



QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
QUALITY OF PRENATAL CARE IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM
CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRENATAL EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Diego da Silva Dantas¹, Rosemar Barbosa Mendes², José Marcos de Jesus Santos³, Thiago dos Santos Valença⁴, Claudiane Mahl⁵, Maria do Socorro Claudino Barreiro⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da assistência pré-natal a partir do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, com 260 puérperas que realizaram o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde em Lagarto, Estado de Sergipe, Brasil. As informações foram obtidas por meio de entrevistas e visualização do cartão de pré-natal. A análise estatística foi realizada no software SPSS 20.0. **Resultados:** Pouco mais da metade das puérperas haviam iniciado seu acompanhamento pré-natal antes da 16ª semana gestacional e também realizaram seis ou mais consultas (66,9%; n = 174, cada variável). Somente 41,5% (n = 108) das participantes receberam informações sobre a maternidade de referência para o parto e 42,7% (n = 111) sobre as atividades para facilitar o parto. Quanto aos exames, foi identificada elevada cobertura no primeiro trimestre, com discreta redução no terceiro. **Conclusão:** A assistência pré-natal oferecida às usuárias do SUS de Lagarto se mostrou inadequada às recomendações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, pois foi evidenciado o início tardio, número insuficiente de consultas, poucas orientações e cobertura insatisfatória dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde. **Descritores:** Saúde Materna; Gravidez; Gestantes; Cuidado Pré-Natal; Saúde Materno-Infantil; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of prenatal care based on the Prenatal and Birth Humanization Program. **Method:** Quantitative and cross-sectional study conducted with 260 puerperal women who underwent prenatal care in the Unified Health System of Lagarto, State of Sergipe, Brazil. The data were obtained through interviews and prenatal records. The statistical analysis was performed using the SPSS 20.0 software. **Results:** A little more than half of the puerperal women had initiated prenatal care before the 16th gestational week and had also attended six or more consultations (66.9%, n = 174, each variable). Only 41.5% (n = 108) of the participants received information about reference maternities for childbirth, and 42.7% (n = 111) about activities to facilitate childbirth. Regarding the exams, there was high coverage in the first trimester, with a slight reduction in the third. **Conclusion:** Prenatal care provided to users of the Unified Health System of Lagarto was inadequate with respect to the recommendations of the Prenatal and Birth Humanization Program, since there was evidence of late initiation of prenatal care, insufficient number of consultations, few guidelines, and unsatisfactory performance of the exams recommended by the Ministry of Health. **Descriptors:** Maternal Health; Pregnancy; Pregnant Women; Prenatal Care; Maternal and Child Health; Humanization of Assistance.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de la asistencia prenatal a partir del Programa de Humanización en Prenatal y Nacimiento. **Método:** Estudio cuantitativo y transversal conducido con 260 puérperas que realizaron cuidado prenatal en el Sistema Único de Salud en Lagarto, Estado de Sergipe, Brasil. La información fue obtenida por medio de entrevistas y expedientes de prenatal. El análisis estadístico se realizó en el software SPSS 20.0. **Resultados:** Poco más de la mitad de las puérperas habían iniciado cuidado prenatal antes de la 16ª semana gestacional y también realizaron seis o más consultas (66,9%, n = 174, cada variable). Sólo el 41,5% (n = 108) de las participantes recibieron información sobre la maternidad de referencia para el parto y el 42,7% (n = 111) sobre las actividades para facilitar el parto. En cuanto a los exámenes, se observó una elevada cobertura en el primer trimestre, con discreta reducción en el tercero. **Conclusión:** La asistencia prenatal ofrecida a las usuarias del Sistema Único de Salud de Lagarto fue inadecuada con respecto a las recomendaciones del Programa de Humanización en Prenatal y Nacimiento, pues se evidenció inicio tardío, número insuficiente de consultas, pocas orientaciones y cobertura insatisfactoria de los exámenes preconizados por el Ministerio de Salud. **Descriptores:** Salud Materna; Embarazo; Mujeres Embarazadas; Cuidado Prenatal; Salud Materno-Infantil; Humanización de la Asistencia.

¹Enfermeiro, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Campus Prof. Antônio Garcia Filho. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: souufes@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-1929-4718>; ²Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão (SE), Brasil. E-mail: rosemarbm@uol.com.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-4860-7413>; ³Graduandos em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Campus Prof. Antônio Garcia Filho. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: jsmarcos.ufs@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-5122-1469>; E-mail: thiagovalenca.valena77@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-4554-8494>; ⁵Mestre, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Campus Prof. Antônio Garcia Filho. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: profclaudianem30@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2021-026X>; ⁶Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe (UFS) Campus Prof. Antônio Garcia Filho. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: socorro_claudino@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-9823-4638>

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal inclui um conjunto de ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer no período gravídico-puerperal.¹ Trata-se de uma importante estratégia para redução da morbimortalidade materna e neonatal² e, portanto, deve ser desenvolvida de maneira individualizada para garantir a qualidade do atendimento à mulher e seu conceito.³

No Brasil, embora o relatório mais recente da Organização Mundial de Saúde sobre a razão de mortalidade materna tenha apresentado uma redução no número destes óbitos no período de 1990 a 2015,⁴ vale ressaltar que o País não alcançou a quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que preconizava uma redução de ¾ na razão de mortalidade materna neste mesmo período.⁵

Pontua-se que, visando melhorias nos indicadores, o Ministério da Saúde por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, determina a realização de alguns procedimentos mínimos que devem ser oferecidos a todas as gestantes brasileiras, os quais são: (a) início da assistência pré-natal até a 16ª semana gestacional; (b) realização de no mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro; (c) rotina de exames laboratoriais e vacinação; (d) atividades educativas relacionadas à gravidez e parturição e também à constituição da maternidade; e (e) consulta puerperal.⁶

Apesar das recomendações, sabe-se que a assistência pré-natal comumente ocorre de forma deficiente, tanto na oferta dos procedimentos preconizados quanto na sua forma de condução por parte dos profissionais de saúde.⁷ Nesse sentido, é importante enfatizar que, muitas vezes, o pré-natal representa o primeiro contato destas mulheres com os serviços de saúde, o que eleva a necessidade de uma maior organização para o atendimento adequado de suas reais necessidades, utilizando-se do melhor conhecimento técnico-científico e dos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.⁸

Dessa forma, tendo em vista a escassez de estudos que avaliam a qualidade do pré-natal nos serviços públicos do País, acredita-se que o presente estudo pode contribuir para a identificação das deficiências assistenciais deste importante acompanhamento gestacional.

OBJETIVO

- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal oferecida às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal realizado entre novembro de 2016 e abril de 2017 com 260 puérperas que realizaram o acompanhamento pré-natal no SUS em Lagarto,

Estado de Sergipe, Brasil. A população do estudo era composta por 495 mulheres com base no livro de registros de 2015 da maternidade onde a pesquisa foi realizada. A partir disso, foi realizado o cálculo amostral usando a fórmula de Barbetta (2011).⁹ Considerou-se um nível de confiança de 95% e acrescentada uma margem de segurança de 5% no número amostral para eventuais desistências durante a pesquisa, o que resultou em 260 sujeitos.

As puérperas foram selecionadas por amostragem aleatória simples, a partir de uma listagem de internação diária. Foram consideradas elegíveis todas as mulheres residentes no Município de Lagarto (SE), que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo SUS e cujos partos foram de feto vivo ou feto morto com peso ao nascer maior ou igual a 500 g e/ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas.

Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas com intervalo mínimo de seis horas após o parto e visualizados os cartões de pré-natal das participantes. O questionário utilizado no presente estudo foi adaptado da Pesquisa Nascer no Brasil,¹⁰ sendo composto por dados sociodemográficos maternos, características do pré-natal e alguns espaços para levantamento das informações do cartão da gestante.

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel (2010) e importados para o programa IBM® SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0, no qual foram analisados. Para a análise estatística, foram utilizadas as técnicas univariada e bivariada para obtenção da distribuição dos valores das frequências absoluta e relativa. Utilizou-se também o teste Qui-quadrado de independência de Pearson para investigar as associações entre as variáveis categóricas. Para as categorias com células de baixa frequência, foi utilizado o teste Exato de Fisher. Foi estimada ainda a Razão de Chances (*Odds Ratio* - OR) como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) com uso do método de Mantel-Haenzel. Em todos os casos foi adotada significância de 5%.

Este estudo está vinculado ao Projeto Nascer no Caminho da Humanização, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob Parecer nº 1.287.012 (CAAE: 48582015.8.0000.5546). Os pesquisadores seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras preconizadas na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

As 260 puérperas elegíveis e aleatoriamente selecionadas por terem realizado o pré-natal pelo SUS no Município de Lagarto (SE) foram entrevistadas, sem perdas ou desistências durante a pesquisa. A média de idade das participantes era de 24,8 anos (desvio padrão = 6,4), sendo 20,2% (n = 54) adolescentes e 8,5% (n = 22) com idade ≥35 anos. A raça/cor da pele parda foi a mais referida (59,2%; n = 154), com brancas e pretas

correspondendo a 39,6% (n = 103) e 0,4% (n = 1) do total da amostra, respectivamente. A maioria vivia na zona urbana (74,6%; n = 194), em casa própria (76,2%; n = 198), possuía ensino fundamental (65,4%; n = 170), não trabalhava (58,5%; n = 152), vivia com o companheiro (81,2%; n = 211), era multigesta (62,7%; n = 163) e possuía renda individual inferior a um salário mínimo (54,6%; n = 142) e renda familiar entre um e três salários mínimos à época da pesquisa (67,7%; n = 176). Pouco mais da metade das puérperas haviam planejado a gestação atual (50,8%; n = 132) e 19,6% (n = 51) revelaram sentimento de insatisfação quando souberam que estavam grávidas, além de 3,1% (n = 8) terem referido tentativas abortivas neste processo (dados não apresentados em tabela).

Pouco mais da metade das mulheres entrevistadas haviam iniciado seu acompanhamento pré-natal antes da 16ª semana gestacional (66,9%; n = 174), com maior proporção entre as participantes que não estavam na idade indicada para gestação (OR: 2,08; IC 95%: 1,12-3,85), primigestas (OR: 2,40; IC 95%: 1,34-4,27) e que se sentiram satisfeitas quanto à gravidez (OR: 1,90; IC 95%: 1,01-3,55). Esse início precoce foi também menos frequente entre as mulheres

analfabetas ou com ensino fundamental (OR: 0,52; IC 95%: 0,29-0,94; p <0,05). Em relação ao número de consultas, 66,9% (n = 174) tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde e todas receberam o cartão de pré-natal (Tabela 1).

Vale ressaltar que a proporção de mulheres com início precoce do pré-natal e número suficiente de consultas não se mostrou adequada à observada para a cobertura pré-natal, o que indica busca tardia desta assistência e número insuficiente de consultas. Mulheres com maior escolaridade (OR: 3,02; IC 95%: 1,60-5,70) e que não tentaram interromper a gravidez (OR: 3,41; IC 95%: 1,26-4,41) apresentaram maior número de consultas de pré-natal, sendo isso menos frequente entre as que não possuíam companheiro (OR: 0,35; IC 95%: 0,18-0,66), multigestas (OR: 0,31; IC 95%: 0,17-0,58) e insatisfeitas com a gestação (OR: 0,52; IC 95%: 0,28-0,98; p <0,05) (Tabela 1).

Ao analisar a continuidade da assistência pré-natal, constatou-se que a maioria das mulheres havia sido acompanhada pelo mesmo profissional em todo processo gestacional (97,3%; n = 253), principalmente entre as que possuíam maior renda familiar (p = 0,013) (p <0,05) (dados não apresentados em tabela).

Tabela 1. Distribuição proporcional das características maternas segundo o início precoce do pré-natal e número mínimo de consultas realizadas em uma amostra municipal de puérperas (n = 260). Lagarto, Estado de Sergipe, Brasil, 2016/2017.

Características maternas	Início precoce	Valor de p	OR (IC 95%)	Seis ou mais consultas	Valor de p	OR (IC 95%)
Idade (anos)						
≤19 ou ≥35	77,6	0,018	2,08 (1,12-3,85)	68,4	0,741	0,90 (0,51-1,60)
Entre 20 e 34	62,5			66,3		
Cor da pele						
Branca	67	0,928	0,97 (0,57-1,66)	66	0,717	1,10 (0,64-1,87)
Parda	67,5			68,2		
Escolaridade						
Analfabeta e Ensino Fundamental	62,3	0,030	0,52 (0,29-0,94)	60	<0,001	3,02 (1,60-5,70)
Ensino Médio e Superior	75,9			81,9		
Vive com companheiro(a)						
Não	55,1	0,051	1,87 (0,99-3,53)	46,9	0,001	0,35 (0,18-0,66)
Sim	69,7			71,6		
Renda familiar						
<1 SM	72,3	0,208	1,44 (0,81-2,55)	68,7	0,681	0,88 (0,50-1,55)
≥1 SM	64,4			66,1		
Zona de moradia						
Rural	71,2	0,391	1,30 (0,70-2,40)	68,2	0,801	0,92 (0,50-1,68)
Urbana	65,5			66,5		
Número de gestações						
Primigesta	78,4	0,003	2,40 (1,34-4,27)	81,4	<0,001	0,31 (0,17-0,58)
Multigesta	60,1			58,3		
Gravidez planejada						
Sim	68,2	0,661	1,12 (0,66-1,88)	69,7	0,334	0,77 (0,46-1,30)
Não	65,6			64,1		
Sentimento quanto à gravidez						
Satisfeita	69,9	0,042	1,90 (1,01-3,55)	69,9	0,042	0,52 (0,28-0,98)
Insatisfeita	54,9			54,9		
Tentativa abortiva						
Sim	37,5	0,074*	0,28 (0,06-1,22)	25	0,018*	3,41 (1,26-4,41)
Não	67,7			68,1		
Total (%)	66,9			66,9		

Nota: SM = Salário Mínimo; p = Qui-quadrado ou *Exato de Fisher; OR = Razão de Chances; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

Foi verificado que quase todas as consultas haviam acontecido em unidades básicas de saúde (99,2%; n = 258). As mesmas foram realizadas de forma intercalada entre médico

e enfermeiro (67,7%; n = 176), sendo esta última mais frequente entre mulheres multigestas (OR: 2,36; IC 95%: 1,38-4,04) e menos frequente entre as insatisfeitas com a gravidez (OR: 0,45; IC 95%: 0,24-0,84; p <0,05) (Tabela 2).

Quanto às orientações, poucas mulheres foram informadas sobre as atividades para facilitar o parto (42,7%; n = 111). As maiores proporções de orientação durante o pré-natal estavam relacionadas à amamentação (95%; n = 247), às alterações clínicas que indicariam risco da gravidez (78,5%; n = 204) e aos sinais de início do trabalho de parto (76,5%; n = 199) (dados não apresentados em tabela).

Menos da metade das entrevistadas haviam recebido informações sobre a maternidade de referência para o parto durante o pré-natal (41,5%; n = 108). Mulheres com moradia em zona rural corresponderam às mais orientadas nesse sentido (OR: 2,21; IC 95%: 1,25-3,89), sendo essa orientação menos frequente entre as que possuíam renda familiar <1 salário mínimo (OR: 0,45; IC 95%: 0,25-0,78), as que haviam planejado a gravidez (OR: 0,50; IC 95%: 0,30-0,82) e as que se sentiram satisfeitas ao saber que estavam grávidas (OR: 0,37; IC 95%: 0,20-0,70; p <0,05) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição proporcional das características maternas segundo orientação sobre a maternidade de referência para o parto e acompanhamento pré-natal com enfermeiro e médico em uma amostra municipal de puérperas (n = 260). Lagarto, Estado de Sergipe, Brasil, 2016/2017.

Características maternas	Orientação sobre a maternidade de referência	Valor de p	OR (IC 95%)	Pré-natal com enfermeiro e médico	Valor de p	OR (IC 95%)
Idade (anos)						
≤19 ou ≥35	40,8	0,875	0,95 (0,55-1,64)	64,5	0,476	1,22 (0,69-2,15)
Entre 20 e 34	41,8			69		
Cor da pele						
Branca	45,6	0,338	1,28 (0,77-2,11)	64,1	0,309	1,31 (0,77-2,23)
Parda	39,6			70,1		
Escolaridade						
Analfabeta e Ensino Fundamental	40,6	0,670	0,89 (0,52-1,51)	69,1	0,512	0,83 (0,47-1,44)
Ensino Médio e Superior	43,4			65,1		
Vive com companheiro(a)						
Não	36,7	0,449	1,28 (0,67-2,43)	63,3	0,462	0,78 (0,40-1,50)
Sim	42,7			68,7		
Renda familiar						
<1 SM	28,9	0,005	0,45 (0,25-0,78)	68,7	0,817	0,93 (0,53-1,63)
≥1 SM	47,5			67,2		
Zona de moradia						
Rural	56,1	0,006	2,21 (1,25-3,89)	62,1	0,263	1,39 (0,77-2,50)
Urbana	36,6			69,6		
Número de gestações						
Primigesta	36,1	0,168	0,69 (0,41-1,16)	55,7	0,001	2,36 (1,38-4,04)
Multigesta	44,8			74,8		
Gravidez planejada						
Sim	33,3	0,006	0,50 (0,30-0,82)	69,7	0,483	0,83 (0,49-1,39)
Não	50			65,6		
Sentimento quanto à gravidez						
Satisfeita	36,8	0,002	0,37 (0,20-0,70)	71,3	0,012	0,45 (0,24-0,84)
Insatisfeita	60,8			52,9		
Tentativa abortiva						
Sim	62,5	0,284*	2,39 (0,56-10,2)	62,5	0,717*	1,25 (0,29-5,39)
Não	41			67,7		
Total (%)	41,5			67,7		

Nota: SM = Salário Mínimo, p = Qui-quadrado ou *Exato de Fisher, OR = Razão de Chances, IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

A Tabela 3 apresenta os resultados descritivos referentes à realização dos exames no primeiro e terceiro trimestres da gravidez. Observa-se que houve elevada cobertura no primeiro trimestre, com discreta redução no terceiro, sobretudo nos exames urina tipo 1 e VDRL. Os exames mais realizados no primeiro trimestre foram: urina tipo 1 (95,8%; n = 249);

glicemia jejum (89,6%; n = 233); Hb/Ht; anti-HIV; e VDRL (88,5%; n = 230, cada). No terceiro trimestre, os mais realizados foram: anti-HIV (92,3%; n = 240), glicemia jejum (89,2%; n = 232) e HBsAG (83,5%; n = 217). Apenas duas mulheres dentre toda amostra não realizaram exames de ultrassonografia neste processo.

Tabela 3. Resultados descritivos referente à realização dos exames recomendados pelo Ministério da Saúde para o primeiro e terceiro trimestres da gravidez (n = 260). Lagarto, Estado de Sergipe, Brasil, 2016/2017.

Exame	Realização no primeiro trimestre		Realização no terceiro trimestre	
	N	%	N	%
ABO-Rh	222	85,4	-	-
Hb/Ht	230	88,5	-	-
Glicemia jejum	233	89,6	232	89,2
Toxoplasmose	216	83,1	-	-
Urina tipo 1	249	95,8	198	76,2
Urocultura	207	79,6	186	71,5
Anti-HIV	230	88,5	240	92,3
VDRL	230	88,5	212	81,5
HBsAG	200	76,9	217	83,5
COOMBS	58	22,3	-	-
GGPD	47	18,1	-	-

Nota: N = Frequência absoluta; % = Frequência relativa.

DISCUSSÃO

A assistência pré-natal entre as usuárias do SUS se mostrou com vários problemas relacionados à sua adequação às recomendações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.⁶ As principais deficiências encontradas no presente estudo foram o início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas, poucas orientações e cobertura insatisfatória dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde para realização no terceiro trimestre gestacional. Esta é uma situação semelhante à encontrada em um estudo de abrangência nacional e com delineamento metodológico semelhante.⁷

As mulheres com baixa escolaridade, sem companheiro, multigestas e insatisfeitas com a gravidez apresentaram-se com os piores desfechos neste acompanhamento, fato também encontrado em um estudo realizado em Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, que avaliou os fatores associados à ausência de realização do pré-natal.¹¹ A gestação não planejada e a renda *per capita* menor que meio salário mínimo são outras características maternas associadas à inadequação do pré-natal.¹² Em função disso, ressalta-se a importância de se considerar estas características no planejamento de quaisquer ações de saúde materno-infantil, visando a inclusão destas mulheres no pré-natal, tanto pela gestão central quanto pelas equipes de saúde.

Foi observado que pouco mais da metade das puérperas haviam planejado a gestação atual (50,8%) e 19,6% revelaram sentimento de insatisfação quando souberam que estavam grávidas, além de 3,1% delas terem referido tentativas abortivas neste processo. Um estudo nacional com abordagem local mostrou como fatores associados à gravidez não planejada, a cor da pele parda/preta, idade inferior a 20 anos, ausência de companheiro, baixa renda familiar, aglomeração familiar,

tabagismo e multiparidade.¹³ Pontua-se que gravidez não pretendida é também associada a sintomas depressivos após o parto.¹⁴

Somente 66,9% das mulheres entrevistadas haviam iniciado o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e também haviam realizado seis ou mais consultas, com menor frequência relativa entre as participantes que estavam na idade indicada para gestação, com baixa escolaridade, multigestas e que não se sentiram satisfeitas quanto à gravidez. O início tardio do pré-natal e número insuficiente de consultas aumenta a chance de nascimentos prematuros, além de favorecer a existência de outras deficiências neste importante acompanhamento.¹²

Ao analisar a continuidade da assistência pré-natal, percebeu-se que a maioria das mulheres havia sido acompanhada intercaladamente entre médico e enfermeiro (67,7%) e seguiu este acompanhamento com os mesmos profissionais em todo processo gestacional (97,3%). Isto propicia a formação do vínculo entre profissional-paciente e eventualmente pode conferir maior qualidade nesta atenção.¹⁵

Quanto às orientações, as menores proporções estavam relacionadas às atividades para facilitar o parto (42,7%) e à maternidade de referência para o parto (41,5%). Estes resultados são semelhantes aos encontrados no Brasil, cujos percentuais destas orientações foram de 41,1% e de 58,7%, respectivamente.⁷ Vale ressaltar que o desconhecimento sobre a maternidade de referência para o parto é uma das principais causas da peregrinação de mulheres no momento da admissão para a parturição.¹⁶

Mulheres com renda familiar <1 salário mínimo, com moradia em zona urbana, que haviam planejado a gravidez atual e se sentiram satisfeitas neste processo foram as que menos receberam informações sobre a maternidade de referência para o parto no presente estudo e, possivelmente, são as mais

sujeitas à peregrinação. Pontua-se que esta peregrinação pode provocar riscos de intercorrências, complicações e até a morte da gestante e/ou do feto.^{17,18}

Em relação aos exames, foi identificada elevada cobertura no primeiro trimestre, com discreta redução no terceiro, sobretudo nos exames urina tipo 1 e VDRL. Os exames mais realizados no primeiro trimestre foram urina tipo 1, glicemia jejum, Hb/Ht, anti-HIV e VDRL e, no terceiro trimestre, os mais frequentes foram anti-HIV, glicemia jejum e HBsAG. Apenas duas mulheres não haviam realizado exames de ultrassonografia durante a gravidez. Estes resultados foram melhores que os encontrados em um estudo do Centro-Oeste brasileiro.¹⁹

Sabe-se que a solicitação e interpretação adequada do resultado de exames durante o pré-natal é uma importante forma de monitoração da mulher para classificação do seu risco gestacional. Por isso, esta prática deve ser adotada satisfatoriamente em todos os acompanhamentos realizados nos serviços públicos e privados do País.²⁰

Por fim, ressalta-se que a limitação do presente estudo está relacionada à inclusão de puérperas usuárias do SUS residentes de apenas um município do Estado de Sergipe, o que contribuiu para um resultado de número amostral reduzido.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se a oferta de uma assistência pré-natal com qualidade insatisfatória entre as usuárias do SUS do Município de Lagarto, Estado de Sergipe, Brasil. As principais deficiências encontradas foram o início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas, poucas orientações e cobertura insatisfatória dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde para realização no terceiro trimestre gestacional.

Percebe-se, portanto, a necessidade de melhorias na condução da assistência pré-natal por parte dos profissionais de saúde deste município, haja vista que a redução da morbimortalidade materno-infantil requer um início precoce e de qualidade deste acompanhamento, com uso de todos os recursos preconizados e disponíveis pelo Ministério da Saúde.

Assim, acredita-se que o presente trabalho contribuiu para a identificação das deficiências assistenciais do pré-natal e pode servir de base para a formulação de estratégias eficazes de promoção e prevenção da saúde durante o acompanhamento gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 158 p.
2. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatric and Perinatal Epidemiology [Internet]. 2001 [cited 2017 Dec 28];15(1):1-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11243499>
3. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Prenatal care in the voice of pregnant women. Rev enferm UFPE [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 28];7(6):54-63. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4355>
4. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2015. 38 p. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
5. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. PNUD, 2015. Available from: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015/sdg-overview1/mdg5/>
6. Brasil. Portaria No 569/MS de 1o de Junho de 2000. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2000. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
7. Viellas EF, Augusto M, Dias B, Viana J, Bastos MH. Prenatal care in Brazil. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 28];30:85-100. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf
8. Pessoa IN, Menezes ED, Ferreira TF, Dotto LMG, Bessa LF. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2009 [cited 2017 Dec 28];8(2):236-41. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/8204/4596>
9. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7ª ed. Santa Catarina: UFSC, 2011. 340 p.
10. Fiocruz. Pesquisa Nacer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Available from: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nacerbrasil/questionarios-eletronicos/>

11. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 28];48(6):977-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/0034-8910-rsp-48-6-0977.pdf>

12. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 28];49(4):540-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf>

13. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 28];27(10):1906-16. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/04.pdf>

14. Brito CNO, Alves SV, Luderhirll AB, Araújo TVB. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 28];49:33. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2015.v49/33/en>

15. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 28];16(2):312-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/15.pdf>

16. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 28];37(3):140-7. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n3/v37n3a03.pdf>

17. Silva ALS, Almeida LCG. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 28];2(2):07-19. Available from: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Viv%C3%Aancia-de-mulheres-frente-%C3%A0-peregrina%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto-v.2-n.2.pdf>

18. Batista CB, Carvalho ML, Vasconcelos AGG. Access to and use of health services as factors associated with neonatal mortality in the North, Northeast, and Vale do Jequitinhonha regions, Brazil. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 28];16:1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28802823>

19. Handell IBS, Cruz MM, Santos MA. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 28];23(1):101-110. Available from:

<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a10.pdf>

20. Paris GF, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obs.* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 28];35(10):447-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf>

Submissão: 23/10/2017

Aceito: 23/03/2018

Publicado: 01/05/2018

Correspondência

José Marcos de Jesus Santos
Av. Governador Marcelo Déda Chagas, 13
Bairro São José
CEP: 49400-000 – Lagarto (SE), Brasil