência pré-natal é indiscutível, tendo em vista ser um dos parâmetros primordiais para prevenção de diferentes agravos materno/fetais como sífilis congênita, síndromes hemorrágicas, anemia, infecções do trato urinário, hipertensão gestacional (RICCI, 2008), ausência de amamentação, morbimortalidade infantil e baixo peso (LEAL et al, 2004; COIMBRA et al, 2003).

A assistência ao pré-natal é considerada em um período anterior ao nascimento da criança. Sendo assim, deve-se atentar para o acompanhamento adequado da gestante, realizando exames clínico-laboratoriais, orientando-as e realizando intervenções quando necessárias (XIMENES, 2007).

Destaca-se ainda que a atenção pré-natal deve ser constituída de ações educativas, pautadas no conhecimento das necessidades da gestante. Essas ações contribuem para o cuidado do período gestacional e a adesão do programa pré-natal, culminando com uma baixa incidência de distúrbios gestacionais graves (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Nessa perspectiva, a assistência pré-natal tem como objetivos: fortalecer o organismo da gestante; pesquisar e tratar, quando possível, o estado mórbido, que futuramente poderá dificultar o desenvolvimento da gestação; além de fornecer orientações à gestante e apoiá-la socialmente, psicologicamente e prepará-la para o parto, buscando assegurar uma melhor estruturação psíquica do nascimento. Diversos estudos vêm demonstrando que a falta de cuidados pré-natais das gestantes, juntamente com a pobreza e os baixos níveis de instrução, são aspectos relevantes ao aparecimento de recém-nascidos de baixo peso (JENERAL, 2000).

Outro fator importante na atenção pré-natal é o vínculo entre o profissional de saúde e o acolhimento estabelecido com a gestante, proporcionando adesão e permanência no serviço de saúde. Tal vínculo pode diminuir os riscos de intercorrências obstétricas (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

Estudos realizados com puérperas identificaram que a maioria das entrevistadas sentiu-se bem acolhida e respeitada nas consultas, demonstrando a importância da participação da família da gestante, o que proporciona um atendimento singularizado (LANDERDAHL et al, 2007).

Assim, torna-se essencial que as consultas de pré-natal aconteçam imediatamente após a confirmação da gestação, aumentando as chances de detecção de distúrbios maternos preexistentes ou que possam desenvolver-se no percurso da gestação (LOWDERMILK et al, 2002). Além do que:

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Nesse período, as mulheres devem ser acompanhadas a partir da gestação, de forma que lhes seja possível, quando necessário, realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas (BRASIL, 2006, p. 37).

Advertimos ainda que o acompanhamento do pré-natal é sumamente relevante, pois acolhe a gestante e seus familiares, levando em consideração a individualidade de cada uma. Esse acompanhamento pode também oferecer um atendimento com base nas necessidades físicas, sociais, culturais e educacionais de cada gestante, que beneficiará o trinômio pai-mãe-filho. Desta forma, a assistência pré-natal deve ser rigorosamente estabelecida de acordo com necessidade e o grau de risco de cada gestante.

Nas circunstâncias atuais, muitas políticas públicas, com enfoque na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, têm sido fundamentais na redução da morbimortalidade materna-fetal e infantil. Esse fator ressalta a importância de melhorar o acesso e disponibilizar um melhor atendimento à atenção ao pré-natal (JANDREY, 2005).

Um estudo realizado por Castilho-Pelloso et al (2005) faz referência à importância de seguir os protocolos nos cuidados ao pré-natal, considerando que o não cumprimento à esta padronização dificulta o atendimento, gerando uma estreita ação de monitoramento dos profissionais envolvidos na assistência ao pré-natal, frente à caracterização de possíveis riscos gestacionais.

Continuadamente, a partir do planejamento, da organização e da efetivação da atenção à saúde da mulher, iniciou-se a elaboração dos Manuais Técnicos e Protocolos, com vistas à padronização das condutas dos profissionais de saúde, utilizando recursos para a readequação tecnológica e qualificação de recursos humanos, articulando e integrando Estados e Municípios.

A partir disso, manual do Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher (BRASIL, 2001) - foi instituído, com o objetivo de humanizar o atendimento, reconhecendo a individualidade da gestante, parturiente e puérpera.

O papel a ser desempenhado pelos profissionais de saúde deveria ser o de integrar ações voltadas à subjetividade, à família e ao parceiro, tendo como um dos principais objetivos a valorização da mulher como sujeito do processo gravídico-puerperal, e não objeto da assistência. No que se refere ao preparo da mulher ao parto, propõe-se uma abordagem frente ao acolhimento, como estratégia para valorizar “e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as violências verbais e não verbais.” (BRASIL, 2000, p. 27).

Convém ressaltar que o Ministério da Saúde (2000) faz uma alusão à qualidade da assistência, ao trazer a importância da necessidade de alguns parâmetros que culminam com uma assistência capaz de atender às necessidades das gestantes, sendo eles: recursos humanos; área física adequada; equipamentos e instrumentos mínimos; apoio laboratorial para a unidade básica de saúde; instrumento de registros e processamento e análise dos dados disponíveis (cartão da gestante, ficha perinatal e mapa de registro diário); medicamentos essenciais; e avaliação permanente da assistência pré-natal.

Assim sendo, para uma assistência de qualidade na atenção pré-natal, o Manual Técnico sobre Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) delinea as condições básicas e estabelece parâmetros, com a finalidade de atender às reais necessidades das gestantes adscritas e, conseqüentemente, assegurar o acompanhamento contínuo no pré-natal, no parto humanizado e no puerpério. Observemos esses parâmetros abaixo (BRASIL, 2006):

- a) Captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- b) Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação;
- c) Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - Escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante as consultas a serem adotadas;

- Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
- Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
- Anamnese e exames clínico-obstétricos da gestante;
- Exames laboratoriais;
- Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto, até a dose imunizante do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos;
- Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
- Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
- Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e de mama;
- Tratamento das intercorrências da gestação;
- Classificação de risco gestacional e detecção de problemas a serem realizados na primeira consulta e nas subsequentes;
- Atendimento às gestantes com problemas ou com morbidades;
- Registro em prontuários e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação;
- Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da Primeira Semana de Saúde Integral e da consulta puerperal, até 42º dia pós-parto.

É nessa concepção que o pré-natal se torna indispensável para uma gestação saudável, livre de intervenções desnecessárias e com um parto seguro. O profissional de saúde é extremamente fundamental no pré-natal, uma vez que busca compreender os múltiplos significados da gestação, percebendo e atendendo às necessidades, aos valores e à sensibilidade de cada gestante e dos seus respectivos familiares (VIDO, 2006).

Continuadamente, confirmada a gestação, ou por diagnóstico clínico-hormonal ou ultrassonografia, inicia-se o pré-natal, com o cadastramento da gestante no Sis prenatal, através do preenchimento da ficha de pré-natal e do cartão

da gestante. A consulta para confirmar a gravidez pode ser médica ou de enfermagem.

Diante da sua formação, o enfermeiro deve estar preparado para dar a atenção necessária e integral à mulher, independente do risco que ela possa apresentar. No entanto, o seu papel no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal é definido e normatizado somente sobre gestantes que apresentam baixo risco materno e/ou fetal, segundo a Lei 7.498/86 do exercício profissional. O enfermeiro possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e espera-se desse profissional o acompanhamento e a assistência à população de gestantes (GARDENAL, 2002).

Segundo Buchabqui, Abeche e Brietzke (2001), a gestação é classificada de baixo risco quando ela se constitui em um fenômeno fisiológico normal, que evolui em 90% dos casos sem intercorrências. Logo, a gestação é de alto risco quando já inicia com problemas, ou estes surgem no decorrer do período com maior probabilidade de apresentarem uma evolução desfavorável, quer para o feto ou para a mãe.

Nessa vertente, deve-se atentar a uma avaliação de risco da gestante em todo o período gravídico, ou melhor, a cada consulta, tendo em vista o Brasil ser um país de grandes diferenças socioeconômicas, culturais e sociais, culminando assim em diversos fatores de risco. Brasil (2006) enfoca que o fato de uma gestante apresentar um fator de risco não implica que ela deve, necessariamente, ser acompanhada totalmente na unidade de referência, mas pode continuar sendo acompanhada pela equipe ou unidade de saúde, após intervenções ou situações resolvidas, observando, realizando e avaliando as orientações prescritas pelo serviço de referência.

Nessa perspectiva, o número ideal de consultas de pré-natal, a qualidade da atenção pré-natal e a promoção da prevenção, da orientação e do acolhimento podem favorecer a intervenções precoces, prevenindo e auxiliando na redução da mortalidade e nas principais complicações decorrentes dos fatores de risco da gestação.

Assim, na primeira consulta deve ser realizado um acolhimento, com a finalidade de aproximar a gestante do profissional de saúde, a fim de elucidar qualquer dúvida, medo e angústia. A cada consulta devem ser avaliados,

sistematicamente, os procedimentos, condutas e necessidades da gestante (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, o Manual Técnico sobre Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), esquematiza algumas diretrizes a serem seguidas para a adequada assistência pré-natal, sendo elas:

a) Anamnese:

- Indagar a história clínica (dados epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, sexuais e gineco-obstétricos);
- Indagar sobre a gestação atual: DUM (data da última menstruação), peso pré-gravídico e altura atual, sinais e sintomas da gestação em curso, medicações em uso e internações durante a gestação;

b) Exame físico geral e adequado (peso, altura, pressão arterial, inspeção de pele e mucosas, palpação da tireóide e pescoço, ausculta cardiopulmonar, exame do abdômen, dos membros inferiores e pesquisa de edemas);

c) Exame específico gineco-obstétrico (ECM - exame clínico das mamas, palpação obstétrica medida da altura uterina, ausculta dos BCF (batimentos cardio-fetais, inspeção dos genitais externos, exame especular e toque vaginal);

d) Solicitar exames complementares, como: tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL (repetir na 30ª semana de gestação), sorologia anti-HIV (aconselhamento e oferecimento da sorologia), HBsAg (se disponível, 30ª semana de gestação), glicemia em jejum (repetir na 30ª semana de gestação), EAS/urina tipo I e sorologia para toxoplasmose (se disponível);

e) Ultrassonografia obstétrica, se disponível;

f) Recomendar consulta odontológica;

g) Recomendar imunização antitetânica, quando necessário;

h) Realização de ações e práticas educativas.

Nesse cenário de ações, instrumentos e conhecimentos técnico-científicos, deve-se ressaltar a importância de adquirirmos o máximo de informações possíveis da gestante, para não deixarmos nenhuma lacuna no que se refere à atenção pré-natal.

Muitos estudos têm investigados sobre os benefícios que a atenção pré-natal proporciona para o bem-estar da gestante e do recém-nascido, através da média de consulta de pré-natal e do número de consultas em todo o período gestacional.

Nessa perspectiva, Brasil (2012) registrou um número elevado de consultas de pré-natal no ano de 2009. Foram 19,4 milhões de atendimentos de gestantes pelo SUS. No ano de 2003, foram registrados 8.603.582 atendimentos, já no ano de 2009 foram registrados 19.465.622.

O Estado que mais registrou um aumento do número de consultas de pré-natal no período de 2003 – 2009 foi o Mato Grosso, com um aumento de 444,71%. No Estado do Espírito Santo, esse número foi reduzido em-5,11%. O Estado da Paraíba registrou uma variação considerável de consultas de pré-natal no período de 2003 a 2009, registrando um aumento de 213,80%.

A série histórica tem demonstrado que, durante muitos anos, as consultas de pré-natal têm aumentado significativamente, mas não têm sido suficientes para reduzir a mortalidade materna e infantil. Esse aspecto deve-se a muitos fatores, que fatores contribuem significativamente com o aumento, sendo eles: políticas públicas abrangentes; atenção pré-natal com qualidade; drenagem de casos patológicos para serviços de alto risco; e melhoria e acesso ao serviço, sem discriminação de raça, cor, nível sócio-econômico e escolaridade.

Já no Estado da Paraíba foi publicado, no Diário do Brejo (2011), que mesmo com o aumento dessas consultas, 21 municípios dos 223 apresentaram mortes maternas e neonatais, o que corresponde a 50% das mortes ocorridas em todo estado. Nos países desenvolvidos, essa taxa de mortalidade é em torno de 8 a 10 para cada 100 mil nascidos vivos. No Nordeste e, mais especificamente, na Paraíba essa taxa ainda é muito alta, sendo de 120 para cada 100 mil nascidos vivos.

É nesse contexto que vários estudos vêm destacando o estado da Paraíba, por apresentar uma classe menos favorecida e recursos deficientes na área de saúde, tendo, deste modo, a possibilidade de ocorrer mais mortalidade materna (PARAÍBA, 2002; MARTINS, 2006).



MATERIAL E MÉTODO

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma análise retrospectiva documental, com abordagem quantitativa dos dados. A pesquisa documental, segundo Santos (2003), é realizada sob a utilização de documentos que não foram modificados, ou seja, que não foram analisados e editados.

A pesquisa retrospectiva, de abordagem quantitativa, é definida por Marconi; Lakatos (2005, p. 189) como “investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave.”

Em uma pesquisa quantitativa, o pesquisador não se envolve com o objetivo da pesquisa, pois a neutralidade do pesquisador é fator muito importante para o estudo. A análise quantitativa permite um levantamento de dados através de questionários pré-elaborados, que admitem respostas alternativas e cujos resultados são apresentados de modo numérico, buscando medir em números o resultado de questões levantadas pelo pesquisador. A partir da amostra é calculado o percentual de cada variável, fornecendo dados objetivos e imparciais (BRUGGEMAN, 2008).

3.2 CENÁRIO E TEMPO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), uma maternidade referência para o município de Campina Grande-Pb, distante 130 km da capital do Estado, João Pessoa, durante os meses de abril, maio e junho de 2012.

Figura 1 - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA)



Fonte: Google Imagens, 2012.

Segundo o censo do IBGE, realizado no ano de 2010, a população estimada de Campina Grande é de 381.764 habitantes (BRASIL, 2010). O município é classificado como o segundo mais populoso da Paraíba.

Esse município é dividido em seis distritos: Campina Grande, Boa Vista, Catolé, São José da Mata, Santa Terezinha e Galante. A cidade de Campina Grande ocupa o trecho mais alto do Planalto. O seu centro situa-se a 7°13'11" latitude Sul e 35°52'31" longitude Oeste de Greenwich.

O ISEA foi inaugurado há seis décadas, tornando-se sexagenária na assistência às mulheres que procuram os mais de 50 serviços oferecidos pela maternidade. Dentre esses serviços, podemos citar: os Testes da Orelhinha, cirurgias de vasectomia, Centro de Tratamento para Obesidade, Ouvidoria SUS, Núcleo de Prevenção de Violência contra as Mulheres, referência para vítimas de violência sexual, cartório de Registro Civil, no qual as crianças nascidas na maternidade já saem com o documento emitido gratuitamente, suítes PPPs (Pré-Parto, Parto e Pós-Parto) e Casa da Mãe Dr. Flaviano Xavier Guedes, para mães que precisam acompanhar os filhos que permanecem internados na maternidade, projeto que recebeu um prêmio nacional.

O ISEA oferece ainda partos de baixo e alto riscos; pré-natal; atendimentos psicológicos, de fisioterapia e serviço social; UTI Neonatal; imunização; Banco de Leite Humano; pediatria para nascidos na maternidade; tratamento odontológico

para pacientes do pré-natal; planejamento familiar; e exames de ultrassonografia, raios x e laboratoriais.

Além de tudo isso, o ISEA recebeu do Ministério da Saúde o conceito "A", colocando-o entre as nove melhores das 26 maternidades existentes nas regiões do Nordeste e da Amazônia Legal. Vejamos o número de atendimentos no ano de 2010: Partos normais: 3.310; Partos cesarianos: 1.687; Retirada de nódulos de mama: 225; Imunização: 23.287; Teste da Orelhinha: 9.562; Teste do Pezinho: 6.479; Pediatria: 1.942; Odontologia: 1.576; Obstetrícia: 3.182; Endocrinologia: 268; Nutrição: 164; Consultas de enfermagem: 1.055; Tratamento de obesidade: 4.099; Retirada de pontos: 308; Laqueaduras: 378; Colocação de DIU: 152; Vasectomia: 220; perfazendo um total de 57.894 atendimentos.

3.3 UNIVERSO DA PESQUISA

A amostra da pesquisa foi selecionada através da análise dos cartões das gestantes, de puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto da referida maternidade no período da coleta.

A população do estudo foi formada por 3801 cartões, relativos ao pré-natal de baixo risco, de todas as gestantes que foram inscritas no SISPRENATAL, ano de 2011, no município de Campina Grande-PB.

O tamanho amostral foi obtido, levando-se em consideração:

- a) Margem de erro de 5% ou 0,05;
- b) Confiabilidade de 95,0% = 1,96, na tabela da normal;
- c) Tamanho populacional igual a 3.801 gestantes.

A forma de cálculo utilizada para o tamanho amostral, para cada item, foi:

$$n_0 = \frac{z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}{e^2} \quad n_0 = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2} \cong 385$$

onde

n = tamanho amostral;

N = tamanho da população

z = valor da curva normal relativa á confiabilidade (1,96);

e = erro de 5,0% (0,05);

Verificação e fator de correção para amostras finitas.

A verificação é dada pela notação $\frac{n_0}{N} \leq 0,05$.

Verificação:

$$\frac{385}{100} = 3,85, \text{ como } 3,85 > 0,05 \text{ usa-se o fator de correção } n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Logo,

$$n = \frac{385}{1 + \frac{385}{3801}} \equiv 350$$

Ou seja, o tamanho mínimo da amostra necessária para validar a pesquisa, diante da população pesquisada, é de, aproximadamente, 350 cartões de gestantes. Vale ressaltar que a totalidade do universo intencional foi de 352 cartões.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Descreveremos, a seguir, os pré-requisitos tomados como método de seleção para inclusão dos cartões da pesquisa na amostra.

3.4.1 Critérios de Inclusão

- a) Cartões de Gestantes de puérperas que realizaram todo o pré-natal no município de Campina Grande-Pb;
- b) Cartões de Gestantes de puérperas com parto a termo.

3.4.2 Critérios de Exclusão

- a) Cartões de gestantes que apresentem dados ilegíveis;
- b) Cartões de gestantes que não tenham realizado todas as consultas de pré-natal em Campina Grande-Pb.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos cartões das gestantes, através de um instrumento padronizado (Formulário de Captação de dados (APÊNDICE A), contendo as seguintes variáveis preconizadas pelo PHPN:

- a) Número de consultas realizadas durante o pré-natal;
- b) Número de consultas no primeiro trimestre;
- c) Esquema de vacinação antitetânica;
- d) Exames laboratoriais: Hb (hemoglobina) (1ª e 30ª consulta) e Ht (hematócrito);
- e) Glicemia de jejum (1ª e 30ª consulta); VDRL (1ª e 30ª consulta);
- f) Sumário de urina (1ª e 30ª consulta); Anti-HIV;
- g) Tipagem sanguínea (APÊNDICE A).

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio da consulta ao Cartão da Gestante, que estavam na posse das puerpéras. Tendo em vista o tempo de permanência das puerpéras após o parto ser de aproximadamente 48 horas, a coleta dos dados foi realizada em dias alternados, em horário aprazado com as Enfermeiras do Alojamento conjunto da referida maternidade.

No dia da coleta de dados, a pesquisadora selecionou os Cartões de Gestantes das puérperas que atendiam aos critérios de inclusão. Mesmo sem realizar entrevista, a pesquisadora informou às puerpéras sobre os objetivos da pesquisa.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram registrados na forma de banco de dados, do programa de informática SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows®, versão 15.0, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada.

Os procedimentos de inferência estatística, por sua vez, foram realizados por meio dos testes, Qui-Quadrado (χ^2) e cálculo do coeficiente V de Cramer.

O teste t identifica diferenças entre grupos, enquanto o χ^2 permite estimar se há associação entre variáveis, e o V de Cramer identifica a força desta associação.

Para a escolha destes testes, foi observada a distribuição dos dados e considerado o efetivo amostral. Ressalta-se, por fim, que para a interpretação das informações foi adotado um intervalo de confiança de 95%, e nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO

Em conformidade com a Resolução 196/96, o acesso ao local de pesquisa foi feito mediante a autorização prévia e de sua direção, por meio de um termo assinado pela mesma (ANEXO C).

Após a aprovação do projeto de pesquisa pela CAAE – 02244912.9.0000.5175 e pelo CEP do CESED (CENTRO DE ENSINO SUPERIOR E DESENVOLVIMENTO), o estudo foi desenvolvido levando-se em consideração os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Por ser uma pesquisa documental, nos Cartões da Gestante de puerpéras que estavam no alojamento conjunto da referida maternidade, foi utilizado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO D). Os registros dos dados nos cartões foram tratados com privacidade e confidencialidade, preservando integralmente o anonimato das usuárias.

Para demonstrar o comprometimento da pesquisadora, foi apresentado um termo Compromisso do Pesquisador, onde se incubem da responsabilidade de pesquisa (APÊNDICE B).



RESULTADOS E DISCUSSÕES

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a finalidade de analisar as ações essenciais preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), foram levadas em consideração as seguintes variáveis:

- a) Ocorrência de consultas no primeiro trimestre;
- b) Número de consultas realizadas por trimestre;
- c) Exames laboratoriais;
- d) Esquema de vacinas antitetânicas.

4.1 OCORRÊNCIA DE CONSULTAS NO PRIMEIRO TRIMESTRE GESTACIONAL

Em se tratando da ocorrência de consultas em que foi iniciado o pré-natal, os dados foram submetidos ao teste Qui-Quadrado de uma variável (teste de aderência), sendo assinaladas com um asterisco (**) as diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 1 - Distribuição de ocorrência de consulta no primeiro trimestre gestacional segundo registro no cartão da gestante. Campina Grande, PB, 2012. (n=349).

<i>Trimestre em que iniciou o pré-natal</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>χ^2</i>	<i>p</i>
1º Trimestre (x < 13 semanas)	215**	61,6**	173,81	<0,001
2º Trimestre (14 ≥ x < 27 semanas)	120	34,4		
3º Trimestre (28 semanas < x)	14	4,0		

Fonte: Dados da Pesquisa.

Legenda: ** Associação estatisticamente significativa ao nível de 1%.

Podemos verificar na tabela 1 que, com uma associação significativa, que apenas (61,6%) das gestante inicia o pré-natal no primeiro trimestre. Constatamos ainda que (34,4%) dos cartões apresentava registro de início do pré-natal no segundo trimestre, o que nos leva a perceber que não houve pré-natal iniciado até o 4ª mês de gestação. 4% das gestantes iniciaram o pré-natal após 28 semanas de gestação (3º trimestre), conforme ilustrado na tabela 1. Ressaltamos que, nesta pesquisa, verificou-se ausência de registro de início de pré-natal em 0,85% dos cartões investigados.

Em um estudo realizado no ano de 2000, em 1299 prontuários de gestantes que realizaram consultas de pré-natal nos anos de 2000 e 2004, em 12 UBS (Unidades Básicas de Saúde), no município de São Paulo, foi encontrada uma amostra significativa de início de pré-natal no 1ª trimestre. No ano de 2000, houve um percentual de 39,60 a 85% de acompanhamento, iniciado no 1ª trimestre, já no ano de 2004 essa proporção foi um pouco menor: de 37,20 a 80,80% (SUCCI, 2008).

Observou-se que, nos registros de pesquisa realizados por Silveira et al. (2001), na cidade de Pelotas, sul do Brasil, uma auditoria em 839 registros médicos, *na qual* aproximadamente 46% das gestantes iniciaram pré-natal durante o primeiro trimestre, 41% no segundo e 13% no terceiro, com ausência da informação sobre a idade gestacional em 5% dos registros.

Gardin (2010), em pesquisa envolvendo avaliação da atenção pré-natal às gestantes no PSF, realizada no município de Guairaça-PR, no ano de 2009, com 59 grávidas, constatou apenas que 11% das gestantes procuraram a ESF no 1º trimestre de gestação para realizar pré-natal, 89% das mulheres procuraram atendimento de assistência pré-natal no 2º trimestre e nenhuma gestante buscou atendimento junto à ESF após o 3º trimestre de gestação. A justificativa para esse alto número de gestantes que iniciou o pré-natal tardiamente se deu pelo fato de a maioria ser adolescentes, e desconhecerem a importância do pré-natal precocemente.

Assim sendo, considera-se oportuno destacar que o “principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de mudanças físicas e emocionais – que cada gestante vivencia de forma diferente”. (BRASIL, 2000, p.9).

Alguns resultados foram encontrados em outro estudo realizado na cidade de Porto Alegre-RS, no ano de 2011, com 104 registros de cadastro de gestantes, nos quais a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre (51,6%) (HAAS, 2011).

Assim, é de extrema importância que após a confirmação da gestação, o profissional de saúde, enfermeiro ou médico, inicie o pré-natal, registrando no Cartão da Gestante e na Ficha de Pré-Natal alguns parâmetros importantes, como o trimestre da gestação de início do pré-natal. Nessa linha de pensamento, considera Brasil (2000):

a) 1ª trimestre de gestação: abaixo de 13 semanas

- b) 2ª trimestre de gestação: entre 14 e 27 semanas
- c) 3ª trimestre de gestação: acima de 28 semanas

Nessa perspectiva, devemos contemplar a totalidade e o seguimento do calendário de atendimento do pré-natal, o qual deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maiores riscos materno e perinatal. Dessa maneira, esse calendário deve ser iniciado precocemente, ou seja, no primeiro trimestre, além de ser regular e completo, garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas, com o objetivo de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas desnecessárias (BRASIL, 2000).

Não obstante, o contraponto desses resultados demonstra que ainda existe um número muito elevado de gestantes que iniciam o pré-natal após 4º mês de gestação. Apesar de mais da metade de porcentagem de mulheres ter iniciado pré-natal precocemente, quase 40% não chegou a realizar consulta de pré-natal no 1ª trimestre.

Desse modo, ressaltamos que o pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, possibilitando uma relação gestante-profissional-família de extrema confiança e proporcionando uma mútua responsabilidade no que tange a uma redução da mortalidade materna e das intercorrências obstétricas.

Sobre esse aspecto, podemos destacar que:

É importante enfatizar que a atenção pré-natal, por não envolver procedimentos complexos, favorece a interação entre o profissional e a gestante e sua família. Essa interação contribui para que a gestante mantenha vínculo com o serviço de saúde durante todo o período gestacional, reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas. (LANDERDAHL et al, 2007, p. 106).

Já que nesse item de discussão consideramos como parâmetro a idade gestacional de início de pré-natal, convém inferir que a ausência de interação e diálogo com as gestantes, bem como desconhecimento das ações essenciais preconizadas pelo PHPN por parte dos profissionais, podem acarretar em um início de pré-natal tardio. Esses aspectos podem também proporcionar a falta de adesão das gestantes, o que dificulta a qualidade do pré-natal, além de não ter um acompanhamento adequado no quadro da população alvo.

Torna-se necessário, portanto, entender que o pré-natal é um conjunto de atividades que promovem a saúde da gestante, identificando, precocemente, algum

risco que ela venha a desenvolver. A prática correta das consultas de pré-natal contribui para redução das taxas de mortalidade materna e perinatal, além de aumentar as taxas de adesão da mulher ao programa (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005).

Assim, diante do exposto, os indicadores do resultado mostram uma inquietude no que tange a uma falha na assistência, no desconhecimento das gestantes frente à adesão ao pré-natal (o mais precoce possível) e/ou ausência de registro dos profissionais envolvidos no atendimento.

Outro fator que pode estar contribuindo com a não adesão dessas gestantes o mais precoce a atenção pré-natal, pode ser uma concepção não programada.

Ante tais dados, surge a importância do pré-natalista, atuante no trinômio mãe-pai-filho, oferecer uma assistência adequada, pautada na ética, na responsabilidade e, sobretudo, na melhora dos níveis de informação sobre o pré-natal.

Dentro desta linha de pensamento Trevisan et al (2002) inferiu, em sua pesquisa, que pode haver um sub-registro da primeira consulta de pré-natal, tendo em vista que a maioria dos profissionais se submergirem mais a solicitação dos exames complementares. O referido autor inferiu também que as equipes de saúde podem não estar preparadas para realizar uma busca ativa das faltosas, vínculo que contempla o atendimento das reais necessidades da gestante.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem buscar estratégias de acolhimento, utilizando uma linguagem mais acessível para favorecer à adesão das gestantes à consulta de pré-natal o mais precoce possível.

4.2 NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS POR TRIMESTRE

Em relação ao número de consultas, verificou-se que quem iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, teve um número de consultas mais elevado em toda a gestação (ver dados pormenorizados na Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do número de consultas de pré-natal por trimestre relacionados com o início do pré-natal, segundo registro no cartão da gestante. ISEA. Campina Grande, PB, 2012. (n=349).

Nº de consultas	Subgrupos	Iniciou 1º T		Não iniciou 1ºT		Dados gerais	
		f	%	f	%	f	%
Nº de consultas no primeiro trimestre	Nenhuma	0	0,0	120**	34,4	120	34,4
	1	127**	36,4	0	0,0	127	36,4
	2	92**	26,4	0	0,0	92	26,4
	3	10**	2,9	0	0,0	10	2,9
	χ^2 (p); V 344,60 (p<0,001); V=0,99						
Nº de consultas no segundo trimestre	Nenhuma	1	0,3	20**	5,7	21	6,0
	1	23	6,6	32**	9,2	55	15,8
	2	109	31,2	45	12,9	154	44,1
	3	89**	25,5	17	4,9	106	30,4
	4	6	1,7	5	1,4	11	3,2
	5	1	0,3	1	0,3	2	0,6
	χ^2 (p); V 66,72 (p<0,0001); V=0,43						
Nº de consultas no terceiro trimestre	Nenhuma	2	0,6	2	0,6	4	1,1
	1	6	1,7	11	3,2	17	4,9
	2	57	16,3	23	6,6	80	22,9
	3	103	29,5	47	13,5	150	43,0
	4	37	10,6	23	6,6	60	17,2
	5 ou + consultas	24	6,9	14	4,0	38	10,9
	χ^2 (p); V 9,62 (p=0,08); V=0,16						

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: ** Diferença estatisticamente significativa ao nível de 1%.

O grupo que iniciou o pré-natal no 1º trimestre e o grupo que não o iniciou, pode-se constatar que, no primeiro trimestre, 34,4% dos cartões não apresentavam consulta alguma no primeiro trimestre. Sendo que, (36,4%) apresentou uma consulta, enquanto que 26,4% apresentaram duas consultas e 2,9% apresentaram três consultas.

No segundo trimestre da gestação o número de consultas aumenta, e os maiores percentuais são para duas (44,1%) ou três consultas (30,4%), segundo ilustrado na tabela 2. Quanto ao terceiro trimestre, não houve diferenças

significativas, do ponto de vista estatístico, entre os dois grupos: a maioria das gestantes (43,0%) realizou três consultas neste período da gestação.

Lembrando que o PHPN preconiza, no mínimo, seis consultas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. De um modo geral, o número de consultas no 1^a trimestre de gestação não foi significativo, tendo em vista o percentual de apenas 66% das gestantes terem realizado entre 1 a 3 consultas de pré-natal, no referido trimestre.

Em um estudo realizado na cidade de Criciúma (PR), em 2003, foi encontrado um índice de 77,5% de gestantes que fizeram seis ou mais consultas (foram sete consultas em média). Em nosso estudo, a média de consultas foi de 6,17 (DP=1,94). Achados inferiores foram encontrados por Carvalho e Araújo (2007), no qual o número médio de consultas, no pré-natal, foi de 5,3 (DP= 2,31).

Mesmo com o número médio de consultas preconizadas pelo PHPN, é possível destacar um número de cartões gestantes que iniciaram o pré-natal no segundo trimestre (5,7% e 9,2%, respectivamente,) e apresentavam dados de nenhuma ou somente uma consulta.

Assim, diante das evidências apresentadas, torna-se plausível sustentar a hipótese de que o início do pré-natal dos cartões pesquisados diz respeito a um pré-natal com falhas, dificultando a detecção precoce de fatores de risco que poderão contribuir para futuras complicações no binômio mãe-filho.

Sob esse viés, é pertinente lembrar que a frequência às consultas das gestantes frente ao pré-natal culmina com uma gestação mais saudável, uma labilidade emocional controlada, uma preparação para o trabalho de parto e para o próprio parto, além do que proporcionam um monitoramento do desenvolvimento da gestação.

Acrescentamos a essa discussão o fato da atenção pré-natal poder ser a única oportunidade que a gestante venha a ter para esclarecimentos das adaptações maternas, advindas do período gestacional.

Destarte, a prática educativa é uma ferramenta importante para a estimulação dos princípios que regem a noção de autocuidado, sendo por meio dela a busca um viver saudável (SOUZA; WEGNER; GORONI, 2007).

Nesse sentido, Silva, Bezerra e Lima (2009) entendem a realização de ações educativas, no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal, muito pertinente, pois a mulher poderá ser mais bem conduzida. A intenção é criar um

momento no qual as participantes possam dizer seus problemas e refletir sobre eles. Deste modo, há o incentivo da troca de experiências comuns, o que gera mobilização entre as componentes e facilita a melhora do relacionamento entre profissionais e gestantes.

É oportuno ressaltar que o número de consultas não é suficiente para garantir a qualidade da assistência (VICTORIA, 2001; KOFFMAN, BONADIO, 2005). Há também outros fatores determinantes, como a acessibilidade geográfica e operacional, os recursos humanos habilitados, a ocultação da gravidez, a violência doméstica, a credibilidade nos profissionais, dentre outros.

Contrastando os registros da pesquisa bibliográfica, percebemos que mulheres grávidas as quais iniciam tardiamente o pré-natal e tiveram as consultas mais centralizadas em um único trimestre, apresentam piores resultados maternos/perinatais do que as que recebem assistência precocemente e frequentam a mais consultas de pré-natal (ENKIN et al, 2005).

4.3 EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais são uma ferramenta na atenção pré-natal fundamental para prevenir, diagnosticar e, se necessário, tratar patologias advindas do período gestacional ou pré-existentes nas gestantes ou conceptos.

As comparações entre os grupos, por meio do teste Qui-Quadrado, aos exames laboratoriais realizados durante a gestação, sugerem diferenças estatisticamente significativas com exceção do ABO-Rh, isto é: constatou-se que o número de exames realizados dentre as gestantes as quais iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, é maior do que o número de exames realizados por aquelas após tal período.

Tabela 3 - Distribuição e associação entre o número de exames laboratoriais e ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, segundo registro no cartão da gestante. ISEA. Campina Grande-PB, 2012 (n=349).

<i>EXAMES LABORATORIAIS</i>	<i>Subgrupos</i>	<i>Iniciou 1º T</i>		<i>Não iniciou 1ºT</i>		<i>Dados gerais</i>	
		<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Registros de exame comum de urina	Nenhum	13	3,7	12	3,4	25	7,1
	1	119	34,0	91**	26,0	210	60,0
	2	96**	27,4	18	5,1	114	32,6
	3	1	0,3	0	0,0	1	0,3
	χ^2 (p); V	27,42 (p<0,001); V=0,28					
Registros de VDRL	Nenhum	11	3,1	21**	6,0	32	9,1
	1	143	40,9	83	23,7	226	64,6
	2	75**	21,4	17	4,9	92	26,3
	χ^2 (p); V	24,64 (p<0,001); V=0,26					
Registros de glicemia	Nenhum	16	4,6	17**	4,9	33	9,4
	1	119	34,0	84**	24,0	203	58,0
	2	90**	25,7	20	5,7	110	31,4
	3	4	1,1	0	0,0	4	1,1
	χ^2 (p); V	23,52 (p<0,001); V=0,25					
Registros de HIV	Nenhum	49	14,0	51**	14,6	100	28,6
	1	178**	50,9	67	19,1	245	70,0
	2	2	0,6	3	0,9	5	1,4
	χ^2 (p); V	19,01 (p<0,001); V=0,23					
Registros de Hemoglobina	Nenhum	11	3,1	16**	4,6	27	7,7
	1	143	40,9	82	23,4	225	64,3
	2	73**	20,9	22	6,3	95	27,1
	3	2	0,6	1	0,3	3	0,9
	χ^2 (p); V	13,09 (p=0,004); V=0,19					
Registros de ABO-Rh	Nenhum	16	4,6	19*	5,4	35	10,0
	1	207*	59,1	101	28,9	308	88,0
	2	6	1,7	1	0,3	7	2,0
	χ^2 (p); V	7,71 (p=0,02); V=0,14					

Fonte: Dados da Pesquisa.

Legenda: * Diferença estatisticamente significativa ao nível de 5%; ** Diferença estatisticamente significativa ao nível de 1%.

Distribuindo os dados de análise laboratorial por tipo de exame complementar, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre

realizar um exame e não ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, e ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre e realizar dois exames.

4.4 URINA TIPO I

O exame de urina (tipo I) é de fundamental importância no diagnóstico precoce de alterações advindas de infecções urinárias sintomáticas ou assintomáticas. Tendo em vista que essas infecções podem estar associadas a hipertensões, pré-eclâmpsia, anemia, corioamnionite, endometrite e septicemias, também podem provocar algumas complicações, como parto prematuro, trabalho de parto, recém-nascido de baixo peso e ruptura prematura das membranas (DUARTE; GERALDO et al, 2002).

Em contraste com essas informações, observamos, segundo dados registrados nos cartões das gestantes, que somente 34,0% das gestantes fizeram o exame de urina I no 1º trimestre de gestação, embora 61,6% tenham iniciado o pré-natal no referido trimestre. Esse dado é preocupante, pois, nesse âmbito, o primeiro aspecto a ser analisado é o motivo da não realização, solicitação ou falta de registro nos cartões quanto ao exame de urina I.

Enfatizando as complicações da gestação, a infecção urinária é uma das complicações mais assíduas, sendo ocasionada pela ação da progesterona e problemas mecânicos associados ao útero gravídico (RESENDE, 2011). Sendo assim, essa variável precisa ser interpretada na atenção pré-natal de Campina Grande-PB.

Resultados semelhantes foram encontrados por Oba e Tavares (1998), em Ribeirão Preto São Paulo. Essa pesquisa constatou que 12 gestantes não fizeram nenhum exame laboratorial, embora 61% das gestantes tivessem iniciado o pré-natal no primeiro trimestre gestacional. Em um estudo mais recente, realizado em Palmas - TO, apenas 5% não realizaram exame de urina I (SILVA, 2009).

Destarte, é possível correlacionar e confrontar essa variável aqui descrita no nosso estudo com uma pesquisa realizada por Silveira et al (2001), na cidade de Pelotas (RS), que analisou fatores associados à solicitação de exames de urina durante a gestação, identificando a prevalência de não realização do exame de urina tipo I em 3% das mulheres pesquisadas. Após análise, foi detectado que a maior possibilidade de não realizar o exame de urina tipo I foi em mulheres negras, pobres,

de baixa escolaridade, solteiras e que realizaram menos de seis consultas pré-natais. Em nosso estudo, um percentual muito elevado (7,1%) não apresentava registro de resultados de nenhum exame de urina na gestação.

Ao observar a tabela 3, podemos perceber uma pequena cobertura para a solicitação do exame de urina tipo I, 32,6% dos cartões apresentavam registro próximo a 30ª semana gestacional.

Corroborando com o encontrado neste estudo, no que preconizam as ações essenciais do PHPN frente à realização de exames de urina, Gardin (2010), em um estudo feito em Guaíçara-PR, encontrou 65% dos prontuários com registro de dois ou mais exames de EAS. Resultado inferior foi encontrado em um estudo realizado em Cachoeirinha-RS, no qual foram analisados 74 cartões de gestantes e apenas 41,3% dos cartões apresentavam exames complementares básicos de forma adequada (JANDREY, 2005).

Nesse contexto, é importante trazer para a discussão deste ponto alguns aspectos patológicos advindos do período gestacional. É pertinente considerar que, segundo Resende (2011), as infecções urinárias nas gestantes é mais frequente, devido às alterações anatômicas e fisiológicas, apresentando maiores probabilidades de progressão para pielonefrite.

Ainda segundo o mesmo autor, a infecção urinária ocorre em 20% das gestações, sendo a maioria no 1º trimestre de gestação. Por isso a necessidade de diagnosticá-la precocemente, impedindo a hospitalização ante parto, sendo uma das responsáveis por aproximadamente 10% das hospitalizações e partos prematuros.

Somando-se à contextualização supracitada, elucida-se que um estudo realizado por Jacociunas e Picoli (2007), o qual mostra que 16% das gestantes apresentaram bacteriúria assintomática no primeiro trimestre de gestação.

Os dados aqui apresentados mostram a ausência da detecção precoce da infecção urinária, principalmente aquelas assintomáticas. Ou seja, a cobertura mostra o quanto essas mulheres, principalmente as que não iniciaram o pré-natal no 1ª trimestre de gestação, estão expostas a infecções urinárias, podendo resultar em prognósticos ruins para mãe e recém-nascido.

4.5 VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*)

Um dos testes sorológicos utilizados para o diagnóstico da sífilis é o teste Antigênicos Não-Treponêmicos, o VDRL, *que identifica a presença do Treponema Pallidum*, um espiroqueta adquirido, na maioria das vezes, através das relações sexuais, da saliva e de transfusões sanguíneas. Sob o viés da atenção PN (pré-natal), podemos citar a passagem transplacentária da mãe infectada para o feto, denominada de Sífilis congênita (SC). Frente às consequências da SC, inserem-se aqui os óbitos intra-uterinos, os óbitos no período neonatal, os abortamentos precoces e a morbimortalidade materna (RESENDE, 2011).

Compreendendo essas repercussões da SC e o aumento considerável entre os países desenvolvidos e industrializados, o Ministério da Saúde, no ano de 1993, lançou o projeto de eliminação da SC, de acordo com o modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), definindo como meta uma incidência menor ou igual a um caso a cada 1000 nascidos vivos (RODRIGUES et al, 2004).

Nessa linha de abordagem, pode-se enfatizar que o pré-natal é um dos procedimentos mais eficazes no rastreamento da sífilis materna (SM) e SC, pois quanto mais precoce a realização do VDRL mais cedo se pode diagnosticar e tratar, evitando assim a transmissão vertical, que pode acontecer em qualquer período da gestação.

Na atual perspectiva, a importância da triagem sorológica para sífilis nas grávidas é facilmente investigada no nível da atenção básica. Assim, é de suma importância realizar uma atenção PN adequada, eficaz e de início precoce, incluindo ações de prevenção e promoção, além de consultas regulares, frequentes e de diagnósticos precoces (ARAUJO et al, 2006; LEITÃO et al, 2009).

Da amostra estudada, identificou-se que 40,9 % iniciaram o PN no primeiro trimestre e realizou tal exame, e 21,4%, realizou dois exames. Resultados próximos são descritos em estudo realizado por Lorenzi et al (2001), demonstrando que 47,8% das gestantes submeteu-se a somente uma sorologia durante toda a gravidez.

Somando-se ao resultado supra descrito, elucida-se que, segundo observou Rodrigues et al (2004) em um estudo multicêntrico nacional sobre soroprevalência de sífilis entre puérperas - desenvolvido no período de 1999 e 2000, com uma

amostra aleatória probabilística de 3 233 puérperas atendidas nas maternidades de referência cadastradas pelo PNDST/ AIDS - apenas 3% realizaram um VDRL no 1º e outro no 3º trimestre de gestação, conforme recomenda o Ministério da Saúde.

Dentro dessa linha de pensamento, é oportuno destacar que Schetini et al (2005) encontrou, na sua pesquisa realizada na maternidade do Hospital Estadual Azevedo Lima, Niterói – RJ, entre janeiro de 2002 e outubro de 2004, alguns números de casos de SC (65, 52 e 44, respectivamente) nos anos 2002, 2003 e 2004. Notadamente, o número de casos de natimortos sífilíticos, óbitos por sífilis e abortos, nos anos desse estudo, foram estatisticamente significante.

Outro estudo que analisou a assistência PN (pré-natal), prestada no município de Florianópolis, encontrou um percentual de 71,8% de VDRL, solicitado no 1ª trimestre, enquanto que 47% e 50,4%, respectivamente, no segundo e terceiro trimestres (ZAGO, 2008).

Mais uma vez verificamos uma magnitude no problema, tendo em vista que apenas 26,3% dos cartões investigados (incluindo o início do PN tanto no 1º trimestre quanto tardio), apresentavam registro de VDRL próximo à 30ª semana, segundo os pilares do PHPN.

A realidade frente à solicitação do VDRL repete-se em outros estudos, como no Centro de Saúde (CS) n.º 2 de Samambaia – DF, no qual em apenas 18,2% dos casos o primeiro VDRL foi realizado no terceiro trimestre de gestação. O mesmo acontece na Maternidade da Fundação Santa Casa do Pará: apenas 13% das puérperas investigadas apresentavam registro com exames de VRDL realizados próximo à 30ª semana de gestação (LEITÃO et al, 2009; ARAÚJO, 2006).

Um estudo, realizado na Grande São Paulo, demonstrou que um percentual de 18% das gestantes as quais iniciaram o pré-natal no segundo trimestre coletaram duas amostras de VDRL, e 82% das que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, realizaram três amostras do exame. (GONÇALVES; ROSELANE et al, 2009).

Com a dimensão apresentada por esses estudos, advertimos que a SC é um problema de saúde pública nacional e internacional, além de forte indicador de qualidade da atenção básica à saúde (BRASIL 2000; LEITÃO et al, 2009). Assim, o acompanhamento do pré-natal, a garantia de acesso ao serviço e a qualificação da assistência pré-natal culminam com uma ferramenta em busca de um diagnóstico precoce, uma eliminação ou um tratamento antes do parto da SC (SARACENI et al, 2007; VITOR et al, 2010).

No Estado da Paraíba foram notificados 636 casos de sífilis congênita, no período de 1998 a junho de 2008. As taxas de incidência em 2002 e 2006 foram 2,0 e 2,2 casos por mil nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2009). Assim, podemos considerar um aumento significativo no número de casos de SC. No ano de 2012, Campina Grande-Pb, através da Coordenação de DST/Aids, já havia notificado 21 casos de SC até o mês de agosto (PMCG, 2012).

No entanto, a universalidade do acesso aos serviços de exames laboratoriais para gestantes parece um pouco remoto, podendo ter como alguns de seus motivos a barreira geográfica e/ou a centralização na marcação dos exames.

O resultado dessa situação demonstrou um estudo no qual se revelou que não existe, na cidade de Campina Grande, uma sede para cada distrito, bem como um sistema de referência para realização dos exames. Além disso, os locais onde são realizados esses exames ficam distantes das unidades de PSF, dificultando, assim, sua realização (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004).

Vale ressaltar que os pré-natalistas devem preocupar-se em solicitar o VDRL quando necessário, conforme preconiza o Ministério da Saúde, para que as prevalências de 1,6% de parturientes com sífilis e as incidências de 2,1 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos (ano de 2006) sejam reduzidas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

4.6 GLICEMIA

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma anomalia diagnosticada pela primeira vez na gravidez, podendo desaparecer após o parto ou trazer certos distúrbios de tolerância à glicose em um determinado tempo (RESENDE, 2011).

Assim, é imprescindível conhecer, enquanto pré-natalista, quais as complicações materna/fetais advindas da diabetes gestacional. Dentre tais complicações, Resende (2011) enfoca: macrossomia, parto cesário por distorcia dos ombros, fratura da clavícula ou lesão do plexo braquial, alterações hiperglicêmicas, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e policitemia nos neonatos.

Outros autores abordam como repercussões do DMG o abortamento espontâneo, os distúrbios metabólicos e respiratórios no feto e no recém-nascido, as más-formações congênitas, a hipoglicemia neonatal, a policitemia e a

hiperbilirrubinemia, o metabolismo mineral e a asfixia (GASPAR; NASCIMENTO, 2004).

Ressaltamos que a DM pode ser considerada o mais comum distúrbio clínico que acomete as gestantes. Seu início e sua duração, durante a gestação, podem ocorrer em cerca de 2% a 4% de todas as gestantes.

Para tanto, sobre as repercussões do DMG, foi observado em um estudo realizado com as parturientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, no qual foram encontradas as mesmas incidências de recém-nascidos grandes entre as diabéticas clínicas e gestacionais.

Destarte, o controle glicêmico é relevante como parte da atenção no PN, tendo em vista que pode possibilitar a prevenção das complicações supracitadas e identificar mulheres com risco de desenvolver diabetes futuramente.

Para este fim, é imprescindível o rastreamento da DMG e este deve ser universal, independente de fatores de risco, sendo os testes laboratoriais mais utilizados: glicemia de jejum, TOTG (teste oral de tolerância à glicose), 75g de glicose e a glicemia casual (BRASIL, 2006).

Ressalva-se que vários estudos vêm contrapondo ao rastreamento universal da DMG, pois existem diversos critérios de diagnóstico e sua incidência pode variar de acordo com a população estudada (MONTENEGRO Jr., 2000; AYACH, 2000; NOGUEIRA et al, 2011).

Em nossa amostra, obtivemos um número muito alarmante em relação ao rastreamento glicêmico. Dentre os cartões de gestante, apenas 58,0% tinham resultados quanto à solicitação de dosagem da glicemia de jejum, independente da idade gestacional do início do pré-natal. Um número muito reduzido (31,4%) de cartões apresentava repetição da glicemia, proporção menor do que a encontrada no estudo de Ribeiro Filho (2001), em Manaus-Am, na qual se detectou um percentual de 64% para a solicitação de repetição da glicemia.

É irrelevante o percentual de gestantes que realizaram o rastreamento glicêmico, conforme os indicadores sugeridos pelo PHPN (2002), pois, para efetivar o adequado acompanhamento a gestante no PN, a solicitação da glicemia de jejum deve contar com um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação.

Em um estudo realizado na cidade de Campina Grande-PB, com os dados gerados no SISPRENATAL nos quatro primeiros anos do programa, de 2002 a 2005,

foi encontrada uma dificuldade em se repetir o exame. O exame de glicemia ficou muito aquém do esperado, já que apenas 15% do total de exames apresentava uma amostra na primeira consulta e somente 5% apresentavam dois exames de glicemia (OLIVEIRA et al, 2006).

Outro estudo, realizado na Maternidade Therezinha de Jesus de Juiz de Fora-MG, corrobora esses resultados. Os autores verificaram um percentual de 31,3% de cartões sem registro de glicemia de jejum. Essa ausência da solicitação de determinados exames pode ser justificada devido à dificuldade de agendamento ou realização do exame, a falha no registro dos profissionais ou até a ausência de solicitação de exames pelo próprio profissional que acompanha a gestante no pré-natal (COUTINHO et al, 2003).

Em um estudo realizado na cidade de Pelotas/RS, com 392 fichas de pré-natal das gestantes, foi observado que 25,3% dos cartões não continham registros dessa variável (QUADRO et al, 2011). O achado desse estudo pode ser reflexo do início do pré-natal tardio, evidenciado pela ausência de rastreamento e diagnóstico do DMG.

4.7 SOROLOGIA ANTI-HIV (VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA)

O HIV é um membro da família do lentivírus, que causa alterações do sistema imunológico, defeitos na imunidade celular, em consequência da redução do número de células T, da destruição celular e de defeitos qualitativos no seu funcionamento (REQUEJO; HENRY, 2006).

Nessa perspectiva, um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil é a infecção pelo HIV entre mulheres. Segundo Brasil (2012), o número de mulheres infectadas pelo HIV tem aumentado, chegando a 1,7 casos em homens para cada um caso em mulheres, no ano de 2010.

Todavia, no que tange às gestantes, a transmissão vertical (TV) é a principal via de infecção pelo HIV. Brasil (2000) enfoca que a transmissão vertical pode ser durante o parto, intra-útero e por aleitamento materno, evidenciando percentuais de 65%, 35% e 7% a 22%, respectivamente.

Em face disso, é importante destacar que mesmo com a inserção do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal, a terapia medicamentosa com administração da zidovudina é fundamental para mulher infectada durante a

gestação e parto, garantida através da Lei 9.313. Entretanto, tais procedimentos não estão sendo suficientes para reduzir a preocupação com esta doença.

Foi observado que, de acordo com os dados encontrados na nossa pesquisa 70% dos cartões apresentavam resultados de testagem para o HIV. É sabido que o PHPN recomenda a oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta. Em nosso estudo, um grande percentual de mulheres (28,6%) não chegou a realizar nenhum exame de testagem de HIV. Esse fato nos faz associá-lo ao percentual de gestantes que não iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação (38,4%). Possivelmente, este fator contribuiu para a ausência de cobertura no que tange essa variável, ou essas mulheres não chegaram a receber o resultado do teste realizado.

Um estudo nacional realizado por Serryua, Lago e Cecatti (2004) para avaliar a experiência da implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no Brasil, com informações referentes aos anos de 2001 e 2002, observou que, frente à variável do teste anti-HIV, as regiões de maior destaque foram Sul e Sudeste. O Estado da Paraíba ficou com a menor média nacional da região Nordeste (8,4%) e a quarta menor média nacional.

Resultados que comparam as falhas desta baixa cobertura do HIV foram encontrados por Oliveira e Takahashi (2011), em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Supervisão de Saúde de Santana/Tucuruvi, zona norte da cidade de São Paulo. Tais resultados apontam que 62% das gestantes realizaram a coleta depois de 10 dias após a solicitação e, em alguns casos, os exames foram realizados 60 dias após a solicitação do exame.

Os mesmos autores relataram ainda que as gestantes as quais realizaram a sorologia para o HIV (91%) não receberam nenhuma orientação/informação, nenhum significado do exame e nem foram informadas sobre as necessidades de práticas preventivas.

Destarte, os dados apresentados em nossa pesquisa mostram a crítica situação do pré-natal frente ao teste anti-HIV. Nessa mesma linha de pensamento, um estudo realizado por Silva, Araujo e Paz (2008) enfocou que o teste anti-HIV, na visão das gestantes, é um ato de amor, parte inerente ao cuidado no pré-natal e na responsabilidade. Faz-se então necessário repensar o quanto essas gestantes estão expostas a essa doença e a possibilidade de TV.

Assim, considerando esse contexto, a variável em discussão nos traz um dado preocupante, pois o pré-natal é um momento para se aproveitarem as oportunidades de aconselhamento, medidas de prevenção, suporte emocional e avaliação de risco, proporcionando assim uma redução nas taxas de TV.

Os resultados de outro estudo recente acerca dessa mesma temática, realizado no Centro de Atenção à Mulher (CAM), no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade do Recife-PE, mostraram que das 300 mulheres do estudo (38,5%) chegaram à triagem para o parto sem o resultado do teste anti-HIV no pré-natal (MORIMURA et al, 2006).

Assim, ainda podemos considerar muito baixa a cobertura de gestantes que realizam a testagem anti HIV, tendo em vista que Brasil (2003) preconiza a realização da testagem anti-HIV na primeira consulta do pré-natal, viabilizando a sorologia e permitindo encontrar uma cobertura próxima a 100,0% da testagem nas gestantes.

Assim sendo, um fator que pode estar gerando falha nas ações de prevenção da TV pode ser justificado pelo fato da atenção básica não possuir recursos tecnológicos mínimos, que garantam efetividade na realização desse teste (SOUZA JR. et al, 2004). Todavia, é necessária uma reflexão mais profunda frente às intervenções preventivas na possibilidade de redução da TV, chegando a níveis de 0% a 2% (BRASIL, 2006).

Entre os anos 2000 e 2009 foram notificados, na Paraíba, cerca de aproximadamente 321 casos de gestantes com HIV (BRASIL, 2012). Entretanto, Araújo e Nogueira (2007) enfocam que um dos problemas que causam o aumento da TV é a falta de organização dos serviços de saúde, principalmente no Nordeste.

Somando-se à ideia supracitada, esclarecemos que as várias repercussões associadas à transmissão materno/infantil podem ser: a alta carga viral materna, a ruptura prolongada das membranas amnióticas, a presença de infecção sexualmente transmissível, o tipo de parto, a prematuridade, os abortamentos, a amamentação ao seio, o baixo peso ao nascer e o trabalho de parto prematuro (TEMMERMAN et al, 1994; DUARTE, 1997).

O reconhecimento do fato que a testagem anti-HIV deve ser feita o mais precoce possível pode minimizar as taxas de infecção perinatal pelo HIV, seja pela vulnerabilidade das gestantes, compatível com a imunodeficiência, pela

promiscuidade sexual ou por serem portadoras ou possuírem história prévia de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) (CASTRO et al, 2001).

Em nível nacional, por exemplo, nos resultados apresentados por Souza Jr PRB et al (2004), referentes a cobertura efetiva da detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, foram encontradas enormes desigualdades socioespaciais, que ficaram evidenciadas na comparação entre as regiões Nordeste (24%) e Sul (72%). Essa mesma pesquisa revelou que as falhas na detecção precoce da infecção pelo HIV podem dificultar a redução na taxa de TV no Brasil.

Assim sendo, é imprescindível fomentar uma expansão e disseminação da testagem anti-HIV, como direito da paciente no pré-natal. Ressaltamos também a necessidade dos sistemas de referência e contra-referência, dos serviços de saúde com os laboratórios que realizam os exames e dos andamentos de coleta para este tipo de exame (MORIMURA et al, 2006).

Considerando assim, vários fatores podem contribuir para a disseminação da infecção pelo HIV e para as consequências materno-fetais, tais como: pobreza, feminização, baixa escolaridade e exclusão social (NEVES, 2005).

Para tanto, diante de tais situações, o Ministério da Saúde propôs, através da Portaria nº 34/05, frente à impossibilidade de resultados imediatos no método de Elisa para detectar os anticorpos anti-HIV, os “testes rápidos”, que permitem a identificação das parturientes portadoras do vírus HIV que não apresentem exame sorológico anterior.

Diante dos resultados dessa pesquisa, observamos que o aconselhamento pré e pós testagem ainda estão sendo realizados de maneira muito lenta. A atenção recebida, o relacionamento interpessoal, entre o pré-natalista e gestante, e o fato de proporcionar o aconselhamento como um processo de escuta qualificada são atos que geram confiança, conforto e segurança.

4.8 HEMOGLOBINA

O exame que fornece o valor da hemoglobina é o hemograma, fundamental para o valor da anemia, que é caracterizada por uma diminuição na concentração de hemoglobina. A anemia fisiológica nas gestantes pode ser explicada pelo aumento excessivo do plasma, frente à produção dos eritrócitos. Nessa conjuntura, é necessário entender que o volume sanguíneo, no período gestacional, aumenta

gradualmente e, como o volume do plasma é maior que a produção de eritrócitos, proporciona uma redução nos valores da hemoglobina e hematócrito (BARROS, 2006).

Segundo Resende (2008), as complicações mais evidentes na gestação, por conta da anemia ferropriva, são: hemorragias puerperais, prematuridade e aumento do risco de mortalidade materna.

Destarte, é necessário diagnosticar, o mais precoce possível, a dosagem de hemoglobina, o VCM (Volume corpuscular médio), o ferro sérico, a ferritina e os antecedentes anamnéticos, durante o período gestacional.

No que se refere à hemoglobina, a mesma foi encontrada em 64,3% dos resultados de nossa pesquisa. Esses resultados ressaltam, mais uma vez, a relação do início do pré-natal com a realização desse exame.

Em um trabalho realizado em Juiz de Fora/MG, não houve registros da dosagem de Hb/Ht em 21,6% dos cartões (COUTINHO et al, 2003). Um outro estudo de coorte retrospectivo, realizado na cidade de Manaus-Am, registrou que 53% apresentavam ausência de registro de exames com hemograma (REZENDE FILHO, 2004).

Outra pesquisa consultada reitera esse achado: 71,8% dos cartões investigados apresentavam solicitação de hemoglobina e hematócrito no 1º trimestre, 48,7% e 53,8% no 2º e 3º trimestres, respectivamente (ZAGO, 2008).

Ao compararmos as duas últimas pesquisas citadas com a nossa, percebemos um percentual bastante reduzido na nossa. Apenas 40,9% dos cartões investigados apresentavam dados de hemoglobina/hematócrito no 1º trimestre, enquanto que somente 23,4% após o 1º trimestre de gestação.

Os resultados da nossa pesquisa mostram, uma falha na cobertura dos registros de dosagem de Hb, frente à prevenção ou diagnóstico da ocorrência da anemia. Tal fato demonstra-se contraditório às diretrizes preconizadas pelo PHPN.

Somando-se à ideia supracitada, elucida-se que, segundo Resende (2011), de 80% a 90% das mulheres grávidas, nos países em desenvolvimento, estão susceptíveis a anemia ferropriva. Essa anemia, por sua vez, aumenta a incidência de complicações na gravidez e parto, aumentando, por conseguinte, as taxas de mortalidade materna.

Dentre os fatores de risco que acompanham a anemia, pode-se destacar: baixo nível sócio-econômico, baixa escolaridade, multiparidade e reservas

insuficientes de ferro. Assim, o consumo de ferro é recomendado a todas as gestantes, tendo em vista o mesmo não ser suficiente na alimentação.

A anemia ferropriva, durante a gestação, pode denotar um quadro clínico de: palidez, astenia, palpitações, depressão, glossite e, em alguns casos, o desejo de comer terra, decorrente da escassez do ferro (BACCHA, 2001). Como consequências deletérias, decorrentes da anemia na gestação, pode-se destacar: reduzida concentração de hemoglobina no RN, prematuridade e baixo peso, podendo desencadear também mortalidade perinatal (VITALLE et al, 2008).

Sobre essa situação, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005, instituiu o Programa de Suplementação de Ferro, com o objetivo de diminuir a anemia ferropriva, mediante a suplementação universal de crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana gestacional e mulheres até o 3º mês pós-parto.

Quanto à prevenção e terapêutica contra a anemia ferropriva, destaca-se o uso do sulfato ferroso, sendo a dose de tratamento dependente da austeridade do mesmo.

Para Brasil (2005), as gestantes deverão manter a suplementação de 40mg por dia de ferro elementar, e de 5 mg de ácido fólico na ausência de anemia ($Hb >$ ou $=$ a 11g/dl), a partir da 20ª semana de gestação. Esta dosagem deverá ser iniciada na 20ª semana de gestação, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez. Na anemia leve a moderada ($Hb < 11$ g/dl e > 8 g/dl) a dose é de 3 a 6 vezes ao dia, quanto à dosagem de $Hb < 8$ g/dl referir ao PN de alto risco.

Aliado à suplementação de ferro, o pré-natalista deve prover ações educativas na tarefa de promoção e prevenção de agravos, com vistas a alimentações regionais ricas em ferro, vitamina C e hábitos alimentares saudáveis.

Visando a importância da suplementação de ferro e o pré-natal adequado, um estudo realizado por Mattos, Stein e Wichmann (2007) concluiu que a prevalência de anemia encontrada em gestantes foi muito elevada, sendo o pré-natal inadequado fator contribuinte para essa ocorrência. Outro fator curioso nesse estudo foi o fato de 62,6% das gestantes não receberam orientações sobre hábitos alimentares, sendo que 68,9% delas eram anêmicas.

Nessa conjuntura, os resultados do nosso estudo tornam evidente a vulnerabilidade de algumas gestantes que não conseguiram acessibilidade ao PN no início da gestação. Há também a necessidade de se repensar que as Unidades

Básicas de Saúde fornecem gratuitamente o sulfato ferroso, fortalecendo também ações que minimizem prognósticos negativos decorrentes da anemia ferropriva.

4.9 ABO/Rh

Os antígenos ABO e Rh são bastante importantes no processo de gestação. Gestantes Rh - negativo que têm cruzamento com indivíduos Rh-positivos, ao gerarem conceitos Rh – positivos, podem ser sensibilizadas, produzindo anticorpos anti-Rh. Esses anticorpos podem cruzar a barreira placentária e causar anemia hemolítica perinatal, através da hemolização dos eritrócitos fetais (RESENDE, 2011).

O mesmo autor enfoca que a doença hemolítica perinatal (DHPN) ou eritroblastose fetal e do recém-nascido, afecção generalizada que se acompanha de anemia hemolítica e hiperbilirrubinemia no recém-nascido, acomete, raramente, 5% do primeiro filho. Mesmo assim, faz-se necessário investigar, desde a primeira gestação, a incompatibilidade de grupo sanguíneo materno-fetal, em busca da possibilidade da ocorrência de isoimunização.

Por meio dos resultados encontrados, deve-se ressaltar que 88,00% apresentavam registros da tipagem ABO-Fator Rh. Trata-se de um percentual pouco expressivo, tendo em vista que o resultado desse exame favorece a uma profilaxia da sensibilização materna, em casos de gestantes RhD (-).

O mais alarmante é que, somente no 1º trimestre, obtivemos apenas 59,1% dos cartões com dados referentes ao registro da tipagem ABO-Fator Rh. Destarte, observa-se que, frente ao exame de ABO-Rh, quem iniciou o pré-natal no primeiro trimestre realizou esses exames de uma vez, enquanto quem não iniciou o pré-natal no primeiro trimestre não realizou tais exames.

Mesmo que a gestante já tivesse realizado tal exame em gestações anteriores, esse resultado deveria estar contido no Cartão da Gestante que, segundo o PHPN, deve ser solicitado na primeira consulta.

Em nossa pesquisa, 10% das gestantes não portavam a tipagem ABO-Rh. Em outra investigação, realizada com 370 cartões de gestantes que estavam no atendimento ao parto a termo, os autores verificaram que 93% delas portavam tipagem ABO-Rh (COUTINHO et al, 2010). Dados contestados também em outro estudo, realizado em Caxias do Sul através do Sis prenatal, no qual se obteve um percentual de gestantes com resultados de 84,2% que realizaram um a vez o exame

(VAZ, 2006). Em concordância com Vaz estão Assad e Rech (2010), com resultado muito inferior apenas (29.2%) das gestantes tinham seu tipo sanguíneo e fator RH registrados em prontuário.

Ressaltamos que um número muito elevado de morbimortalidade perinatal tem se destacado, quando não é detectada anemia fetal, devido à ação dos anticorpos maternos anti-Rh. Assim, com a profilaxia a imunoglobulina anti-D, pode-se impedir a isoimunização RhD. Destaca-se aqui a administração de anti-Rh no puerpério e anti-parto, com redução considerável nos últimos anos (MIYADAHIRA, 2000; RESENDE, 2011).

Outro trabalho de pesquisa que evidencia o destaque na avaliação do pré-natal, frente aos exames laboratoriais, foi realizada por Gardin (2010). A pesquisa intitulada “*Avaliação da atenção ao pré-natal às gestantes no PSF: o caso de Guairaçá – PR*” evidenciou que, em relação ao exame de ABO-fator Rh, todos os prontuários (100%) analisados apresentavam seu registro.

Cita-se ainda, como forma de validar a importância do conhecimento do sistema ABO – Rh de todas as gestantes, o estudo de Rangel (2005) realizado com onze municípios: Itapema, Balneário Camboriú, Camboriú, Itajaí, Bombinhas, Ilhota, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Piçarras e Porto Belo, apresentando uma proporção de 54,2%, 33,1%, 24,8%, 17,7%, 0%, 0%, 4,3%, 0%, 2,8%, 0%, respectivamente, não contendo resultados desta variável.

Os resultados apresentados por Chein et al (2005) apontam que os indicadores da assistência pré-natal, preconizados pelo MS, não foram contemplados na sua maioria pelo PSF, no Município de São José de Ribamar-MA, tendo os exames do sistema ABO-Rh só verificados em 82,7% das gestantes.

4.10 VACINAÇÃO ANTITETÂNICA

Outro requisito que se relaciona às ações essenciais preconizadas pelo PHPN diz respeito ao tétano materno e neonatal. A imunização deve acontecer em todas as mulheres em idade fértil, com três doses de vacinas DT (dupla tipo adulto) ou TT (toxóide tetânico). A cobertura vacinal é um importante indicador da qualidade da atenção pré-natal

Segundo o PHPN, antes do parto a gestante precisa ter tomado pelo menos duas doses de vacinas (dose imunizante), ou se a última dose tiver sido há mais de

cinco anos, pelo menos uma dose de reforço. Em geral, a cada 10 anos o adulto deve receber uma dose de reforço (BRASIL, 2001).

Tabela 4 - Distribuição da imunização antitetânica, segundo registro no cartão da gestante. ISEA. Campina Grande-PB, 2012. (n=349).

<i>Vacina Antitetânica</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>
Não continha informações	74	21,02
Imunizada	130	36,93
Imunizante	35	9,94
Dose de reforço	113	32,10

Fonte: Dados da pesquisa.

O tétano é uma doença não contagiosa, não transmissível e grave, causada por uma *neurotoxina* produzida pela *Clostridium tetani*, bactéria encontrada comumente no solo sob a forma de esporos (formas de resistência). Essa bactéria está relacionada aos partos e abortos inseguros, com o uso de instrumentos contaminados no coto umbilical do recém-nascido ou ao fazer uso de substâncias como: teia de aranha, pó de café, dentre outras (RIBEIRO, 2011).

Quanto à vacina antitetânica, verificou-se que a maioria das gestantes estava imunizada (36,93%) ou havia tomado a dose de reforço (32,10%). 9,94% das gestantes haviam tomado a dose imunizante.

É expressivo o número de cartões sem dados de registro de vacina antitetânica (21,02%). Outro estudo realizado na cidade de Pelotas-RS, no ano de 1993, observou que, em relação à vacinação antitetânica, 34% das gestantes não tinham recebido nenhuma dose de vacina, e nas que haviam sido vacinadas, cerca de 50% receberam uma imunização era inadequada (HALPERN et al, 1998).

Um estudo realizado por Oba e Tavares (1998), na cidade de Ribeirão Preto – SP, no mês de julho de 1995, com o objetivo de analisar o registro da assistência prestada às gestantes usuárias de uma Unidade, observou que 74% dos prontuários não constavam nenhuma informação sobre a imunização anti-tetânica, anterior ou atual.

Dias-da-Costa (2000) constatou, em sua pesquisa sobre as características da assistência à gestação, que a cobertura de vacinação antitetânica foi de 61,6% em 1997, enquanto que no primeiro semestre de 1998 este percentual aumentou para 80%.

Todavia, em um estudo realizado por Silveira, Santos e Da Costa (2001), o percentual de ausência de informação foi de 41%. Uma pesquisa desenvolvida na rede pública do município de Cachoeirinha-RS, em 2003, com 75 cartões de gestante, revelou que 30% e 14%, respectivamente, dos cartões não possuem registro de vacinação antitetânica e imunização incompleta.

Em um estudo realizado por Coutinho et al (2003), em metade dos Cartões de Gestantes (57,6%) não houve registro de vacinação antitetânica, caracterizando cobertura inferior a encontrada em nosso estudo.

Frente a esse contexto, o Programa Nacional de Imunização (PNI), assegura a prevenção mediante imunizações. No caso específico das gestantes, merece destaque a vacinação voltada ao controle do tétano neonatal. Assim, a forma de prevenção para o tétano é a imunização adequada.

Posto isso, faz-se necessária a intensificação da vacinação antitetânica, pois o tétano neonatal, mesmo apresentando um decréscimo na sua incidência, ainda é um problema de saúde pública, principalmente nas Américas, com índice de 25% de mortalidade infantil, sendo ainda o responsável por muitas mortes neonatais (VIEIRA; OLIVEIRA; LEFEVRE, 2006).

Assegura-se que, muitas vezes, as crianças têm mais privilégios frente à extensão vacinal, do que as gestantes ou mulheres em idade fértil (VIEIRA, OLIVEIRA, LEFÈVRE, 2006). Frente a esse contexto, pode-se inferir uma associação direta com número mínimo de consultas do PN, início precoce do PN, relação profissional-gestante-família e ações educacionais, ações estas essenciais na prevenção e promoção do tétano neonatal.

Quanto à análise dos dados do Brasil (2012), em duas décadas, temos no Nordeste 829 casos notificados de tétano neonatal, no período de 1990 a 1999 (média de 82,9 casos ao ano), 83 casos de 2000 a 2009 (8,3 casos/ano) e três casos em 2010, notificados nos estados do MA e BA. Em 2002 foram notificados os últimos casos na PB.

Conforme se verifica, vários autores enfocam (MATTOS et al, 2003), que muita oportunidade de vacina contra o tétano em gestantes é perdida na ocasião do pré-natal, pode-se inserir aqui: baixo nível de escolaridade, residir em zona rural e desarticulação do serviços.

Outro trabalho de pesquisa que evidencia o destaque frente à Avaliação da Implantação de Programa de Atenção Pré-Natal, no Município de Curitiba, Paraná,

Brasil. Um estudo em corte de primigestas observou que a aplicação da vacina antitetânica foi relatada por 91,0% das entrevistadas, sendo que 84,0% receberam duas doses ou mais. Nos registros, a informação da aplicação da vacina antitetânica, presente em 87,2%, fazia menção à aplicação de duas ou mais doses em 81,4% desses. (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Um estudo cujo objetivo de verificar a cobertura vacinal das gestantes residentes em dois municípios do Estado de São Paulo, e comparar as coberturas obtidas entre os cartões de vacinação, da gestante e o SISPRENATAL, mostrou que, em Espírito Santo do Pinhal, a cobertura vacinal através do cartão de vacinação e de gestante, foi de 48,5% e 45,5%, respectivamente. Em Mogi Mirim apresentou diferença de 38,5% (39,3 e 0,8%, respectivamente) (ALMEIDA; OZAKI; BENEDITO, 2007).

Portanto, essa variável remete-nos a uma preocupação, tendo em vista o número elevado de cartões que apresentam dados inerentes à vacinação. Assim, os pré-natalistas devem desenvolver condutas, orientações e intervenções junto às gestantes, de modo a fornecer um atendimento que vise às particularidades inerentes a cada gestante e, no caso da vacina antitetânica, intensificar a importância da prevenção primária.



CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou analisar o cumprimento das ações essenciais preconizadas pelo Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento, a partir dos registros no cartão da gestante.

O panorama apresentado pela análise dos dados revelou que o município de Campina Grande apresenta uma baixa cobertura frente aos critérios estabelecidos pelo PHPN. Esses critérios são diretamente destinados às gestantes, oferecendo-as uma consulta qualificada, com intuito que a gestação se desenvolva com segurança, e protegendo-as de qualquer risco, reduzindo as taxas de mortalidade materno-fetal.

Observou-se que, no registro dos cartões das gestantes, o início do pré-natal ainda é um pouco remoto, visto que apenas 61,6% tiveram acesso à atenção pré-natal no primeiro trimestre. Contudo, esse dado sugere uma preocupação, uma vez que toda gestante tem o direito a um pré-natal precoce e de qualidade.

Destaque-se também, que o início tardio do pré-natal, reduz a possibilidade de suplementação periconcepcional e durante o primeiro trimestre de gravidez, acometendo a uma possível anemia por falta de folato (ácido fólico), aumentando tanto o risco de ocorrência como o de recorrência para os defeitos do tubo neural.

Foi observado que 66% dos cartões apresentavam entre uma a três consultas de pré-natal no primeiro trimestre. Por conseguinte, 6,0% e 15,8% (respectivamente) apresentavam dados de nenhuma ou somente uma consulta no segundo trimestre. Sugerimos então que sejam realizados estudos acerca do tema, buscando analisar as principais dificuldades enfrentadas pelas gestantes ou pré-natalistas para se fazerem presentes em, no mínimo, seis consultas de pré-natal.

Algumas variáveis merecem destaque no estudo como, por exemplo, a associação positiva entre o início do pré-natal com a realização de todos os exames laboratoriais e vacinas preconizados pelo PHPN. Torna-se evidente que quanto mais precoce for o início do pré-natal, maior a possibilidade das gestantes realizarem todas as ações preconizadas pelo PHPN.

No que se refere aos exames laboratoriais, destacamos os resultados mais alarmantes, como o caso do exame de urina tipo I, no qual 34% e 32,6% dos cartões, apresentavam registro no primeiro trimestre e próximo à 30ª semana de gestação. Um dado bastante preocupante remete ao resultado do exame de VDRL, cujo se observou que apenas 40,9% dos cartões analisados apresentavam registro

desse exame no primeiro trimestre de gestação. Alguns resultados desfavoráveis foram encontrados em certos cartões investigados, nos quais a glicemia de jejum foi registrada somente em 58,0% e apenas 31,4% apresentavam repetição da glicemia. No caso do exame da hemoglobina e da tipagem ABO-Fator Rh, 64,3% e 88% (respectivamente) apresentavam registro nos cartões das gestantes.

Na sua totalidade, quando avaliamos as variáveis isoladas, obtivemos percentuais suficientes, mas não satisfatórios, a exemplo da variável anti-HIV, na qual foi encontrado somente 70% de registro nos cartões.

Deve-se destacar que na variável vacinação antitetânica houve uma ausência de registro (21%) considerada significativa, impossibilitando determinar o real cenário frente à cobertura vacinal. Ademais, enfatizamos a oportunidade de serem realizadas novas pesquisas sobre essa temática possibilitando descobertas frente às limitações e/ou dificuldades.

Sendo assim, apesar de Campina Grande ter implantado o PHPN há mais de 10 anos, o programa ainda apresenta lacunas, impostas possivelmente pelo acesso, pela disponibilidade da atenção pré-natal e pela organização dos serviços, cabendo uma reflexão importante sobre esses instrumentos numa perspectiva de assistência integral e individualizada ao público alvo.

O acesso, nos termos que este estudo vem colocando, nos demonstra ser deficiente, não proporcionando uma postura acolhedora às gestantes. A fragilidade da organização dos serviços e a disponibilidade da atenção pré-natal sugerem a falta de integração entre a assistência, os registros, os encaminhamentos, na demora do resultado dos exames, na falta de informação da comunidade frente à importância do início precoce ao pré-natal. Todos esses aspectos prejudicam a qualidade do mesmo e dificultam o trabalho dos profissionais de saúde, já que estes são necessários para complementar a consulta de pré-natal.

Convém ressaltar que, apesar do PHPN preconizar as ações essenciais, é necessário que a articulação das políticas públicas de saúde da mulher seja imbuída de necessidades e expectativas para cada indivíduo.

Dessa forma, há necessidade de se pensar na vulnerabilidade dessas gestantes que não conseguiram acesso a estas ações de suma importância, o que pode promover autonomia e atendimento voltado para as peculiaridades de cada sujeito, culminando com uma assistência integral à saúde.

Para tanto, por meio de uma reflexão crítica frente aos dados encontrados, trazemos como sugestão a implementação de um protocolo de atenção integral à saúde da mulher, que, juntamente com as ações essenciais preconizadas pelo PHPN, possam maximizar e melhorar a atenção à gestante.

Espera-se que outros estudos, envolvendo gestores, pré-natalistas e comunidade, possam colaborar para uma avaliação em busca de estratégias que fortaleçam a atenção básica frente à assistência pré-natal.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. F.; OZAKI, L. M. T. R.; BENEDITO, M. A. M. Cobertura vacinal contra tétano e o pré-natal. **Conexão IESF**. v.1, n. 2., jan-jun/2007.

ARAÚJO, E. C. et al. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, p. 119-25. 1999. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/artigos/1999/J%20Pediatr%201999%2075%20%282%29%20119-125.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2012.

_____. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 20, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2012.

ARAÚJO, L. M.; NOGUEIRA, L. T. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 396-9. jul-ago. 2007.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

ASSAD, F.M.; RECH, C. R. A. Avaliação da atenção pré-natal na unidade básica de saúde de São Bernardino – SC. **Rev. Saúde Públ.** Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/75/119>>. Acesso em 09 dez. 2012.

ATHAYDE, M. C. O. **O movimento feminista nas páginas dos jornais feministas do Brasil e da Argentina: Nós Mulheres, Mulherio e Persona em cena. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**, UFSC. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.

AYACH, W. Comparação entre a glicemia de jejum associada aos fatores de risco e o teste oral de tolerância à glicose simplificado no rastreamento do diabetes gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. v.22, n.5, p.313-313. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n5/12199.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

BARBOSA, M. A. **Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato**. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Guarulhos, São Paulo, 2007.

BARCHA, C. A. Anemias carenciais e gravidez. **Femina**. v.28, n.26, p.397-401, julho, 2001.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal**. São Paulo: Manole, 2006.

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Revista Cogitare**, v. 9, n. 2, p. 23-31, jul.-dez./2004. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1713/1421>>. Acesso em: 08 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Casos confirmados de tétano neonatal**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2010 [Internet]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_conf_tetano_neonatal_1990_2010.pdf>. Acesso em 22 ago. 2012.

_____. **Assistência ao pré-natal**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico. 3.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 562 de 01/06/2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 570 de 01 de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 571 de 01 de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 572 de 01 de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, Apr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 730/GM Em 13 de maio de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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, 2006.

_____. 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, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Programa em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes, 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerperio: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (normas e Manuais Técnicos. Série A. Direitos Sexuais e direitos reprodutivos. Caderno nº 5).

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico AIDS e DST**. Ano IV, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. 2010. <<http://pt.scribd.com/doc/39332619/Boletim-Epidemiologia-Dstaid-2010-MS>>. Acesso em: 02ago2012.

_____. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em 02 ago. 2012.

_____. **Consultas de pré-natal crescem 125% em seis anos**. Portal da Saúde – SUS, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11281>. Acesso em 25 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Sífilis**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_pb_relatorio_de_situacao.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2012.

BRUGGEMAN, O. M.; PARPINELLI, M. A. Utilizado as Abordagens Quantitativas e Qualitativas na Produção do Conhecimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 3. p. 563-568. 2008.

BUCHABQUI, J. A.; ABEICHE, A. M.; BRIETZKE, E. Assistência pré-natal. In: **Rotinas em obstetrícia**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

CAMPOS, J. J. B. et al. Cartão da gestante: uma análise sob o ponto de vista dos médicos do município de Londrina. **Semina. Ci. Biológicas/Saúde**, v.17,n.2, p.149-157. jun 1996.

CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. **O Pré-Natal e a atenção a saúde da mulher na gestação: um processo educativo?**. Universidade de Brasília – Departamento de Saúde Coletiva, 2007.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup2: p. S220-S230, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/17.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

CARVALHO, G. M. et al. Análise dos registros nos cartões das gestantes de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. **REME – Rev. Min. Enf**, v. 8, n. 4, p. 449-454, out/dez, 2004.

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. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. [online]. v.7, n.3, p. 309-317. 2007.

CASTILHO-PELLOSO, M. P. et al. Monitoramento de gestantes com toxoplasmose em serviços públicos de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, n. 6, 2005.

CHEIN, M. B. C. et al. Avaliação da assistência pré-natal realizada pelo Programa de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, v.6, n. 3, p. 15-18, set-dez, 2005. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_6_3_SET_DEZ_2005.pdf#page=13>. Acesso em 11 set. 2012.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.

COSTA, E. S. et al. Alterações Fisiológicas na Percepção das Mulheres durante a Gestação. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, Abr./Jun., 2010.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Set. 2012.

COUTINHO, T. **Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG: análise do processo.** 2006. 249f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2006.

CUNHA, M. A. et al. Assistência Pré-Natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Ana Nery Rev. Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2009.

DIARIO DO BREJO. **Ações e serviços querem reduzir mortalidade materna na PB.** Disponível em: <<http://diariodobrejo.com/acoes-e-servicos-querem-reduzir-mortalidade-materna-na-pb>>. Acesso em 30 abr 2012.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 329-36. 2000.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2011.

DUARTE G. et al. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.24, n. 7, Rio de Janeiro, ago.2002.

DUARTE, S. J. H. **Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT.** 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem), Ribeirão Preto, 2010.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FAJARDO, M. L. et al. Equipe de colaboração. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 1998.

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 11, n. 2, p. 424-8. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 24 set. 2012.

GARDIN, V. M. F. **Avaliação da atenção ao pré-natal às gestantes no PSF: o caso de Guairacá – PR**. 2010. 76f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

GASPAR, C. N.; NASCIMENTO, M. J. P. Repercussões da Diabetes materna no neonato. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 5, p. 57-61. 2004.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONCALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A.. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.25, n.11, p. 2507-2516. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/20.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

GONÇALVES, R. 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, p. 349-53. maio-jun/2008.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11Apr. 2012.

GUIA CAMPINA. **ISEA Completa nesta sexta-feira 60 anos de fundação**. 2011. Disponível em: <<http://guiacampina.uol.com.br/deoutrossites/guia/layout.php?id=69156>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

HAAS, C. N. **Avaliação dos registros da assistência pré-natal, segundo diretrizes do programa de humanização no pré-natal e nascimento, na estratégia saúde da família Jardim Cascata em Porto Alegre, RS**. 2011. 46f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jul 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Set. 2012.

HOGA, L. A.; REBERTE, L. M. Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. v.59, n. 3, p. 308-31.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a11v59n3.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2012.

IBGE – Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisas.php>> Acesso em: 20 de outubro de 2012.

IPARAIBA. **PMCG registra 21 casos de sífilis transmitida da mãe para o filho e realiza seminário.** Portal Iparaíba. 2011. Disponível em: <<http://www.iparaiba.com.br/noticias.php?noticia=207245&categoria=38&titulo=pmcg+registra+21+casos+de+sifilis+transmitida+da+mae+para+o+filho+e+realiza+seminario>>. Acesso em 11 ago 2012.

JACOCIUNAS, L. B., PICOLI, S. U. Avaliação de Infecção Urinária em Gestantes no Primeiro Trimestre de Gravidez. **RBAC**, v. 39, n. 1, p. 55-57, 2007. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_01/rbac_39_1_13.pdf>. Acesso em 08 ago. 2012.

JANDREY, C. M. **Avaliação da qualidade do processo de assistência pré-natal na rede pública do município de Cachoeirinha/RS.** 2005. 56f. Monografia (Especialização e Gestão em Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

JENERAL, R. B. R. **Vivenciando um futuro incerto:** a vivência da gravidez em uma comunidade. São Paulo: USP, 2000.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 aug. 2012.

LANDERDAHL, M. C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 1, p. 105 - 11. mar; 2007.

LEAL, M. C. et al. Uso do índice de Kotelchuck e modificação 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. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 1, p. 63-72, 2004.

LEITÃO, E. J. L. et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. **Com. Ciências Saúde**.v.20, n. 4, p. 307-314.2009.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 50-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/06.pdf>>. Acessado em 23 maio 2011.

LEITE, S. R. R. F. **Avaliação dos serviços de pré-natal e planejamento familiar do ambulatório da mulher do CAM – IMIP**. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil), Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, 1995.

LIMA, A. P. S. **A humanização do cuidado pré e pós-natal em uma organização não governamental**. 2010. 351f. (Especialização em Psicologia) Programa de Pós Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2010.

LOPES, S. Campina Grande e a Mania de Grandeza. **Portal Diário da Borborema**. 2011. Disponível em: <http://www.diariodaborborema.com.br/2009/10/11/cotidiano2_0.php>. Acesso em: 23 out. 2011.

LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 647-652, nov./dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001001000006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2012

LOWDERMILK, D. L. et al. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed. 2002.

MALDONADO, M. T. P. **Nós estamos grávidos**. 8.ed. São Paulo: Saraiva. 1996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n. 11, p. 2473-9. 2006.

MATEI, E. M.; CARVALHO, G. M; SILVA, H; MERIGHI, M. A. B. **Cadernos**. Centro Universitário São Camilo. São Paulo, v.9, n.2, p. 16-26, abri/jun. 2003.

MÁTTAR NETO, J. A **Metodologia Científica na Era da Informática**. São Paulo: Saraiva, 2003.

MATTOS, K. M.; STEIN, A. T.; WICHMANN, F. M. A. A qualidade do pré-natal e o reflexo na anemia ferropriva em um serviço de atenção primária. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, Jan./Jun. 2007. <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v21n1qualidade_pre_natal.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012.

MATTOS, L. M. B. B. et al. Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Brasil. Rev. Panam. Salud Publica**, v. 14, n. 5, 2003.

MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. (Orgs.). **Dez anos do PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer - Suas Vozes**. 20. ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

MIYADAHIRA, S. Prevenção da aloimunização RH. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 46, n. 4, Oct. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302000000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Set. 2012.

MONTENEGRO JR, R. M. et al. Protocolo de detecção, diagnóstico e tratamento do Diabetes mellitus na gravidez. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 520-527, out. dez. 2000.

MORIMURA, M. C. R. et al. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.6, suppl.1, p. s69-s76. 2006.

NAGAHAMA, E. E. I. et al. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 173-179, jan, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/18.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de Humanização do pré-natal e nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2: 191-197, abr. / jun., 2007.

NEVES, L. A. S. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/aids: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas**. 2005. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Ribeirão Preto, 2005.

NOGUEIRA, A. I. et al. Diabetes Gestacional: perfil e evolução de um grupo de pacientes do Hospital das Clínicas da UFMG. **Rev. Med Minas Gerais**, v. 21, n. 1, p. 32-41. 2011.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-59, 2000.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto - SP. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 53-61, jan 1988.

OLIVEIRA, C. M. S. et al. Programa de humanização no pré-natal e nascimento no município de Campina Grande-PB. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 9°. **Anais...** 2006.

OLIVEIRA, R. N.; TAKAHASHI, R. F. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. **Saúde Coletiva**, v.08, n. 54, p. 234-238. 2011. <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84221108003.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

OMS et al. **Estimativa do número de mortes maternas, risco de morte materna e razão de mortalidade materna para o ano 2000**. Disponível em:<<http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>>. Acesso em: 29 Jul.2012.

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 de Saúde Materno Infantil**, v. 8,n. 1,p.113-2, Jan- Mar.2008.

PARAÍBA. Secretaria Estadual da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Sistemas de Informações sobre Mortalidade. **RMM no Estado no ano de 1999-2002**. João Pessoa; 2003.

PIVA, A. N. A melhoria da qualidade dos serviços de enfermagem. **Acta Paul. Enf**, São Paulo, v 13, número especial, Parte I, p. 190-196, 2000. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp1/pdf/art23.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

QUADROS, L. C. M. et al. Avaliando a realização de exames laboratoriais pelas gestantes durante o pré-natal. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 99-106. jan./mar.; 2011.

QUEIROZ, Á. M.; GAGLIANI, G. L. H Estudo epidemiológico do tétano acidental no Brasil **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 8, n. 15, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://revista.lusiada.br/files/u2011v8n15e56.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2012.

REIS, E. J. F.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, 6 (1): 50-61. 1990.

REQUEJO, H. I Z. Worldwide molecular epidemiology of HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Set. 2012.

REZENDE FILHO, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RIBEIRO FILHO, B. **Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM**.2004.93f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo cruz. 2004.

RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARAES, M. D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 16, n. 3, Set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000900003 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set. De 2012.

RUDGE, M. V. C. et al. Perspectiva perinatal decorrente do rígido controle pré-natal em gestações complicadas pelo diabete. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**; v. 17, n. 1, p. 26-32, jan.-fev. 1995.

SALA, A. **A avaliação de programas de saúde**. In: Programas em Saúde Hoje. Org. L. B. Schraiber, 2 ed. São Paulo: Hucitec; p.117-137, 1993.

SANTANA, T. C. F. F.; COELHO, T. C. Bahia. Planejamento familiar e integralidade em um sistema municipal de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 214-225 jul, 2005.

SANTOS NETO, E. T. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Mar. 2012.

SANTOS, A. L. et al. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Rev. RENE**, v.11, n. esp. p.61-71. 2010.

SARACENI, V. et al. Vigilância da sífilis na gestação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 103-111.2007.

SCHETINI, J et al. Estudo da prevalência de Sífilis Congênita em um hospital da rede SUS de Niterói – RJ DST.**J. Bras Doenças Sex Transm**,v. 17, n. 1, p. 18-23, 2005. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista17-1-2005/estudodaprevalencia.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set-out, 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.26, n. 7, p. 517-24. 2004.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Apr. 2012.

SILVA, J. L. C.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.17, n.3, março, 2005.

SILVA, L. F. N. **Reorientação do Gerenciamento de Risco Hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.** 2009. 76f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas, Ciência e Tecnologia e Inovação) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

SILVA, M. B.; MONTEIRO, P. S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 21-30.2010. Disponível em: <http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2010Vol21_1art04adequacaoprenatal.pdf>. Acesso em 29 jul.2012.

SILVA, N. M. L.; BEZERRA, M. L. A. F.; LIMA, M. F. C. Grupo de gestantes: uma forma de propiciar conhecimentos as futuras mães. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61°. **Anais...** 3047-1/2. 739, 2009.

SILVA, R. M. O.; ARAUJO, C. L. F.; PAZ, F. M. T. A realização do teste anti-hiv no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145200800400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Set. 2012.

SILVA, R.P. **Pré-natal:** conhecendo práticas de atuação do enfermeiro na estratégia saúde da família. 2011. 53f. Monografia (Graduação em Enfermagem) Faculdade de Ciências Médicas: Campina Grande, 2009.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. Atenção ao pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, jan/fev. 2001. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 09 jan. 2011.

SOARES, M. C. S. et al. Importância da consulta ginecológica para controle e prevenção de vulvovaginites. In: COSTA, A. P. (Org.). **Diálogos da Enfermagem: Saúde da Mulher - estudos, vivências e atuações.** João Pessoa: Ideia, 2010.

SOUZA JÚNIOR, P. R, et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 764-772. 2004.

SOUZA JUNIOR, P. R. et al. HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Project, Brazil, 2002. **Rev. Saude Publica.** v.38, n. 6, p. 764-72. 2004.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORONI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 15, n. 02, 2007. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169200000200022&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 03 Abril 2010.

STEPHAN-SOUZA, A. I. Relendo a Política de Contracepção: O olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 208-224, jul. /set. 1995.

SUCCI, R.C.M. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jul 2012.

TAKEDA, S. **Avaliação de unidade de atenção primária**: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

TREVISAN, M. R.; ARAÚJO, D. R. S. DE LORENZI, N. M.; ÉSBER, K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 24, n.5, junho. 2002.

UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov-dez, 2002.

VAZ, V. D. **Compatibilidade entre os dados do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN) de Caxias do Sul com os disponibilizados pelo Ministério da Saúde**. 2006. 52f. Monografia (Especialização em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

VIANA, R.C; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna –uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde** - 22 Sup 1:S141-S152, 2011. Disponível em: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2011Vol22_16mortalidade.pdf

VÍCTOR, J. F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 1, p. 113-9. 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a14.htm>>. Acesso em: 29 Jul.2012.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 1, Apr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2001000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Aug. 2012.

VIDO, M. B. **Qualidade de vida na gravidez**. 2006.98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Guarulhos, São Paulo, 2006.

VITALLE, M. S. S.; FISBERG, M. Deficiência de Ferro Entre Adolescentes. **Jornadas Científicas do NISAN**. 1 Ed. São Paulo: Manole, 2008.

XIMENES NETO, F.R.G. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 3, São Paulo, p. 278-285, maio/jun.2007.

ZAGO, F. E. **Análise do cartão da gestante de pacientes no puerpério imediato atendidas na maternidade Carmela Dutra**. 2008. 56f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade federal de Santa Catarina.2008.



APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE CAPTAÇÃO DOS DADOS NO CARTÃO DA GESTANTE**Nº DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:** _____**DADOS IDENTIFICATÓRIOS:****1 Consultas de Pré-natal Realizadas**

Início de pré-natal no 1º Trimestre 1() sim 2 não ()

Idade gestacional _____

Quanto registros consultas no 1ª TRI _____

Quanto registros consultas no 2ª TRI _____

Quanto registros consultas no 3ª TRI _____

2 EXAMES LABORATORIAIS:

Quanto registros de exame comum de Urina _____

Quanto registros de VDRL _____

Quanto registros de Glicemia _____

Quanto registros de HIV _____

Quanto registros de hemoglobina _____

Quanto registros de ABO-Rh _____

3. Nº DE DOSES DE VACINA ANTITETÂNICA

Imunizada _____

Dose imunizante, segunda, do esquema _____

Dose de reforço em mulheres já imunizadas _____

APÊNDICE B – Termo de Compromisso do Pesquisador

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**Pesquisa:**

Eu, Aleksandra Pereira Costa, portador do RG 770 377 – SSP/PI Comprometo-me cumprir integralmente o que orienta a Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Aleksandra Pereira Costa



ANEXOS

ANEXO A – Cadastramento da Gestante

 MINISTÉRIO DA SAÚDE	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO	 CAMPINA GRANDE Universidade de Campina Grande
---	--	---

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade de Saúde 3. Nome do Município CAMPINA GRANDE 5. Sigla da UF PB	2. Código da Unidade no SUS 4. Código do Município no IBGE 250 400-9 6. Código da UT no IBGE 25
--	--

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. N.º da Gestante no SISPRENATAL 25 / 9. Nome da Gestante 11. Nome da Mãe da Gestante 12. Endereço Residencial <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Número</td> <td style="width: 25%;">Complemento</td> <td style="width: 25%;">Bairro</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Município</td> <td style="text-align: center;">UF</td> <td style="text-align: center;">CEP</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>	Número	Complemento	Bairro						Município	UF	CEP		8. Gestante Acompanhada pelo PSF Cod. da Área Município ☐ Sim ☐ Não 10. Data de Nascimento
Número	Complemento	Bairro											
Município	UF	CEP											

Preencher com apenas um dos seguintes documentos (item 13 a 17)

13. N.º do Cartão BUS 15. Certidão de Nascimento ou Casamento Nome do Cartão 16. Identidade Número 17. Carteira de Trabalho Número 18. Data da 1ª Consulta Pré-natal 	14. N.º do CPF 19. Data de Nascimento do Bebê 20. Assinatura e Carimbo do Responsável pela 1ª Consulta de Pré-natal 21. Atividade profissional do Responsável pela 1ª Consulta de Pré-natal
---	---

* Preencher no campo 21 o código da atividade do profissional responsável pela 1ª consulta conforme tabela:

01 - Enfermeiro;	29 - Obstetriz;	30 - Enfermeiro do PSF;	74 - Medicina Integral Comunitária;	79 - Enfermeiro obstetra;
22 - Ginecologista;	32 - Médico do PSF;	75 - Especialista Obstetriz;	77 - Enfermeiro do PSF;	82 - Médico do Pré-natal;

1ª Via - Enviar para digitalização

ANEXO B – Registro de Consulta da Gestante



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

DATA	/	/	-	-	-
------	---	---	---	---	---

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde		2. Código do Estabelecimento no CNES	
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE	
5. Sigla da UF		6. Código da UF no IBGE	

Nº	Número da Gestação no Sisprenatal	Nome da Gestante	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv Ag	Hbs Ag	Toxo 1º Dose	Toxo 2º Dose	Vacina Anti-tetânica	RG	Consulta Puerperal	TP
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento :

• Preencher as quadriculas "Consulta Pré-Natal" e "Consulta Puerperal" como código brasileiro correspondente (CBQ):
223905 - Enfermeira; 223116 - Médico do PSF/Comunitário; 223145 - Enfermeira Obstetral;
223115 - Clínica Geral; 223101 - Enfermeira do PSF;
223112 - Ginecologia/Obstetria; 223102 - Enfermeira do PACS;

• No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for anormalizado medicamentoso ou maloucas/condições de saúde;
• No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "X" de acordo com o Código de Imunização da gestante.

• Risco Gestacional, conforme a tabela:
BR - Baixo Risco;
AR - Alto Risco.

• Tipo do Ponto, conforme a tabela:
PH - Ponto Hospitalar;
PD - Ponto Domiciliar.

ANEXO C – Termo de Autorização Institucional

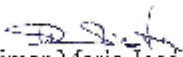


PREFEITURA DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA
CNPJ: 24.513.574/0003 - 93

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Francimar Maria José Ramos Victor**, diretora do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida - ISEA, em pleno gozo de minhas funções, autorizo **Aleksandra Pereira Costa**, aluna do mestrado em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa intitulado: *"Análise das Ações Preconizadas Pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PIPN), à Partir dos Registros no cartão da Gestante"*.

Campina Grande, 04 de Abril de 2012.


Dra. Francimar Maria José Ramos Victor
Diretora Geral - ISEA

Rua Vila Nova da Rainha, 147 - Centro - 58400-220 - Campina Grande - PB - ☎ (083) 3310-6356 FAX 3310-6388.



HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

ANEXO D - Termo de Autorização para Pesquisa em Documentos/Arquivos

30

APÊNDICE C - Termo de Autorização para Pesquisa em Arquivos e/ou Documentos

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM ARQUIVOS E/OU DOCUMENTOS

Eu Francimar Nogueira José Noronha Vitor
responsável pelo arquivo e/ou documentos:

Da instituição Instituto de Saúde Euzébio de Almeida (ISEA)

Declaro ser esclarecido que o trabalho intitulado Análise das ações planejadas pelo
Programa de Humanização (PHH) do SUS sobre o atendimento na prática dos serviços de
Apresenta os seguintes objetivos: Analisar as ações planejadas, implementadas e
em andamento de Humanização do SUS, no âmbito do atendimento na prática dos
Foi-me garantido que: os dados coletados no âmbito do trabalho de humanização no
serviço de atendimento ambulatorial no âmbito do atendimento no
 1) Os dados serão usados unicamente para fins científicos; manutenção do ISEA

- 1) Os dados serão usados unicamente para fins científicos; *propriedade intelectual, não divulgação nem de*
- 2) Em nenhum momento da pesquisa os nomes dos participantes que constam nos arquivos e/ou documentos serão divulgados;
- 3) Poderei desistir de permitir o acesso aos arquivos e/ou documentos de qualquer momento, sem ser penalizado fisicamente, financeiramente e moralmente;
- 4) Ao final da pesquisa, se for do meu interesse ou da instituição, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador.

- Caso queira entrar em contato com o pesquisador responsável, poderá fazê-lo pelo número 8660-9640

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino esta autorização.

Campina Grande, 04 / 04 / 2011.

Responsável pelo arquivo

Pesquisador responsável

ANEXO E – Termo de Autorização do Comitê de Ética



DECLARAÇÃO

Declaramos que o projeto intitulado “ANÁLISE DAS AÇÕES ESSENCIAIS PRECONIZADAS PELO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN), A PARTIR DOS REGISTROS NOS CARTÕES DAS GESTANTES”, que tem como pesquisador responsável ALEKSANDRA PEREIRA COSTA, registrado na Plataforma Brasil sob a CAAE nº 02244912.9.0000.5175, obteve no dia 02/05/2012, parecer favorável para sua realização, após análise do colegiado deste CEP.

Atenciosamente,

Chirlaine Cristine Gonçalves
Coordenadora CEP/CESED

