

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ANCHIETA-SC

¹Sahra Regina da Silva

²Kaciane Boff Bauermann

RESUMO

O presente estudo faz uma avaliação sobre a qualidade das consultas de pré-natal do município de Anchieta-SC. O principal objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir um adequado desenvolvimento da gestação, sem impacto para a saúde materna, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável. Para tanto, as consultas devem ser de qualidade e por isso, é de suma importância verificar como isso ocorre no município, até porque não existem pesquisas que apontem esses aspectos. Também, devido ao alto índice de partos cesarianos é importante verificar se tem alguma relação com a qualidade das consultas de pré-natal. Dessa forma, objetivou-se avaliar a qualidade das consultas de pré-natal no município de Anchieta-SC, verificar se o início das consultas foram realizadas antes da 14ª semana de gestação, identificar o número de consultas de pré-natal, e o tipo de parto realizado e por fim, avaliar a utilização do cartão do pré-natal no que se relaciona a procedimentos clínicos-obstétricos. Assim, foram pesquisadas 20 mulheres que tiveram parto entre os meses de junho e novembro de 2014. Diante das análises, concluiu-se que as consultas do período pré-natal são de boa qualidade e que não há qualquer fator que indique que a qualidade dessas consultas influencie no tipo de parto ocorrido no momento da concepção.

Palavras chave: Qualidade. Consultas. Pré-natal. Parto.

¹ Graduada em Enfermagem pela UNOESC, reside em Anchieta e trabalha como Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Municipal Anchietaense. E-mail sahra_portz@hotmail.com

² Especialista em Saúde Pública pela Universidade Internacional de Curitiba e em Saúde da Família pela Universidade aberta do SUS- Universidade Federal de Santa Catarina; Docente na Universidade do Oeste de Santa Catarina - Campus São Miguel do Oeste; kacianebb@hotmail.com

ABSTRACT

This study is an evaluation of the quality of prenatal consultations in the municipality of Anchieta-SC. The main objective of prenatal care is to ensure the adequate development of the pregnancy, with no impact on maternal health, enabling the delivery of a healthy newborn. To this end, consultations should be quality and so it is very important to see how this happens in the city, because there are no studies that show these aspects. Also, due to the high caesarean birth rate it is important to check if it has anything to do with the quality of pre-natal consultations. Thus, this study aimed to assess the quality of prenatal consultations in the municipality of Anchieta-SC, verify that the start of the queries were performed before the 14th week of pregnancy, identify the number of prenatal visits, and type of labor performed and finally, evaluate the use of antenatal card as it relates to clinical-obstetric procedures. In view of the analysis, it was concluded that the prenatal consultations are of good quality and that there is no factor to suggest that the quality of these influence consultations on the type of delivery occurred at conception.

Keywords: Quality. Consultations. Prenatal. Delivery.

1 INTRODUÇÃO

Os estudos que avaliam o processo do pré-natal demonstram que nem todas as práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde são cumpridas, e algumas, tais como o exame das mamas, o exame ginecológico e a prevenção do câncer de colo encontram-se muito abaixo do desejado (MENDOZA-SASSI et al, 2011).

Assim, é indispensável que a equipe conheça o entendimento das mulheres sobre o pré-natal, bem como a importância e clareza dos cuidados percebidos por elas relativos a esta ação de saúde.

Em um estudo realizado por Mendoza-Sassi et al (2011), das consultas de pré-natal 78% das mulheres atendidas na Estratégias de Saúde da Família realizaram seis ou mais consultas e conforme preconiza o Ministério da Saúde, destas, 98% relataram intenção de amamentar.

Portanto, assegurar uma assistência adequada significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, no parto e nos cuidados com o recém-nascido. Estudos que visem avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados no país ainda são escassos.

Devido à alta porcentagem de mulheres que realizaram o pré-natal na ESF do município de Anchieta, com mais de 7 consultas e terem realizado parto cesariana ao invés de parto normal verificou-se a necessidade de investigação sobre o exposto, buscando analisar se há relação entre a alta porcentagem de cesarianas e a baixa qualidade do pré-natal. As pesquisas relacionadas à qualidade do pré-natal na região do extremo oeste catarinense são escassas necessitando mais investigação e informações sobre o tema.

Com o objetivo de avaliar a qualidade dos atendimentos prestados nas consultas de pré-natal realizadas no município de Anchieta-SC pelas Estratégias de Saúde da Família foi feito um estudo com as mulheres que realizaram o parto entre os meses de Junho e Novembro de 2014 e que estiveram cadastradas no SIS Pré-Natal das Estratégias de Saúde da Família. O município de Anchieta está localizado no extremo oeste de Santa Catarina e possui uma população de 6.380 habitantes segundo dados do IBGE, Censo Demográfico de 2010.

Em virtude da importância do exposto pretende-se com esse estudo avaliar a qualidade das consultas do Pré-Natal realizadas nas Estratégias de Saúde da Família no município de Anchieta-SC. Sabendo a importância do assunto e as dificuldades enfrentadas por essas pacientes poderá ser planejada uma melhor assistência em saúde materno-fetal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade das consultas de pré-natal no município de Anchieta-SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar se o início das consultas foi antes da 12^a semana de gestação.

Identificar o número de consultas de pré-natal, e o tipo de parto realizado.

Avaliar a utilização do cartão do pré-natal no que se relaciona a procedimentos clínicos-obstétricos: as aferições de idade gestacional, da altura uterina, da pressão arterial (PA), do peso e do edema materno, além dos batimentos cardíacos fetais (BCF) e apresentação fetal.

3 DESENVOLVIMENTO

A atenção no Pré-natal é o conjunto de ações desenvolvidas durante o período gestacional, direcionado a um atendimento global da saúde materno-fetal. O Pré-natal deve ser desenvolvido de maneira individualizada buscando qualidade e resolubilidade no processo de atenção à saúde da mulher e do concepto (BARRETO et al, 2013).

O principal objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir um adequado desenvolvimento da gestação, sem impacto para a saúde materna, inclusive em aspectos psicossociais e atividades de educação e preventivas possibilitando o parto de um recém-nascido saudável (BRASIL, 2012).

Deve ser considerado a gestação e o nascimento de um bebê como momento único para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino. Os profissionais de saúde devem atribuir-se a postura de educadores que compartilham saberes, procurando fortalecer a autoconfiança da mulher para viver a gestação, o parto e o puerpério (MELO; COELHO; CREÔNCIO, 2010).

Para reduzir as taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu algumas recomendações; dentre essas, destacam-se a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação e no mínimo seis consultas de pré-natal; escuta ativa da mulher e seus acompanhantes, atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente; estímulo ao parto normal; anamnese e exame clínico-obstétrico e exames laboratoriais (FONSECA; PÁDUA; VALADARES NETO, 2011).

O atendimento do pré-natal realizado na atenção básica aumentou em mais de 350% nos últimos 10 anos no Brasil, mas apesar dessa tendência de melhora da cobertura e de certos indicadores, as avaliações da qualidade do pré-natal realizadas não têm sido tão alentadoras (MENDOZA-SASSI et al, 2011).

Conforme Brasil (2012), embora tenha sido observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais.

O papel diferenciado da enfermagem vem tendo uma melhor compreensão da comunidade, no que diz respeito a sua atuação, enfatizando as atividades relacionadas à assistência pré-natal (MELO; COELHO; CREÔNCIO, 2010).

Para Melo, Coelho e Creôncio (2010) o enfermeiro pode utilizar de diversos recursos para realizar uma consulta de pré-natal de qualidade, desde o conhecimento científico ao acolhimento que associados de maneira cuidadosa pelo profissional fazem com que sejam identificadas alterações biológicas, propondo soluções para contorná-las e buscando resolutividade nas suas ações.

Conforme Mendoza-Sassi et al (2011) parte dos avanços nas consultas de Pré-Natal com qualidade tem sido graças a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que vem substituindo gradativamente o modelo tradicional de atenção primária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Melo, Coelho e Creôncio, (2010) afirmam que a realização de ações educativas em todas as etapas do ciclo grávido-puerperal são de extrema importância, mas é no pré-natal que a mulher deve ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma tranquila e positiva, com menor chances de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia Rede Cegonha, que tem por objetivo estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e que será implantada, gradativamente, em todo o território nacional baseado em critérios epidemiológicos, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional (BRASIL, 2012).

3.1 PRÉ- NATAL

Os cuidados durante o Pré-Natal constituem uma ação programática, pois

permitem acompanhar a gravidez da gestante e identificar situações de risco para a mãe e para o feto, corrigindo quando necessário essas situações (MENDOZA-SASSI et al, 2011).

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ter como objetivo garantir uma adequada condição de saúde para a mulher e o recém-nascido, além de oportunizar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período (AMARAL; SOUSA; CECATTI, 2010).

Desde 2011 o governo federal vem implementando a Rede Cegonha como forma de complementar o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, que tem por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; reduzindo a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (MARTINELLI et. al, 2014).

Para o acompanhamento da gestante é essencial o estabelecimento de vínculo entre esta, a Estratégia em Saúde da Família (ESF), e o estabelecimento onde será realizado o parto, sendo o cartão da gestante um instrumento fundamental para esse elo, pois possui informações atualizadas referentes à saúde materno-fetal (GONÇALVES et al, 2014).

A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde (AMARAL; SOUSA; CECATTI, 2010).

Reforça-se que o período gestacional envolve mudanças em diferentes aspectos humanos como biológicos, psicológicos, sociais e culturais, demonstrando que os cuidados pré-natais devem ultrapassar a dimensão unilateral voltada apenas aos aspectos biológicos (BARRETO et al, 2013).

Conforme Amaral, Sousa e Cecatti (2010) apesar de nas últimas décadas a cobertura de atenção ao pré-natal ter aumentado significativamente, assegurar sua qualidade permanece como o maior desafio. A melhoria da qualidade, refere-se a uma mudança delicada na conduta dos profissionais de saúde na capacidade e na resolução dos serviços.

Segundo Brasil (2012), no período de 1990 a 2007, houve redução em todas as principais causas de mortalidade materna. Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia 58,4%; por infecções puerperais 46,8%;

por aborto 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto e pelo puerpério 50,7%.

O Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde visa avaliar o processo da assistência pré-natal, desta forma conseguindo identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo essa uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante (ZANCHI et al, 2013).

Nesse sentido Gonçalves et al (2014) afirmam que o número ideal de consultas de pré-natal ainda é divergente, varia entre sete e nove consultas na literatura. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconiza o mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último, as quais, em maior número, possibilitam a avaliação das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns.

O total de consultas conforme Brasil (2012) deverá ser com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas da seguinte forma, até a 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira. A enfermeira possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e se espera dela o acompanhamento e a assistência à população de gestante (CUNHA et al, 2009).

O número reduzido de consultas de acompanhamento pré-natal conforme Amaral, Sousa e Cecatti (2010) é fator de risco significativo para aumento da morbimortalidade perinatal. O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado com melhores indicadores materno-infantis.

Segundo Brasil (2012), as consultas de pré-natal podem ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de consultas deve iniciar precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos.

A atenção pré-natal deve ser iniciada pelo profissional médico ou de enfermagem. A consulta é um contato que exige a prática de acolhimento para a

gestante e seu acompanhante, para que sejam acolhidas e esclarecidas queixas, dúvidas e ansiedades, estimulando o “desejo de voltar” ou a adesão ao programa (AMARAL; SOUSA; CECATTI, 2010)

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada (BRASIL, 2012).

3.1.1 Humanização no atendimento ao pré-natal

A assistência qualificada e humanizada acontece por meio de condutas acolhedoras e deve reconhecer o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (ALVES, 2014).

Para Alves (2014) o enfermeiro deve ser capaz de formar um relacionamento humanitário, prestando uma adequada assistência à mulher, devendo estar pronto a ouvir suas queixas, estabelecendo assim, um relacionamento interpessoal que possibilite uma assistência de humano para humano, além de profissional-paciente.

Zampieri e Erdmann (2010) asseguram que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, sendo essencial para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento compreendido desde a pré-concepção até o pós-parto.

A assistência qualificada e humanizada conforme Alves (2014) se dá por meio de condutas acolhedoras, o enfermeiro deve reconhecer o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

As consultas de pré-natal deveriam ser realizadas precocemente e consistir de encontros terapêuticos, educativos e interdisciplinares para maior compreensão das vivências, expressão de sentimentos e dúvidas, avaliação do bem-estar materno fetal, preparação para o parto, a maternidade e paternidade; envolver as relações conjugais e familiares, os diálogos entre gestantes e com os profissionais (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Para Zampieri e Erdmann (2010), o cuidado humanizado no pré-natal é aquele centrado na mulher e na promoção de sua saúde, garantindo à autonomia da gestante e ressaltam a importância de devolver à mulher o protagonismo na gestação, no parto e pós-parto, considerando-os como situações normais da vida, não como doenças.

3.1.2 Roteiro da consulta de pré-natal

Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada uma anamnese detalhada como os aspectos sócio epidemiológicos das gestantes, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos (BRASIL, 2012).

A consulta é um contato que exige a prática de acolhimento para a gestante e seu acompanhante, deve haver disponibilidade para que sejam acolhidas e esclarecidas queixas, dúvidas e ansiedades, estimulando o desejo de voltar (BRASIL, 2006).

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré-Natal) quanto no Cartão da Gestante e o preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SisPreNatal. A seguir Brasil (2012) apresenta um roteiro para realização das consultas de pré-natal:

- a) Anamnese: Deve ser verificado os aspectos sócio epidemiológicos, fatores socioeconômicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual. Considerando os principais componentes: data precisa da última menstruação; uso de anticoncepcionais; regularidade dos ciclos; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; detalhes de gestações prévias; hospitalizações anteriores; uso de medicações; reações alérgicas; história prévia de doença sexualmente transmissível; exposição ambiental ou ocupacional de risco; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; histórico familiar ou gemelaridade anterior; atividade sexual; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; história infecciosa prévia; vacinações prévias;

- b) Exame físico: Avaliação nutricional da gestante (peso e cálculo do IMC), altura, medida da pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome, avaliação de edema de extremidades, face, região sacra, tronco, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos (BCF), registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.
- c) Exames complementares: Devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames complementares: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).
- d) Condutas gerais: Deve haver a interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico e a instituição de condutas específicas; Deve-se orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional; Deve-se incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses; Deve-se fornecer todas as informações necessárias e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família; Deve-se prescrever suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia; Deve-se orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso; Deve-se referenciar a gestante para atendimento odontológico; Deve-se encaminhar a gestante para imunização antitetânica, quando a paciente não estiver imunizada; Deve-se referenciar a gestante para serviços especializados quando o procedimento for

indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica de saúde.

Tais dados devem ser reavaliados nas consultas subsequentes conforme indicam Amaral, Souza e Cecatti (2010) no Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério e anotado devidamente pelos profissionais da saúde na carteira de gestante.

3.2 REDE CEGONHA

No dia 28 de março de 2011, o Ministério da Saúde lançou um novo programa de assistência à gestação, parto, puerpério e maternidade no Brasil. Trata-se do Programa Rede Cegonha normatizada pela Portaria nº 1.459, uma iniciativa que procura melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde, tendo por diretrizes conforme Carneiro (2013, p. 50):

O teste rápido de gravidez nos postos de saúde; o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais, inclusive teste de HIV e sífilis; a garantia de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público, bem como vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada; a criação de centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco e de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco.

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto. As ações estão inseridas em quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (CAVALCANTI et al, 2013).

Para Cavalcanti, Gurgel e Vasconcelos (2013) a Rede Cegonha delimita seu campo de atuação com parte do diagnóstico de que a mortalidade materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e

um uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto).

Carneiro (2013) afirma que o programa também pretende incentivar o aleitamento materno, disponibilizar o SAMU Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência, e difundir, nas escolas, um programa de educação que busque controlar a gravidez na adolescência e trabalhe com a noção de direitos sexuais e reprodutivos. O objetivo geral é erradicar os altos índices de mortalidade materna no Brasil, sobretudo na área amazônica e no nordeste do país.

Segundo Cavalcanti et al (2013) desde o surgimento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas a esses segmentos populacionais de forma mais sistemática no SUS, com objetivo de redução dos indicadores materno e infantil. A partir do entendimento de que as morbimortalidades materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o país.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado com mulheres que fizeram parto de Junho a Novembro de 2014, que foram acompanhadas pelas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF I, II e III) do município de Anchieta, localizado no extremo oeste de Santa Catarina. A coleta dos dados iniciou-se após aprovação do CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC.

4.1 AMOSTRAS

As Unidades Básicas de Saúde acompanham mensalmente as gestantes cadastradas no Sis prenatal do município de Anchieta- SC. Foram entrevistadas as mulheres que realizaram o parto com data entre Junho e Novembro de 2014. Os critérios de inclusão foram as mulheres com idade entre 19 e 45 anos que concordarem em participar da pesquisa e assinaram o TCLE, que fizeram o pré-

natal nas Estratégias de Saúde da Família do município, e realizaram o parto entre Junho e Novembro de 2014. Os critérios de exclusão foram as gestantes que não realizaram o pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família do município, que tinham idade inferior a 19 anos e superior a 45 anos, que realizaram o parto de Junho a Novembro de 2014 e que não aceitaram em participar da pesquisa.

4.2 MÉTODOS DE DETECÇÃO

O instrumento de coleta de dados foi um questionário com perguntas fechadas para registrar as variáveis obtidas através da entrevista com as mulheres, relacionadas ao cartão da gestante e sobre o parto colhidos pelo autor da pesquisa conforme índice de Kessner apud Anversa et al (2012) modificado. Também um questionário construído pelo autor da pesquisa com o nível socioeconômico, assistência recebida durante o pré-natal, planejamento da gravidez e realização de ultrassonografia gestacional, orientações sobre aleitamento materno, anticoncepção pós-parto, consulta de puerpério, sinais e sintomas anormais durante o período de gestação, assistência ao recém-nascido, tipo de parto, participação em grupo de gestantes. Foi coletada uma amostra de 20 mulheres, as quais as datas dos partos ocorreram entre os meses de Junho e Novembro de 2014, no qual as voluntárias responderam perguntas em relação a qualidade das consultas do pré-natal. Os dados serão apresentados em forma de porcentagem em gráficos e tabelas após analisados.

A Qualidade do pré-natal será identificada através do índice de Kessner apud. Anversa et al (2012) modificado em nível 1 relacionado ao início das consultas de pré-natal, nível 2 relacionado aos exames laboratoriais e nível 3 que avalia a adequada utilização do cartão pré-natal.

5 RESULTADOS

A pesquisa ocorreu com 20 mulheres que realizaram os partos entre junho e novembro de 2014 através do SUS do município de Anchieta/SC, tendo como escopo avaliar as consultas de pré-natal e se a qualidade destas interferem na opção da gestante para o tipo de parto.

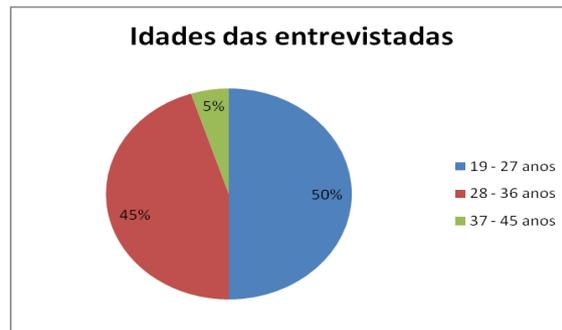


Gráfico 01 – Idades das entrevistadas
Fonte: a autora

O gráfico 01 demonstra que entre as mulheres entrevistadas pode-se constatar que 10 delas, ou seja, 50% tinham idades entre 19 e 27 anos, 09 ou 45% tinham entre 28 e 36 anos e 1 mulher, que gerou o percentual de 5%, tinha entre 37 e 45 anos. Observa-se que a maioria das gestações ocorreu entre mulheres mais jovens. Entre as entrevistadas 16 ou 80% responderam ser de etnia branca e 4 ou 20% de etnia parda.

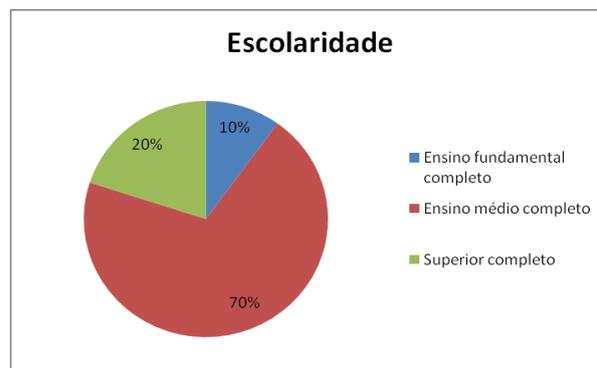


Gráfico 02 – Escolaridade
Fonte: a autora

Quanto ao nível de escolaridade das entrevistadas, 14 mulheres ou 70% disseram ter ensino médio completo, enquanto que 04 mulheres ou 20% do total, responderam ter ensino superior completo e 02 mulheres ou 10% responderam ter ensino fundamental completo. Tais dados podem ser observados no gráfico 02

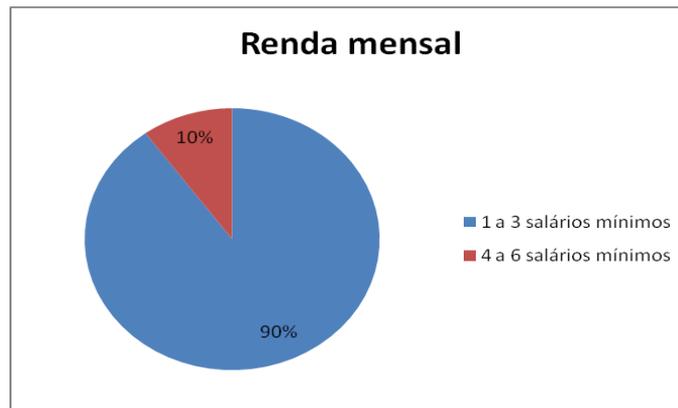


Gráfico 03 – Renda Mensal
Fonte: a autora

No que se refere a renda mensal das entrevistadas, conforme observa-se no gráfico 03, 18 mulheres ou 90% responderam que recebem entre 1 e 3 salários mínimos mensais, enquanto que 2 mulheres ou 10% do total alegaram receber mensalmente de 4 a 6 salários mínimos.

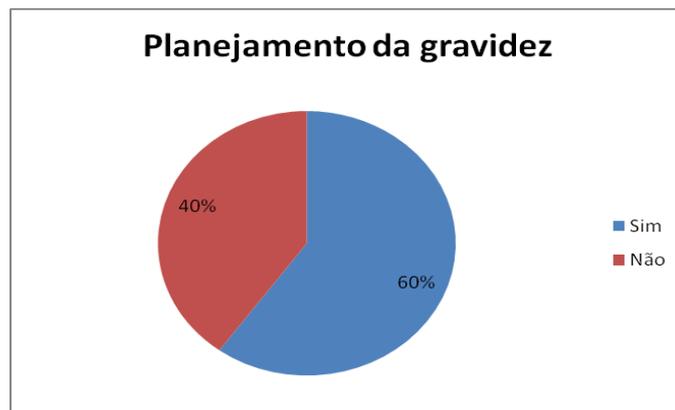


Gráfico 04 – Planejamento da Gravidez
Fonte: a autora

Também, as entrevistadas foram inquiridas se planejaram a gravidez, sendo que 12 mulheres, totalizando a porcentagem de 60%, responderam que sim e 08 mulheres, ou seja 40%, responderam não ter planejado a gravidez, como pode ser observado no gráfico 04.

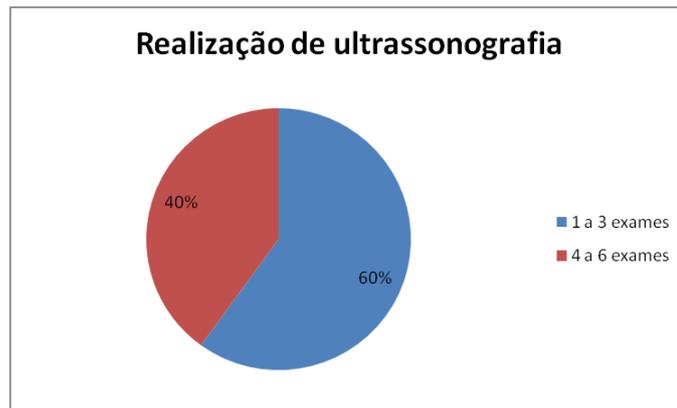


Gráfico 05 – Realização de ultrassonografia
Fonte: a autora

Conforme observa-se no gráfico 05, que demonstra os dados relacionados as realizações de ultrassonografias, verificou-se nos cartões das gestantes que 12 mulheres ou 60% fizeram entre 1 e 3 ultrassonografias no período gestacional, enquanto que 08 mulheres, totalizando o percentual de 40%, relataram ter realizado entre 4 e 6 ultrassonografias em tal período. O exame ultra-sonográfico tornou-se componente importante da assistência pré-natal moderna e uma das suas principais indicações e consiste na correção e/ou determinação da idade gestacional (COUTINHO et al, 2003).

Tabela 01: Coleta de variáveis

	N	%
Receberam orientação sobre aleitamento materno	20	100%
Receberam orientação sobre sinais e sintomas anormais durante o período gestacional	20	100%
Receberam orientações em relação a assistência ao recém nascido	20	100%
Realizaram a consulta puerpério	19	95%
Não realizaram a consulta puerpério	01	05%
Participaram do grupo de gestantes	20	100%

Fonte: Dados primários, 2015.

Percebe-se pelos dados demonstrados na tabela 01 que todas as 20 entrevistadas, ou seja, 100%, receberam orientações sobre o aleitamento materno, sobre sinais e sintomas anormais durante o período gestacional, em relação a

assistência ao recém nascido e todas elas participaram do grupo de gestantes. Nas entrevistas, constatou-se que 19 mulheres ou seja, 95%, se submeteram a consulta de puerpério, enquanto que 01 mulher ou 5% do total não se submeteu s consulta.

Pode-se analisar que as gestantes receberam orientações sobre as questões relacionadas ao período pré-natal, bem como, aquelas pertinentes ao período pós-nascimento, conforme pode-se observar nos dados coletados.

5.2 ANÁLISE DO ÍNDICE DE KESSNER: QUALIDADE DA CONSULTA PRÉ NATAL

O índice de Kessner, em seu Nível 1 está relacionado com o início e o número de consultas do pré-natal, considerando-se adequado o início do pré-natal antes de 14 semanas de gestação e 6 ou mais consultas de pré-natal; inadequado o início do pré-natal após a 27ª semana de gestação ou duas ou menos consultas de pré-natal; e intermediário todas as situações intermediárias entre adequada e inadequada.

Tabela 02: Índice de Kessner nível 01

	N	%	
Início das consultas de pré natal antes das 14 semanas de gestação	20	100%	ADEQUADO
Mínimo de 6 consultas de pré-natal	20	100%	ADEQUADO

Fonte: Dados primários, 2015.

Como observa-se na tabela 02, todas as mulheres entrevistadas realizaram consultas antes das 14 semanas de gestação e o mínimo de 6 consultas de pré-natal, ou seja, o resultado na avaliação desse nível foi 100% adequado.

Pode-se observar que de acordo com a tabela 2, o início e o mínimo de consultas necessárias foi atingido, pois como visto, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconiza o mínimo de seis consultas de pré-natal, bem como, que o acompanhamento da mulher no ciclo grávido puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível, e como observa-se nos resultados obtidos na pesquisa, todas as entrevistadas iniciaram antes da 14ª semana de gestação.

Conforme a Organização Mundial de Saúde qualquer número abaixo de seis consultas nesse período já é considerado como atendimento deficitário (COUTINHO et al, 2003).

Tabela 03: Índice de Kessner nível 02

	N	%	
Pelo menos 1 Tipagem ABO+Rh	18	90%	ADEQUADO
Nenhuma Tipagem ABO+Rh	02	10%	INADEQUADO
Pelo menos 1 hematócrito	20	100%	ADEQUADO
Mínimo 2 Glicemias de Jejum	10	50%	ADEQUADO
Apenas 1 Glicemia de Jejum	10	50%	INTERMEDIÁRIO
Mínimo 1 hemoglobina	20	100%	ADEQUADO
Mínimo 2 VDRL	15	75%	ADEQUADO
Menos de 2 VDRL	05	25%	INTERMEDIÁRIO
Mínimo 2 testes Anti- HIV	12	60%	ADEQUADO
Menos de 2 testes	08	40%	INTERMEDIÁRIO
Mínimo 2 sumário de urina	06	30%	ADEQUADO
Menos de 2 sumário de urina	14	70%	INTERMEDIÁRIO
Mínimo 1 Hbs Ag	16	80%	ADEQUADO
Nenhum Hbs Ag	04	20%	INADEQUADO
1 Sorologia para Toxoplasmose	20	100%	ADEQUADO

Fonte: Dados primários, 2015.

Para obter-se a análise do nível 02 do índice de Kessner, relaciona-se os exames complementares tidos como básicos: classificação sanguínea ABO-Rh, hemoglobina e hematócrito, glicemia de jejum, VDRL e urina tipo 1. Assim, considera-se adequado um registro de tipagem ABO-Rh, hematócrito e hemoglobina; dois registros de glicemia, VDRL e urina tipo 1. Entende-se como Inadequado quando não houver nenhum registro de exame laboratorial e intermediário quaisquer exames básicos.

Na avaliação das entrevistas dos dados da tabela 03 que registra o nível 02 do índice de Kessner, vê-se que para duas gestantes não existe um registro de tipagem sanguínea ABO+Rh, o que é considerado inadequado. Também no item “mínimo de 1 Hbs Ag”, 20% dos registros demonstram que não foi feito nenhum dos exames, considerado inadequado, já que o indicado é fazer pelo menos 1 durante o

período gestacional. Quanto aos outros itens pode-se observar que as respostas encaixaram-se em adequado e intermediário, demonstrando um bom resultado.

Como conseqüência, a adição dos exames laboratoriais básicos à utilização do pré-natal (nível 2), ao proporcionar avaliação mais qualitativa, resultou na redução mais acentuada da adequação do pré-natal. Nesse sentido as medidas corretivas devem ser mais abrangentes, pois a ausência do registro de um determinado exame pode ser oriundo de vários fatores como, por exemplo: a falta de solicitação do exame pela equipe técnica; falta de registro adequado pelos profissionais, apesar do exame ter sido solicitado e realizado; dificuldades para o agendamento e a realização do exame pelo SUS; realização do exame, porém sem retorno ao serviço de saúde; ou não-realização do exame motivada pela própria paciente (COUTINHO et al, 2003).

Tabela 04: Índice de Kessner nível 03

	N	%	
Mínimo de 5 registros de altura uterina	20	100%	ADEQUADO
Mínimo de 5 registros de idade gestacional	20	100%	ADEQUADO
Mínimo 5 registros de edema materno	00	0%	INADEQUADO
Mínimo de 5 registros de peso	20	100%	ADEQUADO
Mínimo 5 registros de Pressão Arterial	20	100%	ADEQUADO
Mínimo 5 registros de IMC	00	0%	INADEQUADO
Mínimo de 4 registro de Batimento Cardio Fetais(BCF)	20	100%	ADEQUADO
Mínimo 2 registros de apresentação fetal	14	70%	ADEQUADO
Menos de 2 registros de apresentação fetal	06	30%	INTERMEDIÁRIO

Fonte: Dados primários, 2015

Quanto ao nível 3 do índice de Kessner, tem como objetivo avaliar a utilização do cartão do pré-natal no que se relaciona a procedimentos clínico-obstétricos considerados essenciais para adequação do pré-natal: as aferições da idade gestacional, da altura uterina, da pressão arterial (PA), do peso e do edema maternos, além dos batimentos cardíacos e apresentação fetal. Considera-se adequado quando são realizados 5 ou mais exames de altura uterina, idade gestacional, edema e peso; quatro ou mais registros de batimentos cardio-fetais (BCF); dois ou mais registros de apresentação fetal. Demonstra estar inadequado FUMDES - Programa do Fundo de Apoio a Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior

quando existirem duas ou menos anotações de altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema, peso e batimento cardio-fetal ou nenhum registro da apresentação fetal. Já se considera nível intermediário as demais situações.

Ao analisar a tabela 04, pode-se observar que o item “mínimo de 5 registros de edema materno” encontra-se inadequado, pois não consta que as mulheres tenham feito tal avaliação. Também no item de no “mínimo 5 registros de IMC” pode-se observar que está inadequado, pois nenhuma o realizou. Os demais itens apresentaram-se em sua maioria adequados e atingiram 100% das mulheres, sendo que apenas um item destes tem um percentual de 30% analisado como intermediário, já que consta que 6 mulheres realizaram menos de 2 registros de apresentação fetal.

Vê-se que apesar de dois itens serem considerados inadequados e um apenas parte intermediário, o restante foi considerado adequado, sendo uma resposta positiva.

Tabela 05: Realização do parto

	N	%
Realizou parto normal	03	15%
Realizou parto cesariano	17	85%
Não apresentaram morbidade materna	20	100%
Idade Gestacional do RN: A TERMO	20	100%

Fonte: Dados primários, 2015

Na avaliação da tabela 5, que trata da realização do parto, percebeu-se que 15% das mulheres tiveram seus filhos através de parto normal, enquanto que 85% através de cesariana. 100% não apresentaram morbidade materna e 100% a idade gestacional do recém-nascido foi a termo.

Quanto aos exames laboratoriais de rotina, os resultados dessa avaliação mostraram que a maioria das gestantes terminaram o pré-natal com grande parte dos exames e consultas realizados.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou fazer uma avaliação da qualidade das consultas de pré-natal no município de Anchieta. Para isso, foram entrevistadas mulheres que realizaram o parto entre os meses de junho e novembro do ano de 2014, sendo o total de 20 mulheres. Observa-se através dos resultados que tratam-se, em sua maioria, de mulheres entre 19 e 27 anos, com ensino médio completo, tendo renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que 60% das entrevistadas responderam que a gravidez foi planejada.

Quanto as análises, verificou-se que pelo menos 60% das mulheres realizou entre 1 e 3 ultrassonografias no período gestacional e que 100% das entrevistadas tiveram orientações sobre aleitamento materno, sinais e sintomas anormais durante o período gestacional, em relação a assistência ao recém nascido e todas elas participaram do grupo de gestantes. Por outro lado, 95% disseram ter realizado consulta de puerpério e apenas 1, que gerou o percentual de 5%, disse não ter realizado a citada consulta.

No geral, observou-se que as consultas de pré-natal, avaliadas através do índice de Kessner, tiveram resultados positivos, com algumas questões pontuais. Quando avalia-se as respostas aos quesitos do nível 1 do índice de Kessner, pode-se observar que os resultados foram considerados 100% adequados, o que é bastante positivo. Quando se avalia o nível 2 do índice de Kessner, pode-se observar que alguns resultados são inadequados e outros intermediários, porém, a maioria do percentual é considerado como adequado. Já na análise do nível 3 do índice de Kessner, observa-se dois resultados que em sua totalidade são considerados inadequados, porém, a maioria dos itens ali demonstrados são considerados adequados, o que pode ser um resultado positivo.

Dessa forma, pode-se observar que a maioria das consultas foram adequadas, mas mesmo assim, 85% das mulheres entrevistadas optaram por parto cesariana, o que demonstra que não é a qualidade das consultas do pré-natal que determina essa escolha.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Vanessa Campos. **Humanização da Assistência de enfermagem no Pré-Natal**. Revista Enfermagem Profissional. Rio de Janeiro: p. 471 a 488, jul/dez 2014.
- AMARAL, Eliana Martorano; SOUZA, Francisco Lázaro Pereira de; CECATTI, José Guilherme. **Manual Técnico do pré-natal e puerpério**. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puerpera no SUS. São Paulo: SES/SP, 2010.
- ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzeti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 28, n. 04, abril de 2012.
- BARBARO, Maria Cristina. **Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária a saúde na perspectiva de profissionais de saúde**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12062013-193959/publico/%20MariaCristinaBarbaro.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.
- BARRETO, Camila Nunes et al. Atenção Pré- Natal na voz das gestantes. **Revista de enfermagem UFPE online**. Recife: jun/2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4355/pdf_2721 Acesso em: 05 jan. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de atenção básica Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Interface (Botucatu) [online]. vol.17, n.44, pp. 49-59, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000100005&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 10 jan. 2015.
- CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. **Um modelo lógico da Rede Cegonha**. Physis [online]. vol.23, n.4, pp. 1297-1316, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014 Acesso em: 10 dez. 2014.
- COUTINHO, Tadeu et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, nov/dez de 2003.

CUNHA, Margarida de Aquino et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro: v. 13, n.1, jan/março 2009.

FONSECA, Léa Andrea Costa da; PÁDUA, Liceana Barbosa de; VALADARES NETO, João de Deus. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada à gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina: v.4, n.2, p.40-45, Abr-Mai-Ju/2011.

GONÇALVES, Laís Almeida et al. Avaliação dos registros do número de consultas de pré-natal no cartão da gestante sanitas e sisprenatal. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Minas Gerais: out/nov/dez/jan/fev/mar de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Abril de 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 10 dez. 2014.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. Rio de Janeiro, vol.36, n.2, pp. 56-64, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf> Acesso em: 10 fev. 2015.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Nathália Havana Nunes; CREÔNCIO, Sheila Cristiane Evangelista. **Atuação da enfermeira no pré-natal: uma revisão a partir da sistematização, da humanização e da educação em saúde**. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, vol.6, n.10, 2010.

MENDOZA-SASSI, Raul A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, 2011, vol.27, n.4, pp. 787-796. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018 Acesso em: 10 fev. 2015.

Portal da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sispacto>> Acesso em 21 de Novembro de 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil** [online]. Recife, vol.10, n.3, pp. 359-367, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009 Acesso em: 10 fev. 2015.

ZANCHI, Mariza et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio FUMDES - Programa do Fundo de Apoio a Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior

porte. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v.29, n.5, pp. 1019-1028, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500019 Acesso em: 10 fev. 2015.