

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES**

TAYANE SALES DE MELO

**AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL DE RISCO HABITUAL E MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL NA XI
REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

SERRA TALHADA

2024

TAYANE SALES DE MELO

**AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E MORTALIDADE MATERNA E
INFANTIL NA XI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Monografia apresentada à Escola de
Governo em Saúde Pública de
Pernambuco, como parte dos requisitos
para obtenção do título de especialista
em saúde coletiva.

Orientador: Bruno dos Santos Santana.

SERRA TALHADA

2024

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

M528a

Melo, Tayane Sales de.

Avaliação da relação entre a qualidade da assistência pré-natal de risco habitual e mortalidade materna e infantil na XI região de saúde de Pernambuco /Tayane Sales de Melo. _Serra Talhada- PE, 2024.

55 fls.

Orientador: Ms. Bruno dos Santos Santana.
Monografia-TCR (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE)

1. Pré-natal. 2.Mortalidade Materna. 3. Mortalidade Infantil.
3. Avaliação em saúde. I. Título

ESPPE / BNC

CDU – 314.14 -055.26: 616-083.98 (813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

TAYANE SALES DE MELO

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL NA XI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Monografia apresentada à Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em saúde coletiva.
- Área de concentração: Materno-infantil.

Serra Talhada, _____ de _____ 2024.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof . Dr. Bruno dos Santos Santana.

Banca: Profa . Dra. Késia Lino de Alencar

Banca: Prof. Dra. Amanda Narciso Machado

NOTA: _____

RESUMO

Objetivo: Classificar a qualificação do pré-natal de risco habitual na XI região de saúde.

Métodos: O estudo foi do tipo quantitativo descritivo, no qual se descreve as características de um fato ocorrido em uma amostra populacional. Foi realizado um levantamento bibliográfico acerca do tema, assim como o levantamento de dados através de sistemas de informação no período de 2017 a 2021, dados mais recentes disponíveis por um período de cinco anos, e o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (formulário e observação sistemática, por meio dos registros dos sistemas de informação). **Resultados:** De acordo com os resultados obtidos por meio das respostas das enfermeiras, foi visto que o pré-natal da XI região de saúde encontra-se com uma qualificação ótima. 20 dos 26 critérios avaliados tiveram a classificação ótima (>80%), 04 tiveram a classificação boa/satisfatória (60,0 a 79,9%), 01 teve a classificação ruim. Quando se compara os resultados encontrados dos sistemas de informação (SIM e SINASC) com os obtidos pelo formulário, se observa uma divergência das informações, tendo em vista que a classificação da mortalidade infantil se encontra mediana, não fazendo sentido a classificação de pré-natal se encontrar ótima, já que muitos estudos já provaram a relação de pré-natal e mortalidade infantil. **Conclusão:** Em vista dos resultados obtidos através dos formulários, a classificação do pré-natal se encontra ótima, negando a hipótese deste estudo. No entanto, quando se faz a relação dos dados secundários advindos dos sistemas de informação, os mesmos não se apresentam de forma equivalente, implicando uma controvérsia de informações. Com isso, faz-se necessário uma pesquisa presencial, do tipo observacional ou análise documental (prontuários), para talvez, trazer resultados semelhantes aos dos sistemas de informação, tornando o estudo mais seguro.

Palavras-chave: pré-natal; mortalidade materna; mortalidade infantil, avaliação em saúde.

ABSTRACT

Objective: Classify the qualification of prenatal care at usual risk in the XI health region.

Methods: The study was quantitative and descriptive, in which the characteristics of an event that occurred in a population sample are described. A bibliographic survey was carried out on the topic, as well as data collection through information systems in the period from 2017 to 2021, most recent data available for a period of five years, and the use of standardized data collection techniques (form and systematic observation, through information system records).

Results: According to the results obtained through the nurses' responses, it was seen that prenatal care in the XI health region has excellent qualifications. 20 of the 26 criteria evaluated had an excellent classification (>80%), 04 had a good/satisfactory classification (60.0 to 79.9%), 01 had a poor classification. When comparing the results found from the information systems (SIM and SINASC) with those obtained by the form, a divergence of information is observed, considering that the classification of infant mortality is average, and the prenatal classification does not make sense. is excellent, as many studies have already proven the relationship between prenatal care and infant mortality. **Conclusion:** In view of the results obtained through the forms, the prenatal classification is excellent, negating the hypothesis of this study. However, when secondary data from information systems are listed, they do not present themselves in an equivalent way, making it an information controversy. Therefore, face-to-face research, of the observational type or documentary analysis (medical records), is necessary to perhaps bring results similar to those from information systems, making the study safer.

Keywords: prenatal; maternal mortality; child mortality; health assessment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 HIPÓTESE.....	11
4 OBJETIVOS	12
4.1 Objetivo geral.....	12
4.2 Objetivos específicos.....	12
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1 Pré-natal	13
5.2 Gravidez na adolescência	15
5.3 Assistência ao parto	15
5.4 Principais complicações clínicas e obstétricas	16
5.5 Puerpério	16
5.6 Planejamento familiar	17
5.7 Avaliação do pré-natal	17
6 METODOLOGIA.....	18
6.1 Caracterização do tipo de estudo	19
6.2 Cenário do estudo	19
6.3 População e amostra.....	19
6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	19
6.4 Coleta ou produção dos dados.....	20
6.4.1 Local e maneira de coleta ou produção dos dados	21
6.4.2 Caracterização do tipo de dado.....	21
6.4.3 Instrumento de coleta ou norteador	21
6.5 Análise dos dados.....	21
6.6 Considerações éticas	21
6.6.1 Riscos e benefícios.....	22
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
8 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é a fase onde a mulher e o feto recebem cuidados durante o período gestacional. Com ela, objetiva-se uma gestação saudável, que minimize os riscos à saúde da gestante e do feto. O conjunto de cuidados vai desde a atenção médica até a social. Com a assistência pré-natal é possível prevenir, identificar problemas e tratá-los (Febrasgo, 2014).

O pré-natal de risco habitual é a assistência oferecida às gestantes sem fatores de risco que venham a interferir no período gestacional, ou riscos que necessitem de um serviço de baixa complexidade. A avaliação de risco deve ser feita na primeira consulta de pré-natal, e envolve aspectos individuais, como doenças pré-existentes, e os sociais e demográficos (Bouéres, 2019).

A Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) foi criada com o propósito de reduzir a Mortalidade Materna e Infantil, vindo substituir a estratégia da Rede Cegonha. A RAMI está regulamentada em duas Portarias: 795 e 2.228 (Curitiba, 2019)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental nas ações voltadas à Rede Materna e Infantil. A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) tem a responsabilidade de conhecer a população adscrita de mulheres em idade fértil, principalmente, mulheres que já tenham filho(s) e as que têm intenção de engravidar. Ao ser atendida na APS, a gestante deverá passar por avaliação clínica, exames laboratoriais específicos e avaliação de possíveis fatores de risco gestacionais. A equipe e gestante deverão realizar um plano de cuidado e autocuidado para esse ciclo gravídico de acordo com a classificação de risco da gestação (Paraná, 2020).

Foi instituída em junho de 2000, através do Ministério da Saúde, a portaria que regulamenta o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (nº 569), com o objetivo de garantir os direitos de cidadania, com a melhoria de acesso aos serviços de saúde, cobertura e qualidade do pré-natal, assegurando a assistência desde o parto até o puerpério (Dantas *et al.*, 2018). Brasil (2019, p. 6): “Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, perda gestacional, parto e puerpério, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um dos critérios de avaliação de qualidade da assistência pré-natal é a quantidade de gestantes que iniciam o pré-natal antes da 12ª semana gestacional. A OMS também enfatiza a importância da assistência para garantia da saúde de mulheres na fase da gestação, puerpério e aleitamento. Algumas evidências mostram que o mínimo ideal de consultas de pré-natal seria seis, sendo que, até a 34ª semana, o

acompanhamento deverá ser mensal; da 34^a a 36^a semana, o acompanhamento deverá ser quinzenal; e após, semanalmente até o parto (Febrasgo, 2014).

No ano de 2014, um estudo observou que apenas três quartos das mulheres brasileiras começaram o pré-natal antes da 12^a semana gestacional, sendo um valor ainda menor em mulheres negras, mais jovens, com nível socioeconômico baixo, baixa escolaridade, e que vivem nas regiões Norte e Nordeste. Quanto ao maior número de consultas, estavam mulheres com mais idade, brancas, com nível socioeconômico mais alto, e que vivem na Região Sul do país, estas realizavam seis consultas ou mais (Tomasi *et al.*, 2017).

Conforme Leal *et al.* (2017), a disparidade racial afeta intrinsecamente na saúde, educação, condições de trabalho e moradia de um indivíduo. As pessoas mais afetadas por questões raciais são pretos, indígenas e quilombolas; esses grupos populacionais apresentam maior risco de adoecimento e morte, que poderiam ser evitados. Os coeficientes de mortalidade apontam a mortalidade materna 2,5 vezes maior em mulheres pretas no Brasil.

Alguns estudos dos Estados Unidos buscaram identificar as principais causas de morbimortalidade materna, através dos indicadores de saúde, e foi visto que entre os anos de 2007 a 2016 prevalecem as doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, trombose e varizes; e infecção. Outros fatores como idade materna avançada, obesidade e doenças crônicas também estiveram presentes, assim como mostram alguns estudos no Brasil. Outros dados que também se assemelham ao Brasil é a prevalência de mortalidade entre mulheres negras que, em 2016, chegou a 3,2 vezes mais que em mulheres brancas (Ahn *et al.*, 2020).

É uma preocupação global a redução da mortalidade materna e infantil. A China, por sua vez, elaborou algumas estratégias para conter tal situação no ano de 2016, a partir da análise dos óbitos, as estratégias foram divididas em cinco itens: (1) triagem e avaliação de risco; (2) gerenciamento para gestação de alto risco; (3) encaminhamento e tratamento de gestantes e recém-nascidos em estado grave; (4) notificação de mortes maternas; (5) responsabilização/possíveis causas. Esses cinco itens são a base do cuidado perinatal, e são considerados de alta qualidade (Liu *et al.*, 2019).

Uma das finalidades a ser atingida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) no campo da saúde materno e infantil era a redução dos coeficientes de mortalidade infantil. Foi proposta até 2015 a redução de 15,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2011 o Brasil alcançou uma taxa ainda menor do que foi proposto (15,3 por mil nascidos vivos). No período de 1990 a 2010, o Brasil mostrou melhor atuação na redução da mortalidade, comparado aos países de Índice de Competitividade Sustentável (ICS) - Brasil, Rússia, Índia,

China e África do Sul -; todavia, quando se compara aos países sul-americanos, é o país que apresenta os maiores índices (Lima *et al.*, 2017).

Ao longo dos anos, com o avanço das pesquisas na linha de cuidado materno e infantil, foi possível perceber reduções significativas de índices de mortalidade materna e infantil, que antes eram altíssimos no Brasil. Sabe-se também, que a assistência pré-natal não garante a inexistência de complicações no parto, no entanto, medidas de promoção e prevenção à saúde durante esse período contribuem minimizando esses riscos (Brasil, 2019).

Um estudo fez a comparação dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 1995 e 2015, comparando a cobertura da assistência pré-natal pelo SUS no Brasil, e foi visto que em 1995 existia uma cobertura de 10% das gestantes brasileiras, que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, já em 2015 o percentual passou para 66,5%, mostrando maior adesão à assistência, e conseqüentemente, maior número de nascidos vivos (Leal *et al.*, 2019).

O risco gestacional envolve múltiplos fatores, pessoas com idade menor que 15 e maior que 35 anos têm mais riscos; bem como a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como: hipertensão, diabetes, anemia falciforme, dentre outras. O estilo de vida é considerado um fator determinante proximal (excesso de peso; alimentação pobre em vitaminas e rica em calorias, açúcares e gorduras no geral; sedentarismo; uso de álcool e outras drogas, e tabagismo). Já o determinante social intermediário envolve: dificuldade de acesso aos serviços de saúde; população menos favorecida economicamente, povos indígenas, povos quilombolas; vínculo familiar prejudicado; violência doméstica; baixa escolaridade; e inadequação das condições de trabalho. Nos determinantes sociais distais estão: condições ambientais, culturais e socioeconômicas (Dahlgren, 1991; Brasil, 2019).

Quando os indicadores de mortalidade materna se mostram de forma ascendente, é possível deduzir que houve falha na assistência prestada, tanto no pré-natal quanto no parto. Embora o cenário atual seja melhor do que há mais de 20 anos, ainda assim, os números se apresentam de forma expressiva, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste (Leal *et al.*, 2017).

Apesar de muitos programas e estratégias de saúde pública, criados para redução da mortalidade materna e infantil, em algumas regiões do Brasil, sobretudo no nordeste, ainda há números elevados de mortalidade materna e infantil. A XI região de saúde em Pernambuco lidera entre as regiões com maiores indicadores. Diante disso, surgiu o interesse em classificar a qualificação do pré-natal de risco habitual nessa região, e a partir do resultado observar se

existe convergência ou não com os dados apresentados pelos sistemas de informação de mortalidade.

2 JUSTIFICATIVA

A avaliação da qualificação do pré-natal de risco habitual na XI região de saúde é de grande necessidade. Os dados epidemiológicos dos últimos anos mostram um alto índice de mortalidade materna e infantil, se tornando uma das regiões de saúde com maiores coeficientes desse índice. É sabido que essa realidade se dá por diversos fatores e muitos deles estão relacionados à má assistência no pré-natal.

Com o objetivo de avaliar a qualificação do pré-natal de risco habitual, esse estudo apontou os requisitos necessários para se fazer um pré-natal de qualidade e avaliou como está ocorrendo na prática, através dos(as) enfermeiros(as) das unidades de saúde. E, a partir do resultado, observou se existe convergência ou não com os dados apresentados pelos sistemas de informação de mortalidade. Por meio do resultado também será possível contribuir na construção de algumas ações a serem planejadas pela Gerência Regional de Saúde (GERES), a fim de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil.

3 HIPÓTESE

As dificuldades da assistência no pré-natal de risco habitual dentro da atenção primária podem estar contribuindo para os números elevados de morte materna e infantil na região.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Caracterização da qualificação do pré-natal de risco habitual na XI região de saúde.

4.2 Objetivos específicos

- 1) Comparar a qualidade da assistência e a mortalidade materna e infantil na região;
- 2) Identificar como o serviço de pré-natal está sendo ofertado na região;
- 3) Analisar se existe convergência ou não com os dados apresentados pelos sistemas de informação de mortalidade.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Pré-natal

Antes de gerar uma criança o ideal seria que ambos os genitores passassem por uma avaliação pré-concepcional, para rastreamento de doenças ou fatores de risco que possam interferir na futura gestação, sendo esta uma forma de melhorar os índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. No entanto, os estudos mostram que metade das gestações não são planejadas, mesmo que venham a ser desejadas (Rio Grande Do Sul, 2018)

A assistência pré-natal no primeiro trimestre é primordial para um bom desenvolvimento gestacional. A Unidade Básica de Saúde é a principal porta de entrada das gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando um acompanhamento continuado. É importante que haja um fluxo organizado das redes de assistências disponíveis no local para que a gestante e sua rede de apoio tenham conhecimento sobre a realização de exames, hospital de referência para realização de parto, urgências e emergências obstétricas, realização de pré-natal de alto risco, bem como outras redes de média e alta complexidade (Rio de Janeiro, 2020).

O papel da enfermagem na atenção primária à saúde com o cuidado do pré-natal de risco habitual é de fundamental importância, visto que boa parte do acompanhamento é conduzido pelo (a) enfermeiro (a) e esses profissionais são responsáveis pelo acolhimento às gestantes e sua rede de apoio, bem como a solicitação de exames, coleta de exame citopatológico, orientações e ações educativas do pré-natal até o puerpério (Santos *et al*, 2020).

É fundamental que exista uma articulação entre município e estado, de modo que se organize a rede da linha de cuidado materno e infantil, para assim, fazer o direcionamento necessário. Com o objetivo de oferecer um pré-natal de qualidade, o Ministério da Saúde disponibilizou dez passos para serem seguidos na Atenção Básica: o 1º orienta o início do pré-natal até a 12ª semana gestacional; o 2º fala sobre a garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos; 3º garantir a solicitação, realização e avaliação dos resultados dos exames solicitados no pré-natal; 4º escuta ativa da gestante e sua rede de apoio, envolvendo fatores sociais e emocionais; 5º garantia de transporte público, quando necessário; 6º garantia do direito do (a) parceiro (a) a ter acesso a atendimento, como exames antes, durante e depois da gestação; 7º acesso a atendimento especializado, quando necessário; 8º elaborar plano de parto com gestante, estimular e informar sobre o parto fisiológico; 9º o direito de conhecer e visitar o local de parto; 10º conhecimento dos direitos garantidos por lei durante o período gestacional (Bouéres, 2019; Dos Santos, 2021).

O acolhimento no pré-natal é uma prática de humanização no serviço de saúde, sendo este um espaço de escuta qualificada e criação de vínculo. Nesse momento, a equipe de saúde buscará conhecer o meio social no qual a gestante está inserida, e assegurar uma integralidade no cuidado e articulação com outros serviços de saúde. Algumas iniciativas por parte dos profissionais para aproximar os(as) usuários(as) se inicia com a apresentação do próprio profissional; assim como chamar os usuários pelos próprios nomes; informar sobre condutas e intervenção a ser realizada; escuta qualificada; assegurar a confidencialidade e privacidade das informações; estimular a presença de um acompanhante e/ou parceiro(a), dentre outras práticas (Silva *et al*, 2019)

Logo após a confirmação da gravidez, deve-se iniciar a assistência pré-natal. No SUS as gestantes atendidas são cadastradas no SisPreNatal, um sistema que permite o acompanhamento contínuo da gestação, monitorando e avaliando a assistência que está sendo prestada desde o início até o puerpério. Todo procedimento realizado deve ser registrado na Ficha de Pré-Natal e no Cartão da Gestante (Fleck, 2019)

Quando houver o diagnóstico de gravidez e início do pré-natal a primeira classificação a ser feita é a de risco gestacional. Será repassado à gestante o número de consultas a serem feitas por trimestre, como também os procedimentos a serem realizados ao longo da gestação, que incluem exame físico, exames laboratoriais complementares, cálculo da idade gestacional, cálculo da data provável de parto, avaliação do estado nutricional e acompanhamento de ganho de peso, aferição da pressão arterial, palpação obstétrica e medida da altura uterina, verificação da presença de edema, preparação das mamas para amamentação, vacinação, dentre outros que estarão inclusos a depender dos resultados alterados dos exames (Mendes *et al*, 2020).

O ciclo gestacional traz inúmeras mudanças na mulher, tanto físicas quanto psíquicas, e é considerado um momento de transição tal como a adolescência e o climatério. É também um momento de breve instabilidade emocional, na maioria das vezes. Porém existem casos de instabilidade emocional constante, de negação/não aceitação da gestação, ou até mesmo expectativas que não serão supridas com o nascimento de uma criança, diante disso, os profissionais de saúde precisarão estar mais atentos ao cuidado integral com a gestante (Bjelica *et al*, 2019).

Na gestação múltipla, a gestante tem maiores chances de ter complicações, risco maior de prematuridade, malformação fetal, restrição de crescimento, aumento da pressão arterial e pré-eclâmpsia, aborto, morbidade e mortalidade. Os estudos mostram que há maior proporção de mortalidade perinatal a depender do número de fetos. As necessidades numa gestação múltipla são aumentadas da mesma forma que o cuidado (Silva, 2018).

5.2 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência acontece por diversos fatores, desde aspectos sociais, financeiros, desinformação sobre sexualidade e métodos contraceptivos, até fatores pessoais. Nesse período acontecem dois eventos de desenvolvimento ao mesmo tempo, que é a transição do corpo da infância para o corpo adulto e o desenvolvimento de um feto. A gestação na fase da adolescência pode ser considerada um problema no que diz respeito ao crescimento natural da adolescente. Ademais, os adolescentes precisam receber tratamentos diferentes dos adultos, o pré-natal, parto e puerpério acontecem de maneira distinta do habitual. As consultas de pré-natal não necessariamente precisam ser marcadas, já com o propósito de a gestante adolescente procurar os profissionais quando achar necessário, a escuta ativa precisa ser feita com mais cautela, sem julgamentos, para que os adolescentes se sintam confortáveis em tirar dúvidas e venham a criar um vínculo. Mesmo sendo uma gestação de alto risco, alguns estudos não confirmam o maior risco clínico se comparada à gestação na mulher adulta, no entanto, é necessária uma atenção especial em gestantes entre 10 e 14 anos (Pinheiro, 2019; Rosaneli, 2020).

5.3 Assistência ao parto

Quando se compara o parto normal ao parto por cesariana, há mais desvantagem na cesariana, com maior risco de morbimortalidade materna, risco de histerectomia, infecção puerperal, problemas com anestesia, tromboembolismo venoso, risco aumentado para futuras gestações, dentre outros. Para o neonato viu-se também o aumento de problemas respiratórios neonatais, dificuldade de pega na hora do aleitamento materno e morbimortalidade neonatal. Contudo, é preciso que haja uma avaliação que atenda as melhores condições de cada gestante (Silva *et al*, 2020).

No Brasil, o incentivo à assistência pré-natal é debatido desde os anos 70. O Ministério da Saúde nos anos 2000 começou estabelecendo algumas estratégias para melhoria dessa assistência, no qual o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais foi uma delas. O objetivo desse programa era a tentativa de sensibilização de gestores estaduais, municipais, e profissionais da saúde para com as parteiras, para estabelecer uma parceria, e vir trabalhar de forma articulada ao SUS. Com isso, se realiza o levantamento do número de parteiras em uma determinada região e as cadastram, aproximando-as da Estratégia Saúde da Família, com o

intuito de melhorar a assistência, assim como a notificação nos sistemas de informação (Gomes, 2021).

5.4 Principais complicações clínicas e obstétricas

As complicações clínicas e obstétricas que mais aparecem são: **hiperêmese gravídica** – quadro de vômitos constantes, dificultando a alimentação da gestante até levar a desidratação, transtornos metabólicos, dentre outros – ocorre com maior frequência em gestação múltipla, diabetes, pré-eclâmpsia; **abortamento** – expulsão do feto com menos de 22 semanas ou peso do feto menor que 500g – pode acontecer de forma espontânea ou provocada; **gravidez ectópica** – quando o embrião se aloja fora da cavidade uterina – são múltiplas as causas, mas uma delas seria a má formação das trompas; **doença trofoblástica gestacional** – aumento do tecido trofoblástico depois de uma gestação – as manifestações clínicas podem acontecer logo no início da gestação; **descolamento prematuro de placenta (DPP)** – umas das causas dos altos índices de mortalidade materna e infantil -; **síndromes hipertensivas na gestação** – também sendo uma das causas de maior morbimortalidade na gestação -; **sífilis congênita** – quando não tratada, pode evoluir para abortamento espontâneo e morte perinatal -; **trabalho de parto prematuro (TPP)** – quando acontece o parto pré-termo, entre 22 e 37 semanas -; **prolongamento da gestação** – conhecida como gravidez pós-termo – quando o parto acontece após as 42 semanas gestacional (Rio de Janeiro, 2020).

5.5 Puerpério

O puerpério também é uma fase que merece atenção, é o momento em que alguns problemas decorrentes da gestação podem aparecer, bem como óbito materno por infecções e hemorragias. É preciso que haja orientação a respeito de manifestações clínicas de sinais e sintomas após o nascimento do neonato. Na maioria das vezes, intercorrências de morbidade e mortalidade ocorrem na primeira semana pós-parto (Oliveira, 2019).

A equipe de atenção básica ficará responsável pela visita domiciliar em até uma semana após a alta hospitalar, e quando o recém-nascido (RN) for classificado de risco, recomenda-se a visita domiciliar nos três primeiros dias. Esse cuidado é importante para verificar como está acontecendo o puerpério e os primeiros dias de vida da criança, sendo também um momento de orientação, principalmente nas famílias de primigestas, identificando as situações de risco presente na tentativa de repará-las (Corrêa, 2017)

Assim como no pré-natal, após o nascimento, as informações do neonato também precisam ir para o SisPreNatal, o sistema será alimentado até 42 dias pós-parto, nele constarão todas as informações antes do nascimento e o desfecho da gestação (Fleck, 2019).

Outras observações importantes na visita da equipe é como está sendo manejado o aleitamento materno, como também a posição da criança na pega da mama, se há presença de fissuras, mamas ingurgitadas, mastite e demais dificuldades e dúvidas que ainda existam, buscando incentivar o aleitamento e reforçando sua importância (Lustosa, 2020).

5.6 Planejamento familiar

Outra atribuição dos profissionais de saúde é a orientação do planejamento familiar, que ganhou grande destaque no século XX, quando foi inserindo nas Políticas Públicas de Saúde, e estando associado à escolha de ter filhos ou não. Nessa orientação, é preciso apresentar os tipos de métodos contraceptivos e alinhar com a mulher qual o melhor para ela. Na USF, o profissional de saúde que está mais próximo das pessoas, em especial, mulheres em idade fértil, é o enfermeiro, tendo em vista que é o profissional que mais faz ações de promoção da saúde na unidade, portanto, este se torna o principal no desenvolvimento desse planejamento junto com a mulher e família (De Sousa et al, 2021).

O estudo de Reis (2020) traz resultados sobre o conhecimento das mulheres sobre a saúde reprodutiva, e foi visto que boa parte das mulheres que buscam o planejamento familiar nas USFs já tem filhos, isto é, não existe uma procura antes do período gestacional, e que muitas delas desconhecem a atuação desse programa. A percepção que a maioria teve sobre este programa era de esterilização cirúrgica, como forma de controle de natalidade; no entanto, não se restringe a isso, mas sim na escolha de métodos que sejam mais adequados para cada mulher, bem como o direito de escolha sobre a natalidade (Dos Reis et al, 2020).

O profissional da enfermagem, mais uma vez, tem um papel fundamental na educação em saúde para diversos públicos, inclusive para os adolescentes. O Programa Saúde na Escola (PSE) aborda muitos temas, dentre eles, estão à sexualidade, as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez, que são discussões imprescindíveis para essa fase da vida. Desse modo, é papel do(a) enfermeiro(a) tentar aproximar os adolescentes escolares acerca do tema para sanar as dúvidas existentes sobre a saúde sexual e reprodutiva, evitando também gravidez indesejada nesse período (Leite et al, 2020).

5.7 Avaliação do pré-natal

Entre 2015 e 2016 foi realizado um estudo nas maternidades públicas, privadas e mistas em Sergipe para avaliação da qualidade do pré-natal através dos critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). A avaliação foi feita com 768 puérperas, mediante entrevista e visualização do cartão da gestante. A pesquisa apresentou resultados positivos de cobertura do pré-natal: 99,3% das gestantes foram assistidas até o final da gestação; no entanto, foi observado que apenas 57% das gestantes foram acompanhadas antes da 16ª semana gestacional, trazendo assim, dificuldades na adequação do PHPN (Mendes *et al*, 2020).

Outro trabalho realizado em Fortaleza no período de 2015 e 2016 na Casa de Parto Natural também buscou avaliar a qualidade do pré-natal em gestantes com risco habitual. O estudo foi feito com uma amostra de 560 prontuários de gestantes que realizaram o pré-natal na Casa de Parto Natural, envolvendo critérios sociodemográficos, indicadores de assistência pré-natal, aspectos clínicos e obstétricos. Tendo como resultado, 42,3% de gestantes com o número de sete ou mais consultas, o que seria o ideal, e 26,3% de início do pré-natal antes da 16ª semana gestacional. A qualidade dos procedimentos clínicos e obstétricos foi de 55%, considerada adequada. Todavia, ressalta-se a necessidade de maior atenção por parte de profissionais e gestores, para melhores resultados dos indicadores materno-infantil (Balsells *et al*, 2018).

No estudo de Luz (2018) buscou-se avaliar a qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no ano de 2012. Foram investigados a estrutura física, gerenciamento e assistência prestada, com 42 critérios de avaliação em 16.566 EqSF. Os resultados apresentados foram de inadequação de estrutura, assim como a falta de medicamentos e exames essenciais, déficit nas ações assistenciais, na promoção à saúde e atenção integral.

Cunha *et al* (2019) também avaliou a atenção ao pré-natal na Atenção Básica com os 4.059 municípios que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB no ano de 2013 e 2014, nesse estudo foram usados 19 indicadores de estrutura física, gerenciamento e assistência. Apenas 32,6% municípios apresentaram adequação na estrutura física, 24,1% de adequação no gerenciamento e 24,6% de adequação em assistência prestada. A região Sul teve destaque no país, apresentando os melhores resultados na estrutura física e na assistência, deixando evidente a necessidade de uma atenção mais integral e equitativa.

6 METODOLOGIA

6.1 Caracterização do tipo de estudo

O estudo foi do tipo quantitativo descritivo, no qual se descreve as características de um fato ocorrido em uma amostra populacional. Foi realizado um levantamento bibliográfico acerca do tema, assim como o levantamento de dados através de sistemas de informação no período de 2017 a 2021, dados mais recentes disponíveis por um período de cinco anos, e o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (formulário e observação sistemática, por meio dos registros dos sistemas de informação).

6.2 Cenário do estudo

O contexto atual da Região de Saúde estudada é de números elevados de mortalidade materna e infantil. Sabendo disso, foi preciso fazer uma avaliação de como estão sendo ofertados os serviços na Atenção Primária à Saúde.

6.3 População e amostra

O público estudado foi de enfermeiros e enfermeiras que prestam assistência às gestantes, puérperas e recém-nascidos, nas Unidades de Saúde da Família da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco. Os municípios que compõem a região são: Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo. Foi aplicado um formulário aos enfermeiros (as) das Unidades de Saúde, o número da amostra dos participantes foi 60, a pesquisa foi realizada através do aplicativo de gerenciamento Google Forms. A técnica de escolha das Unidades foi por meio de amostragem não probabilística.

6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Estarão incluídos na pesquisa: enfermeiros e enfermeiras que atuam na atenção primária, em Unidades de Saúde da Família, que realizam o pré-natal de risco habitual. Estarão excluídos: enfermeiros e enfermeiras que estiverem afastados das atividades por motivos de férias, folga, licença-médica e não responder às tentativas de contato, além de outras categorias

profissionais que trabalhem nas USFs, como médicos, dentistas e técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal.

6.4 Coleta ou produção dos dados

Foi realizado o levantamento bibliográfico de artigos científicos nas bases de dados eletrônicas indexados: Cochrane, PubMed e Google acadêmico, utilizando os descritores: Pré-natal, Mortalidade materna, Mortalidade infantil e Qualificação de pré-natal. Foram selecionados estudos tendo como critério de inclusão artigos em língua inglesa e portuguesa, entre os anos 2017 a 2022, devido à disponibilidade de dados secundários recentes nos sistemas de informação, artigos originais, publicados e indexados nas respectivas bases de dados.

Para realização do presente estudo também foram utilizados dados secundários dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. Foi realizado o cálculo da taxa de mortalidade infantil, através dessas informações de óbitos de todas as crianças menores de 1 ano com relação aos nascidos vivos durante os anos de 2017 a 2021, dados mais recentes disponíveis por um período de cinco anos, na região de saúde. Também foi realizado o cálculo da taxa de mortalidade materna, através de todos os óbitos maternos com relação aos nascidos vivos durante os anos de 2017 a 2021, na região de saúde.

O formulário que foi aplicado aos enfermeiros (as) ocorreu totalmente pelo ambiente virtual e deu-se através da adaptação do trabalho de Becker (2011) e o índice do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN/MS. Os quadros que utilizados no processo de coleta e avaliação foram os quadros 8, 9, 10 e 11 (ANEXOS). Somente o quadro 8 foi enviado aos participantes, os quadros 9, 10 e 11 foram utilizados para classificação e análise dos dados. No quadro 8, estão os critérios avaliados a partir das respostas dos participantes, no 9, está a pontuação dos indicadores, que foram somadas as informações do quadro 8 e trouxe o percentual e a pontuação, no 10 foi feito o julgamento de grau de qualidade a partir das informações do quadro 9, já o 11 foi feita a análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal, compilando todas as informações dos quadros anteriores.

A pesquisa somente foi iniciada após a análise e aprovação do comitê de ética e pesquisa. Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAE): 68612023.9.0000.0128.

Os resultados da pesquisa serão encaminhados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto, bem como serão divulgados para os participantes da pesquisa e para as instituições onde os dados serão obtidos.

6.4.1 Local e maneira de coleta ou produção dos dados

Os dados do formulário foram coletados através do aplicativo de gerenciamento Google Forms, o qual foi enviado no formato on-line por e-mail. A coleta realizada totalmente no ambiente virtual. Antes do envio do formulário, foi enviado ao participante um e-mail para explicar os objetivos da pesquisa, sua importância, do que trata o formulário e esclarecer algumas dúvidas, assim como assegurar a garantia de confidencialidade dos dados fornecidos. O formulário foi enviado via e-mail aos participantes com o quadro 8, os demais quadros (9, 10 e 11) foram utilizados para classificação e análise dos dados.

Foi enviado um e-mail ao participante com orientações/esclarecimentos sobre a pesquisa, e um link do Google Forms com a primeira seção sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No final da seção existia a pergunta “Aceita participar da pesquisa?”; se o participante selecionou o ícone “Aceito”, ele foi redirecionado para a seção 2, onde estará o formulário; caso tenha selecionado o “Não aceito”, foi redirecionado para seção 3, na qual a sua participação foi finalizada.

6.4.2 Caracterização do tipo de dado

Os resultados estão expressos em dados numéricos (percentual de qualificação).

6.4.3 Instrumento de coleta ou norteador

Formulário no Google Forms.

6.5 Análise dos dados

A análise foi feita de forma descritiva, após a contabilização dos dados no programa Microsoft Excel 2010, os dados foram digitados duas vezes para minimizar erros. Os resultados foram apresentados em percentual de acordo com a classificação: ótima, boa (satisfatória), regular e ruim.

6.6 Considerações éticas

O presente estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as informações coletadas foram preservadas, os preceitos éticos estabelecidos foram zelados pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo. Os resultados desta pesquisa se tornarão públicos, os preceitos éticos foram considerados em todo processo de construção do trabalho.

6.6.1 Riscos e benefícios

Resolução CNS nº 466/12: “Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos nas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, emocional, social, cultural ou espiritual do ser humano, em tipos e gradações variadas, mesmo que mínimas.”.

Os possíveis riscos que poderiam vir a surgir eram: desconforto; prejuízo no horário de atendimento da Unidade de Saúde; quebra de sigilo; cansaço; invasão de privacidade; possibilidade de constrangimento; disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. Os riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, são: vazamento de informações por meio de invasão de dados; violação de dados; insegurança na confidencialidade dos dados; falta de compreensão do instrumento de coleta de dados; falta de transparência ao responder o instrumento ou respondê-lo de qualquer forma; fazer pouco caso do estudo, devido à ausência física da pesquisadora; falta de acesso à internet ou problemas de conexão; dificuldade de envio/recebimento do formulário; dificuldade de comunicação entre pesquisadora e participante.

As medidas utilizadas para evitar, minimizar, corrigir ou sanar os riscos inerentes à pesquisa e ao ambiente virtual, foram: garantia do sigilo em relação às suas respostas e aos e-mails que estarão conectados na plataforma; não foi enviado o e-mail por lista, evitando a identificação dos profissionais; foi utilizado um programa de antivírus (Avast), para garantir a segurança dos dados coletados; quando concluída a coleta de dados, a pesquisadora principal foi *download* dos dados para um dispositivo eletrônico local, e apagou todo e qualquer registro da plataforma virtual; a obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa; liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores; foi enviado um e-mail para explicar os objetivos da pesquisa e sua importância, e esclarecer algumas dúvidas que possam surgir; em conformidade com as Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (CONEP, 2021).

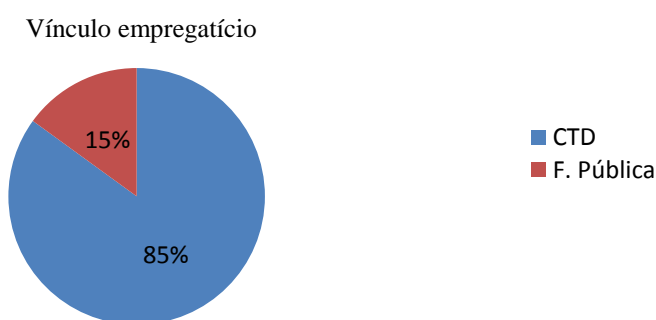
Minas Gerais (2021): “Os benefícios da pesquisa devem trazer proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa, assegurando retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.”. Os benefícios que este estudo pretende trazer serão novas informações para contribuir no desenvolvimento de ações para a comunidade a qual está sendo estudada, proporcionando medidas de promoção, prevenção, tratamento e melhorando a qualidade de vida dessa população.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atenção primária na XI região de saúde é coberta por 77 Unidades de Saúde da Família, sendo 6 em Betânia, 3 em Calumbi, 2 em Carnaubeira da Penha, 7 em Flores, 10 em Floresta, 2 em Itacuruba, 6 em Santa Cruz da Baixa Verde, 12 em São José do Belmonte, 23 em Serra Talhada e 6 em Triunfo (CNES, 2023).

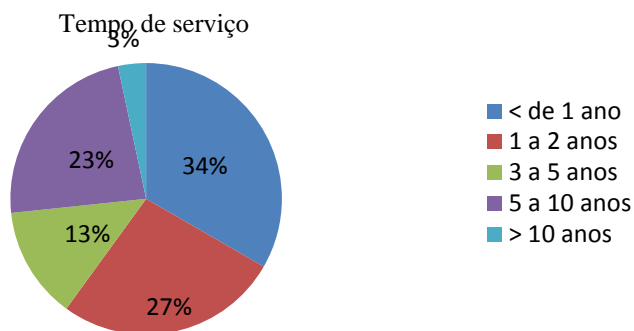
A XI Região de Saúde é composta pelos 10 municípios citados acima e juntos somam 12.258,4 km² de área territorial. A XI Regional tem um total de 239.971 habitantes (Pernambuco, 2021).

Foram enviados 60 formulários para 60 enfermeiras e se alcançou 40 respostas totais. O público que respondeu o questionário foi exclusivamente feminino. Dos 10 municípios apenas 01 não respondeu (aguardou-se um período de 1 mês, mas não houve retorno deste).



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

De acordo com as respostas, 85% das enfermeiras têm vínculo empregatício por meio de contrato por prazo determinado e 15% são funcionárias públicas.



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

Em relação ao tempo de serviço, 34% tinha menos de 1 ano, sendo este o maior percentual; 27% de 1 a 2 anos; 13% de 3 a 5 anos; 23% de 5 a 10 anos e apenas 3% maior que 10 anos de serviço.

Os resultados a seguir têm como legendas: FFF= Muito Frequente; FF = Frequente; F = Pouco Frequente e NA= Não se aplica.

1. Realização de Busca Ativa das Gestantes para que iniciem o pré-natal até 12ª semana de gestação



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

Quando analisado o quesito “Busca Ativa das Gestantes” 57% responderam acontecer de forma muito frequente; 35% de forma frequente; 5% pouco frequente e 3% delas disseram que essa busca não se aplica. Os estudos mostram que quanto mais cedo o início do pré-natal, menor as chances de complicações durante a gestação. Segundo o estudo de Serrazina (2019), realizado nas USFs em um município do interior do Rio de Janeiro, 80% das gestantes chegam às unidades por procura espontânea e apenas 20% por busca ativa por parte dos profissionais. O estudo de Souza (2020) apontou alguns motivos pela não realização do pré-natal ou o abandono, o primeiro motivo se refere à fragilidade da rede de apoio social à gestante; o

segundo diz respeito à fragilidade no cuidado consigo e com o bebê; e o último se refere à fragilidade dos processos de trabalho das equipes de saúde que prestam o cuidado à gestante. Sabe-se que a recomendação do Ministério da Saúde é no mínimo 6 consultas de pré-natal, no entanto, nem sempre é possível chegar a esse quantitativo ou ultrapassá-lo.

2. Frequência de gestantes que realizam, no mínimo, seis consultas de pré-natal.



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O estudo de Mallmann (2018) analisou a realização de 07 consultas ou mais, com variáveis de escolaridade materna e raça/cor, entre os anos 2000 a 2015 em todo o Brasil. Foi visto que houve aumento de consultas em todos os níveis de escolaridade, todavia, o maior percentual se encontra em gestantes com mais de 12 anos de escolaridade. Em relação ao critério raça/cor, houve aumento em pele branca, parda e preta. Já a indígena teve muita oscilação ao longo dos anos. Por sua vez, no trabalho de Mário (2019), observou que nos municípios pobres do norte e nordeste do Brasil, entre os 2000 a 2005, pouco mais de 40% das gestantes realizaram 06 ou mais consultas. Neste estudo, foram respondidos que 77% das gestantes realizam no mínimo 06 consultas de pré-natal, 20% realiza com frequência e 3% não se aplicam a esse critério.

3. Solicitação dos exames ABO-RH



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O exame de ABO-RH é um dos exames que precisa ser solicitado na primeira consulta de pré-natal, para identificar a possibilidade de incompatibilidade do grupo sanguíneo de gestante e criança e evitar os riscos à saúde desta. Com ele, é possível classificar o tipo sanguíneo e o fator Rh indicará se é positivo ou negativo para os antígenos A e D (Caixeta, 2019). Nesta pesquisa, 95% referiram solicitar o exame com muita frequência e 5% disseram que a solicitação acontece com frequência. No estudo de Vaichulonis *et al* (2021) a solicitação foi feita em 90,7% das vezes.

4. Solicitação e análise dos exames Hemoglobina e Hematocrito



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O rastreamento de deficiência de ferro ou anemia na gestação é imprescindível, por causa dos riscos que estão associados à gestação, como uma maior chance de aborto, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino, parto prematuro, dentre outros (Gonçalves, 2019). Com isso, foi respondido que em 95% das consultas esses exames são solicitados e analisados com muita frequência, e em 5% das consultas, a solicitação e análise acontece com frequência. Já no estudo de Vaichulonis *et al* (2021) a solicitação foi feita em 86,3% das vezes.

5. Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (1ª consulta)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

A identificação de diabetes pré-gestacional é importantíssima para uma melhor conduta durante o período gestacional, no primeiro trimestre o risco maior é de malformação fetal,

assim, se faz necessário à solicitação desse exame logo na primeira consulta (Fernandes, 2020). Nesse estudo, foi respondido que 100% das enfermeiras solicitam e analisam esse exame. A cobertura nacional na rede pública de acordo com a pesquisa de Leal (2020) foi de 85%, prevalecendo na região Sul do país.

6. Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (30ª semana)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

Quando se fala sobre os riscos do diabetes no segundo e terceiro trimestre, se refere à macrossomia fetal e o polidrâmnio, podendo causar complicações na gestação e parto (Oliveira, 2021). Nesse estudo, 90% das enfermeiras referiram à solicitação e análise desse exame ao completar a trigésima semana gestacional com muita frequência, 7% responderam que fazem com frequência e 3% pouca frequência. Essa redução pode ter relação com o resultado do primeiro exame de glicemia solicitado na primeira consulta, quando não há risco evidente de diabetes gestacional, este pode ser um exame que não é dado à devida importância nos demais trimestres gestacional, porém é um marcador que pode sofrer grande alteração no segundo e terceiro trimestre (Santos, 2021).

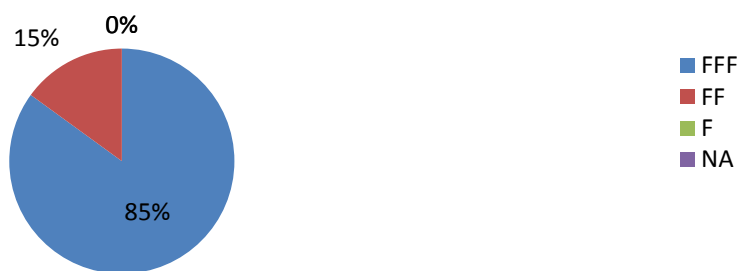
7. Solicitação e análise do VDRL (1ª consulta)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O exame para identificação de presença de sífilis na gestante é o VDRL. Da mesma forma que outros exames, é importante que esse seja solicitado na primeira consulta de pré-natal, pois os riscos de abortamento quando positivo e não tratado são altos (Guimarães, 2018). Foi respondido que 95% das vezes essa solicitação é feita e analisada com muita frequência nas unidades e 5% solicitam e analisam com frequência.

8. Solicitação e análise do VDRL (30ª semana)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

É importante a realização novamente do exame do VDRL na 30ª semana gestacional, para, se for o caso, análise de reinfeção, ou verificação da presença ou não da infecção bacteriana, evitando assim, riscos de morte fetal, malformações, parto prematuro e outros (Padovani, 2018). Nessa questão, foi informado que 85% das enfermeiras fazem essa solicitação e análise com muita frequência durante o pré-natal, e 15% delas realizam com frequência. Esse também é um marcador que teve uma redução na solicitação e análise comparada a 1ª consulta, e também pode se presumir essa redução devido ao hábito de realização de teste de sífilis, para detectar a presença de anticorpos da bactéria *Treponema pallidum*, contudo o exame de VDRL ainda é o mais seguro para verificar se a infecção está presente.

9. Solicitação e análise do Sumário de urina (1ª consulta)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

A análise do sumário de urina é feita para verificar a presença de infecção do trato urinário da gestante, sendo este um fator de risco para parto prematuro e morbidade neonatal (Silva, 2019). Foi respondido que em 95% das primeiras consultas essa solicitação e análise são feitas com muita frequência, e que em 5% das vezes ocorre com frequência.

10. Solicitação e análise do Sumario de urina (30ª semana)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

É necessário que o sumário de urina também seja repetido por volta da 30ª semana gestacional, deste modo, foi observado que a frequência de solicitação e análise reduziu comparada à primeira consulta de pré-natal, com 92% das vezes com muita frequência e 8% com frequência.

11. Solicitação e análise do teste Anti-HIV com Aconselhamento pré e pos-teste (1ª consulta)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O Ministério da Saúde recomenda que durante o período gestacional a realização de pelo menos dois testes de Anti-HIV. A identificação precoce é de extrema importância para iniciar a quimioprofilaxia e evitar a transmissão vertical ao feto (Trindade, 2021). Nesta

pesquisa, foi visto que em 90% das consultas são realizadas com muita frequência a solicitação e análise desse exame, 5% acontece com frequência e 5% com pouca frequência.

12. Solicitação e análise da sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30ª semana)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

A hepatite B durante a gestação é mais um dos riscos para o parto prematuro e contaminação do feto. O tratamento é recomendado a partir da 28ª semana gestacional, se estendendo até o 1º mês pós-parto (Haffner, 2019). Nas unidades, 72% das enfermeiras conseguem solicitar e analisar esse marcador com muita frequência, 13% realiza com frequência, 10% com pouca frequência e 5% informaram que esse exame não se aplica em sua unidade.

13. Solicitação e análise da sorologia para toxoplasmose (IgM na 1ª consulta)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

A infecção por toxoplasmose na gestação pode trazer riscos se a doença estiver na forma ativa, como: abortamento fetal, microcefalia, macrocefalia, icterícia, crises convulsivas, dentre outros (Ferreira, 2020). Em 87% das vezes esse exame é solicitado e analisado com muita frequência pelas enfermeiras, 10% com frequência e 3% com pouca frequência.

14. Encaminhamento das gestantes para imunização contra o tétano



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

A recomendação do Ministério da Saúde para imunização da gestante contra o tétano é que seja feita entre a 27^a a 36^a semana gestacional para proteção da gestante e da criança (Spinola, 2022). Em 95% das vezes esse encaminhamento é feito com muita frequência na região, e 5% é feito com frequência.

15. Avaliação do estado nutricional das gestantes



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

A avaliação do estado nutricional das gestantes é importante para traçar condutas de ganho de peso adequado; suplementação de vitaminas e minerais de acordo com a necessidade; e controle, quando necessário, de alguns macros e micronutrientes (Rufino, 2018). 75% das enfermeiras informaram que realizam essa avaliação com muita frequência, já 25% informaram que fazem com frequência.

16. Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de colo do útero



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

Uma das recomendações do Ministério da Saúde é a realização do exame preventivo do câncer de colo de útero. Caso possua muito tempo que a gestante tenha feito (mais de 3 anos), é orientado que seja feito em qualquer período da gestação, de preferência até o 7º mês (Contri, 2021). Foi observado que apenas 37% das enfermeiras fazem a solicitação com muita frequência desse exame, 38% fazem com frequência e 25% com pouca frequência.

17. Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de Mamas



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O exame preventivo do Câncer de Mamas foi uma questão que teve múltiplas respostas diferentes, apenas 17% das enfermeiras realizam essa solicitação e encaminhamento com muita frequência, 23% com frequência, 40% com pouca frequência e 20% disseram que essa conduta não se aplica em sua unidade. De fato, esse é um exame realizado com pouca frequência nesse período gestacional, porém, assim como outros tipos de câncer, esse ocorre de forma silenciosa, e é orientado que se faça ao menos o exame de toque nas mamas das gestantes (Silva, 2019).

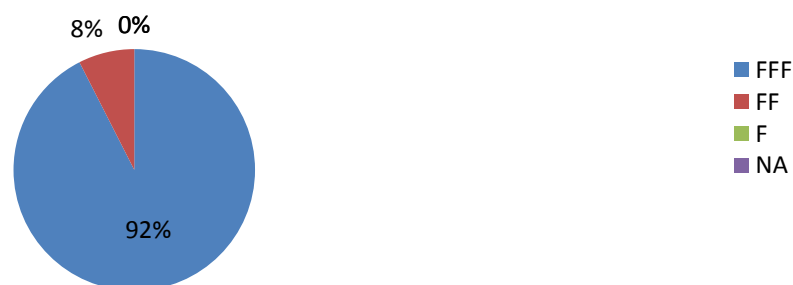
18. Realização de atividades educativas com as gestantes
(individual e/ou grupo)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O MS também recomenda momentos de atividades educativas para as gestantes, com o propósito de acolher, fortalecer o vínculo com os profissionais da unidade, conhecer o outro, valorizar os aspectos culturais, dentre outros benefícios. É sabido também, que devido às altas demandas das unidades, nem sempre é possível a realização dessas atividades, mesmo sendo de muita importância (Barcellos, 2022). Nessa região, foi respondido que 70% das vezes existe esse tipo de atividade com muita frequência, 22% disse que ocorre com frequência e 8% com pouca frequência.

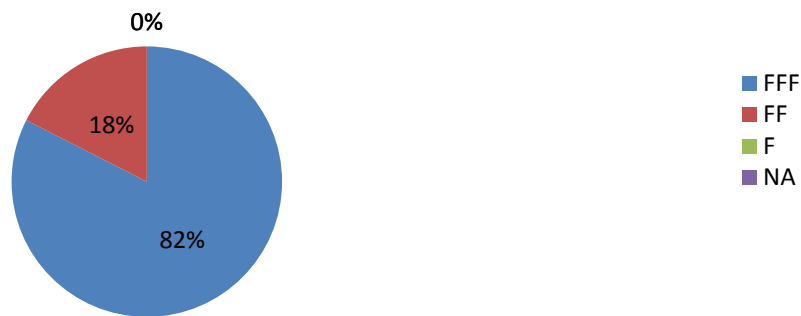
19. Acolher e propiciar as gestantes consultas humanizadas,
deixando-as a vontade para perguntar/contestar, etc.



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O acolhimento faz parte de um dos princípios fundamentais do SUS, a integralidade. Toda gestante tem o direito de ser ouvida, ter atendimento digno e respeitoso, assegurado pela Constituição Federal (Brasil, 2019). Dito isso, foi informado que 92% das enfermeiras realizam esse tipo de atendimento com muita frequência e 8% delas realizam com frequência.

20. Recomendação/Agendamento/Busca Ativa se necessário, das mulheres para sua consulta puerperal.



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

Existem várias causas para o abandono do pré-natal, como já citadas neste trabalho. É fundamental que seja explicada a importância do pré-natal logo na primeira consulta, assim como, informar o agendamento das próximas. Os profissionais da Unidade de Saúde da Família são responsáveis por captar essas gestantes por meio da busca ativa, quando necessário. Nesse sentido, foi respondido que 82% das unidades realizam essas atribuições com muita frequência e 18% realizam com frequência.

21. Tratamento Cordial/Humanizado com as Gestantes chamando-as pelo nome



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

A Política Nacional de Humanização norteia alguns princípios para o tratamento com o paciente. Ao tratar o paciente pelo nome, traz uma maior sensação de aproximação e acolhimento de forma especial. Em vista disso, 90% das enfermeiras realizam com muita frequência esse tipo de tratamento e 10% realizam com frequência.

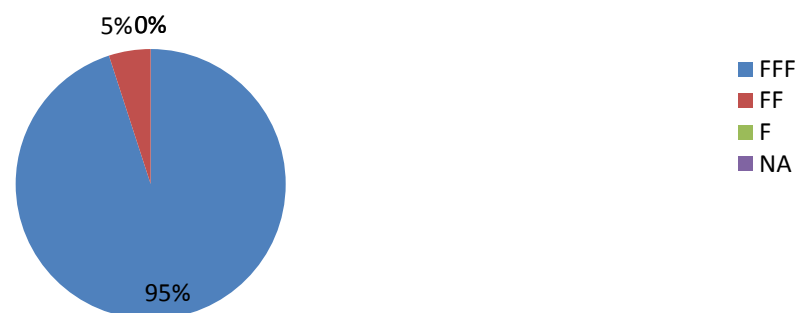
22. Agendamento das consultas subsequentes com o mesmo profissional



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

Quando possível, é importante que exista um acompanhamento contínuo com os mesmos profissionais durante o pré-natal, tanto para dar seguimento às recomendações, quanto para que a paciente se sinta mais segura e confortável. Assim, 87% das enfermeiras conseguem fazer esse agendamento com muita frequência e 13% realizam com frequência.

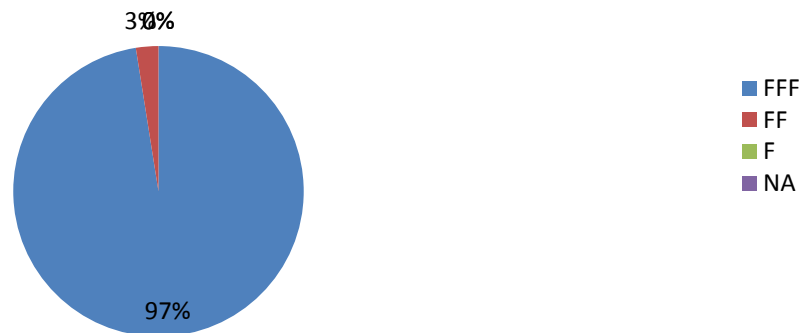
23. Informar as gestantes sobre os procedimentos do pré-natal



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

É um direito do paciente ser informado sobre o procedimento a que vai ser submetido e sua finalidade. No pré-natal, deve-se informar a gestante e companheiro/familiar sobre tais procedimentos. Em 95% das vezes acontece essa comunicação de forma muito frequente, 5% das vezes ocorre com frequência.

24. Registrar os procedimentos do pré-natal no Prontuário e no Cartão da Gestante



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

É fundamental o registro no prontuário de todos os procedimentos realizados durante os atendimentos, pois caso exista a necessidade de buscar informações ou investigações, elas precisam ser anotadas. Nessa questão, foi marcado que 97% das enfermeiras registram com muita frequência nos prontuários e apenas 3% registram com frequência.

25. Marcar as consultas das Gestantes, com médico (a) e enfermeiro (a)



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

O pré-natal de risco habitual é realizado em sua maior parte com o profissional enfermeiro, e muitas vezes, este profissional direciona a gestante ao profissional médico na unidade. Na região, essa marcação de consultas acontece em 97% das vezes com muita frequência e 3% das vezes com frequência.

26. Classificar as Gestantes, em todas as consultas, quanto ao risco gestacional



Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

A avaliação do risco gestacional deve acontecer em toda consulta de pré-natal, desde a primeira consulta à última, pois se a gestação deixar de apresentar risco habitual deve-se fazer os devidos encaminhamentos para um nível de maior complexidade. Foi respondido que em 90% das vezes realizam a classificação em todas as consultas com muita frequência, 7% das vezes com frequência e 3% informaram que essa conduta não se aplica nas unidades. Quadro 1. Exames complementar de rotina recomendados pelo MS.

Quadro 1. Exames complementar de rotina recomendados pelo MS. Fonte: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

- Hemograma completo – repetir entre 28-30 semanas.
- Grupo sanguíneo e fator Rh.
- Sorologia para sífilis (VDRL); repetir entre 28-30 semanas.
- Glicemia em jejum – repetir entre 28-30 semanas; em gestantes sem fator de risco para diabetes e se o resultado da primeira glicemia for menor que 85 mg/dL.
- Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG – 75g, 2h) – para os casos triados com fator de risco para diabetes gestacional presente e/ou com glicemia de jejum inicial maior ou igual a 85mg/dL.
- Exame sumário de urina (Tipo I).
- Urocultura com antibiograma para o diagnóstico de bacteriúria assintomática – repetir entre 28-30 semanas.
- Sorologia anti-HIV – repetir entre 28-30 semanas.
- Sorologia para toxoplasmose, IgG e IgM – repetir trimestralmente se for IgG não reagente.
- Sorologia para hepatite B (HBSAg).
- Protoparasitológico de fezes.
- Colpocitologia oncótica.
- Bacterioscopia da secreção vaginal – avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério de Nugent, indicada para pacientes com antecedente de prematuridade, possibilitando a detecção e o tratamento precoce da vaginose bacteriana, idealmente antes da 20ª semana.
- Cultura específica do estreptococo do grupo B, coleta anovaginal entre 35-37 semanas.
- Ultrassonografia obstétrica – Caso a gestante inicie o pré-natal precocemente o primeiro ultrassom pode ser realizado entre 10º à 13º semana e deve se repetir entre 20º á 24º semanas.

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

No quadro acima estão alguns exames de rotina recomendados pelo MS. Quando as enfermeiras foram questionadas sobre as dificuldades encontradas para realização de um pré-natal de qualidade, as respostas que mais se repetiram foi: “*A falta de alguns exames ofertados pelo município, como por exemplo: ultrassonografia morfológica, urocultura, toxoplasmose e outros*”, a “*Falta de compromisso das gestantes e a busca ativa antes das 12ª semana gestacional*”, a “*alta demanda para unidade*” e muitas referiram que não encontram dificuldades. No estudo de Gomes *et al* (2019), realizado em uma unidade de saúde da região nordeste, também foram discutidas algumas dificuldades na assistência pré-natal pelos enfermeiros, como a falta de alguns exames, por exemplo, a ultrassonografia, devido a demora para marcação e resultado pelo SUS; o exame preventivo de câncer, também pela demora do resultado. Outra dificuldade apontada foi à falta de retorno das gestantes às consultas médicas.

Na pesquisa de Sehnem *et al* (2019), as fragilidades relatadas coincidem com os resultados encontrados em ambos os estudos, em relação a demora na entrega dos exames preconizados pelo MS, e conseqüente impacto na frequência das consultas de pré-natal, as quais acabaram tendo uma redução devido aos atrasos. Outra questão semelhante foi o déficit de funcionários e sobrecarga dos profissionais de enfermagem nessa assistência. A falta de entendimento das gestantes acerca da importância das consultas de pré-natal foi outro dado mencionado.

Quadro 2. Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	GRAU DE QUALIDADE
Realização de Busca Ativa das Gestantes para que iniciem o pré-natal até 12ª semana de gestação	4	2,3	Boa (Satisfatória)
Frequência de gestantes que realizam, no mínimo, seis consultas de pré-natal.	4	3,1	Ótima
Solicitação dos exames ABO-RH	4	3,8	Ótima
Solicitação e análise dos exames Hemoglobina e Hematócrito	4	3,8	Ótima
Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (1ª consulta)	4	4	Ótima
Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (30ª semana)	4	3,6	Ótima
Solicitação e análise do VDRL (1ª consulta)	4	3,8	Ótima
Solicitação e análise do VDRL (30ª semana)	4	3,4	Ótima

Solicitação e análise do Sumário de urina (1ª consulta)	4	3,8	Ótima
Solicitação e análise do Sumário de urina (30ª semana)	4	3,7	Ótima
Solicitação e análise do teste Anti-HIV com Aconselhamento pré e pós-teste (1ª consulta)	4	3,6	Ótima
Solicitação e análise da sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30ª semana)	4	2,9	Boa (Satisfatória)
Solicitação e análise da sorologia para toxoplasmose (IgM na 1ª consulta)	4	3,5	Ótima
Encaminhamento das gestantes para imunização contra o tétano	4	3,8	Ótima
Avaliação do estado nutricional das gestantes	4	3	Boa (Satisfatória)
Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de colo do útero	4	1,5	Regular
Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de Mamas	4	0,7	Ruim
Realização de atividades educativas com as gestantes (individual e/ou grupo)	4	2,8	Boa (Satisfatória)
Acolher e propiciar às gestantes consultas humanizadas, deixando-as à vontade para perguntar/contestar, etc.	4	3,7	Ótima
Recomendação/Agendamento/Busca Ativa se necessário, das mulheres para sua consulta puerperal.	4	3,3	Ótima
Tratamento Cordial/Humanizado com as Gestantes chamando-as pelo nome	4	3,6	Ótima
Agendamento das consultas subsequentes com o mesmo profissional	4	3,5	Ótima
Informar as gestantes sobre os procedimentos do pré-natal	4	3,8	Ótima
Registrar os procedimentos do pré-natal no Prontuário e no Cartão da Gestante	4	3,9	Ótima
Marcar as consultas das Gestantes, com médico (a) e enfermeiro (a)	4	3,9	Ótima
Classificar as Gestantes, em todas as consultas, quanto ao risco gestacional	4	3,6	Ótima
Total/ Qualidade	104 (100%)	86,4	Ótima (83,07%)

Fonte: Pesquisa da autora, 2023.

Ao analisar os indicadores de avaliação do pré-natal observou-se que dos 26 apenas 6 não se enquadraram na qualificação ótima, sendo 4 destes com a qualificação satisfatória, 1 regular e 1 ruim. O grau de qualidade final da somatória da análise feita dos indicadores resultou em qualificação ótima, com 83,07% ($\geq 80\%$ = ótima).

Quadro 3. Óbitos fetais e infantis por Residência na XI Região de Saúde de Pernambuco.

XI Região de Saúde/Município	2017	2018	2019	2020	2021	Total
1º Serra Talhada (92.228 hab.)	45	37	37	32	39	190
2º São José do Belmonte (33.959 hab.)	11	12	18	6	15	62
3º Floresta (30.144 hab.)	20	20	8	15	16	79
4º Flores (20.347 hab.)	8	6	6	8	10	38
5º Triunfo (14.705 hab.)	6	8	1	5	6	26
6º Carnaubeira da Penha (12.239 hab.)	6	9	8	9	11	43
7º Santa Cruz da Baixa Verde (11.567 hab.)	7	4	7	2	3	23
8º Betânia (11.232 hab.)	10	4	5	2	4	25
9º Calumbi (5.228 hab.)	5	2	2	2	5	16
10º Itacuruba (4.286 hab.)	2	-	1	1	-	4
Total	120	102	93	82	109	506

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

O quadro 3 foi utilizado para o cálculo de coeficiente de mortalidade materna e infantil, junto com o quadro 4 e 5.

Quadro 4. Nascimento por residência na XI Região de Saúde de Pernambuco

XI Região de Saúde/Município	2017	2018	2019	2020	2021	Total
1º Serra Talhada (92.228 hab.)	1.415	1.612	1.525	1.524	1.485	7.561
2º São José do Belmonte (33.959 hab.)	443	554	513	527	495	2.532

3º Floresta (30.144 hab.)	456	515	485	492	492	2.440
4º Flores (20.347 hab.)	262	234	269	265	272	1.302
5º Triunfo (14.705 hab.)	203	179	191	175	179	927
6º Carnaubeira da Penha (12.239 hab.)	267	278	249	252	272	1.318
7º Santa Cruz da Baixa Verde (11.567 hab.)	189	186	204	155	153	887
8º Betânia (11.232 hab.)	185	196	152	178	178	889
9º Calumbi (5.228 hab.)	107	71	77	69	97	421
10º Itacuruba (4.286 hab.)	77	72	68	88	78	383
Total	3.604	3.897	3.733	3.725	3.701	18.660

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Coeficiente de mortalidade infantil (CMI): Nº de crianças que foram a óbito no 1º ano de vida/Nº de nascidos vivos X 1.000. CMI: $506/18.660 \times 1.000 = 27,12$.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o coeficiente de mortalidade infantil não seja superior a 10 mortes para cada 1.000 nascidos vivos. Considera também que se o coeficiente for entre 20 a 49, a mortalidade é classificada como média, e igual ou superior a 50, é alta (Florêncio et al., 2021). Com isso, conclui-se que o CMI da XI região de saúde está na classificação média.

Quadro 5. Óbitos maternos e maternos tardios na XI Região de Saúde de Pernambuco.

XI Região de Saúde/Município	2017	2018	2019	2020	2021	Total
1º Serra Talhada (92.228 hab.)	-	-	1	-	1	2
2º São José do Belmonte (33.959 hab.)	-	-	1	2	-	3
3º Floresta (30.144 hab.)	-	-	-	-	-	-

4° Flores (20.347 hab.)	-	-	-	-	-	-
5° Triunfo (14.705 hab.)	-	-	-	1	-	1
6° Carnaubeira da Penha (12.239 hab.)	-	-	1	-	-	1
7° Santa Cruz da Baixa Verde (11.567 hab.)	-	2	-	-	-	2
8° Betânia (11.232 hab.)	-	1	-	-	-	1
9° Calumbi (5.228 hab.)	-	1	-	-	-	1
10° Itacuruba (4.286 hab.)	-	-	-	-	-	
Total	0	4	3	3	1	11

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Coeficiente de mortalidade materna (CMM): N° de óbitos maternos/N° de nascidos vivos X 100.000. CMI: 11/18.660 X 100.000 = **58,95**.

A OMS estabeleceu a meta de redução do coeficiente de mortalidade de 70 óbitos maternos para cada 1.000 nascidos vivos até 2030. No ano de 2021, no Brasil, o número foi de 117 óbitos maternos para cada 1.000 nascidos vivos, boa parte destas se deu pela pandemia do covid-19. Atualmente, a XI região de saúde se encontra dentro do estabelecido.

De acordo com os resultados obtidos por meio das respostas das enfermeiras, foi visto que o pré-natal da XI região de saúde encontra-se com uma qualificação ótima. Os 26 indicadores utilizados para avaliação foram os do índice do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN/MS (Reis, 2021), o trabalho de Becker (2011) e algumas alterações da própria autora. 20 destes critérios tiveram a classificação ótima (>80%), 04 tiveram a classificação boa/satisfatória (60,0 a 79,9%), sendo esses: a “*Realização de Busca Ativa das Gestantes para que iniciem o pré-natal até 12ª semana de gestação*”; “*Solicitação e análise da sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30ª semana)*”; “*Avaliação do estado nutricional das gestantes*” e “*Realização de atividades educativas com as gestantes (individual e/ou grupo)*” Foi percebido que tais indicadores não são feitos de forma pontual, comparado aos outros 20.

A “*Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de colo do útero*” é outro indicador que não é realizado com muita frequência nesta região, um exame a que é dada pouca importância nesse período. Assim como, a “*Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de Mamas*”, este teve sua classificação ruim, com respostas de “não se aplica” na maioria das unidades. São dois exames de muita necessidade, quando a gestante não costuma realizá-los anualmente ou como se recomenda pelo Ministério da Saúde. Logo, se deduz que o rastreio desses tipos de cânceres no momento da gestação não acontece, dando a entender que seria algo improvável, porém não é.

Quando se compara os resultados encontrados dos sistemas de informação (SIM e SINASC) com os obtidos pelo formulário, se observa uma divergência das informações, tendo em vista que a classificação da mortalidade infantil se encontra mediana, não fazendo sentido a classificação de pré-natal se encontrar ótima, já que muitos estudos já provaram a relação de pré-natal e mortalidade infantil.

O tipo de vínculo empregatício pode influenciar nas respostas de uma pesquisa, assim como o tempo de atuação profissional. Nesta pesquisa apenas 15% das enfermeiras informaram que tinham o vínculo efetivo e 85% informaram que estão por meio de contrato por prazo determinado, sendo este um fator que torna o serviço mais fragilizado, devido à instabilidade de permanência dos profissionais. Ainda neste estudo, foi visto que a maior parte das profissionais têm menos de 1 ano de tempo de serviço. Sendo esses dois critérios importantes para serem observados na análise desses dados.

Outros aspectos a serem analisados foram às questões respondidas pela maioria. Algumas enfermeiras informaram que a maior dificuldade de realização de pré-natal adequado é a falta de alguns exames no município, o que contraria a maior parte das respostas que consideraram adequadas.

A pesquisa por meio virtual tem seus benefícios e implicações. Neste estudo a maior limitação foi não conseguir alcançar a quantidade de público esperado, devido à disponibilidade dos coordenadores de atenção à saúde, que foram convidados a contribuir com a pesquisa de forma indireta, repassando o formulário para as enfermeiras das ESFs. Pode ter havido um viés de seleção da amostra, pela perda elevada (cerca de 33%) os resultados podem ter se desviado da realidade.

8 CONCLUSÃO

Em vista dos resultados obtidos através dos formulários, a classificação do pré-natal se encontra ótima, negando a hipótese deste estudo. No entanto, quando se faz a relação dos dados secundários advindos dos sistemas de informação, os mesmos não se apresentam de forma equivalente, tornando-se uma controvérsia de informações. O CMI está dentro da média, segundo a OMS, mesmo sendo recomendando que o coeficiente de mortalidade infantil não seja superior a 10 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, já o CMM se encontram dentro do estabelecido.

Os primeiros dados podem ser justificados pelo tipo de vínculo profissional; como observado, a maior parte está em contrato por prazo determinado, o que, além de tornar o serviço fragilizado, pode interferir nas respostas de uma pesquisa, devido aos conflitos de interesse. Mais um fator que pode interferir nos resultados da pesquisa é o tempo de serviço prestado na unidade pela enfermeira, tendo em vista que um período curto, por exemplo, menos de um ano, pode não trazer informações tão seguras sobre o retrato da unidade.

Dos 26 critérios, 6 tiveram um resultado diferente dos demais, 4 tiveram a classificação boa/satisfatória (60,0 a 79,9%), a “Realização de Busca Ativa das Gestantes para que iniciem o pré-natal até 12^a semana de gestação” foi um deles, e foi observado que este é um problema macro, existente em boa parte do país. A “Solicitação e análise da sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30^a semana)” também teve a mesma classificação, infelizmente é um marcador, segundo as respostas das profissionais, que não é realizado de forma muito frequente nos municípios, sendo este um risco para partos prematuros e contaminação fetal.

A “Avaliação do estado nutricional das gestantes” também não acontece de forma muito frequente, aumentando os riscos de obesidade gestacional, diabetes gestacional, deficiência de macronutrientes, distúrbios endócrinos, recém-nascido grande para a idade gestacional (GIG) ou pequeno para a idade gestacional (PIG), dentre outros. Nesse mesmo contexto, há também uma falha na “Realização de atividades educativas com as gestantes (individual e/ou grupo)” que pode ser justificado pelas altas demandas das unidades.

A “Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de colo do útero” teve resultado regular, o que implica na percepção da falta de importância desse exame no período gravídico, como se a gestação anulasse a possibilidade de ter um câncer de colo do útero. Todavia, em alguns estudos se mostram diferentes. Da mesma forma que foi observado no critério de “Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de Mamas”, no entanto, este teve um resultado ruim, o que significa dizer que não acontece na maioria das unidades.

Outras respostas contrárias ao que foi respondido no formulário foram às respostas abertas, sobre as dificuldades encontradas para realização do pré-natal adequado, na qual a maioria disse que seria a falta de alguns exames nos municípios, como a ultrassonografia morfológica, urocultura e sorologia para toxoplasmose, que são estabelecidos como exames de rotina pelo MS.

Com isso, faz-se necessário uma pesquisa presencial, do tipo observacional ou análise documental (prontuários), para talvez, trazer resultados semelhantes aos dos sistemas de informação, tornando o estudo mais seguro, tendo em vista que os resultados desta foram divergentes aos resultados obtidos pelos sistemas de informação.

REFERÊNCIAS

AHN, Roy *et al.* Initiatives to Reduce Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity in the United States. **Annals of Internal Medicine**. Estados Unidos, Dez. 2020.

BALSELLS, Marianne *et al.* Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paul Enferm**. Fortaleza, p. 247-54, 2018.

BARCELLOS, Laila *et al.* Ações educativas no pré natal sob o olhar do enfermeiro. **Research, Society and Development**. Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 6, 2022.

BECKER, Maria. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária no município de Rio Branco – Acre. **Fundação Oswaldo Cruz**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2011.

BJELICA, Artur *et al.* The phenomenon of pregnancy - a psychological view. **Ginekologia Polska**. Novi Sad, Sérvia, p.102-106, 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n.º 878, de 2019. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1718521#:~:text=PARTO%20E%20PUERP%C3%89RIO-,%20Art.,estabelecimento%20privado%20de%20sa%C3%BAde%20suplementar. Acesso em: 02 dez. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília. 2023.

BOUÉRES, Maria. Estudo do pré-natal de risco habitual como estratégia para redução da mortalidade materna. **Programa de Pós- Graduação em Rede em Saúde da Família**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada**. Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Brasília, 2019.

CAIXETA, Elismarina; SILVA, Raquel. **Assistência pré-natal prestada às gestantes Rh negativo isoimunizadas**. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos. Gama, DF, 2019.

CONTRI, Monalisa *et al.* A importância do teste papanicolau como prevenção do câncer cervical e fatores de riscos relacionados a ausência do exame em gestantes. **Brazilian Journal of Development**. Porto Velho, RO, v. 7, n. 10, 2021.

CORR EA, Maria *et al.* Acolhimento no cuidado   saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública**. Recife, 2017.

CUNHA, Ana *et al.* Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Rev. Brasileira Saúde Materna-Infantil**. Recife, p. 459-470, 2019.

CURITIBA. Rede Mãe **Curitibana vale a vida**: assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba, 2019.

Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret. Policies and strategies to promote social equity in health. **Stockholm: Institute for future**. Europa, nov. 2022.

DANTAS, Diego *et al.* Qualidade da Assistência Pré-Natal no Sistema Único De Saúde. **Rev. Enfermagem UFPE**. Recife, mai. 2018.

DE SOUSA, Francisco Lucas Leandro *et al.* Assistência de enfermagem frente ao planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, 2021.

DOS REIS, Angélica Cancio *et al.* Planejamento Familiar: o conhecimento da mulher atendida no Sistema Único de Saúde sobre a saúde reprodutiva. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8. 2020.

DOS SANTOS, Maria Carolina Salustino et al. Atenção ao pré-natal de baixo risco: caderno de atenção básica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 9, p. 3694-3697.

FERNANDES, Camila; BEZERRA, Martha. O diabetes mellitus gestacional: causa e tratamento. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v. 14, n. 49, p. 127-39, 2020.

FERREIRA, Jéssika *et al.* Soroprevalência para toxoplasmose em gestantes. **Educ. Ciênc. Saúde**. Paraíba, v. 7, n. 1, p. 101-116, 2020.

FLECK, Michelli. **Avaliação do pré-natal no município de passo fundo-rs segundo dados do SisPreNatal**. Universidade Federal da Fronteira Sul. Passo Fundo, RS, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Exames de Rotina do Pré-Natal**. Rio de Janeiro, 11 out. 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/>>.

GOMES, Celma *et al.* Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & Contexto-Enfermagem**. São Luís, Maranhão, v. 28, 2019.

GOMES, Samara *et al.* Cuidados domiciliares de parteiras tradicionais na assistência ao parto. **Rev. Enfermagem**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021.

GONÇALVES, Irene; PRIORE, Silvia; COSTA, Glauce. Anemia na gestação e peso ao nascer do recém-nascido: Revisão Sistemática. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 5, n. 10, 2019.

GUIMARÃES, Thaíse *et al.* Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arq. Ciênc. Saúde**. São Luís, MA, p. 24-30, 2018.

HAFFNER, Caio *et al.* Hepatite B na gestação e os cuidados prestados aos recém-nascidos. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**. Teresópolis, RJ, v. 3, n. 1, 2019.

LEAL, Maria *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2017.

LEAL, Maria *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 54, p. 08, 2020.

LEITE, Airton César *et al.* Atribuições do enfermeiro na educação sexual de mulheres adolescentes e a importância do planejamento familiar. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10. 2020.

LIMA, Jaqueline *et al.* Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, p. 931-939. 2017.

LIU, Jue *et al.* Reducing maternal mortality in China in the era of the two-child policy. **BMJ Global Health**. Vol. 5. China, 2019.

LUSTOSA, Evaldo; LIMA, Ronaldo. Importância da Enfermagem Frente à Assistência Primária ao Aleitamento Materno Exclusivo na Atenção Básica. **Rev. Brasileira Interdisciplinar de Saúde**. Brasília, p. 93-97, 2020.

LUZ, Leandro; AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, p. 111-126, 2018.

MALLMANN, Mariana *et al.* Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 27, 2018.

MARIO, Débora *et al.* Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. Passo Fundo, RS, v. 24, p. 1223-1232, 2019.

MENDES, Rosemar *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Universidade Federal de Sergipe. **Ciência & Saúde Coletiva**. Aracaju, p.793-804, 2020.

MINAS GERAIS. Universidade Federal de Alfenas. **Comitê de Ética em Pesquisa**. Alfenas, 2021.

OLIVEIRA, Ana *et al.* Diabetes Mellitus Gestacional: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Fança, SP, v. 13, n. 5, 2021.

OLIVEIRA, Thais *et al.* Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Online de Pesquisa – Cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, 2019.

PADOVANI, Camila; OLIVEIRA, Rosana; PELLOSO, Sandra. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Maringá, PR, v. 26, 2018.

PARANÁ. **Caderno de Atenção ao Pré-Natal Risco Habitual**. Secretaria de Estado da Saúde. Paraná, 2020.

PEIXOTO, Sérgio. **Manual de assistência pré-natal**. 2ª. ed. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Mapa Regional de Saúde XI GERES 2021-2023**. Serra Talhada, 2021.

PINHEIRO, Yago; PEREIRA, Natália; FREITAS, Giane. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 363-367, 2019.

REIS DA SILVA, E. M.; DINIZ DOS SANTOS, M. E.; NASCIMENTO DOS SANTOS, R. Humanização do parto: tendências e contribuições da literatura. : Humanización del parto: tendencias y aportes de la literatura. **Revista Cocar**, [S. l.], v. 15, n. 31, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/3804>. Acesso em: 6 fev. 2024.

RIO DE JANEIRO. **Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual**. Secretaria de Estado de Saúde. Rio de Janeiro, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia do Pré-Natal na Atenção Básica**. Secretaria de Estado de Saúde. Rio Grande do Sul, 2018.

RUFINO, Marcela *et al.* Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso das gestantes atendidas em um Centro de Saúde da Família do interior norte do estado do Ceará/Brasil. **Revista Interdisciplinar**. Ceará, v. 11, n. 4, p. 11-20, 2018.

SILVA, Andressa *et al.* Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Rev. Enferm.** UFSM – REUFMS. Santa Maria, RS, v. 9, e15, p. 1-20, 2019.

SANTOS, Carla; Freitas, Hellen. **Associação entre a glicemia em jejum e o consumo de bebidas açucaradas em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília, DF, 2021.

SANTOS, Girlane *et al.* Atuação do Enfermeiro no Pré-Natal de Risco Habitual. **Revista Humanas ET AL**. Paço do Lumiar, Maranhão, v. 7, n. 13, p. 82-92, jul. 2020.

SEHNEM, Graciela *et al.* Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**. Rio Grande do Sul, 2020.

SERRAZINA, Andrea; SILVA, Geísa. Captação da Gestante para Pré-natal precoce. **Revista Pró-Universus**. Vassouras, RJ, v. 10, n. 1, p. 29-33, 2019.

SILVA, Joana. Prematuridade na gravidez gemelar. **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**. Universidade do Porto. Porto, Portugal, 2018.

SILVA, Leidianny *et al.* **Assistência de Enfermagem no Tratamento e Prevenção de Câncer de Mama Gestacional: Revisão Integrativa**. Faculdade de Inhumas. Inhumas, GO, 2019.

SILVA, Raimunda *et al.* **Infecção do trato urinário na gestação: diagnóstico e tratamento.** Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Rondônia, 2019.

SILVA, Thales *et al.* Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. **Rev. Bras. Enfermagem.** Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 78, 2020.

SPINOLA, Roberta; LEITE, Ruth. **Tétano neonatal. Série histórica.** Informe Epidemiológico da Vigilância do Tétano Neonatal. São Paulo, p. 1-5, 2022.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública.** Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2017.

TRINDADE, Lidiane *et al.* Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Belém, Pará, v. 74, 2021.

VAICHULONIS, Carla *et al.* Avaliação da assistência pré-natal segundo indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 21, p. 441-450, 2021.

ANEXOS

Quadro 8. Matriz de frequência das atividades realizadas.

ATIVIDADES	FREQUÊNCIA
------------	------------

Realização de Busca Ativa das Gestantes para que iniciem o pré-natal até 12ª semana de gestação	
Frequência de gestantes que realizam, no mínimo, seis consultas de pré-natal.	
Solicitação dos exames ABO-RH	
Solicitação e análise dos exames Hemoglobina e Hematocrito	
Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (1ª consulta)	
Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (30ª semana)	
Solicitação e análise do VDRL (1ª consulta)	
Solicitação e análise do VDRL (30ª semana)	
Solicitação e análise do Sumário de urina (1ª consulta)	
Solicitação e análise do Sumário de urina (30ª semana)	
Solicitação e análise do teste Anti-HIV com Aconselhamento pré e pós-teste (1ª consulta)	
Solicitação e análise da sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30ª semana)	
Solicitação e análise da sorologia para toxoplasmose (IgM na 1ª consulta)	
Encaminhamento das gestantes para imunização contra o tétano	
Avaliação do estado nutricional das gestantes	
Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de colo do útero	
Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de Mamas	
Realização de atividades educativas com as gestantes (individual e/ou grupo)	
Acolher e propiciar às gestantes consultas humanizadas, deixando-as à vontade para perguntar/contestar, etc.	
Recomendação/Agendamento/Busca Ativa se necessário, das mulheres para sua consulta puerperal.	
Tratamento Cordial/Humanizado com as Gestantes chamando-as pelo nome	
Agendamento das consultas subsequentes com o mesmo profissional	
Informar as gestantes sobre os procedimentos do pré-natal	
Registrar os procedimentos do pré-natal no Prontuário e no Cartão da Gestante	
Marcar as consultas das Gestantes, com médico (a) e enfermeiro (a)	
Classificar as Gestantes, em todas as consultas, quanto ao risco gestacional	
FFF= Muito Frequente; FF = Frequente; F = Pouco Frequente e NA= Não se aplica.	

Município de atuação:

Qual a Unidade de Saúde e quanto tempo você atua nela?

Qual seu vínculo empregatício?

Diante desse cenário atual, quais dificuldades você encontra para realização de um pré-natal de qualidade?

Quadro 9. Pontuação dos Indicadores

PONTUAÇÃO ESPERADA
≤39,9% = 1
40,0 a 59,9% = 2
60,0 a 79,9% = 3
≥80,0% = 4

Fonte: Becker

Quadro 10. Julgamento do Grau de Qualidade do Pré-Natal

PERCENTUAL	GRAU DE QUALIDADE
≥ 80	Ótima
60 a 79,9	Boa (Satisfatória)
40,0 a 59,9	Regular
≤ 39,9	Ruim

Fonte: Becker

Quadro 11. Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	GRAU DE QUALIDADE
Realização de Busca Ativa das Gestantes para que iniciem o pré-natal até 12 ^a semana de gestação	4		
Frequência de gestantes que realizam, no mínimo, seis consultas de pré-natal.	4		
Solicitação dos exames ABO-RH	4		
Solicitação e análise dos exames Hemoglobina e Hematocrito	4		
Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (1 ^a consulta)	4		

Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (30ª semana)	4		
Solicitação e análise do VDRL (1ª consulta)	4		
Solicitação e análise do VDRL (30ª semana)	4		
Solicitação e análise do Sumário de urina (1ª consulta)	4		
Solicitação e análise do Sumário de urina (30ª semana)	4		
Solicitação e análise do teste Anti-HIV com Aconselhamento pré e pós-teste (1ª consulta)	4		
Solicitação e análise da sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30ª semana)	4		
Solicitação e análise da sorologia para toxoplasmose (IgM na 1ª consulta)	4		
Encaminhamento das gestantes para imunização contra o tétano	4		
Avaliação do estado nutricional das gestantes	4		
Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de colo do útero	4		
Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de Mamas	4		
Realização de atividades educativas com as gestantes (individual e/ou grupo)	4		
Acolher e propiciar às gestantes consultas humanizadas, deixando-as à vontade para perguntar/contestar, etc.	4		
Recomendação/Agendamento/Busca Ativa se necessário, das mulheres para sua consulta puerperal.	4		
Tratamento Cordial/Humanizado com as Gestantes chamando-as pelo nome	4		
Agendamento das consultas subsequentes com o mesmo profissional	4		
Informar as gestantes sobre os procedimentos do pré-natal	4		
Registrar os procedimentos do pré-natal no Prontuário e no Cartão da Gestante	4		
Marcar as consultas das Gestantes, com médico (a) e enfermeiro (a)	4		

Classificar as Gestantes, em todas as consultas, quanto ao risco gestacional	4		
Total/ Qualidade	104		