



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Atenção gestacional conforme início do pré-natal: estudo epidemiológico

Fernanda Sabini Faix Figueiredo¹, Pollyanna Kássia Borges²,
Gisele Ferreira Paris³, Genyle Regina Santos Alvarez⁴, Lídia Dalgallo Zarpellon⁵,
Sandra Marisa Pelloso⁶

^{1,2,4,5} Universidade Estadual de Ponta Grossa

^{3,6} Universidade Estadual de Maringá

RESUMO

Objetivo: Testar a associação entre o início do pré-natal e a realização dos procedimentos recomendados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e as características das parturientes e dos recém-nascidos. **Método:** Tratou-se de um estudo epidemiológico envolvendo 227 parturientes, internadas em uma maternidade do município de Ponta Grossa-PR. **Resultados:** as características sociodemográficas e obstétricas das parturientes e dos recém-nascidos não estiveram associadas com o início do pré-natal, já a verificação de peso, pressão arterial, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso e a realização de exames bioquímicos se associaram ao início do pré-natal adequado. **Discussão:** procedimentos essenciais durante as consultas são realizados inadequadamente, mesmo aqueles considerados simples, trazendo maiores riscos as gestantes e ao recém-nascido. **Conclusão:** O desenvolvimento das políticas públicas associadas à qualidade do pré-natal não acontecem da maneira preconizada, tornando evidente a importância do enfermeiro nesse contexto.

Descritores: Gravidez; Cuidado Pré-natal; Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

A fim de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), como medida para ampliar as ações de atenção à saúde da gestante, de forma a garantir atendimento humanizado e de qualidade desde o pré-natal até recém-nascido, sendo um dos marcos na assistência ao pré-natal normatizada no Brasil⁽¹⁾. O PHPN estabeleceu não apenas a quantidade de consultas e a idade gestacional de início do pré-natal, mas também elencou exames laboratoriais, clínicos e obstétricos, e trouxe a utilidade das práticas em saúde e de seus preceitos, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo.

Desta forma, estabeleceu parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser oferecido às gestantes, desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade, os quais consistem em: início precoce do acompanhamento do pré-natal, mínimo de seis consultas, duas rotinas de exames básicos incluindo também as sorologias para o HIV e a sífilis, além dos exames de sangue e urina devendo ser realizados no primeiro trimestre e repetidos até a 30ª semana de gestação, e ainda uma consulta puerperal em até 42 dias. Além disso, recomenda realizar exame clínico das mamas, colpocitológico de colo uterino, verificação da pressão arterial e avaliação da altura uterina e do peso. A partir da 20ª semana iniciar a suplementação com sulfato ferroso e apresentar imunização completa para o tétano a menos de cinco anos⁽²⁾.

O início precoce da assistência ao pré-natal permite o diagnóstico de diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, infecção pela sífilis e HIV, além de propiciar melhor monitoramento do desenvolvimento

fetal⁽³⁾. Com a regionalização dos serviços de saúde, é possível articular e/ou mobilizar ações de melhoria na saúde da população de acordo com a especificidade de cada região com consequente promoção de intervenções efetivas nos diversos níveis de atuação⁽⁴⁾. Ao considerar uma instituição de referência para o parto, há o interesse em traçar o perfil da clientela assistida, para reconhecer suas características e identificar fatores de risco e intercorrências que poderiam ser evitadas ou tratadas.

No Brasil, em 2010, foi implantada a Rede Cegonha como estratégia do Ministério da Saúde (MS) com o intuito de complementar o PHPN, promovendo estratégias que garantam acesso e melhoria da qualidade pré-natal, como à oferta de transporte para as consultas e para o parto, vinculação da gestante à instituição referência para o parto e com direito a um acompanhante, atenção à saúde da criança desde o nascimento até 24 meses e garantir acesso a assistência no planejamento reprodutivo⁽⁵⁾. Além disso, mães que recebem o auxílio Bolsa Família através do programa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, têm direito a receber um auxílio variável durante a gestação, auxiliando na renda familiar, independente do estágio da gravidez, e podendo ser suspenso caso a gestante não compareça à consulta de pré-natal e não realize os exames solicitados, incentivando assim o comparecimento destas mulheres no atendimento⁽⁶⁾.

Considerando como prioridade a detecção precoce das situações de risco para as gestantes e fetos, por meio da realização dos procedimentos preconizados pelo PHPN no pré-natal, justificou-se a necessidade da realização de uma pesquisa em Ponta Grossa, PR que investigasse a associação entre o início do pré-natal e a realização dos procedimentos recomendados pelo PHPN e as características das parturientes e seus recém-nascidos.

Tendo em vista que existem políticas públicas a fim de garantir a adequada atenção pré-natal, e que atualmente existem políticas em andamento em todo território nacional, torna-se necessário verificar se os procedimentos recomendados estão sendo realizados, e como interferem na qualidade do atendimento. O objetivo deste trabalho foi testar a associação entre o início do pré-natal e a realização dos procedimentos recomendados pelo PHPN e as características das parturientes e seus recém-nascidos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem quantitativa, exploratória e transversal, envolvendo a coleta de dados dos prontuários de 227 parturientes que realizaram o parto em uma maternidade referência para o pré-natal de baixo risco do município de Ponta Grossa/PR, atendidas entre 13 de março a 13 de abril de 2012. A fim de viabilizar a execução da pesquisa, optou-se pela coleta de dados em um mês/ano devido à taxa anual de natalidade do município superior a 16,43 nascimentos por mil habitantes.

Ponta Grossa possui uma área territorial de 2.025.697 km² e está situada no centro-leste do Estado do Paraná, região dos Campos Gerais, com uma população estimada de 314.527 habitantes⁽⁷⁾; é um polo de referência para atendimento em saúde.

Os critérios de inclusão considerados foram: ser parturiente que realizou o pré-natal no município e que portasse o cartão de gestante junto ao prontuário e a declaração de nascido vivo (DNV); foram excluídas, portanto, parturientes de natimortos.

Os dados sociodemográficos e obstétricos das parturientes e do recém-nascido identifica-

dos pela DNV foram: idade da mãe, escolaridade, ocupação, estado civil, número de gestações anteriores, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, idade gestacional, peso e Apgar no 1º e 5º minuto.

Para verificar a realização dos procedimentos recomendados pelo MS, foram consultados nos cartões de gestante os dados: primeira consulta (até 120 dias de gestação e após 120 dias de gestação); tipo de convênio de realização do pré-natal (SUS, particular/convênios); mínimo de seis consultas de pré-natal (sim, não); vacina antitetânica (sim, não); vacina H1N1 (sim, não); vacina Hepatite B (sim, não); tipagem sanguínea (sim, não); primeira coleta de sorologia para sífilis (sim, não); segunda coleta de sorologia para sífilis (sim, não); primeira coleta de urina (sim, não); segunda coleta de urina (sim, não); primeira coleta glicemia de jejum (sim, não); segunda coleta glicemia de jejum (sim, não); hemograma (sim, não); teste anti-HIV (sim, não); exame preventivo (sim, não); ultrassonografia (sim, não); altura uterina (sim, às vezes, não); pressão arterial (sim, às vezes); prescrição de sulfato ferroso (sim, não); prescrição de ácido fólico (sim, não); ausculta de batimentos cardíacos na consulta (sim, às vezes, não); e anotação da data provável do parto (sim, não).

Apenas para os procedimentos de ausculta dos batimentos cardíacos e mensuração da altura uterina, que dependiam da idade gestacional na consulta, se considerou o preenchimento no cartão da gestante após a segunda metade da gravidez, para os demais procedimentos foi considerado o preenchimento desde a primeira consulta.

Foi considerado o início do pré-natal adequado até 120 dias de gestação e o início do pré-natal inadequado ou tardio após 120 dias de gestação.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas do programa Excel®, dispostos em

frequência absoluta e relativa por meio de tabelas. Para análise de associação entre o início do pré-natal (até 120 dias e após 120 dias) e as características das parturientes e do recém-nascido e a realização dos procedimentos necessários nas consultas de pré-natal se utilizou do teste qui-quadrado e do *Odds ratio* (OR), com limiar de significância estatística de valores de $p < 0,005$ por meio do programa estatístico Stata 10.0. Foi considerada exposição o início do pré-natal até 120 dias (sim e não) e o desfecho as variáveis sociodemográficas e obstétricas da parturiente e do recém-nascido.

Este trabalho faz parte do projeto intitulado "Qualidade do pré-natal e seu desfecho no município de Ponta Grossa" aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o parecer número 129/2010, conforme resolução 196/96 de pesquisa em seres humanos.

RESULTADOS

No período considerado obteve-se o registro de um total de 227 parturientes. Destas, 52 (23%) iniciaram o pré-natal tardiamente, ou seja, após 120 dias de gestação. De acordo com as informações apresentadas na Tabela 1, o início do pré-natal adequado foi mais frequente na faixa etária entre 20 e 34 anos, quando comparadas às demais faixas de idade.

As mulheres que realizaram as consultas de pré-natal nos serviços ofertados pela saúde suplementar apresentaram 1,75 vezes mais chance de começar o pré-natal antes dos 120 dias de gestação do que as atendidas pelo SUS. Com relação ao local de parto, as mulheres que realizaram o parto pelo convênio ou particular tiveram 1,36 vezes maior chance de começar o pré-natal mais cedo que as mulheres que realizaram o parto pelo SUS.

Quanto à escolaridade, foi verificada menor possibilidade das mulheres com maior escolaridade terem realizado o pré-natal antes dos 120 dias, quando comparadas às mulheres com menor escolaridade. Além disso, foi encontrada uma frequência menor de mulheres com companheiro que começaram o pré-natal antes dos 120 dias, quando comparadas aquelas sem companheiro (OR= 0,56), e a chance da parturiente remunerada ter começado o pré-natal precoce é 1,26 vezes maior da não remunerada.

Apesar da prevalência das frequências das características sociodemográficas das parturientes que iniciaram pré-natal adequado, nenhum resultado apresentou estatística significativa.

Na Tabela 2 apresentam-se as características obstétricas das parturientes e dos recém-nascidos, porém não foi encontrada associação entre as variáveis estudadas e o início do pré-natal.

Associaram-se com o pré-natal adequado a aferição da pressão arterial e a verificação do peso da gestante, de forma que a chance de uma mulher com a pressão arterial aferida frequentemente ter começado o pré-natal até 120 dias foi sete vezes maior que a chance das mulheres que aferiram ocasionalmente (Tabela 3). Logo, o início do pré-natal adequado favoreceu de modo expressivo o acompanhamento do peso e da pressão arterial. Também foi verificada prevalência na frequência: da prescrição de ácido fólico, sulfato ferroso, vacinação e realização de mais de seis consultas de pré-natal, entre as mulheres que iniciaram o pré-natal adequado, porém sem significância estatística.

Na Tabela 4 verifica-se que a realização dos exames de hemograma, sífilis, primeira e segunda coleta de glicemia em jejum, coleta de urina e primeira coleta anti HIV foram, respectivamente, 5,1; 3,6; 4,2; 4,6; 2,6 e 2,5 vezes mais frequentes entre as parturientes que realizaram o pré-natal com início adequado, quando comparadas ao grupo das que iniciaram o pré-natal tardiamente.

Tabela 1. Características sócio-demográficas de parturientes, internadas em uma maternidade no município de Ponta Grossa, conforme início do pré-natal. Ponta Grossa, 2012.

Variáveis	Início anterior à 120 dias	Início posterior à 120 dias	Total	OR	X ² (p)
Idade da parturiente					
<20 anos	37 (75,51)	12 (24,49)	49	0,89	
De 20 a 34 anos	128 (77,58)	37 (22,42)	165	1	0,09 (0,955)
≥35 anos	10 (76,92)	03 (23,08)	13	0,96	
Convênio do parto					
Convênio/particular	43 (81,13)	10 (18,87)	53	1,36	0,64 (0,424)
SUS	132 (75,86)	42 (24,14)	174		
Convênio de realização do pré-natal					
Convênio/particular	47 (83,93)	09 (16,07)	56	1,75	1,97 (0,161)
SUS	128 (74,85)	43 (25,15)	171		
Escolaridade*					
<8anos	61 (82,43)	13 (17,57)	74	1,58	1,64 (0,201)
≥8anos	113 (74,83)	38 (25,17)	151		
Estado civil					
Sem companheiro	121 (80,67)	29 (19,33)	150	1,78	3,20 (0,074)
Com companheiro	54 (70,13)	23 (29,87)	77		
Ocupação*					
Remunerada	64 (80,00)	16 (20,00)	80	1,26	0,47 (0,494)
Não remunerada	111 (76,03)	35 (23,97)	146		

* Excluídos dois casos para a variável escolaridade e um caso para a variável ocupação, os quais não foram informados na DNV (Declaração de Nascidos Vivos).

Fonte: Declaração de Nascidos Vivos, prontuário e cartão da gestante.

Tabela 2. Características obstétricas e dos recém-nascidos de parturientes, conforme início do pré-natal, Ponta Grossa- PR, 2012.

Variáveis	Início anterior à 120 dias	Início posterior à 120 dias	Total	OR	X ² (p)
Número de gestações anteriores					
Nenhuma	75 (76,53)	23 (23,47)	98	1	
Uma a duas	79 (77,45)	23 (22,55)	102	1,05	0,02 (0,877)
Mais de duas	21 (77,78)	06 (22,22)	27	1,01	0,00 (0,971)
Idade gestacional no parto					
≥37 semanas	170 (77,27)	50 (22,73)	120	1,36	0,13 (0,717)
<37 semanas	05 (71,43)	02 (28,57)	7		
Tipo de parto					
Vaginal	113 (79,58)	29 (20,42)	142	1,45	1,33 (0,250)
Cesáreo	62 (72,94)	23 (27,06)	85		
Peso ao nascer					
<2.500 g	08 (88,89)	01 (11,11)	9	2,44	0,74 (0,390)
≥2.500 g	167 (76,61)	51 (23,39)	218		
Apgar					
<7 no 1º minuto	05 (100,00)	—	77	—	—
<7 no 5º minuto	6 (100,00)	—	150	—	—

Fonte: Declaração de Nascido Vivo.

Tabela 3. Prevalência da realização de procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde, segundo anotações do cartão de gestante, conforme início do pré-natal, Ponta Grossa, 2012.

Variáveis	Início anterior à 120 dias	Início posterior à 120 dias	Total	OR	X ² (p)
Anotação da data provável do parto					
Sim	163 (77,62)	47 (22,38)	123	1,44	0,44 (0,507)
Não	12 (70,59)	05 (29,41)	17		
Verificação da estatura					
Não	126 (79,25)	33 (20,75)	1	1,48	1,39 (0,238)
Sim	49 (72,06)	19 (27,94)	0,67		
Vacina antitetânica					
Sim	30 (73,17)	11 (26,83)	41	0,77	0,44 (0,509)
Não	145 (77,96)	41 (22,04)	186		
Vacina hepatite B					
Sim	13 (61,90)	08 (38,10)	21	0,44	3,02 (0,082)
Não	162 (78,64)	44 (21,36)	206		
Verificação do peso da gestante					
Sim	147 (87,50)	21 (12,50)	168	7,75	39,64 (0,000)
Não	28 (47,46)	31 (52,54)	59		
Verificação da pressão arterial					
Sim	134 (88,74)	17 (11,26)	151	6,89	
Não	01 (100)	–	1	–	35,87 (0,000)
Às vezes	40 (53,33)	35 (46,67)	75	1	
Verificação da altura uterina					
Sim	35 (67,31)	17 (32,69)	52	1,02	0,00 (0,9816)
Não	02 (66,67)	01 (33,33)	3	1	
Às vezes	138 (80,23)	34 (19,77)	172	2,03	0,34 (0,560)
Auscultas batimentos cardíofetais					
Sim	28 (68,29)	13 (31,71)	41	0,59	
Não	04 (100)	–	4	–	1,98 (0,159)
Às vezes	143 (78,57)	39 (21,43)	182	1	–
Prescrição de Sulfato Ferroso					
Sim	13 (81,25)	03 (18,75)	16	1,31	0,17 (0,681)
Não	162 (76,78)	49 (23,22)	211		
Prescrição de Ácido Fólico					
Sim	22 (88,00)	03 (12,00)	25	2,35	1,89 (0,169)
Não	153 (75,74)	49 (24,26)	202		
Nº de consultas no pré-natal					
≥6 consultas	157 (78,11)	44 (21,89)	201	1,6	1,03 (0,311)
1-5 consultas	18 (69,23)	08 (30,77)	26		

Sim, quando verificado em todas as consultas; às vezes, quando verificado em algumas consultas e não, quando não realizado.
Fonte: Cartão da gestante.

DISCUSSÃO

Sabe-se que a gestação na faixa etária menor que 15 anos e maior de 35 caracteriza-se como fator de risco⁽¹⁾, neste estudo foi observado risco acrescido desta faixa etária com o maior percentual de início tardio do pré-natal.

Estudo⁽⁸⁾ revelou que mais de 90% das parturientes haviam realizado consultas de pré-natal em algum serviço de saúde, sendo a minoria (12%) no serviço privado, resultado diferente ao encontrado neste estudo, porém com a probabilidade de iniciar um pré-natal adequado no serviço privado. Os elevados percentuais e as

diferenças estatisticamente significativas entre a assistência pré-natal nos serviços público e privado demonstrou a necessidade de ações destinadas à melhoria da assistência prestada, principalmente no SUS⁽⁹⁾.

As condições de menor escolaridade e não ter companheiro foram mais presentes nas par-turientes que iniciaram o pré-natal em período adequado, esta realidade deve ser monitorada

uma vez que a situação conjugal insegura e a baixa escolaridade caracterizam em fatores de risco⁽¹⁾. Contudo, mesmo com o risco associado, essas gestantes tiveram garantia de assistência pré-natal por terem iniciado o pré-natal em período adequado. Das mulheres que iniciaram o cuidado pré-natal, 57% foi a partir do 4º mês, e os principais determinantes da utilização de serviços de atenção pré-natal foram idade ma-

Tabela 4. Prevalência da realização de exames preconizados pelo Ministério da Saúde, segundo anotação no cartão de gestante, conforme início do pré-natal, Ponta Grossa, 2012.

Variáveis	Início anterior à 120 dias	Início posterior à 120 dias	Total	OR	X ² (p)
Tipagem sanguínea					
Sim	161 (78,16)	45 (21,84)	206	1,79	1,42 (0,233)
Não	14 (66,67)	07 (33,33)	21		
Hemograma					
Sim	169 (79,34)	44 (20,66)	213	5,12	9,90 (0,002)
Não	06 (42,86)	08 (57,14)	14		
1ª coleta para teste anti-HIV					
Sim	35 (79,55)	09 (20,45)	44	1,2	7,34 (0,007)
Não	140 (76,50)	43 (23,50)	183		
2ª coleta para teste anti-HIV					
Sim	35 (79,55)	09 (20,45)	44	1,2	0,19 (0,666)
Não	140 (76,50)	43 (23,50)	183		
1ª coleta de sorologia para sífilis					
Sim	156 (81,25)	36 (18,75)	192	3,65	12,19 (0,000)
Não	19 (54,29)	16 (45,71)	35		
2ª coleta de sorologia para sífilis					
Sim	71 (84,52)	13 (15,48)	84	2	4,17 (0,041)
Não	104 (72,73)	39 (27,27)	143		
1ª coleta de urina					
Sim	153 (80,10)	38 (19,90)	191	2,6	6,19 (0,013)
Não	22 (61,11)	14 (38,89)	36		
1ª coleta de glicemia em jejum					
Sim	168 (80,77)	40 (19,23)	208	4,2	11,71 (0,001)
Não	12 (50,00)	12 (50,00)	24		
2ª coleta de glicemia em jejum					
Sim	106 (89,08)	13 (10,92)	119	4,6	20,34 (0,000)
Não	69 (63,89)	39 (36,11)	108		
Colpocitologia oncótica					
Sim	09 (81,82)	02 (18,18)	11	1,35	0,15 (0,702)
Não	166 (76,85)	50 (23,15)	216		
Ultrassonografia					
Sim	163 (78,37)	45 (21,63)	208	2,11	2,28 (0,131)
Não	12 (63,16)	07 (36,84)	19		

Sim, quando realizado e não, quando não realizado.

Fonte: Cartão da gestante.

terna, educação das mulheres, índice de riqueza, intenção de gravidez, ordem de nascimento da criança e o desejo de mais filhos⁽¹⁰⁾.

Foi observada predominância na realização de partos vaginais, e também uma grande incidência no número de cesáreas principalmente entre aquelas com início do pré-natal tardio. Ressaltando o objetivo do PHPN em que deve ser reduzido o número de operações cesarianas, os valores encontrados são bastante altos se comparados aos valores considerados adequados pela Organização Mundial da Saúde. No presente estudo, a taxa total foi de 37%. Já a taxa correspondente no Brasil no período de 2005-2009, foi de 44%, enquanto que o recomendado para condições de risco habitual na assistência obstétrica deve estar entre 5% e 15%⁽¹¹⁾.

Segundo dados do Ministério da Saúde⁽¹⁾, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, o que caracteriza uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal, sendo o diagnóstico precoce e o tratamento adequado fundamentais para melhorar esses resultados. Estudo realizado revelou que dentre as gestantes pesquisadas 9,6% apresentaram HAS⁽¹²⁾, com relação aos valores da pressão arterial, 99% estavam muito bem registrados, enquanto o registro do peso em 78% dos casos ainda precisava de aprimoramento⁽¹³⁾.

Sabendo que a gravidez pode induzir a HAS em mulheres normotensas, bem como agravar uma hipertensão preexistente, a verificação da pressão arterial é um dos procedimentos mais importantes a serem realizados durante todas as consultas de pré-natal. Além disso, cabe ao profissional identificar os fatores que possam favorecer a HAS, dentre eles o ganho excessivo de peso⁽¹⁾. Os resultados do estudo demonstraram que iniciar o pré-natal precocemente esteve associado com melhor desempenho na

verificação do peso e da pressão arterial, o que revela melhor qualidade do pré-natal quando iniciado precocemente.

A prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico não foi anotada na maioria dos cartões das gestantes, embora em estudo realizado⁽¹⁴⁾ não se tenha encontrado associação do uso de sulfato ferroso por gestantes e a relação com o nascimento de bebês pré-termo, baixo-peso e muito baixo-peso, os autores reforçavam a necessidade de novos estudos sobre os benefícios da suplementação de sulfato ferroso em gestantes. A suplementação com ácido fólico se faz essencial para a prevenção de doenças do tubo neural nos fetos, pois durante a gestação ocorre aumento da demanda dessa vitamina⁽¹⁵⁾. Estudo apresentou que apenas 4,4% das mulheres estudadas usaram ácido fólico no período pré-concepcional, exigindo a necessidade de orientação dos profissionais da saúde quanto a importância do ácido fólico e a necessidade de fortificar os alimentos com ácido fólico⁽¹⁶⁾.

O início do pré-natal precoce favorece a realização de exames laboratoriais importantes durante a gestação, que logo na primeira consulta já devem ser solicitados. A coleta de glicemia em jejum deve ser solicitada na primeira consulta, servindo como teste de rastreamento para o diabetes *mellitus* gestacional (DMG) e deve ser solicitado novamente próximo a 30ª semana de gestação⁽¹⁾. O controle periparto de diabetes é muito importante para o bem-estar do recém-nascido, sendo a maior incidência de hipoglicemia neonatal nos casos de hiperglicemia materna durante este período. Em todas as parturientes, após a extração da placenta há uma queda súbita da insulina, e em parturientes com diabetes haverá, conseqüentemente, necessidade de um acompanhamento atento quanto a necessidade de prescrição da insulina⁽¹⁷⁾.

A infecção do trato urinário é comum em mulheres jovens, e é a complicação clínica mais

frequente na gestação, ocorrendo em 17 a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, aborto, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, baixo peso ao nascer e infecção neonatal, e é uma das principais causas de septicemia na gravidez⁽¹⁾ e o fator materno mais comuns associado ao natimorto⁽¹⁸⁾.

Tão importante quanto à realização do hemograma para o rastreamento da anemia, já que na gestação pode estar associada ao risco de mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer e trabalho de parto prematuro⁽¹⁾, é a testagem para HIV e sífilis. Isto, pois, como comprovado em estudo nacional⁽¹⁹⁾ e internacional⁽²⁰⁾, o início precoce do pré-natal é uma das estratégias de melhor controle da transmissão vertical dessas doenças.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste estudo, conclui-se que o pré-natal precoce favorece a execução das intervenções preconizadas pelo PHPN, além de demonstrar a importância dessas intervenções para a saúde do binômio mãe-filho garantindo o desfecho de um parto e nascimento mais seguros.

A proposta do estudo foi verificar se o início do pré-natal adequado favorece a execução das ações e desfechos com menores riscos para a gestação, e levando em conta os resultados, fica evidente que o início do pré-natal até 120 dias possibilita um melhor acompanhamento dessa gestante, garantindo que todos os exames preconizados possam ser realizados, que ela inicie a suplementação vitamínica, e também a garantia da imunização. Lembrando que quanto mais precoce se iniciar o pré-natal, maior a possibilidade de intervenções para qualquer situação.

As principais limitações deste estudo se

referem ao fato de se tratar de um estudo transversal e devido ao uso de dados secundários. Pode-se citar como exemplo a suplementação vitamínica, em que se considerou a prescrição anotada, assim, em casos em que não se encontraram prescrições, isso não equivale dizer que a gestante não tenha recebido a suplementação, mas sim, que a anotação da prescrição não foi realizada. A categoria da DNV quanto ao estado civil compromete a presença de companheiro, uma vez que as parturientes amasiadas são classificadas solteiras, e casadas apenas quando registradas em cartório. O tempo de coleta dos dados, que foi de apenas um mês, e ter sido realizada em apenas uma instituição do município também podem ter sido fatores limitantes.

As principais contribuições do estudo foram: reafirmar a importância do início precoce do pré-natal para que este seja realizado com qualidade, sabendo que há pouca referência de estudos sobre o assunto relacionado ao início do pré-natal, e não haver pesquisas anteriores no município.

É possível perceber que, mediante todo incentivo de políticas públicas e programas sociais, ainda assim, muitas gestantes acabam por não realizar um pré-natal de qualidade. O enfermeiro, sendo profissional atuante na rede de atenção básica, tem o dever de garantir que as políticas públicas sejam realizadas de acordo com o que é preconizado, organizando o serviço, fazendo busca ativa, atuando com toda a equipe e realizando o planejamento familiar, as consultas de pré-natal de baixo risco - juntamente com o médico -, executando ações educativas, e favorecendo um atendimento integral, seguro e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: aten-

- ção qualificada e humanizada- manual técnico. Brasília: MS; 2006.
2. 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.
 3. Ministério da Saúde [homepage in the internet]. Pré-natal é fundamental para uma gravidez saudável [cited 2012 Aug 11]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/05/08/pre-natal-e-fundamental-para-uma-gravidez-saudavel-diz-ministerio-da-saude>
 4. Silva GF, Pelloso SM. Profile of parturientes and their newborn babies receiving care in a university hospital in northwestern Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1): 95-102.
 5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 27 jul 2011; Seção 1.
 6. Ministério da Saúde [homepage in the internet]. Gestantes do Bolsa Família já podem receber mais recursos [cited 2012 Nov 5]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1529&CO_NOTICIA=14111
 7. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Município de Ponta Grossa 2012. Ponta Grossa: IPARDES; 2013.
 - 8.
 9. Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. Prenatal care in the perception of postpartum women from diferente health services. *Rev CEFAC* [online]. 2013 [cited 2013 Dec 17] 15(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462013000300018&script=sci_arttext
 10. Paris GF, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev bras ginecol obstet*. 2013; 35(10): 447-52.
 11. Kamal SM, Hassan CH, Islam MN. Factors Associated With the Timing of Antenatal Care Seeking in Bangladesh. *Asia Pac j public health*. 2013; [about 20.p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24097925>
 12. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2011: adolescência uma fase de oportunidades. New York: UNICEF; 2011.
 13. 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.
 14. Barros MEO, Lima LHO, Oliveira EKB. Assistência pré-natal no município de Quixadá: um estudo descritivo. *Online braz j nurs* [Internet]. 2012 [Cited 2013 Jun 20] 11 (2): 319-30. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3782>
 15. doi:10.5935/1676-4285.20120029
 16. Dal Pizzol TS, Giugliani ERJ, Mengue SS. Associação entre o uso de sais de ferro durante a gestação e nascimento pré- termo, baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer. *Cad saúde pública*. 2009; 25(1): 160-8.
 17. Pontes ELB, Passoni CMS, Paganotto M. Importância do Ácido Fólico na Gestação: Requerimento e Biodisponibilidade. *Cadernos escol saúd nutrição*. 2008; (1): 1-6.
 18. Al-Akhfash AA, Abdulla AM, Osman AM, Abdulgafar JI, Almesned AA. Maternal knowledge and use of folic acid among Saudi females. *Saudi med j*. 2013; 34(11):1173-8.
 19. Kalra P, Anakal M. Peripartum management of diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013; 17Suppl1:72–6.
 20. Pérez-Molina J, Quezada-López C, Panduro-Barón G, Castro-Hernández JF. Maternal risk factors associated to stillbirth in a public hospital at West of Mexico. *Rev Invest Clin*. 2012; 64(4):330-5.
 21. Domingues RSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev bras saúde matern infant*. 2012; 12(3): 269-80.
 22. Tan NX, Rydzak C, Li GY, Vickerman P, Yang B, Peeling RW, et al. Prioritizing Congenital Syphilis Control in South China: a decision analytic model to inform policy implementation. *PLoS med*. 2013; 10(1): [about 30.p.]. Available from: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001375>

Autores e contribuições:

Fernanda Sabini Faix Figueiredo- participação no projeto de pesquisa, coleta de dados, redação e correções solicitadas.

Pollyanna Kássia Borges- participação no projeto de pesquisa, revisão, redação final e correções solicitadas.

Gisele Ferreira Paris- concepção da pesquisa, participação no projeto de pesquisa, redação final e correções solicitadas.

Genyle Regina Santos Alvarez- participação no projeto de pesquisa e coleta de dados.

Lídia Dalgallo Zarpellon- participação no projeto de pesquisa e revisão.

Sandra Marisa Pelloso- participação no projeto de pesquisa e revisão.

Recebido: 28/02/2013

Revisado: 20/11/2013

Aprovado: 24/11/2013