

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA ROTINA PRÉ-NATAL ENTRE OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

CARLA VITOLA GONÇALVES[†]
NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER^{**}
CAROLINNE BORGES ALVES^{***}
ANA PAULA BACKES^{****}
VANESSA ANDRÉIA WACHHOLZ^{*****}
FLÁVIA SELES OLIVEIRA

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais da saúde, que realizam pré-natal na cidade do Rio Grande-RS, e que executam suas condutas com base nas rotinas e exames clínicos preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e pelo Manual Técnico divulgado pelo Ministério da Saúde (2005). Foi realizado um estudo transversal com aplicação de questionário-padrão a todos os profissionais da saúde. Neste estudo evidenciou-se que quase a totalidade dos entrevistados tem um bom conhecimento sobre as práticas preconizadas pelo PHPN. No entanto, alguns tiveram dificuldade em responder corretamente o questionário, ao se esquecerem de algumas práticas. Infere-se, diante do exposto, que os profissionais realizam as consultas corretamente, apesar de não demonstrarem conhecimentos plenos para o atendimento segundo o PHPN. Essa realidade poderia ser melhorada com a simples fiscalização dos serviços prestados, como o uso correto e contínuo das carteirinhas das gestantes.

PALAVRAS-CHAVES: Cuidado pré-natal; Medicina; Enfermagem em saúde comunitária; Saúde maternal.

ABSTRACT

Evaluation of the knowledge of prenatal routine among professionals from the Family Health Program

This article aims to evaluate the knowledge that health professionals who provide prenatal care services in the city of Rio Grande-RS, have on the behaviors, routines and clinical examinations recommended by the Program for Humanization in Prenatal and Birth (PHPN from Portuguese) and by the Technical Guide published by the Ministry of Health in 2005. A cross sectional study was performed with application of a standard questionnaire by trained interviewers to all professionals. This study showed that almost all respondents have a good knowledge of the practices advocated by PHPN. However, a few of them had difficulty answering the questionnaire correctly, as they forgot about some practices. It is inferred, on the foregoing, that the professionals do the consultations correctly, though not demonstrating full knowledge to care, according to PHPN. This situation could be improved by simply monitoring the services provided, such as the correct and consistent use of pregnant card.

KEYWORDS: Prenatal care; Medicine; Community health nursing; Mother health.

¹ Estudo realizado pela Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Texto inédito, sendo parte de uma pesquisa de mestrado e sem financiamento. Os autores não possuem conflito de interesse.

* Doutorado em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia) pela Universidade de São Paulo. Atuação em Clínica Médica, com ênfase em Ginecologia e Obstetrícia. Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: nessa.garten@gmail.com

** Doutorado em Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina, mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é professora Adjunta I da Universidade Federal do Rio Grande.

*** Graduanda em Medicina (Universidade Federal do Rio Grande).

**** Graduanda em Enfermagem (Universidade Federal do Rio Grande).

***** Enfermeira da associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

***** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande.

RESUMEN

Evaluación del conocimiento de la rutina prenatal entre los profesionales del Programa de Salud Familiar

En este artículo se pretende valorar los conocimientos que tienen los profesionales de la salud que prestan servicios de atención prenatal en la ciudad de Rio Grande-RS, en los comportamientos, las rutinas y los exámenes clínicos recomendados por el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento (PHPN), manual técnico publicado por el Ministerio de Salud en 2005. Un estudio transversal se realizó con un cuestionario estándar por entrevistadores entrenados a todos los profesionales. Este estudio mostró que casi todos los encuestados tienen un buen conocimiento de las prácticas recomendadas por PHPN. Sin embargo, algunos tuvieron dificultades para responder el cuestionario correctamente, olvidándose de ciertas prácticas. Se infiere, en lo anterior, que los profesionales hacen las consultas correctamente, aunque no demuestran un conocimiento completo a la atención de acuerdo con el PHPN. Esta situación podría mejorarse mediante una simple revisión de los servicios prestados, como el uso correcto y consistente de las tarjetas de las mujeres embarazadas.

PALABRAS CLAVE: Atención prenatal; Medicina; enfermería en salud comunitaria; salud materna.

INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal objetiva acolher a gestante e acompanhá-la durante todo o período gestacional, prevenindo, diagnosticando e tratando intercorrências para que, no momento do parto, mãe e bebê encontrem-se saudáveis¹. A mortalidade materna e infantil, no Brasil, em 2010, foi de 75 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos e 19,1 óbitos infantis para cada 1000 nascidos vivos². Os índices de mortalidade materno-infantil são diretamente relacionados com a qualidade das práticas pré-natais oferecidas às mulheres^{3,4}.

Dados brasileiros demonstram alta cobertura pré-natal, em torno de 98%, no entanto observa-se o comprometimento na qualidade da atenção prestada⁵. Estudos mostram que 98% das complicações associadas ao período gravídico-puerperal poderiam ser evitadas com uma atenção pré-natal adequada⁵⁻⁷. A desobediência aos princípios e procedimentos é apontada na literatura como obstáculo para o aperfeiçoamento da assistência prestada à mãe materno-fetal⁴⁻⁷. A assistência integral à gestante tem grande importância na prevenção da mortalidade materno-infantil, e todos os eventos ocorridos na gestação precisam ser documentados, permitindo a avaliação da qualidade dos atendimentos⁸.

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) publicou o Manual Técnico de Atenção ao Pré-Natal e ao Puerpério, com o intuito de oferecer referência para a organização da rede assistencial, capacitação profissional e normatização das práticas de saúde que

devem contemplar as consultas de pré-natal. A primeira consulta deve ocorrer em até 120 dias de gestação e recomenda-se realizar no mínimo seis consultas. A rotina mínima preconizada pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) para o exame físico da gestante é organizada de acordo com a consulta a ser realizada, se a primeira ou as subsequentes⁹.

Recomenda-se que na primeira consulta o exame físico da gestante seja completo, avaliando-se o peso e altura, medida da pressão arterial, palpação de tireoide, pescoço, região cervical e axilar, ausculta cardiopulmonar, determinação da frequência cardíaca e pesquisa de edema. E ainda, exame ginecológico e obstétrico constituído pelo exame de mamas, palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, inspeção de genitais externos, exame especular e toque vaginal. Nas consultas seguintes, o exame físico preconizado restringe-se ao peso da gestante, medida da pressão arterial e altura uterina, palpação obstétrica, pesquisa de edema e controles fetais com a ausculta dos batimentos cardíacos e avaliação dos movimentos⁹.

Além disso, o Ministério da Saúde (2005) enfatiza que o principal objetivo do acompanhamento pré-natal seja o acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, a curiosidade sobre o que acontece com o seu organismo⁹.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006) mostram que quase a totalidade das gestantes no país (98,7%) realizou pelo menos uma consulta de pré-natal ao longo da gestação. O início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 83,6% dos casos, com realização de pelo menos seis consultas em 80,9%. No entanto, a realização do exame de sangue, exame de urina e vacina antitetânica foi observada em 91,5%, 86,6% e 76,9% das gestantes estudadas, respectivamente¹⁰.

Estudo realizado com 2.557 puérperas no município do Rio Grande, em 2009, observou que 96% das gestantes tinham realizado pelo menos uma consulta de pré-natal. O início do pré-natal ocorreu no primeiro trimestre em 73,5% das gestações; a média de consultas realizadas por gestante foi de 7,4, e 75,3% das entrevistadas tiveram seis ou mais consultas. No entanto, quando se avaliou a qualidade do pré-natal segundo as normas do PHPN, apenas 26,8% foram classificados como adequados⁷.

Para Kerber et al., avaliar o desenvolvimento dos serviços de saúde é imprescindível para que seja alcançada a qualidade da assistência desejada. Tal avaliação deve subsidiar estratégias para que sejam identificados problemas e, com isso, se consiga reorientar ações e os serviços desenvolvidos, avaliando a inserção de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurando o impacto das ações pelos serviços e programas de saúde¹¹.

A maioria dos estudos que avaliam a atenção pré-natal tem ênfase no número de consultas realizadas e no tipo de parto. A análise de dados referentes à realização das práticas preconizadas pelo PHPN pelos profissionais de saúde é pouco estudada. Assim, este estudo visa analisar os conhecimentos sobre as rotinas do PHPN entre os profissionais pré-natalistas do município do Rio Grande.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado no município do Rio Grande, localizado na planície costeira sul do estado do Rio Grande do Sul. A população do município conta 198.560 habitantes, sendo 62.797 mulheres em idade

fértil. Sua economia é bastante diversificada e o produto interno bruto (PIB) *per capita*/ano é de aproximadamente R\$19.000,00. No quesito desenvolvimento, ocupa a 29ª posição dentre os 453 municípios do estado, com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,793. Apesar de o coeficiente de mortalidade infantil ter declinado nos últimos anos, chegando a 16/1000, ainda é superior à média do Estado (cerca de 13/1000)¹².

A abordagem é quantitativa, sendo adequada para a avaliação de serviços. A população-alvo foi composta por profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) que realizam atendimento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede pública do município do Rio Grande. Das 32 UBSs do município, apenas 18 oferecem atendimento pré-natal. O atendimento é realizado por 22 médicos e 16 enfermeiras, totalizando 38 profissionais. No entanto, em três UBSs ocorreu a recusa de nove profissionais em participar do estudo totalizando então 29 entrevistas – 15 com médicos e 14 com enfermeiros.

Neste estudo optou-se pela entrevista dos médicos e das enfermeiras responsáveis pelo atendimento de pré-natal nas UBS do Município, porque este usa como referência o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério, do Ministério da Saúde, o qual estabelece as competências de cada um desses profissionais⁹. São de competência da enfermeira: ações educativas para as gestantes e suas famílias; consulta de pré-natal de baixo risco; solicitação de exames de rotina e orientação quanto ao tratamento conforme protocolo do serviço; o encaminhamento de gestantes identificadas como de risco para o médico; visitas domiciliares quando for o caso; fornecimento do cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta, e coleta de citopatológico. Quanto às competências do médico, o referido manual aponta que este deve intercalar as consultas de pré-natal com a enfermeira; solicitar exames e orientar o tratamento conforme as normas técnicas e operacionais; orientar as gestantes quanto aos fatores de risco; identificar as gestantes de risco e as encaminhar para a unidade de referência; realizar coleta de citopatológico; fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta, e atender

intercorrências. Portanto, tanto o médico como a enfermeira podem realizar os exames da conduta pré-natal, bem como devem ter domínio sobre as condutas a serem tomadas frente aos resultados desses exames.

As informações foram coletadas por meio de um amplo instrumento padronizado e pré-codificado que continha questões sobre o conhecimento da rotina básica preconizada pelo manual técnico do PHPN como história obstétrica: conhecimento da última menstruação, cálculo da data provável do parto e da idade gestacional; exame gineco-obstétrico: verificação da pressão arterial, peso, altura uterina, batimentos cardíacos do feto, exame clínico das mamas e coleta da colpocitologia; realização de profilaxias: uso do ácido fólico e do sulfato ferroso e a vacina.

As entrevistas foram realizadas por duas acadêmicas de Enfermagem e duas acadêmicas de Medicina que demonstraram interesse em participar do estudo. O treinamento consistiu da leitura do questionário e do manual de instruções, aplicação do questionário em duplas e perante o grupo. Em seguida, foi realizado estudo-piloto. Essa etapa teve por objetivo testar o enunciado das questões, familiarizar o entrevistador com o questionário e tentar reproduzir as mesmas condições da realização do trabalho de campo, a fim de melhor definir sua logística. O controle de qualidade foi realizado por meio de repetição de 10% de parte das entrevistas pelo coordenador da coleta de dados.

A digitação dos questionários foi realizada por meio do programa Epi-Info 6.04. Todos os questionários foram duplamente digitados por diferentes

digitadores, com posterior comparação e correção destas digitações. A análise descritiva dos dados foi feita com os programas do *software* SPSS.

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande 63/2010. Além disso, garantiu-se a anonimato dos entrevistados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento sem necessidade de justificativa.

RESULTADOS

Entre os 29 profissionais entrevistados, 86,2% eram do sexo feminino; a idade média era de 43 anos (desvio-padrão de 7,8). Quanto à formação profissional, 51,7% eram médicos e 48,3% enfermeiros, os profissionais tinham em média 17 anos de formados e realizavam consultas de pré-natal há 7 anos, em média.

Foram obtidas de forma espontânea as seguintes condutas: a prescrição do ácido fólico por 100% dos profissionais; investigação da data da última menstruação por 82,8%; o cálculo da data provável do parto por 79,3%, e o cálculo da idade gestacional por 86,2%. Os demais profissionais incluíram tais condutas depois que lhes foram dadas como opção, totalizando 100%. Ainda, 96,6% dos profissionais entrevistados afirmaram espontaneamente prescrever sulfato ferroso, no entanto 3,4% negaram o seu uso. Em relação à imunização ao tétano, 93,1% dos profissionais relataram a realização da vacina e os outros 6,9% negaram tal procedimento (Tabela 1).

TABELA 1 – Conhecimento sobre rotinas e condutas entre profissionais pré-natalistas do Programa de Saúde da Família em município do Rio Grande do Sul, Brasil.

Variável	%
Data da última menstruação	
Sim, espontâneo	82,8
Sim, induzido	17,2
Não	0,0
Data provável do parto	
Sim, espontâneo	79,3
Sim, induzido	20,7
Não	0,0
Idade gestacional	
Sim, espontâneo	86,2
Sim, induzido	13,8
Não	0,0
Uso de ácido fólico	
Sim	100,0
Não	0,0
Uso de sulfato ferroso	
Sim	96,6
Não	3,4
Vacina antitetânica	
Sim	93,1
Não	6,9

Todas as rotinas acima citadas fazem parte do manual técnico do Ministério da Saúde – Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada, 2005.

A segunda tabela traz os resultados do segundo momento da entrevista com os profissionais da saúde, em que se questiona sobre os exames clínicos a serem realizados. Os entrevistados, em sua totalidade, incluíram espontaneamente e de forma induzida a realização, na primeira consulta pré-natal, da aferição da pressão arterial, verificação do peso, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, exame das mamas e a pesquisa de edema nas gestantes. No entanto, houve negativas por parte de alguns profissionais diante das seguintes condutas: 24,1% negaram a realização do toque vaginal, 10,3% negaram o exame especular, 6,9%

não realizam a coleta do citopatológico (quando indicado) e 3,4% disseram não realizar a medida da altura uterina.

Quando indagados sobre os exames clínicos a serem realizados nas consultas de pré-natal subsequentes, 100% dos profissionais da saúde disseram, de forma espontânea ou induzida, ser importante a verificação da pressão arterial e do peso da gestante, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais e a investigação de edema. Entre os exames preconizados pelo PHPN, a medida da altura uterina foi o único em que se teve negativa: 3,4% dos entrevistados negaram realizá-la em consultas subsequentes (Tabela 2).

TABELA 2 – Conhecimento sobre exames clínicos entre profissionais pré-natalistas do Programa de Saúde da Família em Município do Rio Grande do Sul, Brasil.

Variável	%
1ª consulta	
Verificação da pressão arterial	
Sim, espontâneo	93,1
Sim, induzido	6,9
Não	0,0
Verificação do peso	
Sim, espontâneo	93,1
Sim, induzido	6,9
Não	0,0
Medida da altura uterina	
Sim, espontâneo	82,8
Sim, induzido	13,8
Não	3,4
Ausulta dos batimentos cardíacos fetais	
Sim, espontâneo	75,9
Sim, induzido	24,1
Não	0,0
Exame das mamas	
Sim, espontâneo	75,9
Sim, induzido	24,1
Não	0,0
Exame especular	
Sim, espontâneo	55,2
Sim, induzido	34,5
Não	10,3
Coleta de citopatológico	
Sim, espontâneo	65,5
Sim, induzido	27,6
Não	6,9
Toque vaginal	
Sim, espontâneo	34,5
Sim, induzido	41,4
Não	24,1
Edema	
Sim, espontâneo	44,8
Sim, induzido	55,2
Não	0,0
Consultas subseqüentes	
Verificação da pressão arterial	96,6
Sim, espontâneo	3,4
Sim, induzido	0,0
Não	
Verificação do peso	89,7
Sim, espontâneo	10,3
Sim, induzido	0,0
Não	
Medida da altura uterina	86,2
Sim, espontâneo	10,3
Sim, induzido	3,4
Não	
Ausulta dos batimentos cardíacos fetais	89,7
Sim, espontâneo	10,3
Sim, induzido	0,0
Não	
Edema	51,7
Sim, espontâneo	48,3
Sim, induzido	0,0
Não	

Todas as rotinas acima citadas fazem parte do manual técnico do Ministério da Saúde – Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada, 2005.

DISCUSSÃO

Segundo Jandrey, há escassez de estudos abordando a avaliação da qualidade dos serviços, sendo que na sua maioria limitam-se a descrever indicadores como cobertura, número de consultas pré-natais e número de partos. Por isso, a avaliação em saúde é ainda um campo de conhecimento em construção conceitual e metodológica, podendo assumir abordagens bastante diversificadas, e um dos seus princípios é o caráter dinâmico; em termos de temporalidade, pode ocorrer de forma transversal ou longitudinal, dependendo do objetivo do avaliador, diagnosticar ou descrever¹³. Para Barbosa, para a assistência pré-natal ter qualidade, não precisa de procedimentos complexos e alta tecnologia, pois o segredo está na construção de um relacionamento de confiança entre os profissionais, a gestante e sua família. Para o mesmo autor, a qualidade da assistência é caracterizada quando as necessidades de saúde existentes ou potenciais estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde¹⁴.

Neste estudo preferiu-se abordar o conhecimento a respeito das condutas clínicas, visto que não se questiona a importância de seus procedimentos para uma assistência pré-natal efetiva. Utilizou-se como referência para discussão em vários momentos o PHPN, que em 2005, com a Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, sofreu alguns ajustes. Ressalta-se, porém, que o município do Rio Grande utiliza como guia para as consultas de pré-natal o seu Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher, Rio Grande, 2007, proposto pela Secretaria Municipal da Saúde, muito semelhante ao PHPN. Uma limitação deste estudo foi a recusa por parte de alguns profissionais a responder o questionário, totalizando 76,3% de entrevistados ao final desta pesquisa.

Segundo a OMS, durante o pré-natal só se deve realizar exames que apresentem comprovação científica dos seus benefícios. Esse princípio é direcionado à redução do uso excessivo de tecnologia, ou aplicação de tecnologia

sofisticada, ou complexa, em detrimento de procedimentos mais simples, suficientes ou até superiores para promover a saúde materno-infantil¹⁵.

Apesar da reconhecida relevância da data da última menstruação, data provável do parto e idade gestacional, para a assistência pré-natal, principalmente para o diagnóstico de trabalho de parto pré-termo e pós-datismo, chama a atenção o fato de que nenhuma delas tenha sido respondida espontaneamente como parte da rotina pré-natal por todos os entrevistados, somente após a sugestão do entrevistador foi que alguns profissionais a incluíram.

Outra rotina importante e disponível no Sistema Único de Saúde, o uso de sulfato ferroso profilático contra anemia, foi negada por 3,4% dos entrevistados. A anemia por deficiência de ferro é a deficiência nutricional mais prevalente na gestação, sendo justificada a implantação de programas de suplementação a todas as gestantes, com cobertura populacional. Os riscos da anemia ferropriva em gestantes incluem fadiga, estresse cardiovascular, resistência reduzida à infecção e baixa tolerância à perda de sangue no parto e maior morbimortalidade materno-fetal¹⁶.

Outra medida profilática é a administração da vacinação antitetânica para as gestantes não imunizadas previamente ou com imunização realizada há mais de cinco anos para a prevenção do tétano neonatal. De acordo com protocolo do PHPN, a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto⁹. Neste estudo, 6,9% dos profissionais entrevistados negaram que a vacinação contra o tétano fizesse parte da rotina pré-natal. Estudo realizado no município do Rio Grande que entrevistou 2557 puérperas observou que apenas 78,3% apresentavam a imunização completa contra o tétano neonatal. Neste estudo, chama a atenção o fato de que quanto maior o quartil de renda da gestante, menor a prevalência de imunização⁷.

A verificação da pressão arterial, do

peso da gestante e do edema foi referida como rotina pré-natal por todos os entrevistadores. Vários estudos mostram elevada realização da medida da pressão arterial e da pesagem da paciente, com valores em torno de 98 a 100%^{7,17-19}. No entanto, estudo que entrevistou 33 gestantes durante a visita domiciliar, no município de Teixeira-MG, observou que nenhuma gestante relatou ter sido examinada quanto à presença de edema durante as consultas de pré-natal²⁰. Estudo realizado em Juiz de Fora-MG, em que se analisou o cartão das gestantes em partos hospitalares a termo nos semestres iniciais de 2002 e 2004, observou que em 72% dos cartões das gestantes a pesquisa de edema não havia sido mencionada²¹.

Para analisar o bem-estar e o desenvolvimento fetal, devem ser avaliadas a medida da altura uterina e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), condutas essas associadas ao diagnóstico de restrição do crescimento uterino, macrossomia fetal e sofrimento fetal. Em nosso estudo, essas condutas foram referidas espontaneamente por 82,8% e 75,9% dos profissionais, respectivamente, sendo que a altura uterina foi negada por 3,4% dos entrevistados. Estudos mostram que a medida da altura uterina deixa de ser realizada em 1 a 2% das gestantes em acompanhamento pré-natal^{17,19}. No entanto, estudo realizado com gestantes do Programa de Saúde da Família de Teixeira-MG mostrou que estas referiam a realização da medida da altura uterina e verificação dos BCF em 40% e 44,7% das consultas de pré-natal realizadas, respectivamente²⁰.

Entre as condutas preconizadas para o pré-natal segundo o PHPN está o exame clínico das mamas, o exame especular, seguido da coleta do citopatológico do colo uterino se este estiver desatualizado. Embora todos os profissionais participantes do estudo tenham respondido que o exame da mama faz parte da rotina pré-natal, estudos anteriores realizados neste município revelam uma cobertura deste exame no pré-natal de 40,2% e 47,1%^{7,22}. Parece que os entrevistados sabem que o exame

da mama faz parte da consulta da gestante, mas na prática deixam de realizar essa conduta na maioria das vezes. Além disso, alguns estudos mostram que as mulheres com renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo e com escolaridade igual ou inferior a oito anos apresentaram maior probabilidade de não realizar o exame clínico das mamas no pré-natal²².

Ainda em relação ao exame ginecológico, 10,3% dos entrevistados negaram que o exame ginecológico fizesse parte da primeira consulta de pré-natal e 6,9% negaram a realização do citopatológico do colo uterino em gestantes com este exame desatualizado. Um estudo de base populacional realizado no mesmo município em 1995, incluindo 1.302 mulheres de 15 a 49 anos que já haviam mantido relação sexual, encontrou uma prevalência de 57% de mulheres que nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou²³. Portanto, a consulta de pré-natal seria uma excelente oportunidade para realização da prevenção do câncer do colo uterino nas gestantes do município do Rio Grande. No entanto, a prevalência de citopatológico atualizado em gestantes no município é em torno de 62%^{7,24}.

Na literatura existem outros estudos que confirmam a baixa realização de exame das mamas e especular durante a consulta pré-natal. Avaliação em Criciúma-SC mostra que os procedimentos que necessitam de maior envolvimento médico, entre eles o exame ginecológico especular e a palpação das mamas, foram realizados com menor frequência, 50,9% e 50,6%, respectivamente. Seus autores concluem que tais procedimentos são menos realizados porque dependem do médico e exigem maior tempo de consulta. Além disso, eles expõem o fato de que a gestante do serviço de saúde público tende a ter menor poder de reivindicação sobre o atendimento realizado¹⁹.

Ainda sobre o exame ginecológico, o toque vaginal foi negado como conduta pré-natal por 24,1% dos entrevistados. Esse exame, além de avaliar modificações do colo uterino que poderiam sugerir risco de parto pré-termo, serve para

desmistificar esse procedimento na maternidade. Chega ser inacreditável por parte do pré-natalista o fato de não aproveitar a consulta de pré-natal, momento em que a paciente está sem dor, para explicar e realizar o exame de toque vaginal. Assim, muitas gestantes chegam à maternidade sem nunca terem realizado esse exame e, além das dores do trabalho de parto, elas têm que lidar com o medo de um exame desconhecido e muitas vezes assustador.

Embora este estudo constate que os profissionais da saúde que realizam pré-natal na cidade do Rio Grande têm bom conhecimento sobre as condutas, rotinas e exames clínicos preconizados pelo PHPN, as entrevistas revelam alguns equívocos e esquecimentos por parte dos entrevistados. Tais falhas são demonstradas pelas respostas induzidas e pelas negativas. Para que tais falhas sejam diminuídas e posteriormente eliminadas, deve haver maior reflexão dos profissionais quanto ao que está sendo realizado, e não apenas a execução automática de algumas condutas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos neste estudo podem subsidiar o planejamento de intervenções e a tomada de decisões ligadas à melhoria da qualidade da atenção pré-natal na rede de serviços municipais, o que, por sua vez, também poderá contribuir para a redução da mortalidade neonatal. Deve-se, portanto, estabelecer uma discussão abrangente que envolva gestores, profissionais e comunidade para que se implantem as ações corretivas necessárias e de avaliação periódica do pré-natal em Rio Grande. Evidenciou-se a necessidade de motivar e capacitar os profissionais da saúde do município para que se eliminem as diferenças no acesso e na qualidade da atenção recebida no pré-natal. Diante das respostas induzidas e negativas, seria interessante a implantação de material de fácil acesso, que permitisse a consulta rápida do PHPN nas UBSs, para a autoavaliação do atendimento dos profissionais à gestante. Além disso, o uso

da carteira de pré-natal como roteiro para a consulta da gestante acarretaria um atendimento bem-estruturado e em conformidade com o PHPN. Acreditamos que dessa forma interferiríamos de maneira direta sobre os coeficientes de mortalidade materna e perinatal no município.

REFERÊNCIAS

- 1 Barros FC; Matijasevich A; Requejo JH; et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium development goals 4 and 5. *Am. Journal Public. Health*, 2010; 100(10):1877-89.
- 2 Brasil. Datasus. Sistema de informações de óbitos infantis. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10uf.def>.
- 3 Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.*, 2011; 33(10):273-9.
- 4 Victora CG; Aquino EML; Leal MC; et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*, 2011, May 28; 377(9780):1863-76. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
- 5 Santos SR; Cunha AJL; Gamba CM; et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da Região Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2000; 34(3):266-71.
- 6 Barbieri M; Silva AAM; Bettiol H. Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 2000; 34(6):596-602.
- 7 Gonçalves VC; Cesar AJ; Mendoza-Sassi AJ. Quality and equity in prenatal care: a population-based study in Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(11):2507-16.
- 8 Andreucci CB; Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(6):1053-64.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. 3. ed. Brasília; 2005.
- 10 Lago TDG; Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Secretaria de Ciência, Tecnologia e

- Insumos Estratégicos. Brasília; 2009, cap. 8 p. 150-68.
- 11 Kerber NPC; Kirchoff ALC; Cezar-Vaz MR; et al. Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010; 18(5):1013-19.
- 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 dez. 2012.
- 13 Jandrey CM. Avaliação da qualidade do processo de assistência pré-natal na rede pública do Município de Cachoeirinha, RS. Monografia de especialização de Gestão em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande; 2005.
- 14 Barbosa MA. Avaliação da Assistência Pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato. Dissertação (Mestrado). Universidade de Guarulhos; 2007.
- 15 WHO. World Health Organization. Antenatal care randomized trial. Geneve: WHO; 2002.
- 16 Brandão AHF; Cabral MA; Cabral ACV. A suplementação de ferro na gravidez: orientações atuais. Femina, 2011; 39(5):285-9.
- 17 Carvalho DS; Novaes HMD. Evaluation of the prenatal care program in Curitiba, Paraná, Brazil: a cohort study of primigravidae. Cad. Saúde Pública, 2004; S220-S230.
- 18 Coutinho T; Teixeira MTB; Dain S; et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2003; 25(10):717-24.
- 19 Neumann NA; Tanaka OY; Victora CG; et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev. Bras. Epidemiol., 2003; 6(4):307-18.
- 20 Costa GD; Cotta RM; Reis JR; et al. Evaluation of the care to the pregnant woman's health in the context of the Family Health Program. Ciência e Saúde Coletiva, 2009; 14(1):1347-57.
- 21 Coutinho T; Monteiro MFG; Sayd JD; et al. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2010; 32(11):563-9.
- 22 Gonçalves CV; Dias-da-Costa JS; Duarte G; et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(8):1783-90.
- 23 Cesar JA; Horta BL; Gomes G; et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Publica, 2003; 19(5):1365-1372.
- 24 Gonçalves CV; Duarte G; Dias da Costa JS; et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16(5):2501-10.