



**OBJN**  
Online Brazilian Journal of Nursing

**Español**

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Atención prenatal en el municipio de Quixadá: un estudio descriptivo

Maria Eudênia Oliveira Barros<sup>1</sup>; Luisa Helena de Oliveira Lima<sup>2</sup>; Eucilene Kássya Barros de Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Planta de Biodiesel de Quixadá

<sup>2</sup>Universidad Federal de Piauí

<sup>3</sup>Universidad Federal de Campina Grande

### RESUMEN

**Introducción:** La atención prenatal es fundamental para promover la salud/bienestar de las mujeres embarazadas y del concepto. **Objetivo:** Analizar el atendimento prenatal de las Unidades Básicas de Salud del municipio de Quixadá. **Métodos:** Estudio descriptivo en el cual participaron 73 mujeres embarazadas. Fue utilizado un formulario para recoger los datos. **Resultados:** Las consultas de prenatal se resumen a la realización de los procedimientos básicos relativos al embarazo. Hay una deficiencia en lo que se dice respecto a las actividades de la educación en salud, pues 82,2% de las mujeres embarazadas dijeron nunca haber participado de ese tipo de actividad. Los principales exámenes de laboratorio recomendados por el Ministerio de la Salud (MS) fueron solicitados para las mujeres embarazadas. Al analizar las tarjetas y fichas perinatales, se constató que 100% estaban incompletas y no actualizadas. **Conclusión:** En el estudio se observó que la atención ofrecida a las mujeres embarazadas no está a la altura de la recomendada por el MS, lo que compromete la calidad de la asistencia.

**Palabras clave:** cuidado prenatal, mujeres embarazadas, enfermería.

## INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es fundamental para el preparo de la maternidad. Ella reúne un conjunto de procedimientos clínicos y educativos con el objetivo de promover la salud/bienestar de la embarazada y del concepto<sup>(1)</sup>. El Ministerio de la Salud recomienda que toda mujer en el período de embarazo debe asistir, por lo menos, seis veces a las consultas prenatales para realizar los exámenes de laboratorios de rutina, lo que indica la eficacia de la asistencia prenatal en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad<sup>(2)</sup>.

La gestión debe ser bien acompañada a través del prenatal, en cuanto a la competencia la técnica, como en la calidad del desarrollo afectivo entre el profesional de salud y la embarazada. Es importante destacar que la calidad de la asistencia prenatal es esencial en la determinación de los factores de riesgo que participan tanto la madre como el hijo, así como también para la satisfacción de la clientela. Una asistencia prenatal adecuada y su interacción con los servicios de asistencia al parto son fundamentales para la obtención de resultados efectivos en la gestación, parto y puerperio<sup>(3)</sup>.

Con relación a la calidad de la asistencia dedicada al prenatal, los principales problemas citados en estudio de la literatura se refieren al incumplimiento de las normas y rutinas por parte de los profesionales; a la falta de cumplimentación de registros; y a la constatación de que los cuidados dispensados son inversamente direccionados a las necesidades<sup>(4)</sup>. A pesar de que los datos disponibles indican para un aumento considerable, en los últimos años, del número de consultas por mujer, este incremento no resultó en impacto considerable en las muertes maternas declaradas<sup>(5)</sup>.

En Ceará, por ejemplo, en 2010, la Razón de Mortalidad Materna fue de 76,1 muertes por 100.000 nacidos vivos, según los datos divulgados por la Secretaria de Salud del Estado. La principal causa de muerte, representando 32.1%, fue la Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación, siendo la Eclampsia, Pre eclampsia y la Hipertensión materna no especificada las principales patologías. En segundo lugar, aparecen las Síndromes Hemorrágicas Ante y después del parto, contribuyendo con

21.4% de las muertes, seguido por las Infecciones Puerperales (10.7%) y el Aborto (7.1%)<sup>(6)</sup>. Por otro lado, cerca de 98% de las mujeres embarazadas cearenses tienen acceso a la asistencia prenatal, según la Secretaria de Salud del Estado. Esa disparidad entre la existencia de una cobertura satisfactoria en un elevado índice de morbilidad y mortalidad materna nos inquieta y justifica la relevancia de nuestra pesquisa, que investigó las consultas de prenatal realizadas por enfermeros en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de la ciudad de Quixadá/Ceará/Brasil. Tiene como objetivo describir como se desarrollan las consultas de prenatal en las UBS de Quixadá/CE; comparar el atendimento realizado en las UBS con el recomendado por el Ministerio de la Salud.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio de aproximación de aspectos descriptivos. La pesquisa fue realizada en los 17 equipos de las UBS del Municipio de Quixadá/CE. Participaron del estudio 73 mujeres embarazadas con un seguimiento de prenatal en las UBS encuestadas.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para estudios transversales con población finita<sup>(7)</sup>:  $n = Z_{\alpha}^2 * P * Q * N / Z_{\alpha}^2 * P * Q + (N-1) e^2$ , donde: n = tamaño de la muestra;  $Z_{\alpha}$  = coeficiente de confianza; e = error y una muestra absoluta; N = tamaño de la población; Q = porcentaje complementario (100-P); P = proporción de la aparición del fenómeno en estudio.

Fueron considerados como parámetros el coeficiente de confianza de 95% (1,96), el error de la muestra de 5% y la población de 1033 nacidos vivos en el Municipio de Quixadá en el año 2006. La proporción de aparición de las consultas de prenatal fue calculada dividiendo el número de nacidos vivos en el año 2006 por el total de mujeres en el período fértil residentes del Municipio de Quixadá en el año 2006 (P=0,054). De ese modo, fueron seleccionadas 73 mujeres embarazadas que atendían a los criterios de inclusión: estar en seguimiento prenatal por la enfermera en las UBS investigadas. Se adoptó como criterio de exclusión mujeres que estaban en la primera consulta de

prenatal, pues, para completar las fichas del Instrumento de Colecta de Datos, eran necesarias algunas informaciones que no estarían disponibles en la primera consulta.

Los instrumentos utilizados para colecta de datos fueron dos formularios previamente utilizados en la construcción de indicadores para evaluación de la asistencia a la mujer embarazada<sup>(8)</sup>. El primero contenía 47 cuestiones, que fueron aplicadas a las mujeres embarazadas con el fin de levantar datos demográficos y relativos al atendimento prenatal que se les ha proporcionado. Y el segundo formulario contenía 97 cuestiones, que fueron respondidas durante una segunda etapa: observación de las consultas y de los registros hechos en la ficha de prenatal y en la tarjeta de la embarazada. En ese caso, se utilizó la observación sistemática no participante, guiada por el propio formulario.

Los datos fueron recogidos durante el período de febrero a junio de 2008. Para la construcción del banco de datos, se utilizó el programa Excel for Windows. Fue realizada la dupla digitación de los datos para minimizar errores. Los datos fueron analizados a través del programa SPSS, versión 17.0, donde fue hecho el análisis estadísticos, y fueron organizados en tablas y analizados con base en frecuencias absolutas y porcentajes o en medidas de tendencia central y de dispersión. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Ceará (protocolo nº 06/08).

## **RESULTADOS**

En las tablas a seguir, se pueden observar las distribuciones de frecuencias relativas a la calidad del prenatal, según los aspectos investigados, los cuales se cree tener un papel determinante para la calidad de la asistencia.

**Tabla 1** - Distribución de las mujeres embarazadas conforme datos relativos a las consultas de prenatal. Quixadá-CE, 2008. n= 73.

<b>Variables</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Atendida en todas las consultas programadas	65	89,0
Realizado examen de las mamas	45	61,6
Recibió la vacuna para el tétano	45	61,6
Sabe indicar como reforzar	14	19,2
Recibió orientaciones	52	71,2
Orientación sobre que servicio buscar en caso de necesidad	26	35,6
Orientada a llevar tarjeta para la maternidad	56	76,3
Participó de atividades educativas	13	17,8
Prescripción de sulfato ferroso	54	74,0
Prescripción de ácido fólico	44	60,3

La tabla 1 nos revela que 71,2% de las mujeres embarazadas pesquisadas confirmaron haber recibido algún tipo de orientación durante el prenatal. Un dato preocupante dice al respecto del hecho de que apenas 17,8% han confirmado la participación en actividades educativas.

Además de los datos retratados en la tabla 1, se nota que ninguna de las (100%) tenía conocimiento sobre la ley del acompañante, o sea, no fueron informadas de que podrían escoger la persona de su preferencia para acompañarlas durante el parto. Se percibe ahí una falla en lo que concierne a la orientación de las, mujeres embarazadas, que deben estar informadas, además de los aspectos anteriores citados, de cuestiones relacionadas a sus derechos así como los ciudadanos usuarios del Sistema Único de Salud.

La mujer debe iniciar el prenatal tan luego sospeche que está embarazada, pues mientras más rápido comparezca a las consultas, más tiempo tendrá para el desarrollo de las actividades/procedimientos recomendados y para realizar un mayor número de consultas. La muestra de este estudio presenta mediana de tres meses de gestación con relación al inicio del prenatal. De acuerdo con este dato, las mujeres embarazadas están iniciando el prenatal dentro del período recomendado; pues, como ya fue citado, lo ideal es que ellas inicien el prenatal lo más rápido posible. Las directrices de MS apuntan que la mujer debe realizar, como mínimo, 6 consultas de prenatal, siendo, preferencialmente, una en el primer trimestre, dos en el segundo y tres en el tercero trimestre de embarazo

(9). Las mujeres embarazadas encuestadas presentaron mediana de 4 consultas realizadas. Ese número es debido al hecho de que ellas todavía estaban realizando el prenatal, o sea, todavía no habían llegado al final de la gestación y, consecuentemente, todavía había consultas por ser realizadas.

Uno de los ítem del formulario aplicado a las mujeres embarazadas interrogaba sobre la nota (1 a 10) que cada una de ellas atribuiría al atendimento de la enfermera durante las consultas. De acuerdo con los resultados obtenidos, la nota atribuida al atendimento fue, en media, 10, lo que retrata la satisfacción las mujeres embarazadas, a pesar de algunos aspectos negativos identificados a partir de los datos colectados. Fue posible observar que las (mujeres embarazadas) sentían cierta dificultad en atribuir tal nota, pues aprovechada simplemente al aspecto emocional. Eran frecuentes las declaraciones del tipo: "Ella es muy buena, trata la gente bien, no tiene cara fea... Yo doy un diez. No fueron valorizados por ellas factores como tiempo de espera, solicitud e interpretación de exámenes de laboratorio, educación en salud/orientación, entre otros.

**Tabla 2** - Distribución de las mujeres embarazadas conforme exámenes solicitados durante el prenatal, Quixadá-CE, 2008. n= 73.

Variáveis	F	%
ABO-Rh	69	94,5
Anti-HIV	56	76,7
VDRL	69	94,5
Coombs indireta	4	5,5
Análisis de orina	67	91,8
Colpocitología oncótica	3	4,1
Glicemia en ayuno	71	97,3
Hb/Ht	72	98,6
Informada sobre resultados	59	80,8

Se puede observar, de acuerdo con la tabla 2, que los principales exámenes recomendados por el MS fueron solicitados para la mayoría de las mujeres embarazadas, con excepción de la colpocitología oncótica y Coombs indirecto, los cuales fueron solicitados sólo para 4,1 e 5,5%, de las mujeres embarazadas, respectivamente. Sin embargo, como no podemos afirmar si había indicación para la solicitud de tales exámenes, esos datos no pudieron ser discutidos más a fondo. A pesar de la mayoría de las mujeres embarazadas tener los exámenes de rutina solicitados, percibimos un

déficit, visto que algunos exámenes, como el VDRL, glucosa en ayuno, Hb/Ht y del sumario de orina, deberían ser solicitados para 100% de las mujeres embarazadas, lo que no se produjo.

Al analizar las fichas perinatales y las tarjetas de las mujeres embarazadas, se percibe una precariedad en las condiciones de los registros de enfermería, que se resumen, mucho, a completar las preguntas contenidas. De ese modo, se hizo difícil comprobar la realización o no de procedimientos y conductas, teniendo en cuenta la precariedad de registros.

**Tabla 3** - Distribución de las mujeres embarazadas, conforme registro de procedimientos realizados durante el prenatal, Quixadá-CE, 2008. n=73.

<b>Variables</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Observación de la situación de curva para evaluación nutricional	2	2,7
Determinación del peso	57	78,1
Determinación de la estatura	43	58,9
Presión Arterial (PA)	72	98,6
Pesquisa de edema	24	32,9
Examen de las mamas	14	19,2
Altura Uterina (AU)	70	95,9
Latidos del corazón del Feto (LCF)	70	95,9
Situación/presentación fetal	23	31,5
Programación de las consultas posteriores	68	93,2
Edad Gestacional (EG)	71	97,3
Interpretación de exámenes de laboratorios	18	24,7
Referencia para tratamiento dental	7	9,6

Fue posible observar que todas las unidades disponen de material y equipo necesarios para la realización de las consultas (datos relativos a la observación de las UBS). Sin embargo, la tabla 3 nos muestra que, de los ítem relativos a los procedimientos realizados durante el prenatal, estuvieron presentes solamente los retratados en la tabla, o sea, sólo en 2,7% de las tarjetas y fichas perinatales había registro sobre la situación nutricional de las mujeres embarazadas; el peso y la estatura de ellas fueron registrados en 78,1 y 58,9% de los casos, respectivamente; encontramos datos relativos a la pesquisa de edema en sólo 32,9%; los registros relativos a la PA, AU, LCF e EG estuvieron presentes en la mayoría de las veces. Había registros referentes al examen de las mamas solamente en 19,2% de las tarjetas analizadas, lo que es paradójico en

relación al hecho de que 61,6% de las mujeres habían confirmado que tal examen había sido realizado, como ya fue citado anteriormente. Este dato nos revela que puede estar habiendo negligencia en relación a los registros de enfermería.

Con relación a la interpretación de exámenes de laboratorios, solamente 24,7% de las tarjetas y fichas tenían tales registros, lo que representa un factor negativo, teniendo en cuenta la importancia de esos datos para la continuidad del cuidado por otros profesionales que vengan a ayudar a la embarazada, como es el caso del momento del parto. Todavía, sólo el 9,6% de las tarjetas tenían registro de referencia para el tratamiento dental.

**Tabla 4** - Distribución de las mujeres embarazadas conforme registro de antecedentes personales y obstétricos en la tarjeta de prenatal. Quixadá-CE, 2008. n= 73.

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial	63	86,3
Diabetes	62	84,9
Cirurgias	4	5,5
Transfusiones	6	8,2
Resultado del último examen preventivo (ginecológico)	5	6,8
Nº de embarazos	71	97,3
Nº de partos	46	63,0
Nº de abortos	47	64,4
Nº de hijos vivos	46	63,0
RN con bajo peso	38	52,1
Muerte neonatal precoz e/o tardía	8	11,0
Intervalo entre el final del último embarazo y el actual	23	31,5
Fumante	43	58,9

La tabla 4 retrata la frecuencia de registros referentes a los antecedentes familiares de la mujer embarazada. Es digno de mención que hubo registro solamente de los ítems retratados en la tabla, hipertensión arterial, diabetes y parto múltiple. Otros antecedentes contenidos en la tarjeta (malformación fetal y otros) no fueron registrados en 100% de las tarjetas. Con respecto a los antecedentes familiares, es importante destacar que el registro está relacionado tanto a la presencia como a la ausencia de estos.

## DISCUSIÓN

Es de sentido común que la embarazada debe recibir orientaciones durante el prenatal por parte de los profesionales que proporcionan la asistencia, siendo que la enfermera, profesional que más se relaciona estrechamente con la madre, tiene un papel crucial en lo que dice respecto a la educación en salud durante el prenatal, debe abordar aspectos relacionados al embarazo de un modo general, al parto, amamantamiento materno y cuidados con el bebe, entre otros.

El hecho de que la mayoría (82,2%) de las mujeres confirmaron que nunca participaron de actividades educativas en grupo es observado negativamente, visto que el MS destaca, entre las diferentes formas de actividades educativas, las discusiones en grupo, dramatizaciones y otras dinámicas que facilitan el habla y el cambio de experiencias entre los componentes del grupo<sup>(9)</sup>.

En la práctica cotidiana los servicios de salud, la recepción y la humanización pueden ser percibidos a través de actitudes y acciones con evidencia en la relación a diario establecida entre profesionales y usuarios como, por ejemplo, la forma amistosa del atendimento, con los profesionales presentándose, llamando los clientes por el nombre, informando sobre conductas y procedimientos, escuchando y valorizando lo que es dicho por las personas, garantizando la privacidad, incentivando la presencia del compañero, entre otras<sup>(5)</sup>. Las consultas posteriores a la primera, durante el prenatal, deben ser previamente programadas, o sea, la embarazada debe saber exactamente el día y la hora que debe comparecer a la unidad para su próxima consulta. En la rutina, se percibe que no hay una programación referente al horario, esto es, en el calendario aparece única y simplemente la fecha de la próxima consulta. Delante de lo expuesto, la muestra presentó una media de tiempo de espera de dos horas, lo que representa un factor negativo en lo que dice a respecto de la calidad del prenatal, pues las mujeres llegan muy temprano a la Unidad y allí se quedan ociosas hasta el momento de la consulta. Ese tiempo, que las mujeres se quedan ociosas, debería ser aprovechado para el

desarrollo de actividades educativas en grupo, pues tales actividades pueden ser muy valiosas para ambas partes, profesionales y usuarias.

La tabla 4 nos muestra que hay subregistro referente a la asistencia prenatal, ya que las informaciones estaban incompletas en la totalidad de las tarjetas y fichas perinatales observadas, o sea, 100% estaban llenas de formas incompletas o anticuadas. Esto revela la necesidad de un cambio de postura por parte de los enfermeros responsables por el atendimento a las embarazadas, en busca de mejorar la atención recibida, entendiendo que el registro actualizado de todas las informaciones recogidas y procedimientos/conductas realizados es fundamental para la garantía de la calidad de la asistencia. Estudio indica que los registros de enfermería son los únicos medios de demostrar el trabajo ejecutado, reflexión de la eficiencia y eficacia de la asistencia ofrecida a la clientela<sup>(10)</sup>.

Comparando el atendimento realizado con lo recomendado por el MS, se percibe que todavía hay mucho que mejorar, principalmente en cuanto a la recepción de las mujeres embarazadas; incentivo a la presencia del compañero en las consultas con el fin de prepararlos para acompañar a la embarazada en el momento del parto; sesiones de grupo de educación en salud; realización de examen físico completo; y registro de las informaciones.

A partir de los datos presentados, parece que las mujeres embarazadas no tienen una noción clara de lo que sería una asistencia prenatal ideal, esto es, conforme recomienda el MS. Ellas se muestran satisfechas con la calidad de la atención recibida, a pesar de reportar puntos negativos, tales como la larga espera hasta el momento de la consulta, la cual presentó una media de 2h, y la falta de información sobre los temas importantes como el parto, por ejemplo.

Analizando las tarjetas y fichas perinatal, se verificó que 100% de ellas estaban incompletas, descuidando informaciones pertinentes, lo que puede implicar pérdidas para el binomio madre e hijo y dificultar la continuidad de la atención, principalmente en el momento del parto. Además de eso, es claramente notable la necesidad de elaboración/construcción de un instrumento adecuado para el registro de todas las

informaciones referentes al acompañamiento de cada embarazada, visto que la ficha perinatal es simplemente la copia de la tarjeta de la mujer embarazada y no dispone de espacio suficiente para el registro de todas las informaciones pertinentes. Sin embargo, esto no justifica la falta de registro, lo cual podría ser hecho hasta en una hoja común adjunta a la tarjeta y/o ficha perinatal.

## **CONCLUSIÓN**

Con relación al desarrollo de las consultas, podemos notar que éstas se resumen a los procedimientos básicos relativos al embarazo en sí, relegando a segundo plano el enfoque holístico de la mujer allí presente, lo que hiere las recomendaciones de la OMS, que dicta que la atención prenatal debe ser integral y tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos y familias y no solamente un cuidado biológico.

Es notable que tuviéramos algunas dificultades en la realización de este estudio, entre ellas, el difícil acceso a las UBS de la zona rural. Todavía, tales dificultades no nos imposibilitaron de concluir la pesquisa con la calidad pretendida.

Teniendo en cuenta los resultados presentados, trajimos como recomendaciones principales para la práctica de enfermería el seguimiento de los protocolos de atendimento a la embarazada disponible por el MS y, además de eso, la oferta de una atención que vislumbre la embarazada más allá del aspecto biológico, esto es, que atienda a sus necesidades biopsicosocioespirituales.

Todo esto nos trae la siguiente reflexión: cada vez más es necesario que el enfermero repiense y asuma el desafío en relación a su práctica, buscando alcanzar un nuevo modelo de atención, pautado tanto en la competencia técnico y científica como en la competencia humana, garantizando así mejorar y hacer efectiva la atención dada a la población.

## CITAS

1. Nascimento ER, Rodrigues QP, Almeida MS. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):311-5.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
4. Barbosa M, Fernandes R. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies- a descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs* [periódic in the Internet]. 2008 [cited 2011 Jul 3]; 7(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1861>.
5. Serruya SJ, Secatti JG, Lago TG. O programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5):1281-9.
6. Ceará, Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria de Planejamento e Gestão. Coordenadoria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Gestão Pública por Resultados (GPR): Relatório de Desempenho Setorial (RDS 2011). Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde; 2012.
7. Luiz RR, Magnanini MMF. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: Medronho A. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu; 2006. p. 295-307.
8. Bergamasco RB, Gualda DMR, Okazaki ELJ. A construção de indicadores e elaboração de instrumentos de avaliação da assistência à gestante. In: Cianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO. *Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família - identificando as suas características no cenário do SUS.* São Paulo: Ícone; 2005.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. Vigo KO, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003; 11(2): 184-91.

**Recibido:16/02/2012**

**Aprobado: 28/06/2012**