



ARTIGO DE PESQUISA

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE TRADICIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ASSESSMENT OF PRENATAL CARE IN A TRADITIONAL PRIMARY HEALTH CARE UNIT
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN UNIDAD TRADICIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Nayanna Moura Pereira¹, Bruna Natali Soares Guimarães¹, Fernanda Moura Lanza²

RESUMO

Avaliar a adequação da assistência pré-natal, de acordo com os parâmetros de qualidade propostos pelo Ministério da Saúde, em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. Pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, realizada no município de Divinópolis, em novembro de 2012. O tratamento e a análise dos dados foram realizados com *software* EpiInfo versão 7. Resultados: foram entrevistadas 23 mulheres, com idade média de 26,4 anos ($\pm 6,06$), que realizaram uma média de 8,1 consultas de pré-natal ($\pm 1,6$) e foram atendidas somente por médicos. Ao avaliar o componente básico da qualidade do pré-natal proposto pelo Ministério da Saúde, verifica-se que somente 34,8% (n=8) das gestantes atendidas na unidade de saúde em estudo tiveram acesso a uma assistência adequada e, no componente ampliado, essa proporção cai para 13%. A assistência pré-natal em Divinópolis, em seus componentes mais básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, apresentaram inadequações. É preciso qualificar os profissionais para a realização de atividades individuais e coletivas para melhorar a qualidade da assistência pré-natal. **Descritores:** Cuidado pré-natal; Qualidade da assistência à saúde; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Evaluate the adequacy of prenatal care in a health traditional primary care, according to the quality parameters proposed by the Ministry of Health. Evaluative study with a quantitative approach, performed in the city of Divinópolis, in November 2012. Data processing and analysis were performed with EpiInfo version 7. Results: 23 women with a mean age of 26.4 years (± 6.06) were interviewed. They performed an average of 8.1 prenatal consultations (± 1.6) and were treated only by doctors. When evaluating the basic component of the quality of prenatal care proposed by the Ministry of Health, it appears that only 34.8% (n=8) of the pregnant women at the unit in the study had access to adequate assistance, and in expanded component, this proportion drops to 13%. The prenatal care in Divinópolis, in its most basic components recommended by the Ministry of Health showed inadequacies. It is extremely important to qualify professionals to conduct individual and collective activities and improve the quality of prenatal care. **Descriptors:** Prenatal care; Quality of health care; Primary health care.

RESUMEN

Evaluar la adecuación de la atención prenatal, de acuerdo con los parámetros de calidad propuestos por el Ministerio de Salud, en unidad tradicional de atención primaria de salud. Estudio de evaluación con un enfoque cuantitativo, realizado en la ciudad de Divinópolis, en noviembre de 2012. El procesamiento y el análisis de datos se realizaron con la versión 7 de EpiInfo. Resultados: fueron entrevistadas 23 mujeres con una edad media de 26,4 años ($\pm 6,06$) que realizaron un promedio de 8,1 consultas prenatales ($\pm 1,6$) y fueron tratadas sólo por los médicos. Al evaluar el componente básico de la calidad de la atención prenatal propuesto por el Ministerio de Salud, parece que sólo el 34,8% (n=8) de las mujeres embarazadas en la unidad en estudio tuvieron acceso a una asistencia adecuada, y en el componente ampliado, esta proporción se reduce a 13%. El cuidado prenatal en Divinópolis, en sus componentes más básicos recomendados por el Ministerio de Salud, mostró deficiencias. Es necesario capacitar los profesionales para llevar a cabo las actividades individuales y colectivas para mejorar la calidad de la atención prenatal. **Descritores:** Atención Prenatal; Calidad de la atención de salud; Atención primaria de salud.

¹Acadêmica do 9 período do curso de enfermagem da UFSJ. ²Professora Assistente II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da mulher tem merecido destaque crescente na história das políticas de saúde no Brasil e foram implantadas em resposta à persistência de índices elevados dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal⁽¹⁾. A atenção pré-natal permite o monitoramento da saúde da gestante, identifica fatores de risco e realiza a detecção e o tratamento oportuno de afecções, o que contribui para melhores desfechos maternos e perinatais⁽²⁾.

No Brasil, apesar da expansão da atenção primária à saúde e da ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, observa-se a manutenção de uma incidência elevada de sífilis congênita e de hipertensão arterial sistêmica (principal causa de morbimortalidade materna e perinatal), dados que sugerem um comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais no país⁽¹⁾.

O Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁾ preconiza os seguintes parâmetros de qualidade da assistência pré-natal: início do acompanhamento até a 12^a semana de gestação; realização de no mínimo seis consultas de pré-natal; solicitação de exames complementares (No 1^o trimestre: hemograma; tipagem sanguínea e fator Rh; coombs indireto se Rh negativo; glicemia em jejum; teste para sífilis e anti-HIV; sorologia para toxoplasmose e hepatite B; urocultura e urina rotina; ultrassonografia obstétrica; citopatológico de colo de útero se for necessário. E no 3^o trimestre: hemograma; glicemia em jejum; coombs indireto se Rh negativo; VDRL; Anti-HIV; Sorologia para hepatite B; repetir o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente; Urocultura e urina tipo I; bacterioscopia de secreção vaginal a partir de 37 semanas de gestação) e

verificação da situação vacinal quanto ao tétano e hepatite B. Assim como tem políticas públicas que visam a qualidade da assistência pré-natal, alguns autores mostram que alguns fatores são indispensáveis para que isso ocorra, como exemplos: um atendimento integral; a organização do serviço; a capacitação dos profissionais e a utilização de recursos adequados; e os requisitos básicos para promoção da saúde e prevenção das principais afecções⁽³⁻⁴⁾.

No município de Divinópolis, Minas Gerais, a atenção à saúde pré-natal é historicamente realizada por médicos especialistas ou generalistas, com pouco envolvimento dos enfermeiros, apesar destes possuírem respaldo para atuarem nessa assistência, uma vez que o município possui um protocolo de atenção pré-natal desde meados de 2006⁽⁵⁾. Além do respaldo da Lei do exercício profissional da enfermagem (decreto nº 94.406/87)⁽⁶⁾ e das resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (números 195 e 271 de 2002)⁽⁷⁻⁸⁾, o protocolo de enfermagem do município de Divinópolis⁽⁹⁾ respalda o enfermeiro realizar o diagnóstico de gravidez; preencher o cartão da gestante; avaliar o estado vacinal; realizar consultas de pré-natal de risco habitual alternadas com o profissional médico; solicitar exames de rotina e realizar a interpretação desses exames e promover intervenções caso necessário.

Um estudo evidenciou obstáculos que impediam os enfermeiros de realizar o pré-natal em Divinópolis, como a falta de investimentos para o desenvolvimento de capacitações teórico-práticas específicas; o fornecimento de informações; a criação de protocolos que promovam a interação do trabalho médico e de enfermagem, assim como o esclarecimento sobre a importância da incorporação e uso de protocolos assistenciais visando à qualidade da assistência pré-natal⁽⁵⁾.

Com base nessa realidade do município, justifica-se a necessidade de realizar o diagnóstico da assistência pré-natal na atenção primária à saúde segundo os critérios de qualidade definidos pelo Ministério da Saúde. A análise dos indicadores preconizados pelo MS para avaliar a qualidade da assistência pré-natal permite destacar as especificidades do modelo de assistência realizado pelas unidades da atenção primária à saúde e sugerir melhorias⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Esse estudo tem como objetivo avaliar a adequação da assistência pré-natal, de acordo com os parâmetros de qualidade propostos pelo Ministério da Saúde, em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza descritiva com abordagem quantitativa. O cenário de estudo foi o município de Divinópolis, situado na região Centro-Oeste do Estado de Minas Gerais, possui uma população de 213.016 habitantes e a APS é composta por 15 unidades tradicionais e 17 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que a assistência pré-natal é realizada pelos profissionais médicos e enfermeiros que atuam nesse nível de atenção⁽¹⁴⁾.

Considerando que a cobertura populacional da ESF no município de Divinópolis é de aproximadamente 25% da população e que um estudo anterior evidenciou o baixo envolvimento dos enfermeiros da ESF nos cuidados pré-natais⁽⁵⁾, optou-se por realizar a avaliação da adequação da assistência pré-natal realizada pelas unidades tradicionais da APS, que são responsáveis pelo atendimento de 75% da população divinopolitana.

Para a escolha do cenário do estudo, definiu-se o seguinte critério de inclusão:

unidade de saúde que possuía maior número de gestantes cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) no período de janeiro a dezembro de 2011. O nome da unidade de saúde selecionada para ser cenário desse estudo foi mantido em anonimato para preservar a identidade dos profissionais envolvidos no cuidado pré-natal. A qualidade da assistência pré-natal foi avaliada por meio de um questionário estruturado, que foi elaborado tendo como marco teórico o manual do Ministério da Saúde - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco⁽¹⁾. Essa diretriz do MS propõe indicadores de qualidade da assistência em relação aos procedimentos realizados pelo profissional de saúde durante a consulta pré-natal; exames realizados; imunização; orientações recebidas e cuidados no puerpério. Foi realizado um pré-teste para verificar a adequação do instrumento em uma unidade de saúde da ESF do município de Divinópolis.

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2012 e o instrumento foi aplicado às mães maiores de 18 anos que possuíam crianças até seis meses de idade, que estavam na unidade de saúde para a consulta de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Para uma maior fidedignidade das informações fornecidas pelos sujeitos de estudo, foi avaliado o cartão da gestante no momento da coleta de dados que foi solicitado previamente por uma carta convite.

Para a coleta de dados, foi realizada uma entrevista individual na unidade de saúde, em um local reservado para não ocorrer interrupções e garantir a privacidade da informante. O tratamento dos dados foi realizado no *software* EpiInfo versão 7, com entrada dupla, para garantir a consistência do

banco de dados. Utilizou-se o mesmo software para a estatística descritiva.

Para a análise da adequação da assistência pré-natal, utilizou-se o Índice MS proposto por Almeida e Barros⁽¹⁵⁾, que foi construído baseado nos critérios definidos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Esse índice possui seis parâmetros: (1) Início do atendimento pré-natal: antes de 14 semanas de gestação; (2) Número de consultas de pré-natal: realização de seis ou mais consultas para uma gestação de 37 semanas ou mais; cinco consultas para a gestação com 32 a 36 semanas; e quatro consultas para gestação com 22 a 32 semanas; (3) Realização de todos os exames de rotina propostos na primeira consulta de pré-natal (Hemograma, Tipagem Sanguínea e Fator Rh, Glicemia de Jejum, Urina, teste para sífilis e anti-HIV, sorologia para hepatite B e toxoplasmose); (4) Realização de pelo menos cinco procedimentos clínico-obstétricos em todas as consultas (verificação de peso, pressão arterial, batimentos cardíacos, altura uterina e edema); (5) Orientação sobre amamentação; (6) Realização de pelo menos um exame de ultrassonografia.

Como em 2012 o Ministério da Saúde publicou uma nova diretriz para a atenção pré-natal⁽¹⁾, optou-se por atualizar o parâmetro 1 do Índice MS proposto por Almeida e Barros⁽¹⁵⁾, sendo que foi considerado o início do atendimento pré-natal antes da 12ª semana de gestação. Para a avaliação da adequação pré-natal segundo o Índice MS, a atenção pré-natal foi considerada como adequada superior quando todas as seis recomendações foram satisfeitas; adequada com o cumprimento de cinco recomendações; intermediária na presença de quatro e inadequada quando três ou menos recomendações foram satisfeitas⁽¹⁵⁾.

Foram também avaliadas outras práticas contidas no manual “Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco”⁽¹⁾, que foram incluídas na avaliação da adequação pré-natal e compuseram o Índice MS Ampliado. Os parâmetros acrescentados no Índice MS Ampliado são: (7) Realização do exame clínico das mamas; (8) Coleta de citologia oncótica; (9) Atendimento Odontológico; (10) Uso de sulfato ferroso e ácido fólico; (11) Imunização antitetânica e (12) Imunização Hepatite B.

Ao utilizar o Índice MS Ampliado, a atenção pré-natal foi considerada como adequada superior quando todas as doze recomendações foram satisfeitas; adequada com o cumprimento de onze ou dez recomendações; intermediária na presença de nove ou oito e inadequada quando sete ou menos recomendações foram satisfeitas. A adequação à assistência puerperal foi avaliada mediante a realização da consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

A investigação seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Campus Centro-Oeste Dona Lindu, da Universidade Federal de São João Del Rei, sob parecer número 94.392/2012. Considerando os princípios éticos dessa resolução, todos os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido aos sujeitos da pesquisa o esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos do estudo, a confidencialidade e o sigilo sobre a sua participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidas informações de 23 mulheres que realizaram o pré-natal na unidade de saúde que foi cenário desse

estudo. A média de idade dessas mulheres foi de 26,4 anos ($\pm 6,06$), variando de 18 a 35 anos, e possuíam em média 2,2 filhos ($\pm 1,34$). De acordo com a Tabela 1, todas as

entrevistadas exerciam atividades remuneradas e, mais da metade delas, eram casadas e tinha mais de 11 anos de estudo.

Tabela 1- Características sócio-demográficas das gestantes atendidas em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. Divinópolis (MG), 2012.

Variáveis sócio- demográficas	N	Percentual (%)
Idade		
18 - 21 anos	7	30,4
22 - 27 anos	7	30,4
31 - 35 anos	9	39,1
Estado civil		
Solteira	9	39,1
Estável	1	4,4
Casada	13	56,5
Anos de estudo		
Menos de 8 anos	3	13
De 8 a 10 anos	7	30,4
Mais de 11 anos	12	52,2
Recusou a responder	1	4,4
Ocupação		
Atividades autônomas	1	4,4
Atividades domésticas	9	39,1
Atividades do comércio	11	47,8
Outras atividades	2	8,7
Número de filhos		
1 a 2 filhos	16	69,6
3 a 4 filhos	5	21,7
5 a 6 filhos	2	8,7
Total	23	100%

Na Tabela 2, verifica-se que todas as gestantes realizaram o pré-natal com o profissional médico, fizeram, em média, 8,1 consultas de pré-natal ($\pm 1,6$) e a grande maioria (91,3%) iniciou a assistência pré-natal antes da 12^a semana de gestação, conforme é

preconizado pelo Ministério da Saúde. Em relação às variáveis da assistência ao parto, predominou a gestação a termo (82,6%) e o parto vaginal (65,2%).

Tabela 2- Distribuição das gestantes atendidas em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde segundo variáveis da assistência pré-natal e ao parto. Divinópolis (MG), 2012.

Variáveis da assistência pré-natal	N	Percentual (%)
Início do pré-natal		
até 12a semana	21	91,3
da 12a até 27a semana	2	8,7
Número de consultas pré-natal		
4	1	4,4
6	2	8,7
7	5	21,7
8	4	17,4
9	7	30,4
10	3	13
11	1	4,4
Profissional responsável pela assistência pré-natal		
Enfermeiro	--	--
Médico	23	100
Variáveis da assistência ao parto		
Tipo de gestação		
Pré-termo	2	8,7
A termo	19	82,6
Pós-termo	2	8,7
Tipo de parto		
Vaginal	15	65,2
Cesárea	8	34,8
Total	23	100

Sobre a assistência pré-natal, foi verificado que o percentual de registro das informações no cartão da gestante foi superior a 86% (n=20) dos cartões analisados. Ao avaliar os procedimentos clínico-obstétricos realizados em cada consulta de pré-natal (resultados não mostrados), constatou-se que a aferição da pressão arterial ocorreu em 100% das gestantes; a verificação do peso corporal variou de 95,6% (n=22) a 100% (n=23); o registro dos batimentos cardíacos (ausculta por Pinard) e da altura uterina a partir da 22ª semana de gestação esteve entre 95,6% (n=22) a 100% (n=23) das gestantes avaliadas. No entanto, observou-se uma fragilidade na pesquisa de edema, no exame clínico das mamas e na coleta de citologia oncológica, no qual somente três gestantes foram submetidas a essa avaliação.

Em relação aos exames laboratoriais do primeiro trimestre, foi encontrado em 100% dos cartões analisados o registro de hemoglobina/hematócrito, anti-HIV e urina rotineira e os demais exames preconizados pelo

Ministério da Saúde estavam registrados em 21 cartões avaliados (91,3%). Nos exames laboratoriais realizados na 30ª semana gestacional, verificou-se o registro em 91,3% (n=21) dos cartões analisados somente a glicemia de jejum. Na segunda rotina, o percentual de registro de VDRL foi de 56,5% (n=13) e urina rotineira foi de 82,6% (n=19).

A grande maioria das gestantes (n=22) realizou a suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico. A avaliação da situação vacinal da antitetânica e hepatite B e a devida imunização foram realizadas em todas as gestantes.

A Tabela 3 mostra a relação das orientações recebidas pelas gestantes na consulta de pré-natal. A orientação mais realizada foi sobre o uso de medicamentos (69,6%), seguida de cuidados no trabalho (60,9%). A prática de coleta de educação em saúde, avaliada nesse estudo por meio da participação em grupos operativos de gestantes é muito incipiente, já que somente uma gestante relatou ter participado.

Tabela 3- Distribuição das orientações recebidas pelas gestantes no pré-natal realizado em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. Divinópolis (MG), 2012.

Orientações	N	Percentual (%)
Uso de medicamentos	16	69,6
Cuidados laborais	16	60,9
Uso de drogas lícitas e ilícitas	10	43,5
Aleitamento materno	10	43,5
Tipos de parto	9	39,1
Atendimento odontológico	8	34,8
Local do parto	7	30,4
Visita à maternidade	1	4,4
Participação em grupos operativos de gestantes	1	4,4

Após descrever os procedimentos realizados na assistência pré-natal das 23 gestantes atendidas na unidade de saúde cenário desse estudo, a Tabela 4 mostra a

avaliação da adequação pré-natal pelo Índice MS⁽¹³⁾ e pelo Índice MS Ampliado, proposto pelas autoras desse estudo.

Tabela 4- Adequação da assistência pré-natal realizado em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. Divinópolis (MG), 2012.

Avaliação da adequação da assistência pré-natal	Índice MS		Índice MS Ampliado	
	n	%	n	%
Adequada superior	0	0	2	8,7
Adequada	8	34,8	3	13
Intermediária	11	47,8	14	60,9
Inadequada	4	17,4	4	17,4

Ao avaliar o componente básico da qualidade do pré-natal proposto pelo Ministério da Saúde, verifica-se que somente 34,8% (n=8) das gestantes atendidas na unidade de saúde em estudo tiveram acesso a uma assistência adequada. Os fatores que estão associados a esse indicador são: realização ou anotação de todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde na 1ª consulta de pré-natal (grupo sanguíneo, fator Rh, hemoglobina, hematócrito, glicemia de jejum, urina rotina, sorologia para sífilis, hepatite B e toxoplasmose, anti-HIV) e realização de pelo menos cinco procedimentos clínico-obstétricos em todas as consultas (verificação de peso, pressão arterial, batimentos cardíacos, altura uterina e

edema). Já foi discutido que a verificação da altura uterina e pesquisa de edema são pouco realizadas, bem como as orientações sobre aleitamento materno, cuja ausência associada às variáveis descritas acima, foi responsável pelo índice MS intermediário.

No Índice MS Ampliado, há uma aumento da assistência pré-natal de forma intermediária, que passou para 60,9% (n=14). Esse índice está diretamente relacionado à ausência da realização dos procedimentos de coleta de citologia oncológica, exame clínico das mamas e atendimento odontológico.

Em relação às variáveis da assistência ao puerpério (resultados não mostrados em tabela), 19 gestantes (82,6%) realizaram a consulta puerperal até 42 dias após o parto,

sendo que destas, 14 (73,7%) receberam orientações sobre métodos contraceptivos e somente duas (10,5%) foram imunizadas contra caxumba, sarampo e rubéola. No momento da coleta de dados, 73,9% (n=17) das entrevistadas relataram estar em amamentação exclusiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a adequação da assistência pré-natal, de acordo com os parâmetros de qualidade propostos pelo Ministério da Saúde, encontraram-se na unidade de saúde, cenário do estudo, inúmeros problemas no processo da assistência pré-natal. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, toda gestante deve ter assegurada assistência digna de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério^(13:1022).

Os dados da amostra, de 23 mulheres, mostraram que a média de consultas pré-natais foi de 8,1, superior à média encontrada em estudos que tiveram como cenário as unidades da ESF (7,4 e 6,4 respectivamente)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e as unidades tradicionais (5,9)⁽¹⁰⁾, sendo que 91,3% iniciaram a assistência no primeiro trimestre de gestação. O ingresso precoce no pré-natal das gestantes desse estudo foi superior à de gestantes gaúchas⁽¹⁰⁾, paulistas⁽¹⁷⁾ e mineiras⁽¹⁸⁾. Autores afirmam que a ESF favorece a captação precoce de gestantes devido à busca ativa realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde⁽¹⁰⁾, como no estudo de Palmas, que apresentou uma média do início do pré-natal de 13,4 semanas⁽¹⁷⁾. Os resultados encontrados nesse estudo sugere que a população divinopolitana não cadastrada em unidades da ESF possui o vínculo com a unidade de atenção primária tradicional e conhece que o atendimento pré-natal é ofertado nesse tipo de unidade. A

precocidade do início das consultas de pré-natal é justificada pela disponibilidade desse serviço na unidade de saúde e à sua procura pela gestante e a média elevada de consultas realizadas evidencia a capacidade do serviço em promover adesão da gestante a ele⁽¹⁹⁾.

O início precoce da assistência pré-natal é de extrema importância, pois permite acesso a diagnósticos e terapias para diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, como, por exemplo, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV, hipertensão arterial crônica e diabetes⁽²⁾. E ainda propicia uma estimativa da idade gestacional mais fidedigna, com melhor acompanhamento do crescimento fetal.

A média de idade das gestantes desse estudo foi de 26,4 anos, média superior à das gestantes que realizaram o pré-natal em unidades tradicionais dos municípios de gaúchos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Todas as gestantes exerciam atividades remuneradas, resultados bem acima do que encontrado em outras realidades brasileiras, onde menos de 30% das gestantes exerciam trabalho remunerado⁽¹⁷⁾. A proporção de solteiras foi maior do que o encontrado nos estudos de Palmas (11,9%)⁽¹⁷⁾ e de Rio Grande (23,3%)⁽¹⁰⁾, porém o número de gestantes com menos de oito anos de estudo foi inferior do que em Palmas⁽¹⁷⁾.

É importante destacar que a avaliação dos cartões das gestantes permite inferir sobre a qualidade da assistência pré-natal nos serviços de saúde, uma vez que os registros nesse documento mostram os procedimentos realizados na consulta⁽¹²⁾, porém é comum o sub-registro⁽¹³⁾. Estudo recente demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os dados referidos pelas gestantes e os anotados no cartão relacionados ao número de consultas de pré-natal, realização dos exames das mamas, ginecológicos e laboratoriais dos primeiros e terceiros trimestres (VDRL, anti-

HIV e urina rotina) e as vacinações antitetânicas⁽¹³⁾. No entanto, para a realização do presente estudo, optou-se pela utilização somente do cartão de gestantes para a coleta de dados dos exames clínico-obstétricos e laboratoriais.

Sobre a assistência pré-natal, verificou-se um alto percentual de registro das informações no cartão da gestante (86% dos cartões avaliados), sendo que os procedimentos tiveram destaque foram: aferição da pressão arterial (100%), peso corporal (95,6% a 100%) e, a partir da 22ª semana, registro de batimentos cardíacos e da altura uterina entre 95,6% a 100%. A realização dos procedimentos básicos de aferição da pressão arterial e peso teve proporção semelhante à observada em outros locais^(2,10,18) e esses são os procedimentos com menor percentual de ausência no cartão da gestante^(13,17).

Os registros de altura uterina, batimentos cardíacos, exame ginecológico (incluindo a prevenção do colo de útero) e de mamas são os mais negligenciados no cartão da gestante^(12,17), o que corrobora com os achados dessa pesquisa, indicando que essas práticas apresentam dificuldades em serem incorporadas à rotina do pré-natal⁽¹⁰⁻¹¹⁾, seja pelo tempo de consulta que demanda para a sua realização ou pela habilidade que é exigida do profissional⁽¹³⁾. Observa-se que na primeira consulta de pré-natal ocorre a maior contemplação das diretrizes da assistência preconizadas pelo MS, porém verifica-se que a qualidade do registro dos exames clínicos é ruim em todos os trimestres da gestação, o que leva ao questionamento se os campos deixados em branco sugerem a ausência de sua realização ou a falta de evolução pelo profissional⁽¹²⁾. Em um estudo realizado em Rio Grande, “a realização do exame das mamas foi referida por 57,9% das 2.288

pacientes e registrada em 32,9% dos cartões. Quanto ao exame ginecológico, 65,3% das pacientes referiram ter realizado, no entanto o registro foi encontrado em 33,7% dos cartões”^(13:1024).

O percentual de registro dos exames laboratoriais solicitados na primeira consulta de pré-natal variou de 91,3% a 100%, e os realizados na 30ª semana gestacional, a glicemia de jejum teve o percentual de 91,3% (n=21) e o VDRL foi de 56,5% (n=13). Em relação ao registro dos exames laboratoriais, estudo demonstrou a fragilidade da prática de anotação dos resultados pelos profissionais⁽²⁾. Esse mesmo estudo evidenciou que as maiores proporções de registro de exames do cartão da gestante foram ABO/Rh e VDRL na primeira rotina (aproximadamente 90%), porém nos exames da segunda rotina, aproximadamente 36% tiveram o registro de VDRL e glicemia. Na região metropolitana de Vitória, foram encontrados, nos cartões das gestantes, mais de 50% de incompletude da repetição dos exames de VDRL, urina rotina e glicemia⁽¹²⁾.

Já em Palmas, que avaliou a qualidade do pré-natal realizada na ESF, 93% dos cartões de gestantes apresentaram o registro dos exames da primeira rodada e quase 50% das mulheres repetiu os exames de glicemia de jejum, urina rotina e VDRL na 30ª semana⁽¹⁷⁾. A baixa realização ou anotação dos exames de rotina do terceiro trimestre^(2,12,17,20) evidencia uma dificuldade de manejo da assistência pré-natal de acordo com as diretrizes do MS, o que corrobora para desfechos maternos e neonatais negativos. Um exemplo de desfecho neonatal é a ocorrência de sífilis congênita - considerada um evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal - que está associada a falhas no diagnóstico oportuno da sífilis na gestação e no tratamento correto das gestantes e parceiros⁽²⁰⁾.

A prescrição do sulfato ferroso

profilático também foi elevada em outros estudos^(2,11), porém, no município de Rio Grande, as gestantes atendidas em unidades tradicionais tiveram o uso de sulfato ferroso quase 30% menor do que as gestantes da ESF⁽¹⁰⁾. A imunização anti-tetânica é uma medida de prevenção do tétano neonatal e estudos mostram uma baixa cobertura dessa imunização⁽¹²⁾, como 54% no estudo do Rio de Janeiro⁽²⁾ e 62,7% no estudo de Rio Grande⁽¹⁰⁾. No entanto, em estudos que tiveram como cenário a ESF, cerca de 90% das gestantes foram imunizadas contra tétano^(10,17). No presente estudo, todas as gestantes foram avaliadas quanto à situação vacinal e devidamente imunizadas, apesar de terem sido atendidas em uma unidade tradicional da atenção primária.

Das 23 entrevistas realizadas, 100% das consultas de pré-natal foram feitas por médicos, pois, no município de Divinópolis, os enfermeiros acreditam que apenas a consulta médica caracteriza a assistência pré-natal, apesar de serem respaldados pela Lei do Exercício Profissional⁽⁶⁾, estarem capacitados e terem protocolo⁽⁹⁾ para realizar o pré-natal de baixo risco. Além disso, a resistência do médico das equipes da atenção primária em colaborar com o enfermeiro na condução dessa assistência e a interação entre médico e enfermeiro são dificuldades encontradas para a implementação do protocolo de assistência pré-natal⁽⁵⁾.

Dentre as categorias profissionais atuantes na atenção ao pré-natal, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, pois tem qualificação para o atendimento à mulher, possuindo um papel extremamente importante na área educativa, de prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização e do fortalecimento do vínculo entre o profissional e a gestante/família⁽²¹⁾.

A prática de orientação pelos profissionais de saúde é ainda bem restrita, conforme foi evidenciado nos resultados dessa pesquisa. Estudos mostram que há uma fragilidade na realização das orientações sobre sinais clínicos do parto, tipos de parto, local do parto, aleitamento materno e consulta puerperal^(2,11). A orientação mais realizada às gestantes divinopolitanas foi sobre o uso de medicamentos (69,6%), informação relevante devido ao risco teratogênico. Estudo realizado em Fortaleza com 326 puérperas evidenciou que houve o consumo de 2,8 medicamentos por gestante, sendo cerca de 11% delas realizaram o uso sem prescrição médica, principalmente de anti-inflamatórios, no primeiro trimestre gestacional, o que demonstra o desconhecimento do risco dessa prática ao feto⁽²²⁾.

Quanto às orientações sobre uso de drogas lícitas e ilícitas, 43,5% das mulheres foram alertadas, porém é necessário ter orientações mais efetivas para diminuir o consumo de álcool e tabaco na gestação, uma vez que o estudo de Fortaleza mostrou que menos da metade das gestantes interromperam o consumo das drogas lícitas⁽²²⁾. Devido ao risco de malformações, mulheres grávidas devem evitar o uso de álcool nos três primeiros meses. É incerta a quantidade segura de consumo de álcool na gravidez, sendo que o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer consequências para o recém-nascido e quanto maior o consumo, maior o risco de prejudicar o feto⁽¹⁾.

O percentual de orientações sobre aleitamento materno foi de 43,5%, proporção superior à das gestantes atendidas em unidades tradicionais de Rio Grande (39,6%)⁽¹⁰⁾, sendo que, durante os cuidados no pré-natal, é importante conversar sobre as

vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação⁽¹⁾. No entanto, 17 participantes do estudo relataram aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista.

O percentual de entrevistadas que receberam orientação sobre atendimento odontológico foi baixo (34,8%), apesar da unidade de saúde ter uma equipe de saúde bucal. Todas as gestantes precisam receber uma assistência preventiva (escovação supervisionada, aplicação do flúor e orientações sobre a higiene bucal) e ter uma consulta de revisão odontológica para avaliação da saúde bucal e da necessidade de extração/restauração dentária e tratamento endodôntico e gengival⁽²³⁾. No entanto, a assistência odontológica pré-natal adequada (acesso ao nível educativo, preventivo e curativo) ainda é restrita nos serviços de saúde brasileiros, indicando a necessidade de ampliar os serviços oferecidos às gestantes para obter uma assistência pré-natal mais integral e humanizada⁽²³⁾.

Nota-se que a classe médica foca nos procedimentos clínicos e na solicitação de exames, já os enfermeiros tem foco no cuidado/orientação. A consulta de enfermagem é embasada no diagnóstico de enfermagem, a qual é diferente da consulta médica, cujo diagnóstico médico, decorrente do julgamento de um conjunto de sinais e sintomas, determina patologias, dessa forma a consulta de enfermagem não substitui a consulta médica e vice-versa⁽²¹⁾.

Autores sugerem a gestão compartilhada do cuidado do pré-natal, no qual o enfermeiro, junto com o médico, promove uma assistência de pré-natal de qualidade e garante a realização de todas as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde⁽²¹⁾. As políticas e programas nacionais de saúde da

mulher indicam as ações a serem desenvolvidas e os limites de responsabilidade de cada categoria profissional, o que para a Enfermagem, fortalece a sua autonomia e competência técnico-científica⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, “uma possibilidade de ação integrada de enfermeiros e médicos, nessa situação específica, talvez fosse a determinação de protocolo bem definido para a atuação de ambos, de maneira a ser implementado em uma relação harmoniosa, conscienciosa e ética, sustentada no compromisso com a segurança do cliente e com a resolubilidade dos seus problemas”^(21:1798).

Como o protocolo de enfermagem do município de Divinópolis⁽⁹⁾ respalda o enfermeiro em realizar consultas de pré-natal de risco habitual alternadas com o profissional médico, seria uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência a realização da primeira consulta por esse profissional, que além de ter maior disponibilidade de tempo para realizar uma anamnese bem conduzida, preencherá o cartão da gestante com as informações maternas e antecedentes obstétricos, solicitará todos os exames do primeiro trimestre, avaliará a situação vacinal, realizará o exame clínico e cadastrará a gestante no SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento).

Na rede de atenção primária do município de Fortaleza e João Pessoa há a gestão compartilhada do cuidado pré-natal entre médicos e enfermeiros^(19,25), o que favorece a realização dos procedimentos clínico-obstétricos considerados minimamente necessários ao pré-natal e a realização de atividades extra-consultas de educação em saúde⁽²⁵⁾. “O pré-natal é um momento singular e oportuno para desenvolver ações educativas, podendo ser realizadas nas

unidades de saúde, por intermédio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Essa estratégia de trabalho permite a integração de profissionais e gestantes, constituindo um momento de acolhida, escuta, vínculo, de compartilhamento de experiências, trocas mútuas, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas^(11:796).

Uma nova proposta de se fazer o pré-natal é a realização da consulta coletiva, que é baseada nos padrões de uma consulta individual, entretanto, é desenvolvida de forma coletiva e tem como objetivo principal auxiliar a mulher na construção de sua maternidade e no exercício de sua cidadania, rompendo com o paradigma assistencial biomédico. Nessa consulta ocorrem exercícios de relaxamento, realização de dinâmicas com as mulheres acerca de suas representações sobre a gravidez e as modificações do organismo materno e a evolução do quadro do bebê, discuti-se temas que emergem, orientações para o parto e a questão dos acompanhantes⁽²⁶⁾.

Em Cuiabá, em uma instituição não-governamental que oferece assistência pré-natal realizado por médicos, foi implantado um grupo operativo de gestantes que abordou temáticas recomendadas pelo Ministério da Saúde, como a “importância do pré-natal; cuidados com higiene; atividade física específica para gestantes; alimentação saudável; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; medos e fantasias referentes a gestação e ao parto; atividade sexual; prevenção de DST/Aids e aconselhamento para teste anti-HIV; sinais comuns na gestação e orientações nas queixas mais frequentes; sinais de alerta; preparo para o parto; incentivo e orientações para o parto normal; orientações e incentivo para o aleitamento materno e orientações

específicas para mulheres que não poderão amamentar; importância do planejamento familiar; sinais e sintomas de parto; saúde mental e violência doméstica e sexual; benefícios legais, direitos das mulheres e lei do acompanhante; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério; importância da participação paterna durante a gestação, parto e desenvolvimento do vínculo entre pai e filho; gestação na adolescência e dificuldades sociais e familiares; cuidados após o parto e com o recém-nascido e estímulo a retorno aos serviços de saúde; importância do crescimento e desenvolvimento infantil; importância da triagem neonatal na primeira semana de vida”^(27:279).

É possível considerar que a consulta coletiva está intimamente ligada ao princípio da integralidade proposto pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), atentando a todas as necessidades de saúde do indivíduo ou do grupo em questão, favorecendo a prevenção e promoção da saúde em âmbito coletivo. Neste sentido, a integralidade deve ser entendida como a capacidade de integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos⁽¹⁾. No entanto, no cenário desse estudo, somente uma entrevistada relatou a participação no grupo de gestantes. A baixa adesão das gestantes aos grupos educativos também foi evidenciada em outro município brasileiro, sendo que a disponibilidade de horários foi o motivo mais relatado para a não participação⁽²⁵⁾.

Na avaliação da adequação da assistência pré-natal utilizou-se uma adaptação de uma metodologia conforme os parâmetros de qualidade propostos pelo

Ministério da Saúde em 2012. Há várias metodologias para a avaliação da assistência pré-natal que possuem finalidades distintas, como o Índice de Kessner e o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (APNCU), que ganharam visibilidade em estudos brasileiros após a publicação do PHPN, que avaliam a qualidade dos cuidados pré-natais tendo como referencial os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde^(2,11,25).

Ao avaliar o componente básico da qualidade do pré-natal proposto pelo Ministério da Saúde, verifica-se que somente 34,8% (n=8) das gestantes atendidas na unidade de saúde em estudo tiveram acesso a uma assistência adequada, e no componente ampliado, essa proporção cai para 13%. Estudo evidenciou que o início precoce do pré-natal está associado a uma melhor adequação da qualidade do pré-natal uma vez que o maior número de consultas permite a adequação em relação à realização de exames, vacinação antitetânica, orientações sobre o parto e amamentação⁽²⁾. Apesar da grande maioria das gestantes desse estudo (91,3%) ter iniciado a assistência pré-natal antes da 12^a semana de gestação e ter realizado, em média, 8,1 consultas de pré-natal, “não se pode pensar que apenas a passagem burocrática pelos serviços de saúde promove qualidade da atenção, visto que a resolutividade relaciona-se à capacidade de um serviço cumprir o que lhe compete”^(12:1655). Nessa pesquisa, foram verificadas as seguintes variáveis que estão associadas a algum nível de inadequação ao pré-natal como: ausência de registro dos exames laboratoriais básicos preconizados pelo MS, verificação da altura uterina e pesquisa de edema, orientações sobre aleitamento materno, coleta de citologia oncológica e atendimento odontológico, o que é corroborado com outros estudos^(2,10-12,17) e indica a necessidade de aperfeiçoamento das

práticas dos profissionais⁽¹⁰⁾. “Deve-se dar maior ênfase àqueles procedimentos que apresentam baixa porcentagem de realização. É necessário sensibilizar todos os profissionais de saúde, tanto aqueles que atuam na ESF quanto os que o fazem no modelo tradicional, acerca da importância de seguir o protocolo de atenção pré-natal recomendado e sobre a padronização dos cuidados à gestante, de forma a garantir uma boa qualidade da atenção pré-natal”^(10:794).

A proporção de cesáreas (34,8%) foi similar ao encontrado no estudo realizado em Rio Grande (36,1%)⁽¹⁰⁾ e esses autores sugerem a necessidade de avaliar a relação das gestantes e profissionais nos hospitais de referência do sistema público e as ocorrências sem indicação técnica. Em relação às variáveis da assistência ao puerpério, a cobertura da consulta puerperal até 42 dias após o parto foi alta em relação ao estudo realizado em Piauí e a proporção de orientações sobre métodos contraceptivos foram similares⁽²⁸⁾. Destaca-se a importância da realização da consulta de enfermagem no puerpério imediato (até o décimo dia após o parto) para identificar problemas reais e potenciais da puérpera e do recém-nascido e reforçar as orientações da amamentação⁽²⁹⁾, já que muitas mães desconhecem a importância do aleitamento materno para a sua saúde e do bebê e possuem dificuldades para amamentar (como pega correta, ingurgitamento, dor e fissuras mamilares), que acabam influenciando o desmame precoce⁽³⁰⁾. Estudo realizado em um município mineiro mostrou que quase a metade das mulheres apresentaram dificuldades nos meses iniciais da amamentação e que a atuação dos profissionais da atenção primária no manejo das complicações decorrentes desse ato pode influenciar positivamente a duração do aleitamento materno⁽³⁰⁾.

Uma limitação do presente estudo é o número pequeno da amostra, bem como a realização da pesquisa em um único cenário, uma unidade tradicional da atenção primária do município de Divinópolis, que ainda não incorporou os preceitos da vigilância em saúde. No entanto, estudos que avaliam o cuidado pré-natal geram evidências, cientificamente embasadas, que permitem aos profissionais e gestores, a implementação de medidas para melhorar a qualidade da assistência e reorganizar a prestação desse atendimento na atenção primária^(13,25). “É importante lembrar que a ausência de informações no Cartão da Gestante acarreta prejuízos na intercomunicação entre as diversas instâncias envolvidas na assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, por desconhecimento do real acompanhamento do cuidado prestado. Acrescenta-se, ainda, o desperdício de recursos, pois o não registro dos exames demanda uma nova realização desses no momento do parto, o que gera maior custo aos serviços de saúde. Sugere-se, assim, a sensibilização e a capacitação dos profissionais da saúde envolvidos na assistência pré-natal, no sentido da adesão às práticas baseadas em evidências científicas e registro completo e confiável do Cartão da Gestante. Uma medida que poderia ser adotada pelos serviços de saúde é a disponibilização de um maior tempo de consulta para a primeira e segunda consultas, já que nestes encontros são realizados o preenchimento do Cartão da Gestante, a realização do exame clínico-ginecológico, a solicitação e a verificação dos exames”^(13:1025-1026).

Por fim, oferta do cuidado pré-natal de qualidade pelos serviços de saúde pública foi reafirmada em março de 2011, com a implantação do Programa Rede Cegonha, que possui como uma das diretrizes, a realização

de no mínimo seis consultas de pré-natal e a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada⁽³¹⁾.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a assistência pré-natal nessa unidade de saúde, em seus componentes mais básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, apresentou inúmeras falhas, resultando numa inadequação da assistência. Para a adequação da assistência é preciso melhorar o registro dos procedimentos clínico-obstétricos no cartão da gestante, aumentar a cobertura de avaliação das mamas e do edema, coleta de citologia oncótica e a realização de orientações, e principalmente colocar em prática a integralidade do cuidado tendo em vista que o pré-natal não se resume apenas a uma consulta ou solicitação de exames, é superior a isso, pois envolve o ato de acolher e de reconhecer as necessidades de saúde, cultura e estabelecimento de vínculos.

Sugere-se uma sensibilização dos profissionais médicos e uma capacitação dos enfermeiros para que eles realizem a consulta de enfermagem do pré-natal de baixo risco. Como o atendimento pré-natal é realizado exclusivamente pelos médicos, e estes focarem, na consulta médica, a realização de procedimentos, perpetuando assim o modelo biomédico, é de extrema importância a inserção do enfermeiro numa assistência pré-natal multiprofissional para realizar a promoção da saúde e alcançar a integralidade do cuidado.

É necessária a realização de estudos futuros nesse município que possam avaliar o desempenho da ESF na atenção pré-natal para delimitar as suas potencialidades e fragilidades, bem como comparar com o modelo tradicional.

REFERÊNCIAS

1-Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

2-Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2012; 28(3):425-437.

3-Vasques FAP. Pré-natal: um enfoque multiprofissional. São Paulo (SP): Rubio; 2006.

4- Ximenes Neto FRG, Leite JL, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MAS, et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Rev. Bras. Enferm. 2008;61(5):595-602.

5-Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(5):1041-47.

6-Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 09 junho 1987. [citado 30 julho 2013]. Disponível em:

http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/07%20Principais_Legislacoes_arquivoFinal_0.pdf

7-Resolução nº 195 de 18 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Citado em 05 ago 2013. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html

8- Resolução nº 271 de 12 de julho de 2002. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Citado em 05 ago 2013. Disponível em [\[cofen-2712002-revogada-pela-resoluco-cofen-3172007_4308.html\]\(http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3172007_4308.html\)](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-</p>
</div>
<div data-bbox=)

9- Secretaria Municipal de Saúde (Divinópolis). Protocolo de Assistência de Enfermagem. 2006.

10- Mendoza-Sassi RA, Cesar JÁ, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2011;27(4):787-796.

11- Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2012;28(4):789-800.

12- Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama EGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? Cad. Saúde Pública 2012;28(9):1650-62.

13- Zanchi M, Gonçalves CV, Cesar JÁ, Dumith SC. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. Cad. Saúde Pública 2013; 29(5):1019-28.

14- Secretaria Municipal de Saúde (Divinópolis). Plano Municipal de Saúde 2009/2012 - Aprovado pelo CMS em reunião ordinária realizada em 29/10/2009.

15- Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(1):15-25.

16-Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública

2009;25(11):2507-16.

17-Silva MB, Monteiro OS. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. *Com. Ciências Saúde*. 2010;21(1):21-30.

18-Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. 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):563-69.

19- Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Rev. Min. Enferm.* 2012;16(3):315-23.

20- Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2013;47(1):147-57.

21-Moura ERF, Rodrigues MSP. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2003;7(13):109-18.

22- Rocha RS, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):37-45.

23- Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):3057-68.

24- Assis LTM, Fernandes BM. Saúde da mulher: a enfermagem nos programas e políticas públicas nacionais no período de 1984 a 2009. *Rev. Min. Enferm.* 2011;15(3):356-64.

25- Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2013;13(1):29-37.

26- Penna LHG, Carinhonha JI, Rodrigues RF.

Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral. *Rev. latinoam. enferm.* 2008;16(1):158-60.

27- Duarte SJH, Borges AP, Arruda GL. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011;1(2):277-82.

28-Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery Rev. Enferm* 2012;16(2):312-9.

29-Lemos RX, Raposo SO, Coelho EOE. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2012; 2(1):19-30.

30- Caires TL, Oliveira TC, Araújo CM. Análise do conhecimento, manejo e informações recebidas pelas mães sobre amamentação. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011;1(3):342-54.

31- Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2013;17(44):49-59.

Recebido em: 22/08/2013

Versão final em: 20/12/2013

Aprovação em: 22/12/2013

Endereço de correspondência

Fernanda Moura Lanza
Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 302.1
bloco D. Chanadour. Divinópolis, MG.
CEP: 35014-296.
E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br