

Avaliação da Adesão ao Pré-Natal das Gestantes Atendidas em um Ambulatório de Referência no Sul de Santa Catarina

Assessment of prenatal care adherence among pregnant women assisted in a reference outpatient clinic in the south of Santa Catarina state

Mayara da Rosa Rorig¹, Helena Caetano Gonçalves e Silva²

RESUMO

Introdução: O pré-natal é uma prática para prevenir patologias gestacionais e complicações durante o parto e reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil. Buscou-se avaliar a prevalência da adesão ao pré-natal das gestantes atendidas em um ambulatório de referência Materno Infantil de uma universidade do Sul de Santa Catarina em 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal. Foram estudados prontuários de 80 gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal em um ambulatório, no município de Tubarão/SC. Foi aplicado questionário sobre a gestação atual. Foram excluídas as gestantes cujos prontuários estavam incompletos e aquelas menores de idade. **Resultados:** 17 gestantes (21,3%) estavam no primeiro trimestre, 24 (30%) no segundo trimestre, e a maioria, 39 (48,8%) no terceiro trimestre. Apenas uma gestante iniciou o pré-natal de forma tardia. Prevaleram gestantes entre a faixa etária de 19 a 29 anos, sendo a maioria de casadas, que exerciam atividades laborais e múltiparas. A maioria das gestantes fez os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, com exceção das sorologias para hepatite B, sífilis, e o anti-HIV. De maneira geral, 44 gestantes (55%) do presente estudo tiveram adesão considerada inadequada, e adequada, somente 36 gestantes (45%), considerado o trimestre da gestação. **Conclusão:** No estudo proposto, nota-se a importância da adesão das gestantes ao pré-natal, através da frequência das consultas, realização dos exames solicitados, realização de vacinas e suplementação de vitaminas. Reforça-se a importância do seguimento das orientações repassadas, bem como das condutas dos profissionais após a consulta pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão ao Pré-natal, Assistência Pré-natal, Cuidado Pré-natal, Pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care is a practice to prevent gestational pathologies and complications during delivery and reduce maternal and child morbidity and mortality rates. We sought to assess the prevalence of prenatal care adherence of pregnant women assisted in a Maternal and Child Reference Outpatient Clinic of a university in southern Santa Catarina in 2019. **Methods:** This is a cross-sectional study. Medical records of 80 pregnant women who underwent prenatal follow-up in an outpatient clinic in the municipality of Tubarão were studied. A questionnaire about the current pregnancy was applied. The study excluded pregnant women whose medical records were incomplete and underage women. **Results:** About 17 pregnant women (21.3%) were in the first trimester, 24 (30%) in the second trimester, and most of them, 39 (48.8%) in the third trimester. Only one pregnant woman started prenatal care late. The prevalence of pregnant women was between 19 and 29 years old, most were married, working, and multiparous. Most pregnant women underwent the tests recommended by the Ministry of Health, except for hepatitis B, syphilis, and anti-HIV serology. Overall, 44 pregnant women (55%) in this study had inadequate adherence, and only 36 pregnant women (45%) had adequate adherence considering the trimester of pregnancy. **Conclusions:** In the proposed research, we noticed the importance of pregnant women's adherence to prenatal care through the frequency of consultations, completion of the requested tests, vaccination, and vitamin supplementation. This study reinforces the importance of following the orientations given and the conduct of the professionals after a prenatal visit.

KEYWORDS: Adherence to Prenatal Care, Prenatal Care, Prenatal Care, Prenatal Care.

¹ Graduação (Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul)

² Doutora em Ciências da Saúde (Doutora e Mestre em Ciências da Saúde, atuação no Núcleo de Epidemiologia no curso de Medicina, professora titular do curso de Enfermagem da Unisul)

INTRODUÇÃO

A assistência ao pré-natal representa um conjunto de procedimentos clínicos e educativos utilizados para monitorar o curso gestacional e prevenir possíveis intercorrências nesse período e durante o parto (1). Almeja prevenir, detectar e tratar precocemente as patologias maternas mais frequentes durante a gestação. Promove orientações e esclarecimentos à mulher e sua família sobre a gestação, o parto e puerpério, e cuidados com o recém-nascido. Dispõe de um objetivo maior de assegurar a saúde e o bem-estar da gestante e seu conceito, bem como seu adequado desenvolvimento (1).

Ao longo do século XX, o sistema de saúde brasileiro sofreu intensas transformações, sendo uma delas a mudança de paradigma, a partir de 1960, em relação à saúde da mulher, com implantação das primeiras ações prioritárias a esse gênero. Em 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual normatizou e otimizou a assistência às gestantes no Brasil, consoante os modelos empregados em todo o mundo (2). O PHPN instituiu que, para aqueles municípios os quais implementassem o programa e cumprissem os critérios mínimos, seriam disponibilizados incentivos financeiros para cada registro de cadastramento da gestante e por cada uma que concluir o pré-natal (3). A fim de informatizar e facilitar a gestão dos dados gerados pelo PHPN, desenvolveu-se o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Através deste, é possível gerar relatórios e indicadores que propiciam a gestão de políticas de saúde e ações necessárias para melhorias na qualidade da assistência ao pré-natal no âmbito municipal, estadual e federal (3).

Em 2011, foi instituído o Programa Rede Cegonha, o qual se trata de uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Sua finalidade consiste em estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país (4). Com a efetivação desses programas, o Brasil denotou uma queda de 51% dos óbitos maternos, quando o indicador de mortalidade passou de 141 para 68 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Até 2015, o objetivo era reduzir o índice para 35 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos (5,6).

A partir de todas as ações voltadas à mulher, no que se refere à gestação, o MS preconiza que a gestante realize um calendário de consultas, com no mínimo seis consultas ao longo da gravidez, intercalando a assistência médica e da enfermagem, determinando a adesão da gestante ao pré-natal. O acompanhamento se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada. A primeira consulta deve ser feita precocemente, no máximo até 12ª semana de gestação. A partir de então, recomenda-se no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre. Os acompanhamentos pe-

riódicos e contínuos devem ser mensais até a 28ª semana, da 28ª a 36ª serão quinzenais, e da 36ª a 41ª, semanais. Ademais, toda gestante na 41ª semana deve ser encaminhada para a avaliação fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (5).

É direito da gestante, logo na primeira consulta ou durante o primeiro trimestre, ter acesso à realização dos exames laboratoriais básicos obrigatórios, como: hemograma (repetir no 3º trimestre), tipagem sanguínea e determinação do fator Rh; *coombs* indireto (se Rh negativo, repetir 2º e 3º trimestre); glicemia de jejum (repetir no 3º trimestre); teste rápido diagnóstico anti-HIV; toxoplasmose IgM e IgG; sorologia para hepatite B (HbsAg, repetir no 3º trimestre); teste rápido de triagem para sífilis (VDRL, repetir no 3º trimestre); urocultura e urina tipo I (repetir no 3º trimestre); ultrassonografia; citopatológico de colo de útero (se for necessário); exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação). Além desses exames, é essencial investigar diabetes gestacional, entre a 24ª e a 28ª semana, através da solicitação de um teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (5).

O MS utiliza critérios para a avaliação da qualidade da assistência ao pré-natal na atenção básica, sendo eles: captação precoce (iniciar o pré-natal até 12ª semana de gestação); infraestrutura básica e recursos necessários; toda gestante deve ter acesso aos exames realizados; promover a escuta ativa; acesso a transporte público gratuito, se necessário; consultas para o parceiro; acesso à unidade de referência especializada, se necessário; estimular o parto normal através da elaboração do “Plano de Parto”; o direito de conhecer previamente o serviço de saúde no qual irá realizar o parto; as gestantes devem conhecer e exercer seus direitos garantidos por lei (5).

Mundialmente, muitas ações vêm sendo empreendidas a fim de proporcionar acesso universal e de qualidade na atenção à saúde da mulher. Nos países desenvolvidos, mais de 95,0% das gestantes realizam pelo menos uma consulta de pré-natal; já nos subdesenvolvidos, como Colômbia e África do Sul, este indicador atinge 62,0% e 69,0%, respectivamente. Em relação à adequação do acesso ao pré-natal, no Brasil em 2015, 70,2% das mulheres tiveram acesso ao pré-natal classificado em “mais que adequado ou adequado”. As regiões que apresentaram os menores percentuais foram Norte, com 53,1%, e Nordeste, com 61,8%. Apesar das melhorias dos índices em relação ao pré-natal no país, um percentual da população-alvo ainda não detém acesso a serviços de saúde e, principalmente, à assistência de qualidade. O fato de não realizar o pré-natal está diretamente relacionado, muitas vezes, a fatores socioeconômicos, como baixa renda e escolaridade, dificuldade de acesso às consultas, falta de suporte social e informação. Também pode estar relacionado com etilismo ou uso de drogas, gestação na adolescência ou em idade avançada, não aceitação da

gestação, multiparidade, experiências anteriores negativas em relação ao atendimento. Adversidades como sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade estão fortemente associadas com a não realização do pré-natal (7,8).

Considera-se a relevância do tema para prevenir patologias gestacionais e possíveis complicações durante o parto, o que fomenta a diminuição dos custos em saúde pública. Também, auxilia no desenvolvimento de novas políticas públicas direcionadas ao cuidado da mulher e seu conceito, a fim de melhorar a adequação da assistência prestada. Além disso, permite a promoção de uma abordagem mais humanizada não apenas no momento do parto, como durante a gestação, tornando, conseqüentemente, esse processo mais aprazível para a mulher. Diante disso, objetiva-se avaliar a prevalência da adesão ao pré-natal das gestantes atendidas em um ambulatório Materno-Infantil de uma universidade do Sul de Santa Catarina em 2019. Isto posto, tem-se como pergunta de pesquisa: Qual é a prevalência da adesão ao pré-natal da gestante atendida em um ambulatório de referência materno-infantil no Sul de Santa Catarina?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal. Foram estudados dados das gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal em um Ambulatório Materno-Infantil de uma universidade do sul de Santa Catarina, no município de Tubarão/SC, durante o período de 1º de setembro a novembro de 2019. Foram incluídos dados dos prontuários de todas as gestantes em acompanhamento no período estudado. Foram excluídas as gestantes cujos prontuários não apresentavam as informações consideradas imprescindíveis para realização do estudo, as gestantes encaminhadas para outro centro de referência de alta complexidade ou fora do estado para a continuidade do tratamento e aquelas menores de idade. O processo de avaliação foi feito a partir do momento do diagnóstico de gestação e/ou da entrada da paciente no serviço até a última consulta pré-natal realizada no período do estudo. Os dados registrados foram inseridos em um banco de dados do Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA), e foram analisados por meio do programa SPSS 20.0 (*Software Statistical Product for Service Solutions – SPSS for Windows v 20; Chicago, IL, USA*). As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão dos dados. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e percentual. As diferenças nas proporções serão testadas pelo teste Qui-quadrado, por prova exata de Fisher, e as diferenças de médias pelo teste t Student, ANOVA ou Kruskal Wallis, conforme adequação dos dados. O nível de significância estatística adotada foi de 5% (valor de p 0,05). Este trabalho foi aprovado pelo CEP sob parecer nº 3.521.771.

RESULTADOS

Foram estudadas 80 gestantes que realizaram o pré-natal em um ambulatório de referência materno-infantil no sul de Santa Catarina. As gestantes foram separadas por trimestre gestacional, sendo que 17 (21,3%) estavam no primeiro trimestre, 24 (30%) no segundo trimestre, e a maioria, 39 (48,8%), no terceiro trimestre. Apenas uma gestante iniciou o pré-natal de forma tardia, após a 12ª semana de gestação. Não houve casos de abandono ao pré-natal no presente estudo. A Tabela 1 descreve o perfil geral sociodemográfico, ginecológico, e gestacional das mulheres que participaram do presente estudo, seguido da divisão por trimestre. Não ocorreu diferença de média de idade entre o estado civil das mulheres.

A Tabela 2 descreve os registros dos exames básicos realizados pelas gestantes, conforme o que o Ministério da Saúde preconiza, de acordo com o trimestre gestacional.

A Tabela 3 denota as respostas das gestantes ao questionário aplicado no presente estudo sobre a gestação atual. O questionário aplicado às gestantes que tiveram seus prontuários analisados teve como objetivos mostrar, de maneira breve e simples, se as gestantes faziam consultas em outros locais previamente ao momento do estudo, para complementar a informação sobre adesão a partir da informação do completo pré-natal, bem como a opinião dessas mulheres sobre a importância da realização do pré-natal e dos exames solicitados. Como achado, 70 gestantes (87,5%) fizeram pelo menos uma consulta em outro local, e 10 gestantes (12,5%) referiram ter feito consultas pré-natais somente no ambulatório. A maioria (48,8%) referiu ter realizado somente 1 ou 2 consultas em outro local.

A Tabela 4 mostra o número de consultas relacionado ao risco gestacional. As gestantes que se encontravam no primeiro trimestre gestacional tiveram uma média de consultas de 1,53, com mínimo de 1 e máximo de 3 consultas realizadas. As gestantes que se encontravam no segundo trimestre gestacional tiveram uma média de consultas de 2,29, com mínimo de 1 e máximo de 6 consultas realizadas. No terceiro trimestre, a média de consultas foi de 3,85, e com mínimo de 1 e máximo de 9.

A adesão das gestantes foi avaliada na Tabela 5 de acordo com o trimestre. No primeiro trimestre, a adesão foi considerada adequada, pois 100% das mulheres realizaram pelo menos 1 consulta. No segundo e terceiro trimestre, a adesão foi considerada inadequada, pois somente 8 gestantes (33,3%) do segundo trimestre fizeram pelo menos 3 consultas, e somente 11 gestantes (28,3%) do terceiro trimestre realizaram pelo menos 6 consultas. De maneira geral, 44 gestantes (55%) do presente estudo tiveram adesão considerada inadequada, e adequada, apenas 36 gestantes (45%).

DISCUSSÃO

No presente estudo, foram estudadas 80 gestantes para avaliar a adesão frente ao pré-natal, através do nú-

Tabela 1. Perfil das gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil – Tubarão/SC em 2019

PERFIL GERAL		1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE			
Faixa etária		N	%	N	%	N	%	N	%
	0-18	4	5	1	5,9	1	4,2	2	5,1
	19-29	37	46,3	9	52,9	10	41,7	18	46,2
	30-39	31	38,8	4	23,5	9	37,5	18	46,2
	39 ou +	8	10	3	17,6	4	16,7	1	2,6
Estado Civil	Solteira	32	40	7	41,2	8	33,3	17	43,6
	Casada / União estável	45	56,3	10	58,8	14	58,3	21	53,8
	Não informado	3	3,8	0	0	2	8,3	1	2,6
Profissão	Trabalha	46	57,5	11	64,7	15	62,5	20	51,3
	Não trabalha	34	42,5	6	35,3	9	37,5	19	48,7
Procedência	Outros	36	45	8	47,10	15	62,5	13	33,3
	Tubarão	44	55	9	52,90	9	37,5	26	66,6
Risco	Baixo risco	26	32,5	5	29,4	7	29,2	14	35,9
	Alto risco	54	67,5	12	70,6	17	70,8	25	64,1
Causas de alto risco (N=54)									
	Placenta prévia	4	7,5						
	HAS crônica	7	13						
	Pré-eclâmpsia	10	18,5						
	DMG	7	13						
	DM2	3	5,5						
	Toxoplasmose	2	3,7						
	Abortos de repetição	2	3,7						
	Hipotireoidismo descontrolado	2	3,7						
	HPV	3	5,5						
	HIV	2	3,7						
	Outros	5	9,2						
	Não informado	7	13						
Trimestre		N	%						
	1º	17	21,3						
	2º	24	30						
	3º	39	48,8						
Número de consultas (1º trimestre) N=17									
Comorbidades	Sim	46	57,5	9	52,9	15	62,5	22	56,4
	Não	34	42,5	8	47,1	9	37,5	17	43,6
Gestações									
	1	20	25	5	29,4	5	20,8	10	25,6
	2	25	31,3	5	29,4	8	33,3	12	30,8
	3 ou +	35	43,8	7	41,2	11	45,8	17	43,6

Tabela 1. Continuação

PERFIL GERAL			1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE		
Partos									
	Nulípara	27	33,8	6	35,3	6	25	15	38,5
	Múltipara	53	66,3	11	64,7	18	75	24	61,5
Abortos									
	0	57	71,3	13	76,5	19	79,2	25	64,1
	1	17	21,3	3	17,6	3	12,5	11	28,2
	2	2	2,5	1	5,9	2	8,3	1	2,6
	3 ou +	4	5	0	0	0	0	2	5,1
Vacinas									
	Incompletas	37	46,3	9	52,9	15	62,5	13	33,3
	Completas	11	13,7	1	5,9	1	4,2	9	23,1
	Não informado	32	40	7	41,2	8	33,3	17	43,6
Ácido Fólico									
	Sim	61	76,3	13	76,5	14	58,3	30	76,9
	Não	16	20	4	23,5	10	41,7	6	15,4
	Não informado	3	3,8	0	0	0	0	3	7,7
Sulfato Ferroso									
	Sim	47	58,8	2	11,8	14	58,3	31	79,5
	Não	33	41,3	15	88,2	10	41,7	8	20,5
	Não informado	0	0	0	0	0	0	0	0

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DMG: *Diabetes Mellitus* Gestacional; DM2: *Diabetes Mellitus* tipo 2; HPV: Papilomavírus Humano; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

mero de consultas realizadas. Quanto ao perfil, as gestantes estão, em sua maioria, com idade entre 19 e 29 anos (46,3%). Vários estudos (9,10,11,12,13) corroboram com o presente achado, pois as gestantes que realizaram pré-natal são, em sua grande parte, também desta faixa etária. Estudos (9,10) têm demonstrado que a prevalência da gravidez relacionada a essa faixa etária, composta por adolescentes e adultas jovens, é mais comum entre aquelas de menor renda familiar e escolaridade. Geralmente, essas mulheres iniciam a vida sexual, engravidam e têm o parto mais cedo que as demais. Supõe-se que no Sul o comportamento das mulheres, embora com culturas diferentes, tem o mesmo padrão de vida sexual e, naturalmente, com os mesmos desfechos. Nketiah-Amponsah *et al.* (14) teorizaram que as mulheres mais velhas são mais propensas a desenvolver complicações na gestação e, por isso, intensificam suas consultas no pré-natal.

Com relação ao estado civil, o presente estudo apontou que 46 mulheres (56,3%) possuem companheiro, são casadas ou estão em união estável. Isso corrobora com os estudos de Oliveira *et al.* (11) e Santos *et al.* (9), podendo ser justificado pela correlação com a idade, visto que também há semelhança entre a idade das gestantes nesses estudos. Tais estudos (11,15) referem que as adolescentes, em sua

maioria, eram solteiras, e as adultas jovens, em sua grande parte, possuíam companheiro. Já no estudo de Rosa CQ *et al.* (7), predominaram gestantes solteiras. A hipótese para esse fato pode ser por conter muitas gestantes menores de 18 anos. Logo, supõe-se que no presente estudo há mais mulheres casadas, por se tratar, em sua maioria, de adultas jovens, e, também, por provavelmente usufruírem de baixa escolaridade. Viver sem o companheiro é um dos fatores que pode interferir na adesão ao pré-natal. Para Rosa *et al.* (7), mulheres solteiras apresentaram risco três vezes maior para não realização do pré-natal quando comparadas às casadas, e esse risco aumenta se associado à baixa escolaridade materna. O acompanhante é reconhecido pelas políticas de saúde e pela própria gestante como componente importante na validação do atendimento com qualidade (16).

Cerca de 46 gestantes (57,5%) estavam empregadas no momento do estudo, o que não corrobora com o estudo de Goudard *et al.* (13), no nordeste brasileiro, em que a maioria estava desempregada, e isso foi correlacionado com pior adequação ao pré-natal. Esse fato pode, talvez, se justificar pelas intensas divergências socioeconômicas entre as regiões Sul e Nordeste do Brasil. Outra hipótese seria porque há uma parcela de mulheres que não consegue trabalhar durante o período gestacional, pois muitas

Tabela 2. Exames realizados pelas gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil –Tubarão/SC em 2019

	EXAMES						
	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre		
	N = 17	%	N = 24	%	N = 39	%	
Tipagem sanguínea							
	A	7	41,2	10	41,7	11	28,2
	B	2	11,8	0	0	4	10,3
	AB	0	0	0	0	0	0
	O	4	23,5	4	16,7	13	33,3
	Não realizou	4	23,5	10	41,6	11	28,2
Rh							
	Positivo	11	64,7	13	54,2	20	51,3
	Negativo	2	11,8	1	4,2	8	20,5
	Não realizou	4	23,5	10	41,6	11	28,2
Coombs							
	Negativo	3	17,6	2	8,3	6	15,4
	Positivo	0	0	0	0	0	0
	Não realizou	14	82,4	22	91,7	33	84,6
Sorologia para sífilis							
	Não reagente	6	35,3	10	41,7	16	41
	Reagente	1	5,9	0	0	2	5,1
	Não realizou	10		14	58,3	21	53,9
Anti-HIV							
	Não reagente	6	35,3	7	29,2	20	51,3
	Reagente	1	5,9	0	0	1	2,6
	Não realizou	10		17	70,8	18	46,1
Hepatite B							
	Não reagente	7	41,2	8	33,3	18	46,2
	Reagente	0	0	0	0	0	0
	Não realizou	10	58,8	16	66,6	21	53,8
Toxoplasmose IgM							
	Não reagente	11	64,7	13	54,2	19	48,7
	Reagente	0	0	3	12,5	2	5,1
	Não realizou	6	35,3	8	33,3	18	46,2
Toxoplasmose IgG							
	Não reagente	6	35,3	6	25	15	38,5
	Reagente	5	29,4	10	41,7	6	15,4
	Não realizou	6	35,3	8	33,3	18	46,2
Urina tipo 1							
	Normal	6	35,3	10	41,7	16	41
	Alterado	5	29,4	5	20,8	7	17,9
	Não realizou	6	35,3	9	37,5	16	41,1
Urocultura							
	Normal	8	47	13	54,2	17	43,6
	Alterado	3	17,7	2	8,3	6	15,4
	Não realizou	6	35,3	9	37,5	16	41
Ultrassonografia							

Tabela 2. Continuação.

	EXAMES						
	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre		
Hemograma	Realizou	11	64,7	22	91,7	26	66,7
	Não realizou	6	35,3	0	0	13	33,3
Glicemia de jejum	Realizou	12	70,5	13	54,2	22	56,4
	Não realizou	5	29,5	11	45,8	17	43,6
TGOT	Realizou	12	70,5	24	100	18	46,1
	Não realizou	5	29,5	0	0	21	53,9
	Realizou			6	25	18	46,1
	Não realizou			18	75	21	53,9

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; TOTG: Teste Oral de Tolerância à Glicose

desenvolvem comorbidades, as quais acabam por aumentar o risco gestacional, e que as impedem de exercer suas atividades laborais. Supõe-se que seja mais difícil encontrar emprego durante o período gestacional, porém há mulheres que conseguem e preferem desenvolver suas atividades laborais até o fim da gestação, e esse fato está intimamente ligado a questões culturais.

No que se refere à procedência, 44 gestantes (55%) do presente estudo eram procedentes de Tubarão/SC, embora haja um número considerável de gestantes advindas de outros municípios menores – cerca de 36 gestantes (45%), devido à alta complexidade do ambulatório e por ser um ambulatório-escola. Supõe-se que os municípios menores não possuem profissionais com as especialidades necessárias para as especificidades do pré-natal.

Das 80 gestantes estudadas, 39 (48,8%) estavam no terceiro trimestre, dado que era previsto, uma vez que a maioria das doenças desenvolvidas na gestação se desenvolve, geralmente, a partir do segundo trimestre em diante, e por se tratar de um ambulatório referência para gestações de alto risco. Sendo assim, 54 das gestações (67,5%) do presente estudo eram de alto risco; destas, 10 (18,5%) tinham como causa do alto risco a pré-eclâmpsia, 7 (13%) possuíam hipertensão arterial crônica, 7 (13%) desenvolveram *diabetes mellitus* gestacional. Os achados corroboram com o estudo de Goudard *et al.* (13), em que as complicações gestacionais mais frequentes foram as doenças hipertensivas e o *diabetes mellitus* gestacional. As síndromes hipertensivas acometem de 5% a 10% das gestações, são a primeira causa de morte materna no Brasil e determinam o maior número de óbitos perinatais (5). Duas formas de hipertensão podem complicar a gestação, que são a hipertensão preexistente (crônica – antes de 20 semanas de gestação) e a hipertensão induzida pela gestação (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), podendo ocorrer isoladamente ou de forma associada (5).

O *diabetes mellitus* gestacional (DMG) é definido como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, a qual é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. É o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 13% das gestações. A prevalência estimada de DMG no Brasil é de 7,6% (5,17). Nesse sentido, é importante para o ambulatório adequar o número de atendimentos no pré-natal, a fim de possibilitar maior tempo para esclarecimentos dos riscos e prevenção das doenças na gravidez.

No presente estudo, a maioria era de múltíparas 53 (66,3%), sendo que 35 mulheres (43,8%) tiveram 3 gestações ou mais. Estudos (7,18) apontam que as mulheres múltíparas apresentaram risco duas vezes maior para não realização de pré-natal, comparadas às primíparas. Além disso, mulheres não primíparas e sem complicações obstétricas prévias tendem a não realizar pré-natal, sobretudo aquelas com falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito (7,18). Conforme Ciceklioglu *et al.* (15) argumentaram, mulheres com menor paridade são mais cautelosas com suas gestações, logo demonstram menores taxas de inadequação ao pré-natal. 57 gestantes (71,3%) do presente estudo nunca sofreram um aborto prévio. Esse dado corrobora com o estudo de Gomes RMT, César JA (12). Supõe-se que a maioria das mulheres não sabe identificar quando teve um aborto e, também, omitem a informação.

Quanto à imunização antitetânica, das 80 gestantes, 37 (46,3%) estavam com esquemas incompletos, somente 11 (13,7%) com esquemas completos, e 32 prontuários (40%) não descreviam a informação. Diferentemente do estudo de Gomes RMT e César JA (12), em Porto Alegre, em que 85% possuíam o esquema da imunização antitetânica completo, inferior também ao índice observado no município

Tabela 3. Questionário sobre a gestação atual das gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil – Tubarão/SC em 2019

QUESTIONÁRIO		
	N	%
Em qual semana gestacional você está?		
Entre a 1ª e 13ª semana (1º trimestre)	17	21,25
Entre a 14ª e 27ª semana (2º trimestre)	24	30
Entre a 28ª e 42ª semana (3º trimestre)	39	48,75
Durante a gestação atual, você realizou alguma consulta pré-natal em outro local, além do ambulatório da Unisul?		
Sim	70	87,5
Não. (Se você marcou essa opção, pule para a questão 4)	10	12,5
Quantas consultas pré-natais você realizou em outro local?		
1 ou 2	39	48,8
3 ou 4	18	22,5
5 ou 6	7	8,8
7 ou mais	8	10
Não responderam a questão (realizaram consultas apenas no Ambulatório)	8	10
Você acha importante realizar o pré-natal?		
Sim, muito importante	79	98,8
Um pouco importante	1	1,3
Não acho importante	0	0
Você costuma realizar os exames solicitados durante a consulta pré-natal?		
Sim, sempre realizo todos	78	97,5
Sim, geralmente realizo alguns	1	1,3
Não, nunca realizo	1	1,3

de Pelotas/RS (55%) (17). Essa diferença estatística pode ser justificada pela idade gestacional, pois muitas gestantes do presente estudo ainda não se encontravam na vigésima semana de gestação, marco recomendado para iniciar a aplicação da DTPa (5). Porém, é preocupante o número de prontuários que não continham a informação, podendo levar a hipóteses de que a vacinação na gestante não está sendo priorizada, bem como as gestantes podem não estar sendo orientadas e incentivadas a realizar as vacinas. As vacinas contra hepatite B e influenza não foram estudadas, visto que não houve registros nos prontuários sobre as mesmas.

Quanto à prescrição de vitaminas, 61 gestantes (76,3%) suplementaram ácido fólico. O ácido fólico é de suma importância, pois visa à redução de anormalidades congênitas no tubo neural, especialmente para mulheres com antecedentes desse tipo de malformações. Por isso é recomendado que seja suplementado 2 a 3 meses antes da concepção e durante as primeiras semanas de gestação (5). Com relação à prescrição de sulfato ferroso para profilaxia de anemia, 47 gestantes (58,8%) do presente estudo realiza-

ram a suplementação. Dado inferior à taxa observada em Porto Alegre (85%) (12), e Pelotas (44%) (17), porém superior apenas a Rio Grande (53%) (19). Os resultados do presente estudo dependem dos registros dos profissionais, logo se não houve registro no prontuário da paciente, foi suposto que a gestante não estaria suplementando. Outras hipóteses, para essa diferença estática, seriam que algumas mulheres ainda não se encontravam na idade gestacional adequada (20 semanas) para iniciar a profilaxia (5), e também, porque algumas mulheres têm mais dificuldade de suplementar que outras, pois são muito comuns náuseas e vômitos após a tomada.

Os exames laboratoriais e de imagem foram estudados conforme o que Ministério da Saúde (5) preconiza que sejam realizados em cada trimestre. Das 17 gestantes que se encontravam no primeiro trimestre, a maioria teve registro de pelo menos um hemograma, tipagem sanguínea, pesquisa do fator Rh, glicemia de jejum, sorologia para toxoplasmose, urina tipo 1, urocultura e ultrassonografia. Isso se aplica, também, para os registros dos exames realizados no primeiro trimestre das gestantes que estavam no segundo e

Tabela 4. Número de consultas realizadas pelas gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil – Tubarão/SC em 2019, por trimestre, associadas ao risco gestacional.

Número de consultas relacionado ao risco gestacional					
		Baixo risco (N=5)		Alto risco (N=12)	
		N	%	N	%
Número de consultas (1º) N=17	1	4	80	7	58,4
	2	0	0	3	25
	3	1	20	2	16,6
		Baixo risco (N= 7)		Alto risco (N=17)	
		N	%	N	%
Número de consultas (2º trimestre) N=24	1	4	57,1	5	29,4
	2	2	28,5	4	23,5
	3	1	14,2	4	23,5
	4	0	0	2	11,8
	5	0	0	1	5,9
	6	0	0	1	5,9
		Baixo risco (N= 14)		Alto risco (N=25)	
		N	%	N	%
Número de consultas (3º trimestre) N=39	1	5	35,7	3	12
	2	1	7,1	7	28
	3	1	7,1	2	8
	4	1	7,1	3	12
	5	3	21,5	2	8
	6	0	0	5	20
	7 ou mais	3	21,5	3	12

Tabela 5. Avaliação da adesão ao pré-natal através do número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, das gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil – Tubarão/SC em 2019

Adesão ao pré-natal				
		N	%	p
Gestantes do 1º trimestre que realizaram pelo menos 1 consulta	Adequada	17	100	0,000*
	Inadequada	0	0	
Gestantes do 2º trimestre que realizaram pelo menos 3 consultas	Adequada	8	33,3	0,425
	Inadequada	16	66,6	
Gestantes do 3º trimestre que realizaram pelo menos 6 consultas	Adequada	11	28,3	0,003*
	Inadequada	28	71,7	
TOTAL	Adequada	36	45	
	Inadequada	44	55	

*Valores estatisticamente significativos (p<0,05).

terceiro trimestre. O estudo, de Silva RM *et al.* (20), constatou que todas as gestantes participantes fizeram os exames de urina, séricos e a ultrassonografia obstétrica. Tais achados diferentes do presente estudo podem ser explicados pelo número inferior da população estudada, apenas 15 gestantes, por ser na forma de entrevista, o que acaba não comprovando se realmente foi feito o exame e, também, por analisar os exames de maneira geral e não de forma detalhada, como o presente estudo, por trimestre. Já Oliveira *et al.* (11) constataram que a maioria das gestantes não realizou os exames básicos do pré-natal, incluindo a ultrassonografia, a qual, geralmente, possui uma boa adesão. Supõe-se que tal achado não corrobora com o presente estudo, pois naquele estudo (11) foi abordada uma população de baixa renda, o que dificulta a realização de exames.

Já no que se refere a sorologias para Hepatite B e Sífilis, e também ao exame anti-HIV, houve péssima adesão das gestantes em todos os trimestres, uma vez que a maioria delas não realizou tais exames, de forma semelhante com o estudo de Gomes RMT Cesar JA (12), em Porto Alegre. Supõe-se que algumas mulheres podem ter medo do diagnóstico de alguma doença sexualmente transmissível durante a gestação. O *coombs* indireto é o exame menos realizado do presente estudo, porém vale ressaltar que o mesmo apenas é solicitado quando o fator Rh for negativo. A ultrassonografia é o exame com melhor adesão em todos os trimestres, uma vez que, através dele, a mãe consegue sanar algumas dúvidas, como sexo, crescimento, peso e posição do concepto.

O presente estudo não avaliou a realização do exame de citologia oncótica, também preconizado pelo Ministério da Saúde, pois, geralmente, não é feito por todos os especialistas, visto que há um estigma por parte da maioria das gestantes, que associam erroneamente ao risco aumentado de aborto. O estudo de Silva RM *et al.*(20) comprova que há estigmas que envolvem o exame, pois somente 5 gestantes optaram por fazê-lo, enquanto que os exames séricos e de imagem tiveram 100% de adesão. Presume-se que o uso do instrumental médico-hospitalar, a posição e o toque ginecológico, na maioria das vezes, por profissionais do sexo masculino, são os principais fatores geradores de dificuldades para a efetivação do exame. Os profissionais de saúde deveriam compreender a subjetividade que perpassa a não realização do exame e buscar formas de comunicação que estimulem e convençam a usuária da importância desse procedimento.

No que diz respeito ao questionário aplicado na população em estudo, 70 gestantes (87,5%) realizaram pelo menos uma consulta em outro local e 10 gestantes (12,5%) referiram ter feito consultas pré-natal somente no ambulatório. A maioria (48,8%) referiu ter realizado somente 1 ou 2 consultas em outro local. Isso corrobora com estudo de Santos LAV *et al.*(9), em que 40,5% das gestantes fizeram consultas pré-natal em mais de um local (como, por exemplo, Estratégia de Saúde da Família e particular, ou Estratégia de Saúde da Família e unidade de atenção secundária). Supõe-se que, por se tratar de um ambulatório de especiali-

dades, as pacientes vêm encaminhadas de algum local prévio, por isso realizam essas consultas. No entanto, o estudo de Gomes RMT e César JA (12) mostrou preferência pela rede privada, o que ocorre em razão da crença errônea de o atendimento da rede privada ser melhor do que o do sistema público de saúde. Contrariamente, a rede privada é vista como um provedor de melhor qualidade, com atendimento pronto e confiável. Supõe-se que algumas dessas gestantes realizam pré-natal também na rede privada, em busca de maior qualidade e segurança, o que nem sempre acontece. A partir do presente estudo, constata-se que a maioria das gestantes tem consciência da importância da adesão ao pré-natal, uma vez que 79 gestantes (98,8%) consideraram a realização do pré-natal como muito importante e 78 gestantes (97,5%) afirmaram que fazem todos os exames solicitados durante as consultas.

Conforme o MS preconiza, a prevalência de adesão varia de acordo com o trimestre gestacional (5). O início precoce da assistência pré-natal é recomendado pelo Ministério da Saúde e pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que recomenda a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal em gestações não complicadas, um número inferior ao recomendado na maioria dos países desenvolvidos e também pelo *American College of Gynecology and Obstetrics* (11 a 14 atendimentos rotineiros) (5-21,22). No Brasil, preconiza-se, preferencialmente, no mínimo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (2,3), e uma no puerpério, embora este estágio não tenha sido avaliado neste estudo. Já para gestações complicadas, recomenda-se que o número de consultas seja sempre maior, mas não há estudos evidenciando um número exato.

A adesão das gestantes foi avaliada de acordo com o trimestre, logo no primeiro trimestre, foi considerada adequada, pois 100% das mulheres realizaram pelo menos 1 consulta. No segundo e terceiro trimestre, a adesão foi considerada inadequada, pois somente 8 gestantes (33,3%) do segundo trimestre fizeram pelo menos 3 consultas, e apenas 11 gestantes (28,3 %) do terceiro trimestre realizaram pelo menos 6 consultas. No estudo de Santos LAV *et al.*(9), as gestantes (84,7%) fizeram o número adequado de consultas; entretanto, essa porcentagem foi maior entre as adultas, logo as adolescentes realizaram menos consultas. No estudo de Silva RM *et al.* (20), com somente gestantes do terceiro trimestre, a adesão foi considerada adequada, o número de consultas variou entre 6 e 13. Nota-se uma grande diferença estatística, pois no presente estudo o número de consultas do terceiro trimestre variou entre 1 e 9. As hipóteses para o desfecho do presente estudo seriam porque as gestantes realizaram consultas em outros locais, e por ter um número considerável de pacientes que eram de outras cidades, fato que dificulta a realização adequada de consultas.

Apenas uma gestante iniciou o pré-natal de forma tardia, após a 12^a semana de gestação, incoerente com o que

o MS preconiza. A maior parcela dessa população fez sua primeira consulta até o primeiro trimestre de gravidez, manifestando atenção e interesse nessa nova etapa da vida. Corroborando com os achados de Gomes RMT Cesar JA (12), em que a grande maioria iniciou o pré-natal no momento adequado. Tal fato pode ser associado à facilidade de iniciação do pré-natal na Atenção Básica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência de adesão ao pré-natal de forma adequada foi de 45% das gestantes, e de maneira inadequada, 55%. Diante disso, evidencia-se a importância da adesão das gestantes ao pré-natal, através da frequência das consultas, realização dos exames solicitados, realização de vacinas e suplementação de vitaminas, bem como reforça-se a importância do seguimento das condutas dos profissionais e seguimento das orientações dadas durante as consultas.

É perceptível que, quando o pré-natal não é feito com a média de consultas exigidas e exames necessários, não é possível que o profissional de saúde estabeleça uma avaliação criteriosa do estado de saúde da mãe e de seu filho, podendo deixar muitos pontos importantes sem serem avaliados e, possivelmente, prejudicar a continuidade da assistência.

É responsabilidade dos profissionais da assistência à saúde a realização de um trabalho de busca ativa para com as gestantes que não aderem ao pré-natal, conscientizando-as da importância da realização desse acompanhamento para a saúde materna e fetal, e ainda tornar o serviço resolutivo e de confiança aos olhos das futuras genitoras. Assim, prevenindo e/ou tratando as complicações que podem surgir nesse período, concorrendo, assim, para a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e infantil.

O estudo apresentou limitações quanto ao registro de informações, à falta de homogeneidade na conduta entre profissionais, e à validade apenas interna, considerando que o estudo foi realizado em um serviço de referência para apenas uma região de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Da Silva Barreto M, Freitas Mathias T. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. *Rev. Rede Enferm. do Nord.* 2013;14(3):639-48.
2. Cruz RSBL, Caminha MFC, Batista Filho M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizacionais do Pré-natal. *Rev. Bras. Ciências da Saúde.* 2014;18(1).
3. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago T di G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública.* 2004 Oct;20(5):1281-9.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha.
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº32: atenção ao pré-natal de baixo risco. *J of Industrial and Engineering Chemistry.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012;11:318 p.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde libera 16 milhões para maternidade em Alagoas [Internet]. [citado em 2019 Abr 1].

Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/24044-ministerio-da-saude-libera-16-milhoes-para-maternidade-em-alagoas>.

7. Quadrado Da Rosa C, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality.* *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(6):977-84.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação da saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2018:426 p.
9. Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018;23(2):617-625.
10. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(11):563-9.
11. Oliveira RLA, Ferrari AP, Parada CMGL. Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2019;27:e3058.
12. Gomes RMT, César JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Rio de Janeiro, 2013 Abr-Jun; 8(27):80-9.
13. Goudard MJF, Simões SMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Brito e Alves MTSS, Coimbra LC, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016;21(4):1227-1238.
14. Nketiah-Amponsah EN, Senadza B, Arthur E. Determinants of antenatal care services in developing countries. *Afr. J. Econ. Manag Sci.* 2013; 4(1):58-73.
15. Ciceklioglu M, Soyer MT, Ocek AZ. Factors associated with the utilization and content of prenatal care in a western urban district of Turkey. *Int. J. Qual. Health Care* 2005;17(6):533-539.
16. Cabrita BAC, Silveira ES, Souza AC, Alves VH. A ausência do acompanhante nas consultas de pré-natal: desafios e conquistas. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online.* 2012;4(3):2645-2654.
17. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública.* 2001;17(1):131-9.
18. Titaly CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:61. DOI:10.1186/1471-2393-10-61
19. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(11):2614-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100>.
20. Silva RM, Costa MS, Matsue RY, Sousa GS, Catrib AMF, Vieira IJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(3):635-642.
21. Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. *Health Policy Plan.* 2009;24(3):175-88.
22. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman [NICE Clinical Guideline, 62]. London: NICE; 2008.

✉ Endereço para correspondência

Mayara da Rosa Rorig

Rua Vigário José Poggel, 132

88.704-240 – Tubarão/SC – Brasil

☎ (54) 3314-4115

✉ mayara.rorig@gmail.com

Recebido: 13/11/2020 – Aprovado: 20/12/2020