



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

MARLE ARAÚJO LUZ DE CARVALHO

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO PIAUIENSE**

Goiânia

2016

MARLE ARAÚJO LUZ DE CARVALHO

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO PIAUIENSE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título em Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia Melo Rodrigues

Goiânia

2016

DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 11 DE AGOSTO DE 2016 E CONSIDERADA
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1)



Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues / PUC Goiás (Presidente)

2)



Profa. Dra. Marcela Maria Faria Peres Cavalcante / UFG (Membro Externo)

3)



Profa. Dra. Vera Aparecida Saddi / PUC Goiás (Membro)

4)

Prof. Dr. Cesar Augusto Sam Tiago Vilanova-Costa / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

À minha filha **Marina**, por ser a motivação de todos os meus passos e que soube compreender quando não pude dar a atenção que necessitava.

Aos meus pais, **Ana** e **Henrique**, que, em tudo na minha vida, nunca deixaram que eu desanimasse permanecendo como meu porto seguro.

Ao meu esposo **Saulo**, obrigada pelo apoio.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor meu Deus, que tem sido a minha fonte de inspiração e por todas as pessoas que Ele usou para me abençoar no decorrer desse estudo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Flávia Rodrigues Melo, por acreditar em mim e pela sua disponibilidade e dedicação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Simplício Mendes na pessoa da Secretária de Saúde Dra. Maria do Céu Damasceno, pela colaboração em todas as etapas do mestrado.

À banca examinadora, por colaborar em prol do crescimento deste estudo.

Aos meus pais por não medirem esforços para garantirem meu crescimento profissional.

À minha filha Marina pelo exemplo de coragem e determinação e por me mostrar que não podemos desistir dos nossos sonhos.

Ao meu esposo Saulo por me proporcionar todas as condições adequadas para meus estudos.

Aos meus familiares residentes em Goiânia, tia Fátima, Thales, Fábio, tia Alaíde, tio Francisco e uma imensa e eterna gratidão aos meus primos Vilson e Lorena, por me receberem tão carinhosamente em seus lares e por tornarem minha semana fora de casa mais alegre.

Às colegas de turma Maria Rosa, Cleide e Adriana, pela força, companheirismo e momentos de alegria.

A todos, o meu sincero obrigada!

CARVALHO, Marle Araújo Luz de. ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO PIAUIENSE [Dissertação] - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde; 2016, 91 p.

RESUMO

O objetivo deste trabalho consistiu em analisar as características e perfis da assistência pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas pela rede de atenção básica de um município do semiárido piauiense. Trata-se de um estudo *survey* descritivo-exploratório, com amostra de 50 gestantes, envolvendo seis equipes da Estratégia Saúde da Família, cuja coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2016, através da aplicação de questionário. Para análise estatística dos dados utilizou-se estatística descritiva, além do teste qui-quadrado ou teste G, quando $n < 20$. Os resultados demonstraram que 66% das gestantes residem na zona urbana. O serviço foi caracterizado por único hospital que realizava o parto, o qual é responsável por acolher 88% das gestantes, sendo que 56% foram atendidas no único ambulatório da cidade. O acesso ao pré-natal de 44% delas ocorreu por meio de encaminhamento e o agendamento da consulta em 68% dos casos foi através do agente comunitário de saúde. O perfil sociodemográfico foi formado pela prevalência de 40% das gestantes na faixa etária de 21 a 30 anos, 68% se declararam da etnia parda, 46% com escolaridade maior de sete anos, concentrando-se o menor índice na zona rural, 72% afirmaram ter parceiro estável e 74% se definiram da religião católica. O perfil socioeconômico demonstra maioria composta de 66% com ocupação do lar, 72% com renda familiar de 0 a 1 salário mínimo, 50% dependentes do Bolsa Família, 56% sem filhos, 36% moram com o cônjuge e 44% possuem casa própria. Embora 70% das gestantes tenham acesso à água tratada, existem problemas relacionados ao saneamento básico: 80% não possuem rede de esgoto, 88% não residem em locais asfaltados, 74% não moram próximas às praças e 60% não residem em local arborizado. Em relação aos hábitos 78% não praticam exercício físico, 96% não fumam, 100% não ingerem álcool e 90% não consomem outras drogas. Identificou-se que 68% realizaram os exames laboratoriais e 62% os exames de ultrassonografia de forma adequada, 74% possuíam o cartão da gestante preenchido adequadamente, sendo que 82% iniciaram a consulta no primeiro trimestre de gestação. O índice de satisfação em relação à consulta do profissional médico e de enfermagem foi alto, sendo de 96% e 98% respectivamente. Porém, 64% não participaram de atividades educativas oferecidas pelo serviço, 78% não apresentaram sugestões de melhoria e 90% afirmaram não faltar nenhum serviço. Verificou-se que a variável escolaridade exerceu influência apenas em quatro quesitos: tipo de parto, aborto, sugestões e atendimento odontológico. Constatou-se que o semiárido piauiense é um cenário bastante propício, em decorrência dos indicadores de saúde, restrita rede de serviços e baixa qualidade de vida da população, ao estudo das características da atenção pré-natal, tanto pelos problemas sociais e econômicos elencados, como pela velha problemática que envolve a questão climática na região.

Palavras-chave: Pré-Natal. Gestantes. Semiárido.

CARVALHO, Marle Araújo Luz. ANALYSIS OF ASSISTANCE PRENATAL HEALTH BASIC NETWORK OF A MUNICIPALITY OF SEMIARID PIAUIENSE [Master] – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Master of Environmental and Health Sciences; 2016, 91p.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the characteristics and profiles of prenatal care from the perspective of women treated in the primary care network in a city of Piauí semiarid region. This is a descriptive exploratory survey study with a sample of 50 pregnant women, involving six teams of the Family Health Strategy, which data collection was carried out from January to May 2016 through a questionnaire. For statistical analysis we used descriptive statistics and the chi-square test or G when $n < 20$. The results showed that 66% of pregnant women living in urban areas. The service was characterized by single hospital that performed the delivery, which is responsible for hosting 88% of pregnant women, and 56% were treated at one clinic in the city. Access to prenatal 44% of them occurred through referral and consultation schedule in 68% of cases was through the community health worker. The sociodemographic profile was formed by the prevalence of 40% of pregnant women aged 21-30 years old, 68% declared the brown race, 46% with higher education seven years, focusing on the lowest rate in the countryside, 72% They claimed to have stable partner and 74% defined the Catholic religion. The socioeconomic profile demonstrates composed majority of 66% with occupancy of the home, 72% with family income from 0 to 1 minimum wage, 50% dependent on the Bolsa Família, 56% without children, 36% live with their spouse and 44% own their own homes . Although 70% of pregnant women have access to treated water, there are problems related to basic sanitation: 80% do not have sewage system, 88% do not reside in asphalted local, 74% do not live close to the squares and 60% reside in wooded site. Regarding habits 78% do not exercise, 96% do not smoke, do not drink alcohol 100% and 90% did not use other drugs. It was found that 68% had laboratory tests and 62% exams ultrasound properly, 74% had prenatal booklet filled properly, and 82% started the consultation in the first trimester of pregnancy. The satisfaction index regarding professional consulting physician and nursing was high, with 96% and 98% respectively. However, 64% did not participate in educational activities offered by the service, 78% had no suggestions for improvement and 90% said they did not miss any service. It was found that the variable education had an influence only on four criteria: type of delivery, abortion, suggestions and dental care. It was found that the Piauí semiarid region is a very favorable scenario, as a result of health indicators, restricted network services and low population's quality of life, the study of prenatal care characteristics, both the social and economic problems listed, as the old problem involving the climate issue in the region.

Key-words: Prenatal. Pregnant women. Semiarid.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Piauí com 224 municípios	28
Figura 2 - Mapa do Município de Simplício Mendes-PI.....	29
Figura 3 - Zona de residência das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016	34
Figura 4 - Presença de patologias na gestação de mulheres em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016	43
Figura 5 - Avaliação dos exames laboratoriais de gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016	45
Figura 6 - Avaliação dos exames de ultrassonografia de gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016	46
Figura 7 – Risco da Gravidez de mulheres em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016	47
Figura 8 - Avaliação dos cartões das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016	48
Figura 9 - Início da Consulta do Pré-natal de gestantes em atendimento no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Locais, zonas municipais, quantidade de equipes da ESF e identificação das equipes das coletas de dados	29
Tabela 2: Quantidade de mulheres amostradas por equipe	32
Tabela 3 - Perfil da rede de atendimento às gestantes que realizaram o pré-natal no município de Simplício Mendes-PI, durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50)	35
Tabela 4: Perfil sociodemográfico das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50)	37
Tabela 5: Perfil socioeconômico das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50)	38
Tabela 6: Perfil socioeconômico, relacionado à habitação, transporte e saneamento básico, das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50)	40
Tabela 7: Perfil gineco-obstétrico das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=44)	42
Tabela 8: Hábitos sociais das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50)	44
Tabela 9: Características da atuação profissional, satisfação com o atendimento e participação em atividades educativas das gestantes que realizam o pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=44)	49
Tabela 10: Dados descritivos dos atendimentos odontológico, psicológico, nutricional e outros realizados pelas gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=44)	51

LISTA DE SIGLAS

CF	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
ABO-RH	Tipagem Sanguínea e fator RH
AU	Altura Uterina
BCF	Batimentos Cardíofetais
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPB	Código Penal Brasileiro
GO	Goiás
HBsAg	Antígeno de Superfície da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Política de Humanização do Parto e Nascimento
PI	Piauí
ESF	Estratégia Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USG	Ultrassonografia Gestacional
VDRL	<i>VenerealDiseaseResearchLaboratory</i> (Testagem de Sífilis)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Período gravídico-puerperal	15
3.2	Assistência pré-natal no Brasil	16
<i>3.2.1</i>	<i>Recomendações do Ministério da Saúde do Brasil</i>	<i>18</i>
<i>3.2.2</i>	<i>Atenção pré-natal e puerperal humanizada</i>	<i>20</i>
<i>3.2.3</i>	<i>Detecção precoce de doenças</i>	<i>21</i>
3.3	O Pré-natal em cenários socioeconômicos e regionais vulneráveis....	24
4	MATERIAIS E MÉTODOS	27
4.1	Tipo de estudo	27
4.2	Local de coleta de dados	27
4.3	Instrumento de coleta dos dados	30
4.4	Participantes e critérios de inclusão e exclusão	30
4.5	Amostra da pesquisa	31
4.6	Análise dos dados	32
4.7	Considerações éticas	32
5	RESULTADOS	34
5.1	Distribuição das gestantes conforme zona de residência	34
5.2	Caracterização da rede de atendimento pré-natal	35
5.3	Perfil sociodemográfico do grupo de gestantes	36
5.4	Perfil socioeconômico do grupo de gestantes	38
5.5	Perfil relacionado à habitação, transporte e saneamento básico das gestantes	39
5.6	Perfil gineco-obstétrico do grupo de gestantes	41
5.7	Hábitos sociais relatados pelas gestantes	44
5.8	Adequação dos exames e cartões das gestantes às recomendações do MS	45

5.9	Características da atuação profissional, satisfação e participação das gestantes	49
5.10	Características do atendimento multiprofissional	51
6	DISCUSSÃO	52
7	CONCLUSÕES	68
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	77
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	77
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO ..	86
	ANEXOS	89
	ANEXO A – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE	89
	ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA PUC GOIÁS	90

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional destaca-se como uma importante etapa da vida da mulher por envolver experiências singulares e transitórias que se refletem em transformações de diversas ordens: psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas, permitindo a vivência de uma experiência única (COSTA et al., 2013).

A relevância dessa fase da vida pauta-se na necessidade de se prestar uma adequada assistência pré-natal, uma vez que este procedimento torna-se um componente indispensável à promoção da saúde materno-infantil e ao desfecho de um parto normal e sem intercorrências negativas (VIELLAS et al., 2014).

Os cuidados no pré-natal constituem uma importante ação programática, focada na minimização dos riscos à saúde e à vida da gestante e do bebê. Para este último, uma adequada atenção pré-natal pode evitar problemas como o retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, repercutindo significativamente na redução das taxas de mortalidade infantil (MENDOZA-SASSI et al., 2011).

Considerando a importância da promoção da saúde e qualidade de vida durante o período gestacional e puerpério, as gestantes são público-alvo de ações e políticas de saúde públicas (FERREIRA; MOURA; CABRAL JÚNIOR, 2007). Assim, com o objetivo de oferecer a atenção integral de forma humanizada à gestante, em 2000 foi implantado no Brasil o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), o qual elaborou um protocolo mínimo de ações recomendadas para diminuir a mortalidade materna e perinatal (COSTA et al., 2013).

Desde essa época, os municípios brasileiros enfrentam os desafios no cumprimento desse protocolo que envolve a garantia de ações que devem ocorrer de forma integrada, como: início precoce do cuidado pré-natal, cobertura universal, periodicidade e número mínimo de seis consultas, realização de procedimentos clínico-laboratoriais e promoção de atividades educativas (RASIA; ALBERNAZ, 2008; COSTA et al., 2013).

Portanto, o Ministério da Saúde (MS) se vale de um indicador simples, a relação entre a data de entrada no programa e o número total de consultas realizadas, para avaliar a adequação do atendimento pré-natal, sendo considerado ideal quando a primeira consulta ocorre até o 120º dia da gestação e são atingidas, no mínimo, seis consultas até o momento do parto (DIAS-DA-COSTA et al., 2013).

Esse protocolo visa à garantia da qualidade do atendimento pré-natale envolve ações que vão desde o acesso à assistência, proporcionando aumento da oferta dos serviços, incluindo o acesso aos exames laboratoriais, até a existência de mecanismos formais de referência e contra referência entre os níveis diversos de atenção (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda que a atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada deve contemplar a mãe e o bebê de forma ampla, através de uma concepção do processo de saúde que não se limite apenas à ausência de doenças e questões fisiológicas, mas a dimensão corpo/mente e os aspectos do ambiente social, econômico, cultural e físico. Além disso, a assistência pré-natal deve considerar os aspectos subjetivos que envolvam o atendimento, o relacionamento entre gestantes, gestores e profissionais de saúde, e a garantia do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Diante dos cuidados que uma gravidez exige e dos desafios da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o atendimento de qualidade e humanizado enfatiza-se, portanto, a necessidade de se estabelecer vínculos entre a mulher, o conceito e os profissionais de saúde que serão responsáveis por seus cuidados de modo a proporcionar maior efetividade na assistência pré-natal (COSTA et al., 2013).

Mais de uma década após a implantação da PHPN e do estabelecimento do protocolo mínimo de ações para a garantia da atenção pré-natal e puerperal, estudos nacionais ainda evidenciam falhas na assistência pré-natal, caracterizadas por dificuldade de acesso aos serviços, início tardio e reduzido número das consultas, realização incompleta dos procedimentos, além da falta de integração entre os serviços de assistência (VIELLAS et al., 2014).

Diante do exposto, esta pesquisa enfatiza a assistência pré-natal na rede de atenção básica do SUS de um município do semiárido piauiense, considerando que o estudo em questão tem viabilidade e importância para a saúde pública, pois se evidenciam as características do serviço de saúde, elucidando os fatores estruturais que contribuem para possíveis falhas na assistência pré-natal. Além disso, busca-se a identificação dos perfis socioeconômico, demográfico e obstétrico das mulheres que fazem o pré-natal nesse ambiente, possibilitando a discussão sobre a realidade

local e as necessidades que envolvem essas gestantes no contexto das suas condições de saúde e particularidades do serviço.

Convém ressaltar a importância de se contextualizar a relação entre o ambiente em estudo, a rede de serviços do SUS disponíveis para a garantia da efetivação do direito à saúde, constante no art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) e na Lei 8080/90 (Lei do SUS), e a assistência pré-natal pesquisada.

O município em questão situa-se no semiárido piauiense, sendo que o estado possui um sério problema em sua rede de serviços de saúde públicos chamado de centralidade interurbana, que consiste no fato da capital Teresina se sobressair em relação aos demais municípios piauienses na oferta de serviços, profissionais, estabelecimentos e diagnósticos de média e alta complexidade, gerando um acentuado fluxo de usuários tanto do interior do estado como de outras unidades da federação, o que gera um caos na saúde pública local com corredores amontoados de pessoas à espera de um atendimento (BUENO; LIMA, 2015).

Embora a problemática não envolva apenas a assistência à gestante, mas todo o contexto de saúde, o fato é que o atendimento pré-natal de qualidade, atuando de forma preventiva evita complicações do quadro clínico e o deslocamento da gestante e/ou do bebê para capital em decorrência da necessidade de serviços de maior complexidade. A discrepância entre o atendimento do SUS nas cidades piauienses é tão grande, que dos 97 equipamentos de ultrassom doppler disponíveis no estado, que possui 224 municípios, 69 concentram-se na capital, evidenciando-se a importância do foco preventivo da assistência pré-natal de qualidade e humanizada (BUENO; LIMA, 2015).

Dessa forma, esta pesquisa oferece subsídios para a busca de soluções que proporcionem melhores condições de saúde, ambiente e atendimento às mulheres em período gravídico-puerperal, assim como, o ajuste da atual situação da assistência pré-natal aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil e às necessidades dos perfis identificados.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as características e perfis da assistência pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas pela rede de atenção básica de um município do semiárido piauiense.

2.2 Específicos

- Identificar os perfis sócio-demográficos e econômicos das mulheres em assistência pré-natal;
- Descrever o perfil obstétrico das gestantes em atendimento pré-natal;
- Investigar se as características e perfis correspondem às recomendações sobre pré-natal do Ministério da Saúde e/ou estudos nacionais e locais;
- Verificar a satisfação das mulheres em relação ao serviço de assistência pré-natal;
- Verificar se há diferenças, quanto à escolaridade, em relação às características gineco-obstétricas, hábitos sociais e atendimento pré-natal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Alterações do perfil epidemiológico da mulher demonstram que a taxa de fecundidade teve redução significativa na última década, reduzindo-se de 2,38 filhos para 1,9 filhos por mulher. A taxa de mortalidade feminina também caiu de 4,24 óbitos para 3,72 óbitos (OLIVEIRA et al., 2014).

No entanto, apesar das melhorias nesse cenário, as complicações relacionadas à maternidade são responsáveis pela morbimortalidade materna e infantil no Brasil, tendo o pré-natal papel fundamental na redução das causas dessas mortes e dos fatores de riscos à gestante e ao bebê (ANDRADE; LIMA, 2014).

Dessa forma, este referencial trouxe à tona assuntos que envolvem o período gravídico-puerperal, a assistência pré-natal no Brasil, incluindo as recomendações do ministério da saúde, a atenção pré-natal e puerperal humanizada e a detecção precoce de doenças. Além disso, trata do pré-natal em cenários socioeconômicos e regionais vulneráveis, através de uma contextualização das ciências da saúde e ambiental, como se verifica a seguir.

3.1 Período gravídico-puerperal

Ao se tratar da atenção à saúde no período gravídico-puerperal, o pré-natal se destaca como um dos mais importantes componentes na garantia de resultados perinatais positivos em relação à saúde da mãe e do bebê (VIELLAS, 2014).

Nesse sentido, o período gravídico-puerperal demanda uma série de ações e procedimentos a serem realizados pelos profissionais de saúde e as gestantes, conforme recomendações do Ministério da Saúde (2005), como se verá adiante, tendo como documento indispensável ao registro de todas essas informações o Cartão da Gestante, criado no Brasil em 1988 e fornecido tanto na rede pública como privada de saúde, o qual dispõe de dados referentes ao número de consultas, peso da gestante, vacinação, Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), Altura Uterina (AU), idade da última menstruação, idade gestacional, pressão arterial, resultados de cada exame e sintomas apresentados no período, entre outros. Portanto, o Cartão da Gestante é um instrumento de auxílio para o profissional de saúde, sendo indispensável na ocasião de realização do parto ou em alguma urgência, servindo

como um documento de identificação da gestante durante toda a trajetória do pré-natal (PASTORAL DA CRIANÇA, 2016).

O pré-natal é ponto inicial na condução de um período em que as mulheres estarão submetidas a condições de saúde físico-mental especial. Mas, essa etapa da vida tem implicações não só nos aspectos biológicos, mas também culturais. O nascimento de um novo ente querido é muito significativo para as gerações e para as culturas humanas. A gravidez e o parto são momentos únicos para a mulher, marcados por intensos sentimentos e emoções. Essas vivências permanecerão na sua memória ao longo da vida, por isso todos os envolvidos na assistência devem garantir um atendimento humanizado do pré-natal ao parto (ANDRADE; LIMA, 2014).

Assim, durante o período gravídico-puerperal a mulher necessita de uma assistência pré-natal humanizada, condizente com suas necessidades pessoais e familiar, pautada no respeito aos seus sentimentos e emoções e às suas escolhas, sendo que há uma nítida relação entre esse período e o contexto de vida da gestante.

As condições de vida das gestantes irão influenciar a saúde dessas mulheres no ciclo gravídico puerperal. As vulnerabilidades se correlacionam a um perfil socioeconômico precário, baixo nível de escolaridade, dificuldade de acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, suscetibilidade às infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto e violência sexual, entre outros fatores que afetam à saúde materna e infantil durante a gestação (OLIVEIRA et al., 2014).

Portanto, ao caracterizar a assistência pré-natal e analisar os aspectos constantes no Cartão da Gestante é preciso levar em consideração as particularidades, nuances, situações de riscos e condições de vulnerabilidades a que estão submetidas.

3.2 Assistência Pré-natal no Brasil

Nos países ocidentais o modelo proposto de atendimento ao pré-natal segue aos padrões estabelecidos por Janet Campbell na Inglaterra no início do século XX, com as devidas transformações advindas da tecnologia e as descobertas científicas (CARVALHO; NOVAES, 2004).

No campo da Saúde no Brasil, a assistência pré-natal, historicamente, adquire espaço como prioridade da atenção à saúde, destacando-se entre os programas e ações direcionadas à população e pelo seu pioneirismo na perspectiva da saúde pública. Em relação às características dos programas de pré-natal no país, observa-se o foco nas ações preventivas e educativas de modo a intervir precocemente nos problemas gestacionais e no acompanhamento às gestantes de alto risco (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Portanto, a assistência pré-natal configura-se com uma ação rotineira e tecnicamente orientada, como foco preventivo na minimização dos riscos inerentes à gravidez e melhores condições de saúde para a mãe e o bebê, repercutindo a nível geral nas reduções das taxas de morbidade e mortalidade (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Para Andrade e Lima (2014) um dos pontos críticos da assistência à gestante é a ausência de uma filosofia de trabalho em equipe que promova a melhoria dos indicadores perinatais. Como os profissionais médicos obstetras e pediatras estão mais preparados para atender gestantes de alto risco, torna-se relevante um atendimento multiprofissional, composto também de enfermeiras obstetras, obstetrizes, educadores perinatais, psicólogos e doulas, entre outros, que desenvolvam um trabalho integrado, articulando práticas e saberes que atendam satisfatoriamente às necessidades da gestante e de sua família.

Considerando a perspectiva do gênero como determinante na condução das políticas públicas direcionadas à mulher, fator para o estabelecimento de perfis epidemiológicos e requisito para o planejamento das ações de saúde, o Ministério da Saúde tem investido em uma série de programas de saúde direcionados a este grupo populacional: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento; a Assistência Humanizada ao Abortamento; o Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis; de Controle do Câncer Cérvico Uterino e de Mama; a Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de violência Doméstica e Sexual e a Atenção à Mulher no Climatério e Menopausa (OLIVEIRA et al., 2014).

No Brasil, a abrangência de forma ampla do atendimento pré-natal, inicia-se na década de 1980 com o Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) (CARVALHO; NOVAES, 2004). Os programas, em especial, a atual Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, visam contemplar de sobremaneira as populações mais vulneráveis, considerando os determinantes sociais e o seu

contexto de vida, o que demonstra a necessidade de se ter uma percepção direcionada ao meio em que estão inseridas e aos fatores ambientais que influenciam o seu modo de vida, que no caso deste trabalho é o semiárido piauiense. Também é importante considerar as particularidades de cada gestante e sua condição enquanto sujeito ativo das suas escolhas e protagonista da sua história (OLIVEIRA et al., 2014).

3.2.1 Recomendações do Ministério da Saúde do Brasil

Seguindo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do UNICEF, o Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas durante o pré-natal (UNICEF, 2005). Esse número vem sendo alcançado progressivamente. Em 1995 eram apenas 1,2 consultas pré-natais no SUS por gestante, em 2005 esse valor aumentou para 5,45 consultas. No entanto, há diferenças significativas entre regiões, sendo que a Norte e Nordeste apresentam menor número de consultas por gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Ministério da saúde também determina o desenvolvimento de algumas atividades e procedimentos, que vão desde escutar a mulher e seu acompanhante, esclarecendo suas dúvidas e informando-lhes sobre a consulta e a conduta a ser adotada, incluindo atividades educativas em grupo e individual para prestar informações e sanar dúvidas, anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante até o estímulo ao parto normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As ações dos serviços de saúde direcionadas ao Pré-natal, ao parto e ao nascimento são fundamentais para a redução da mortalidade materna e neonatal, haja vista que a maioria dessas mortes podem ser evitadas. Porém, como no Brasil há uma institucionalização da assistência ao parto, realizado em hospitais e por profissionais habilitados e não de forma natural, alguns fatores interferem negativamente nos altos índices de morbimortalidade materna e infantil: a disseminação dos saberes que não se baseiam em evidência científica como recomenda a OMS; o maior acesso à tecnologia, aos insumos, aos equipamentos biomédicos; o aumento do número de profissionais; e a normatização dos procedimentos que, por si só, não são suficientes na garantia da redução desses índices (ANDRADE; LIMA, 2014).

Assim, as complicações não vêm diminuindo porque ainda prevalece um modelo biomédico, tecnocrático e acrítico do conhecimento, onde a mulher deixa de ser protagonista do seu momento de “dar à luz”, para entrar práticas médicas que envolvem um rol de tecnologias que tratam o parto como um processo patológico e comercial, e não como um procedimento que requer cuidados (ANDRADE; LIMA, 2014).

Esse modelo é aplicado no Brasil até mesmo quando se trata do parto normal, o qual é centrado no médico e na instituição hospitalar, com foco na incorporação de tecnologias e na organização taylorista do ambiente e dos processos de trabalho (ANDRADE; LIMA, 2014).

No que se refere ao parto cirúrgico, as taxas de cesariana no SUS são superiores a 15%, índice recomendado pela OMS. A prevalência de cesarianas no país não se relaciona aos riscos obstétricos, mas aos aspectos socioeconômicos e culturais, onde essa preferência de parto pela mulher centra-se na conduta intervencionista do médico e na crença de que quanto mais tecnologia, maior a segurança no procedimento. No entanto, o uso abusivo de técnicas e procedimentos são fatores que acentuam as complicações maternas e neonatais nas regiões brasileiras (ANDRADE; LIMA, 2014). Para evitar essas complicações, exames laboratoriais são imprescindíveis ao acompanhamento pré-natal e o SUS deve assegurar a realização dos seguintes exames:

Quadro 1 - Exames laboratoriais a ser realizados no pré-natal pelo SUS.

Tipo do exame	Período de realização
ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito	Na primeira consulta
Glicemia	De jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30 ^a semana de gestação
VDRL	Um exame na primeira consulta e outro próximo à 30 ^a semana de gestação
Urina tipo 1	Um exame na primeira consulta e outro próximo à 30 ^a semana de gestação
Testagem anti-HIV	Um exame na primeira consulta e outro próximo à 30 ^a semana de gestação, sempre que possível
Sorologia para hepatite B (HBsAg)	Um exame, de preferência, próximo à 30 ^a semana de gestação, se disponível
Sorologia para toxoplasmose	Na primeira consulta, se disponível

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2005, p.11).

A realização desses exames em tempo hábil, conforme determinado acima, contribui de sobremaneira para a detecção precoce das patologias ou complicações decorrentes da gestação, aspecto discutido posteriormente. Outras recomendações do Ministério da Saúde são: a vacinação antitetânica em duas doses ou reforço para as gestantes que se vacinaram a menos de 5 anos; avaliação do estado nutricional e monitoramento em sistema informatizado (SISVAN); prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; prevenção e diagnóstico precoce do câncer de útero e de mama; tratamento das intercorrências da gestação; atendimento à gestante com problemas ou com morbidade garantindo o vínculo ou acesso à unidade ambulatorial e hospitalar de referência; e o registro em prontuário e cartão da gestante de todos os aspectos e ocorrências que envolvam o pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O atendimento pré-natal também deve ser de qualidade e humanizado. Portanto, devem ser garantidos os recursos necessários à efetivação do mesmo. Assim, a PHPN é estruturada por três pilares: assistência qualificada no pré-natal; eficiente gestão dos recursos destinados à assistência obstétrica e neonatal hospitalar; e os novos métodos de remuneração de modo a promover o envolvimento integral dos gestores, profissionais de saúde e população (SILVA, 2013).

3.2.2 Atenção pré-natal e puerperal humanizada

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção pré-natal e puerperal deve ser de qualidade e humanizada. Para tanto, é preciso considerar o processo saúde/doença em uma dimensão que não envolva apenas os aspectos físicos da gestação, mas a pessoa com corpo e mente, e o meio no qual está inserida: social, econômico e cultural. Deve-se respeitar os direitos humanos e sexuais das mulheres e traçar uma base sólida e confiável de relacionamentos entre usuários, profissionais e gestores do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Assim, entende-se por humanização a valorização das pessoas envolvidas no processo de saúde, como usuários, trabalhadores e gestores, concebendo-os como detentores de autonomia, co-responsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva, de modo a identificar as reais necessidades sociais e construir modelos de atenção e gestão em que os sujeitos são protagonistas na produção da

saúde, as quais envolvem não apenas os aspectos técnicos e médico-hospitalares, mas também, ambientais e relacionados às condições de trabalho e atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No contexto da Política Nacional de Humanização, entende-se por humanização uma maneira de se fazer inclusão através do método tríplice, o qual envolve a efetivação da inclusão nos espaços de atenção, gestão e formação, objetivando mudanças de práticas de saúde, qualificando os modos de cuidados e gestão do SUS, por intermédio de ações integrais de redes coletivas e de relações entre gestores, trabalhadores e usuários. Portanto, a humanização se torna um movimento institucional, político, ético e afetivo¹ que deve agir em função da coletividade no âmbito do SUS (MARTINS et al., 2014).

Dessa forma, a qualidade da assistência obstétrica e neonatal depende de uma boa organização da rede de serviços do SUS que garanta os princípios estabelecidos na Lei nº 8080/90, designada como Lei do SUS, destacando-se: universalidade do acesso aos serviços de saúde (art. 7, I); integralidade da assistência à saúde envolvendo aspectos preventivos e curativos (art. 7, II); igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (art. 7, III); e o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde (art. 7, IV), entre outros mencionados no referido dispositivo legal (BRASIL, 1990).

A humanização do pré-natal e do parto se efetiva através do trabalho em equipe de atenção à mulher com foco na valorização da gestante e fortalecimento da sua dignidade. Para tanto, a PHPN desenvolve um conjunto de estratégias e apoio ao SUS com foco na qualificação da atenção e dos gestores através do desenvolvimento dos saberes e fazeres das equipes de saúde, comprometimento dos diversos atores sociais e a indissociação entre as práticas de saúde e as subjetividades protagonistas (MARTINS et al., 2014).

3.2.3 Detecção precoce de doenças

Uma das principais recomendações do Ministério da Saúde é a detecção precoce de patologias e situações de riscos tanto para a mãe quanto para o bebê durante o pré-natal (VIELLAS, 2014).

¹ No contexto da PHN entende-se por afeto uma efetivação de uma potência coletiva, que envolve os sujeitos e coletivos no processo de construção do SUS e do pré-natal humanizado (MARTINS et al., 2014).

As complicações relacionadas à maternidade são responsáveis pela morte de aproximadamente 287 mil mulheres em todo o mundo (ANDRADE; LIMA, 2014). No Brasil, as complicações obstétricas respondem por 26,7% do total de internações hospitalares de mulheres em idade reprodutiva. Os eventos quase-mortais, ou seja, eventos em que a mulher esteve gravemente doente, mas sobreviveu, representam 4% do total de partos do país, taxa quatro vezes maior daquela incidente em países desenvolvidos, prevalecendo as infecções, pré-eclampsia e hemorragia (OLIVEIRA et al., 2014).

No Brasil, embora se vivencie o decréscimo da taxa de mortalidade infantil nos últimos trinta anos, os óbitos neonatais e a prematuridade ainda configuram como situações de elevado risco de vida aos bebês, sendo esta última a principal causa de morte infantil no Brasil (ANDRADE; LIMA, 2014).

No Brasil houve nos últimos anos um avanço considerável no que se refere à ampliação do acesso aos serviços de saúde, assim como, a redução das razões de óbitos maternos (ANDRADE; LIMA, 2014). A Razão de Mortalidade Materna (RMM) teve um decréscimo de 50% nos últimos vinte anos, mesmo assim, não atende aos índices da OMS. Dados de 2007 apontam a hipertensão como responsável por 23% dos óbitos maternos. Outras causas foram: 10% sepse, 8% hemorragia, 5% alterações placentárias, 4% embolia, 4% outras complicações do trabalho de parto, 4% contrações uterinas anormais, 4% alterações relacionadas a HIV/aids, 14% outras causas diretas e 17% outras causas indiretas (OLIVEIRA et al., 2014).

Entende-se por mortes diretas aquelas que resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério no período de até 42 dias após o parto. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação ou alterada por seus efeitos fisiológicos, como problemas circulatórios ou respiratórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De 1990 a 2007, as mortes diretas diminuíram 56%, enquanto que as indiretas aumentaram em 33% de 1990 a 2000, mantendo-se estáveis de 2000 a 2007. Esse aumento se deve a melhorias nas investigações desses óbitos. Em 1990 as causas diretas era 9,4 vezes maior que as indiretas. Esse percentual caiu para 3,5 e 3,2 vezes em 2000 e 2007, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outro problema de saúde que contribui significativamente para o óbito neonatal no Brasil é a incidência de sífilis congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2013). A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, cujo agente causador é o *Treponema pallidum*. Na gestação ocorre a transmissão vertical, podendo ocasionar as seguintes consequências: abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, neonatos enfermos ou assintomáticos que podem evoluir para complicações graves caso não tratados. Por isso, é importante realizar a testagem para sífilis durante o pré-natal e tratar os casos positivos, pois eventos adversos são mais frequentes em gestantes com essa infecção, com alto índice de desfechos negativos (66,5%) em relação às gestantes que não possuem a doença (14,3%) (MADEIRA et al., 2014).

A sífilis congênita é uma preocupação da OMS, que em 2007 criou estratégias para eliminação da doença e em 2012 a incorporou ao controle de transmissão vertical do HIV. Com foco na eliminação da sífilis congênita nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estabelece a meta de 0,5 caso para cada 1.000 nascido-vivos, adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil (MADEIRA et al., 2014).

Os abortos inseguros, a frequência de cesarianas e a excessiva medicalização no processo de parto e nascimento são fatores que tornam as taxas de mortalidade materna e neonatal longe do ideal (ANDRADE; LIMA, 2014). Em 2008, as complicações de abortos responderam por 215 mil hospitalizações do SUS, sendo que 3.230 estavam associados a abortos ilegais. Esses dados podem ser ainda mais elevados em decorrências das subnotificações, haja vista que o aborto ilegal no Brasil configura-se como crime de atentado à vida. Fatores como idade, raça/etnia e condições socioeconômicas caracterizam a distribuição desigual dos abortos na população, sendo que mulheres negras têm o risco três vezes maior de morrer por abortos inseguros que mulheres brancas (OLIVEIRA et al., 2014).

Mesmo com a amplitude da cobertura pré-natal no Brasil e redução da mortalidade infantil ao longo dos anos, os indicadores de óbitos neonatais que decrescem aquém do esperado, assim como, a elevada incidência de sífilis congênita e a prevalência da hipertensão arterial como principal causa de mortalidade materna e perinatal no país, demonstram o comprometimento dos cuidados pré-natal e a necessidade de se repensar as ações do SUS relacionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

3.3 O Pré-natal em cenários socioeconômicos e regionais vulneráveis

Embora o pré-natal adequadamente realizado, ou seja, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde de forma tecnicamente orientada, tenha se consolidado como uma ação proativa à saúde da gestante e do bebê vem sendo propostas análises que buscam articular os resultados desse atendimento com as condições socioeconômicas e a grupos específicos, uma vez que esses fatores podem interferir na atenção pré-natal. Pois, essas condições podem refletir em dificuldades de acesso ou em comportamentos considerados inadequados ao bom fluxo do pré-natal e detecção precoce de riscos à gestação, mesmo que existam recursos para esse programa (CARVALHO; NOVAES, 2004).

A saúde das mulheres no período gravídico-puerperal relaciona-se às condições de vidas aos contextos de vulnerabilidade como situações de gênero ou étnico-racial. Por exemplo, mulheres negras, indígenas e migrantes têm menos oportunidades de ter boa qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde. Portanto, há uma nítida relação entre as características do atendimento pré-natal e os fatores socioeconômicos e regionais vulneráveis (OLIVEIRA et al., 2014).

A vulnerabilidade social de mulheres e crianças as expõe às situações de riscos que levam à morte materna e infantil, sendo um fator determinante da morbimortalidade. Além disso, aspectos das práticas assistenciais de saúde, como foco no modelo biomédico e utilização do conhecimento técnico sem senso crítico-reflexivo, podem contribuir significativamente para o aumento desses riscos (ANDRADE; LIMA, 2014).

Nesse contexto, entende-se como vulnerabilidade “o movimento de se considerar a susceptibilidade das pessoas ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos individuais e coletivos” Assim, pessoas com menos recursos será mais susceptível às infecções e ao adoecimento. Portanto, o semiárido configura-se como um contexto adverso ao direito à saúde, onde se concentra muitas populações vulneráveis, pelas suas próprias características físico-geográficas e socioeconômicas, devendo-se considerar os aspectos individuais, institucionais, coletivos e comportamentais (OLIVEIRA et al., 2014, p. 49).

Apresentando taxa de mortalidade superior à média nacional em 95% das suas cidades, taxa de mortalidade proporcional por óbito em crianças menores de 1 ano de 33,8%, representada por infecções respiratórias aguda e deficiências

nutricionais, o semiárido possui uma deficiente rede de pré-natal com dois indicadores demonstrando a falta de atendimento eficiente na atenção primária desde a gestação: a desnutrição e o número de consultas pré-natal (UNICEF, 2005).

A desnutrição atinge mais de 10% das crianças menores de 2 anos em um terço dos municípios da região, quando o índice aceitável internacionalmente para a faixa etária seria de 4%, sendo que a desnutrição da mãe tem impacto sobre o bebê (UNICEF, 2005).

Em relação ao número de consultas, 75% das gestantes realizam de quatro a menos consultas pré-natal, abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde, mesmo havendo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) (UNICEF, 2005).

O semiárido brasileiro é uma região caracterizada pela diversidade étnico-racial, possuindo indígenas, brancos e negros, sendo que abriga 81% da população quilombola. Os indicadores sociais e econômicos são amplamente desfavoráveis, configurando uma das piores condições de vida do país e há falta de acesso aos serviços de saúde no período gestacional. Nesse contexto, as características climáticas da região, que sofre com as irregularidades das chuvas, historicamente, foram consideradas o cerne central dos problemas do semiárido relacionados às vulnerabilidades e miséria da população. No entanto, a responsabilidade pela precariedade dos indicadores e serviços de saúde relacionados no pré-natal, não podem ser reduzidos à lógica mínima da falta de chuvas, mas a falta de investimentos em infra-estrutura, políticas públicas saúde, educação, assistência social e à escassez de programas de geração de emprego e renda (UNICEF, 2005).

Estudo realizado com 405 crianças de família com renda inferior a um salário mínimo em Caracol no Piauí, um dos municípios do semiárido nordestino mais pobre do Brasil, demonstrou que as mães que dispunham de melhores condições socioeconômicas realizaram um maior número de consulta, exames (urina, hemograma, citopatológico de colo de útero e ultrassonografia) e tiveram mais acesso ao profissional médico (MANO et al., 2011).

Disparidades regionais e fatores determinantes do nível de pobreza, como baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, grande número de pessoas no mesmo domicílio, precárias condições de moradia e saneamento e assistência ao pré-natal deficitária, também interferem não só na realização do pré-natal, mas na escolha

pelo tipo de parto normal ou cesáreo, havendo uma nítida relação entre a cesariana e as mulheres com melhores condições socioeconômicas (MANO et al., 2011).

Nesse contexto, a referida pesquisa comprovou que as iniquidades da saúde não acontecem apenas entre ricos e pobres, como propõem a maioria dos estudos, uma vez que “mesmo entre os mais pobres, há enormes iniquidades em saúde. Combater os determinantes desta pobreza com programas sociais mais agressivos é imperativo, assim como priorizar o atendimento aos mais pobres dentre os pobres” (MANO et al., 2011, p.381).

Como exemplo dessa problemática, cita-se: enquanto na Região Norte 10% das mães realiza seus partos fora do ambiente hospitalar, na Região Sul apenas 1% das gestantes não tem acesso aos serviços médico-hospitalares na hora do parto; enquanto 48% das gestantes de Sergipe realizam mais de sete consultas, no Maranhão apenas 23% atingem essa quantidade; no Rio Grande do Sul, enquanto 73% das gestantes da cidade de Pelotas iniciam o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, na cidade de Rio Grande, apenas 66% o fazem nesse período. Portanto, observam-se iniquidades na cobertura pré-natal e no acesso aos serviços de saúde em diferentes regiões brasileiras, dentro de uma mesma região, sendo que as desigualdades podem ocorrer até mesmo dentro de um único estado (MANO et al., 2011, p.381-382).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Em relação ao tipo, tratou-se de um estudo *survey* descritivo-exploratório, que tem como objeto a assistência pré-natal na rede básica de saúde de um município do semiárido do nordeste brasileiro. O estudo *survey* é o mais indicado para a busca de informações concisas sobre as características de sujeitos, grupos, instituições, situações ou prevalência de um fenômeno, sendo que esta pesquisa destacou as características do serviço e o perfil das gestantes, através do estabelecimento de relação entre as variáveis, sem procurar necessariamente estabelecer uma relação causal (COSTA, 2011).

A pesquisa foi descritiva em função da forma de estudo, sendo que este tipo de pesquisa teve como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Foi também exploratória por apresentar um planejamento flexível, que envolveu levantamento bibliográfico e contato com os sujeitos das pesquisas. Houve também a presença da pesquisa documental, através da análise dos cartões das gestantes (GIL, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 Local da coleta dos dados

O município escolhido para a realização da pesquisa foi Simplício Mendes, localizado no semiárido piauiense, que foi selecionado para a amostragem pelo critério de acessibilidade da pesquisadora à rede de serviço, profissionais de saúde e população, pois a mesma atuou como enfermeira da ESF na região durante oito anos.

O Estado do Piauí possui uma extensão territorial de 251.576,64 km², uma densidade demográfica de 12,40 habitantes por Km² e uma população de 3.118.360, sendo 51% de mulheres (PIAUI, 2012). Com 224 municípios, apenas dois municípios do estado possuem mais de 100.000 habitantes, incluindo a capital; três possuem entre 50.001 a 100.000; 10 têm população entre 30.001 e 50.000; a grande maioria ou 164 municípios possui até 10.000 habitantes; e 45 municípios têm entre 10.001 a 30.000, incluindo-se nesse contexto o local da coleta de dados: o município

de Simplício Mendes (PIAUÍ, 2012). A Figura 1 demonstra o mapa do Piauí com seus municípios:

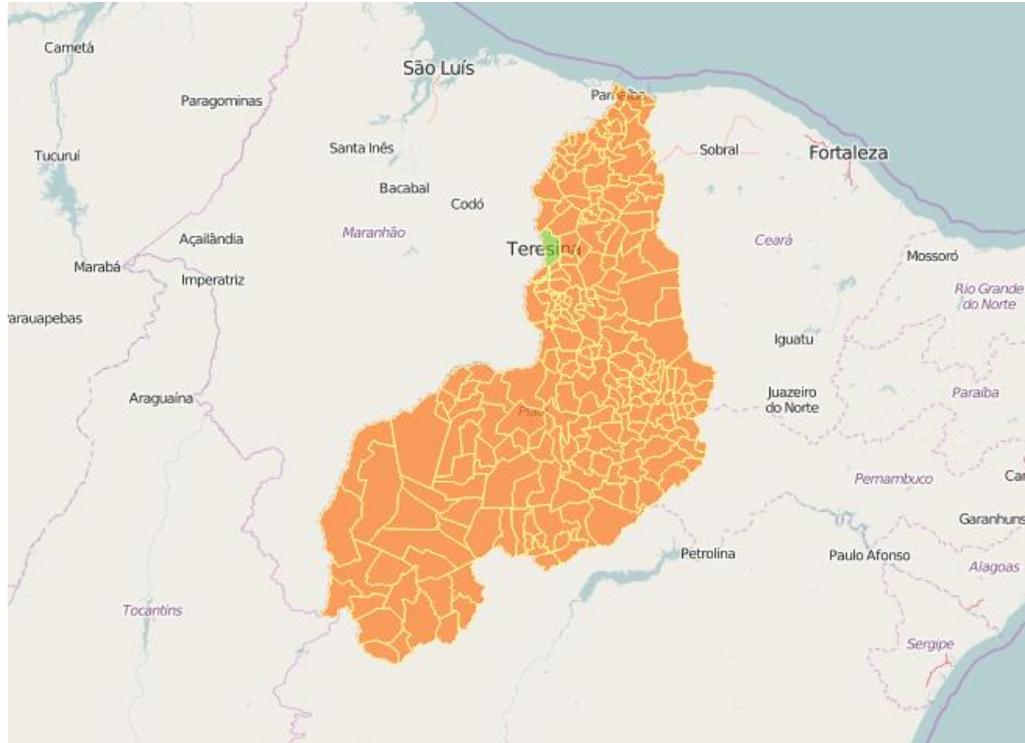


Figura 1: Mapa do Piauí com 224 municípios.
Fonte: IBGE (2016, p.01).

Conforme Censo Demográfico 2010, o município de Simplício Mendes atualmente tem uma população estimada em 12.077 habitantes. Em relação aos aspectos geofísicos, possui a caatinga como bioma, extensão territorial de 1.345,79 Km² e a densidade demográfica de 8,97 hab./km². Além disso, caracteriza-se por problemas socioeconômico expresso em um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal de 0,627 (IBGE, 2016).

No campo da Saúde, observa-se o número reduzido dos serviços de saúde, existindo apenas um estabelecimento com atendimento de obstetrícia e apenas 36 leitos do SUS para atender todas as ocorrências relacionadas aos agravos à saúde da população. Serviços de alta complexidade são escassos e equipamentos de diagnóstico e imagem, como ressonância magnética, tomógrafo e ultrassom doppler colorido não estão disponíveis (IBGE, 2016).

A Figura 2 expõe o mapa do município de Simplício Mendes, local do estudo:

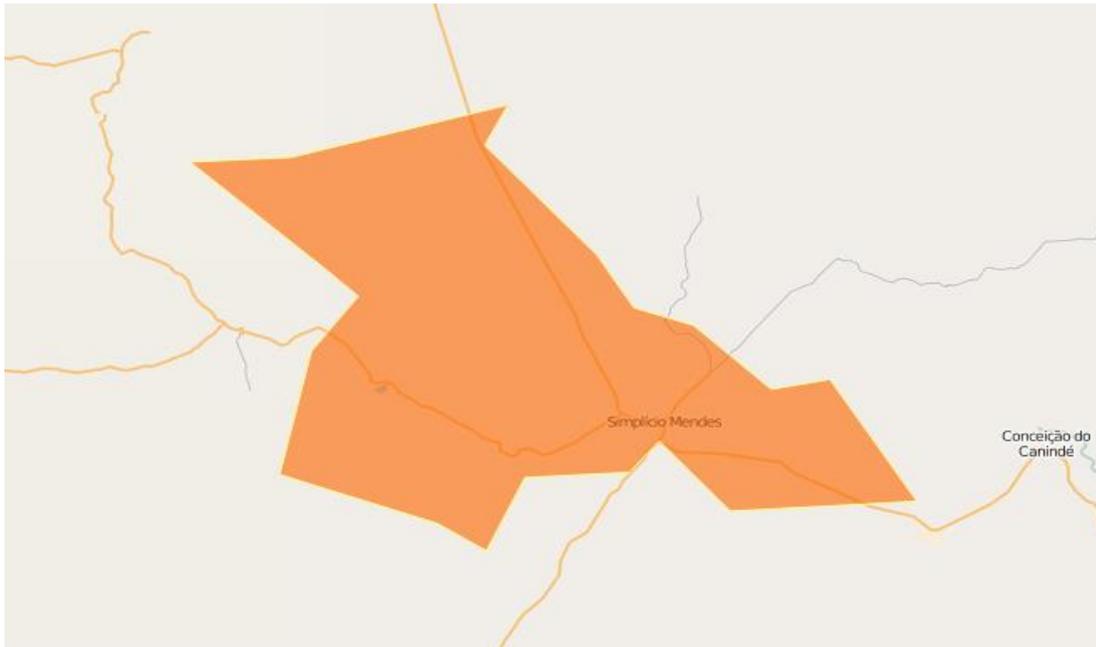


Figura 2: Mapa do Município de Simplício Mendes-PI.

Fonte: IBGE (2016, p.01).

No contexto exposto acima, para fins de coleta de dados selecionou-se a Rede de Atenção Básica do Município de Simplício Mendes, responsável pela realização do Pré-natal das gestantes e todo o acompanhamento da gestação ao puerpério. Essa rede era composta por um único distrito de saúde, 6 (seis) equipes da Estratégia Saúde da Família e 4 (quatro) postos ou centros de saúde. Os locais de coleta de dados estão expostos na Tabela 1:

Tabela 1: Locais, zonas municipais, quantidade de equipes da ESF e identificação das equipes das coletas de dados.

Local da coleta de dados	Zona do município	Quantidade de Equipes da ESF envolvidas	Identificação das Equipes
Ambulatório Nery de Moura Fé	Zona Urbana	03	Equipes um, três e seis
Posto de Saúde do Morro dos Cavalos	Zona Rural	01	Equipe dois
Posto de Saúde da Lagoa da Caridade	Zona Rural	01	Equipe quatro
Posto do Bairro São Francisco	Zona Urbana	01	Equipe cinco
TOTAL		06	

Portanto, observa-se que foram envolvidos todos os locais que realizam o pré-natal no município em estudo e todas as equipes de Saúde da Família.

4.3 Instrumento de coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se o questionário (Apêndice A). Adaptado de Costa (2011), o questionário era composto de dados de identificação pessoais, local que realizou o pré-natal, motivação e acessibilidade ao serviço de saúde, seguido dos dados socioeconômicos e demográficos, incluindo etnia, escolaridade, trabalho e renda, saneamento básico, meio de transporte, entre outros, com a finalidade de se traçar o perfil socioeconômico. Depois foram abordadas questões sobre a gestação, envolvendo os dados gineco-obstétrico da gravidez atual e os exames realizados durante a gestação, com o propósito de se realizar o perfil obstétrico.

Essas informações foram cedidas pela própria gestante mediante a técnica de entrevista, sendo que a coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora e por profissionais das equipes da ESF que contribuiriam voluntariamente com esse procedimento, haja vista a quantidade de questionários a serem respondidos e a distância entre os postos de saúde de atendimento ao pré-natal.

Ainda no próprio questionário algumas informações foram adquiridas por meio da análise do cartão da gestante, obtido com a própria participante, de modo a se realizar uma avaliação do perfil obstétrico e sua adequação às recomendações do Ministério da Saúde, por exemplo, o número de consultas e o início do pré-natal. Por fim, o instrumento questionou às gestantes se receberam atividades educativas, sua satisfação em relação ao atendimento pré-natal oferecido e as sugestões para implantação de melhorias no serviço.

4.4 Participantes e critérios de inclusão e exclusão

A população deste estudo envolveu as mulheres assistidas no pré-natal da Rede Básica de Saúde do município de Simplício Mendes, Piauí, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foram selecionadas as gestantes que fizeram pré-natal nos locais de coleta de dados no período de janeiro a maio de 2016 e que atenderam aos critérios de inclusão: ter o pré-natal realizado através Sistema Único

de Saúde (SUS) na referida rede básica de saúde; possuir idade superior a 18 anos; possuir o cartão de pré-natal; ser residente no município de Simplício Mendes; ter consentido sua participação no estudo mediante informação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), elaborado com base na resolução 466/12.

4.5 Amostra da pesquisa

A amostra foi selecionada conforme critério de acessibilidade das gestantes, uma vez que participação ocorreu de forma voluntária. Para o cálculo amostral utilizou-se a equação abaixo:

$$A = \frac{1}{E^2} = \frac{1}{(0,1)^2} = 100$$

Na equação acima, **A** refere-se à amostra, **E** é relativo ao erro amostral, sendo estabelecido o valor de 0,1. A partir desses dados, gera-se nova equação para calcular **n**, que se refere ao tamanho da amostra que se pretende calcular em relação ao **N**, que consiste no universo da pesquisa. Neste estudo, **N** equivale ao total de gestantes em atendimento pré-natal no período de janeiro e maio de 2016, sendo $N = 64$. Portanto, para cálculo de **n**, a equação é a seguinte:

$$n = \frac{N \times A}{N + A} = \frac{100 \times 64}{100 + 64} = 39$$

Considerando o tamanho amostral mínimo de 39 gestantes, este estudo envolveu o total de 50 mulheres, conforme a seguinte distribuição por equipe (Tabela 2).

Tabela 2: Quantidade de mulheres amostradas por equipe.

Equipes da ESF envolvidas	Quantidade de Mulheres/Questionários	Percentual de Mulheres/Questionários
	N	%
Equipe um	17	34
Equipe dois	12	24
Equipe três	04	8
Equipe quatro	05	10
Equipe cinco	04	8
Equipe seis	08	16
TOTAL	50	100

4.6 Análises dos dados

Após a coleta, os dados foram tabulados em planilhas Excel e analisados usando estatística descritiva, com apresentação das variáveis em porcentagens. Foi aplicado o teste do Qui-quadrado ou Teste G para verificar as relações entre o grau de escolaridade e as variáveis categóricas do perfil gineco-obstétrico (Tabela 7), dados dos hábitos sociais (Tabela 8), características da atuação profissional, satisfação com o atendimento e participação em atividades educativas (Tabela 9) e dados dos atendimentos pré-natal odontológico, psicológico, nutricional e outros (Tabela 10).

Assim, foram utilizados esses testes com a finalidade de testar as diferenças entre as variáveis, considerando o critério da escolaridade materna e os parâmetros até sete anos e maior que sete anos. Foi aplicado o teste do Qui-quadrado, quando $n > 20$ e Teste G, quando $n < 20$. Para todas as análises adotou-se um nível de significância $p < 0,05$, as quais foram realizadas no programa Bioestat 5.0 (AYRES et al., 2007).

4.7 Considerações éticas

Este estudo norteia-se pelos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto

de pesquisa foi devidamente autorizado pelo órgão em estudo, conforme Declaração da Instituição Co-participante (ANEXO A). Também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), aprovado em 13 de agosto de 2015, de acordo com o Parecer n. 1.183.685 (ANEXO B).

A pesquisadora manteve uma postura de imparcialidade nas respostas de modo a preservar a autenticidade da pesquisa e sua não interferência nos resultados, característica comum às pesquisas descritivas (AIDIL; LEHFELD, 2007).

Apresentou-se a proposta às participantes informando-lhes sobre a temática, título da pesquisa, objetivos e instrumentos de coleta de dados, de forma oral e por escrito, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o qual foi assinado por cada participante e pela pesquisadora. As gestantes também eram informadas que sua participação é voluntária e gratuita, assim como, sobre os benefícios da pesquisa para a promoção da saúde e o sigilo em relação às informações fornecidas.

5 RESULTADOS

Considerando as variáveis categóricas envolvidas na pesquisa e os objetivos propostos, os resultados foram divididos de modo a se identificar as caracterizações e os perfis em estudo, destacando-se a rede de atendimento, os aspectos sociodemográficos, socioeconômicos e gineco-obstétricos, além dos hábitos sociais, satisfação com o atendimento e participação em atividades educativas, iniciando-se com a distribuição das gestantes de acordo com a zona de residência.

5.1 Distribuição das gestantes conforme zona de residência

A busca pelos resultados da pesquisa iniciou-se com os dados de identificação. Assim, a distribuição de gestantes conforme a zona do município em que residiam foi apresentada na Figura 3.

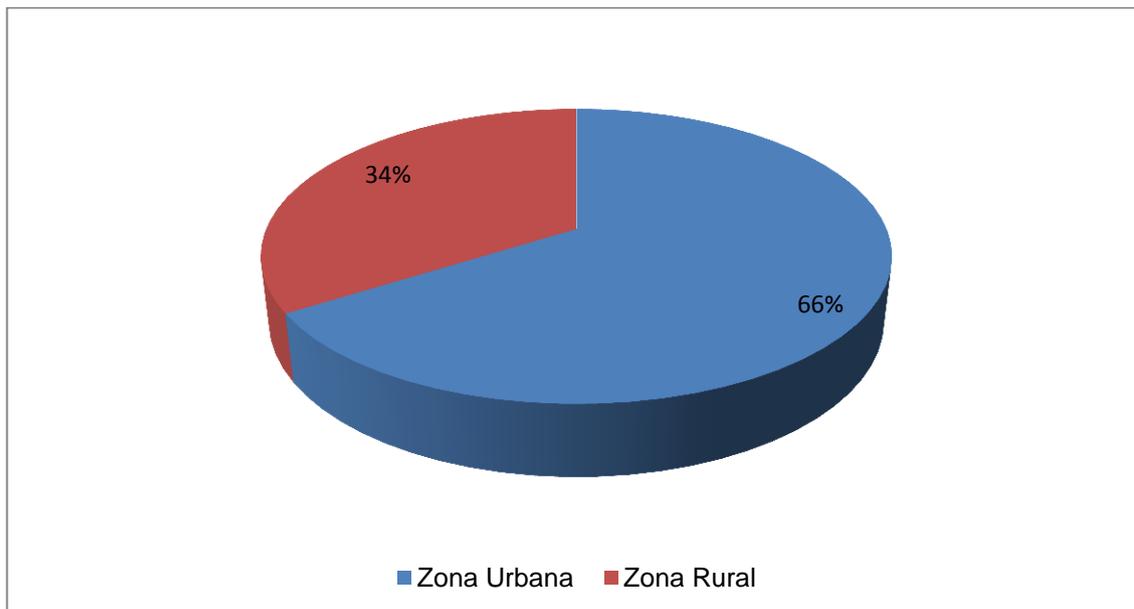


Figura 3: Zona de residência das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI.

A maioria das gestantes que participaram da pesquisa (66%) residia na zona urbana e apenas 34% na zona rural do município de Simplício Mendes, no semiárido piauiense (Figura 3).

5.2 Caracterização da rede de atendimento pré-natal

Com o objetivo de identificar os serviços de saúde da atenção pré-natal até o parto e caracterizar a rede de atendimento pré-natal no município em estudo, investigou-se em qual instituição a gestante realizaria o parto, o local em que estava realizando o pré-natal, o motivo da realização do pré-natal nesse estabelecimento de saúde e a forma de acesso à consulta, descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Perfil da rede de atendimento às gestantes que realizaram o pré-natal no município de Simplício Mendes-PI, durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50).

Variáveis	N	%
Instituição em que realizará o parto		
Hospital José de Moura Fé	44	88%
Outra instituição	06	12%
Motivo do Encaminhamento		
Única do município	44	88%
Parto Cesáreo	01	2%
Tratamento tireóide	01	2%
Encaminhado pela obstetra	01	2%
Por opção	01	2%
Gestação Gemelar	01	2%
Por ser mais adequada	01	2%
Conhecia a instituição antes		
Não	10	20%
Sim	34	68%
Não respondeu	06	12%
Local onde estava realizando o pré-natal		
Ambulatório Neri de Moura	28	56%
UBS Antônio Araújo Luz	11	22%
UBS Elisa Mendes de Moura	01	2%
UBS Lagoa da Caridade	05	10%
UBS Bairro São Francisco	04	8%
Outra (Maternidade Santa Fé)	01	2%
Motivo da realização do pré-natal neste local		
Proximidade	18	36%
Encaminhamento	22	44%
Proximidade + Encaminhamento	10	20%
Forma de agendamento da consulta		
Telefone	01	2%
Agente Comunitário de Saúde	34	68%
No serviço de saúde	14	28%
Outra (Reagendamento de consulta)	01	2%

Em relação ao local que se pretendia realizar o parto, a maioria, ou seja, 88% informaram ser o Hospital José de Moura Fé. Quanto ao motivo, não podemos dizer que foi propriamente uma escolha, mas a única opção disponível no município,

o único local do município adequado à realização dos partos. Em relação aos 12% que realizariam o parto em outra instituição, apenas 2% foi por opção, o restante foi em decorrência do quadro clínico apresentado na gravidez. Quanto ao conhecimento da instituição que realizaria o parto, 68% afirmaram conhecer o local. As gestantes que não conheciam o Hospital / Maternidade José de Moura Fé eram, na maioria, procedentes da zona rural, sendo que a maior parte das respostas negativas eram de gestantes que realizariam o parto em outro município da região ou na capital Teresina, as quais não tinham ainda a possibilidade de conhecer o local (Tabela 3).

Quanto ao local de realização do pré-natal, 56% o realizava no Ambulatório Neri de Moura Fé, o qual apresentou três das seis equipes constantes na amostragem da pesquisa: um, três e seis. O motivo para a realização do pré-natal nos locais mencionados pelas gestantes, em 44% dos casos, foi devido ao encaminhamento. Esses dados se explicam pela forma de agendamento da consulta, sendo que 68% deles foi feito por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (Tabela 3).

5.3 Perfil sociodemográfico do grupo de gestantes

O perfil sociodemográfico das gestantes atendidas pela rede de atenção básica do município de Simplício Mendes apresentou-se conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Perfil sociodemográfico das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50).

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
Até 20 anos	14	28%
21-30 anos	20	40%
31-40 anos	14	28%
Acima de 40 anos	02	4%
Etnia		
Amarelo	02	4%
Branco	06	12%
Indígena	00	0%
Negro	07	14%
Pardo	34	68%
Não declarou	01	2%
Escolaridade materna		
< 1 ano	03	6%
1-3 anos	04	8%
4-7 anos	14	28%
8-11 anos	14	28%
> ou = 12 anos	09	18%
Não respondeu	06	12%
Situação conjugal		
Solteira	12	24%
Casada/amasiada/união consensual	36	72%
Desquitada/divorciada/separada	02	4%
Religião		
Católica	37	74%
Evangélica	10	20%
Espírita	00	0%
Outra (Testemunha de Jeová)	01	2%
Outra (Nenhuma)	01	2%
Não respondeu	01	2%

No que se refere ao perfil sociodemográfico, embora 40% das gestantes possuíam de 21 a 40 anos, uma parcela considerável, 28% tinha idade até 20 anos, notando-se a presença da gravidez em adultas jovens, principalmente, na zona urbana. Observa-se um equilíbrio entre a primeira faixa etária e a terceira, sendo raro o número de mulheres acima de 41 anos, fenômeno que ocorreu apenas na zona rural (Tabela 4).

Houve predominância de 68% de mulheres de cor parda, não se identificando a presença de indígenas na região. Quanto à escolaridade, embora 46% das gestantes tinham mais de 7 anos de estudo, observou-se um baixo índice de escolaridade, principalmente, na zona rural, sendo que 42% possuíam até 7 anos de estudos.

A grande maioria declarou que morava com um companheiro, uma vez que a pesquisa detectou 72% de gestantes casadas ou com relação conjugal, incluindo a união estável. Portanto, envolveu não apenas o casamento formalizado neste quesito, mas também, a manutenção de um vínculo matrimonial através de relações consensuais. Além disso, a grande maioria (74%) são da religião católica (Tabela 4).

5.4 Perfil socioeconômico do grupo de gestantes

Prosseguindo-se à pesquisa com a finalidade de identificar o perfil socioeconômico das gestantes, foram coletadas informações acerca dos aspectos socioeconômicos como: ocupação, situação de trabalho, renda familiar, ajuda governamental e número de filhos, sendo que os resultados estão na Tabela 5.

Tabela 5 – Perfil socioeconômico das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50).

Variáveis	N	%
Ocupação		
Do lar	33	66%
Estudante	05	10%
Lavradora	02	4%
Professora	02	4%
Agente Comunitária de Saúde	02	4%
Doméstica	01	2%
Diretora de Escola	01	2%
Não Respondeu	04	8%
Situação de Trabalho		
Ativa	07	14%
Sem trabalho remunerado	41	82%
Não Respondeu	02	4%
Renda Familiar		
0-1 SM ²	36	72%
2-5 SM	12	24%
6-10 SM	02	4%
Ajuda governamental		
Não	24	48%
Bolsa Família	25	50%
Renda Cidadã	01	2%
Número de Filhos		
Nenhum	28	56%
Um	10	20%
Dois	08	16%
Três	02	4%
Mais de três	02	4%

² SM foi a sigla utilizada na pesquisa para a expressão Salário Mínimo.

Em relação à ocupação, 66% das gestantes informaram ser “Do lar”, tanto na zona urbana como na zona rural, enquanto que 82% identificaram-se sem trabalho remunerado, uma vez que não possuíam renda gerada pelo próprio trabalho. A grande maioria (72%) informou possuir renda familiar de 0 a 1 salário mínimo³ e tinha como principal provedor dessa renda o marido. Observou-se um grande número de gestantes que dependiam da ajuda da família para se sustentar, como ajuda dos pais, sogras, irmãos, cunhados, entre outros. No tocante ao recebimento de ajuda governamental, 50% eram beneficiárias do Programa Bolsa Família (Tabela 5).

Em relação ao número de filhos, mais da metade (56%) das gestantes não possuíam filhos. Das que possuíam filhos, 20% tinham apenas um filho e somente 4% tinham mais de três filhos (Tabela 5). Convém ressaltar que o número maior de filhos era de mulheres procedentes da zona rural do município de Simplício Mendes, sendo que a maioria delas possuía no máximo até 3 (três) filhos. Apenas uma delas tinha 9 (nove) filhos.

5.5 Perfil relacionado à habitação, transporte e saneamento básico das gestantes

Ainda em relação ao perfil socioeconômico, questionou-se sobre aspectos da habitação, transporte e saneamento básico, e os resultados são apresentados na Tabela 6.

³ Considerou-se o valor do SM estabelecido pelo Governo Federal à época da pesquisa: R\$ 880,00.

Tabela 6 – Perfil socioeconômico, relacionado à habitação, transporte e saneamento básico, das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=50).

Variáveis	n	%
Moradia		
Própria	22	44%
Alugada	12	24%
Cedida	15	30%
Outra (Casa de familiares)	01	2%
Com quem mora		
Cônjuge	18	36%
Cônjuge e filhos	16	32%
Um ou mais filhos	03	6%
Com os pais	03	6%
Outro (Mora com vários familiares juntos)	10	20%
Saneamento Básico		
Rede de esgoto		
Não	40	80%
Sim	10	20%
Asfalto		
Não	44	88%
Sim	05	10%
Não respondeu	01	2%
Praças		
Não	37	74%
Sim	12	24%
Não respondeu	01	2%
Água Tratada		
Não	14	28%
Sim	35	70%
Não respondeu	01	2%
Arborização		
Não	19	38%
Sim	30	60%
Não respondeu	01	2%
Acesso a meio de transporte		
Transporte coletivo		
Não	41	82%
Sim	02	4%
Não respondeu	07	14%
Carro Próprio		
Não	31	62%
Sim	13	26%
Não respondeu	06	12%
Outros meios		
Não	14	28%
Sim	26	52%
Não respondeu	10	20%

No que se refere à moradia, 44% das gestantes possuíam casa própria (Tabela 6). Embora 36% das gestantes afirmaram morar apenas com o marido, uma parcela considerável negou esse achado (20%) (Tabela 6).

Em relação ao saneamento básico, 80% das gestantes não tinham rede de esgoto e 70% não possuíam asfalto na localidade ou bairro em que moravam, acessível apenas para quem mora próximo às estradas de rodagem. Além disso, 74% afirmaram não residir próximo às praças, que são em pequeno número devido ao tamanho do município. No entanto, 60% moravam em lugar arborizado, sendo este concentrado na zona rural (Tabela 6).

A água tratada foi o item do saneamento básico mais favorável à melhor qualidade de vida das gestantes, sendo que 70% afirmaram ter acesso a esse benefício. Além disso, 82% das gestantes afirmaram não ter acesso ao transporte coletivo, 62% não possuíam carro próprio e 52% afirmaram ter outro veículo locomotor, a motocicleta (Tabela 6).

5.6 Perfil gineco-obstétrico do grupo de gestantes

O perfil gineco-obstétrico foi estabelecido considerando como variável a escolaridade materna, mediante os critérios até 7 anos ou > 7 anos, conforme determinou-se na metodologia, cujos dados estão expostos na Tabela 7.

Tabela 7 – Perfil gineco-obstétrico das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=44).

Variáveis	n	Escolaridade		p*
		Até 7 anos	> 7 anos	
Tipo de parto				
Vaginal	26	15 (34,08%)	11 (25%)	0,0240
Operatório	06	-	06 (13,64%)	
Não respondeu ou não sabe	12	06 (13,64%)	06 (13,64%)	
Imunização antitetânica				
Uma dose	03	02 (4,54%)	01 (2,27%)	0,2367
Duas doses	15	09 (20,45%)	06 (13,64%)	
Três doses	06	02 (4,54%)	04 (9,09%)	
Reforço	12	03 (6,81%)	09 (20,45%)	
Imunizada	07	05 (11,4%)	02 (4,54%)	
Outros (Não foi imunizada)	01	-	01(2,27%)	
Intercorrências na gestação atual				
Não	31	14 (31,82%)	17 (38,6%)	0,9869
Sim	11	05 (11,4%)	06 (13,64%)	
Não respondeu	02	02 (4,54%)	-	
Número de gestações				
Primípara	21	09 (20,45%)	12 (27,27%)	0,4840
Múltipara	21	11 (25%)	10 (22,73%)	
Nulípara	01	01 (2,27%)	-	
Não informou	01	-	01 (2,27%)	
Aborto				
Não	34	18 (40,91%)	16 (36,36%)	0,0003
Sim	10	03 (6,82%)	07 (15,91%)	

*Qui-quadrado ou teste G (quando n<20).

Em relação ao tipo de parto que a gestante iria realizar, um pouco mais da metade (56%) afirmou que iriam se submeter ao parto vaginal. No que se refere à imunização, 32% tomaram duas doses de vacina antitetânica e 26% necessitaram apenas do reforço, havendo regularidade na imunização da maioria das gestantes, sendo que apenas uma gestante informou não ter tomado a referida vacina. Em 74% dos casos não houveram intercorrências durante a gravidez, sendo baixo o número de problemas que levam à gestação de alto risco (Tabela 7).

Houve predominância de primíparas, uma vez que 52% das gestantes iriam ter filho pela primeira vez. Das 44% múltiparas, a maioria estava na segunda gestação, não tiveram filhos abaixo do peso e nem bebês nascidos mortos. As mulheres da zona rural foram as que tiveram um maior número de gestação. Além disso, 80% informaram não ter sofrido nenhum tipo de aborto, sendo que os 20% restantes informaram que o aborto foi espontâneo (Tabela 7).

Em relação ao perfil gineco-obstétrico estabelecido na Tabela 7, o parto vaginal foi mais freqüente em mulheres com menor escolaridade ($p = 0,0240$). Em mulheres com maior escolaridade, o aborto espontâneo foi mais freqüente ($p = 0,0003$).

Ainda em relação aos dados clínicos obstétricos, questionou-se acerca da existência de doenças presentes durante a gestação, envolvendo a hipertensão arterial, o diabetes e outras patologias, conforme Figura 4.

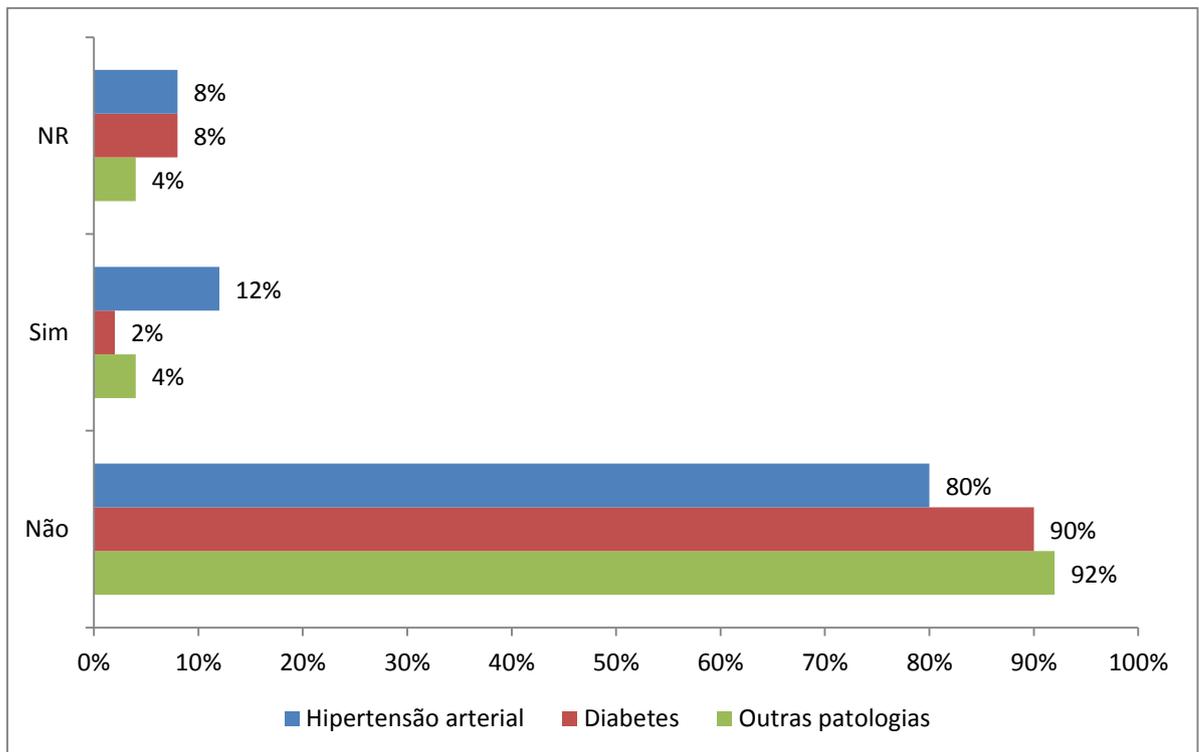


Figura 4: Presença de patologias na gestação de mulheres em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016.

A maioria das gestantes não apresentou patologias, sendo que: 80% não possuíam pressão arterial elevada, 90% não tinham diabetes e 92% não apresentaram outros tipos de doenças. No entanto, das que possuíam alguma doença na gestação destacaram-se 12% com hipertensão, inclusive com uma gestante apresentando quadro de pré-eclâmpsia.

5.7 Hábitos sociais relatados pelas gestantes

Em seguida questionou-se sobre alguns hábitos sociais das gestantes, como uso de cigarro, álcool e outras drogas, além da prática de exercícios físicos. Considerando a variável escolaridade, os dados são demonstrados na Tabela 8.

Tabela 8 – Hábitos sociais das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=44).

Variáveis	n	Escolaridade		p*
		Até 7 anos	> 7 anos	
Prática de exercício físico				
Não	34	18 (40,91%)	16 (36,37%)	0,1588
Sim	08	02 (4,54%)	06 (13,64%)	
Não respondeu	02	01 (2,27%)	01 (2,27%)	
Consumo de cigarro				
Não	42	19 (43,19%)	23 (52,27%)	0,1177
Sim	02	02 (4,54%)	-	
Uso de Álcool				
Não	44	21 (47,73%)	23 (52,27%)	
Uso de Outras Drogas				
Não	39	17 (38,64%)	22 (50%)	0,1336
Não respondeu	05	04 (9,09%)	01 (2,27%)	

*Qui-quadrado ou teste G (quando n<20).

Com relação aos hábitos das gestantes, 78% delas não praticavam exercícios físicos, e as que praticavam realizavam a caminhada, adequada à gestação desde que moderada, e de baixo custo. No entanto, a frequência é de apenas uma ou duas vezes por semana, quando o ideal seria três vezes por semana (Tabela 8).

Um ponto positivo verificado na pesquisa foi o baixo consumo do cigarro e álcool, uma vez que 96% afirmaram não fumar e não ter histórico de uso do tabaco. As 4% que afirmaram fazer uso do cigarro eram da zona urbana e uma delas fumava há mais de 20 anos, 20 cigarros por dia. Comprovando que o cigarro é prejudicial à saúde, a referida gestante enfrenta gravidez de alto risco com quadro de pressão arterial elevada e depressão, além de apresentar inadequações em relação aos exames clínico-laboratoriais e ultrassonográfico.

O uso de álcool não é comum entre as gestantes, uma vez que 100% afirmaram não ingerir bebidas alcoólicas. Dessas, apenas 2% afirmaram que já foram elitistas e pararam há 6 meses e 4% também informaram que já foram elitistas, sendo que estavam há um ano sem consumir álcool. O restante não

consumia e não tinha histórico constante de consumo. Além disso, 90% informaram não fazer uso de outras drogas.

Observou-se que a escolaridade não influenciou os hábitos sociais, como prática de exercícios físicos e consumo de drogas ilícitas (Tabela 8).

5.8 Adequação dos exames e cartões das gestantes às recomendações do MS

Em seguida foi verificado se os exames laboratoriais estavam adequados à idade gestacional, considerando os seguintes critérios: adequado, quando foi realizada duas coletas do teste da mamãe, uma no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre de gestação; inadequado, quando realizada uma coleta do teste da mamãe em qualquer idade gestacional; não realizaram, quando não foi realizado nenhum exame laboratorial durante a gestação (Figura 5).

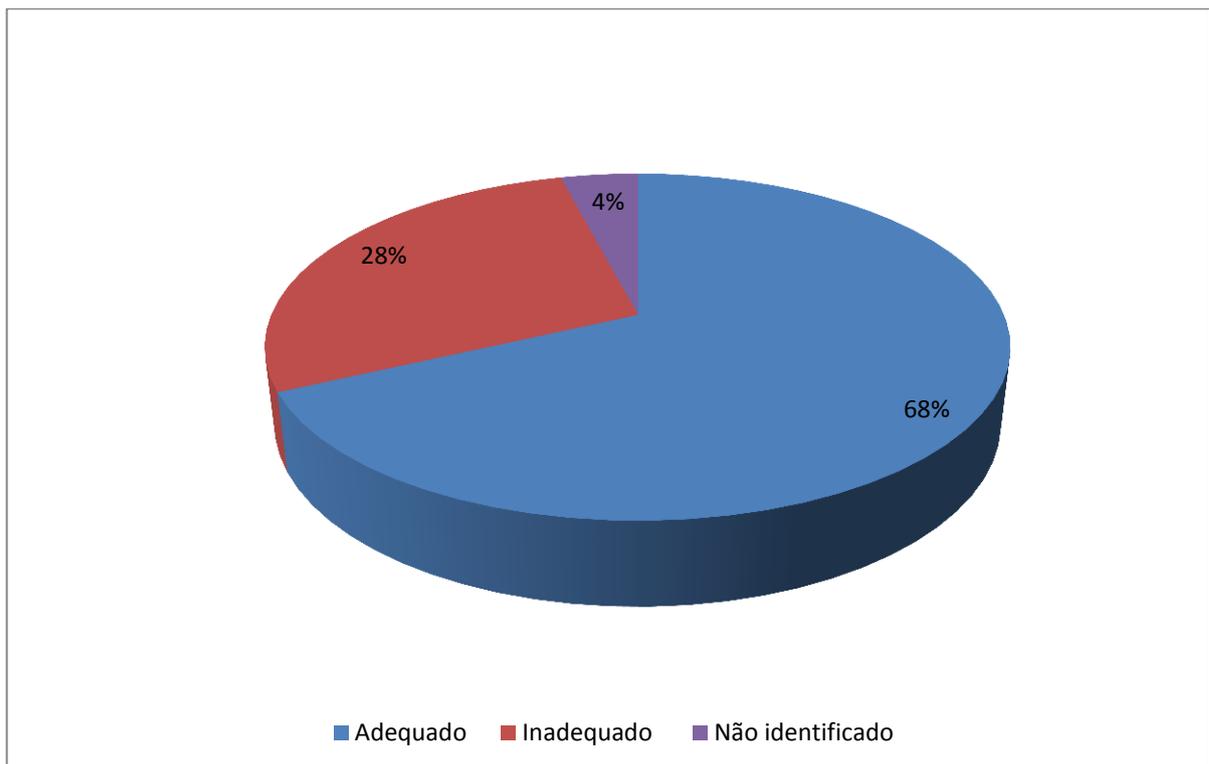


Figura 5: Avaliação dos exames laboratoriais de gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016.

Quanto à avaliação dos exames laboratoriais, 68% das gestantes apresentaram resultados adequados ao seu tempo de gestação. Houve um índice

considerável de inadequações, o que atinge 28% das gestantes, principalmente, aquelas provenientes da zona rural.

Posteriormente, observou quanto à realização do exame de ultrassonografia gestacional (USG) para o qual foram considerados os seguintes critérios: adequado, quando realizado uma USG durante cada trimestre de gestação; inadequado, quando realizado somente uma USG durante o pré-natal; e não realizaram, quando não foi realizado nenhuma USG na gravidez. Os resultados são apresentados na Figura 6.

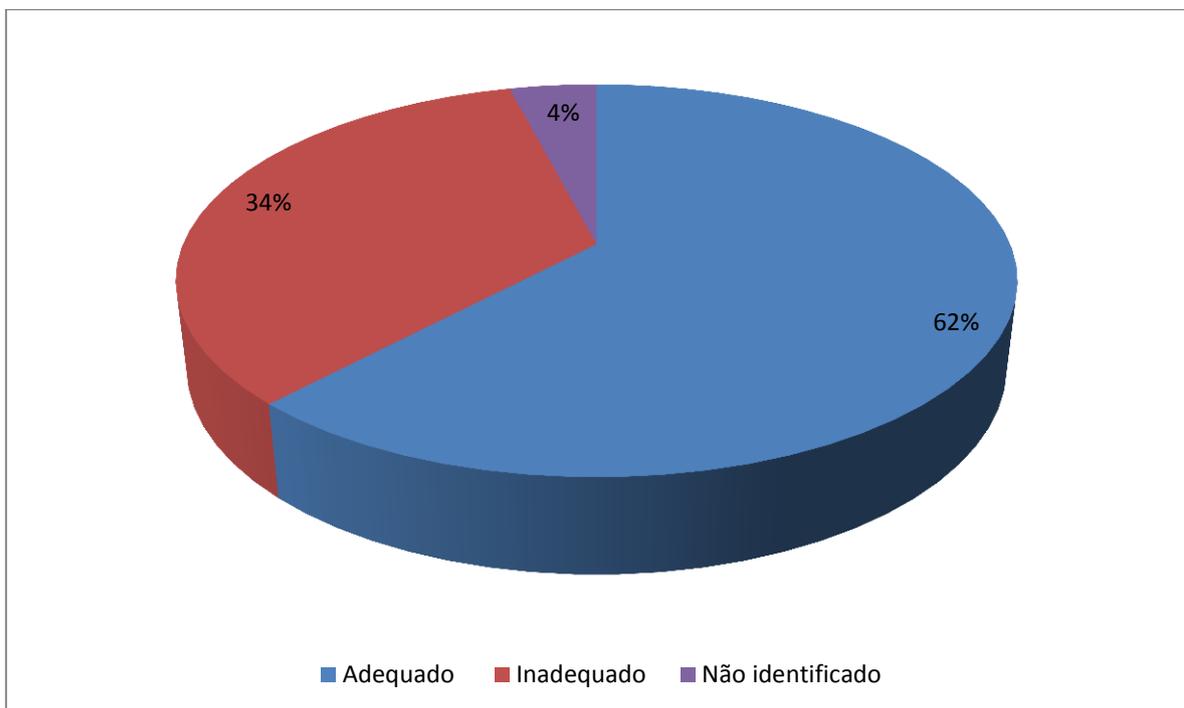


Figura 6: Avaliação dos exames de ultrassonografia de gestantes em atendimento pré-natal no Município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016.

Ao se avaliar a realização dos exames de ultrasson, observou-se que apenas 62% das gestantes se encontravam com os exames adequados à idade gestacional.

Analisando-se as características do atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes, no semiárido piauiense, procedeu-se à classificação do risco da gestação como demonstra os dados da Figura 7.

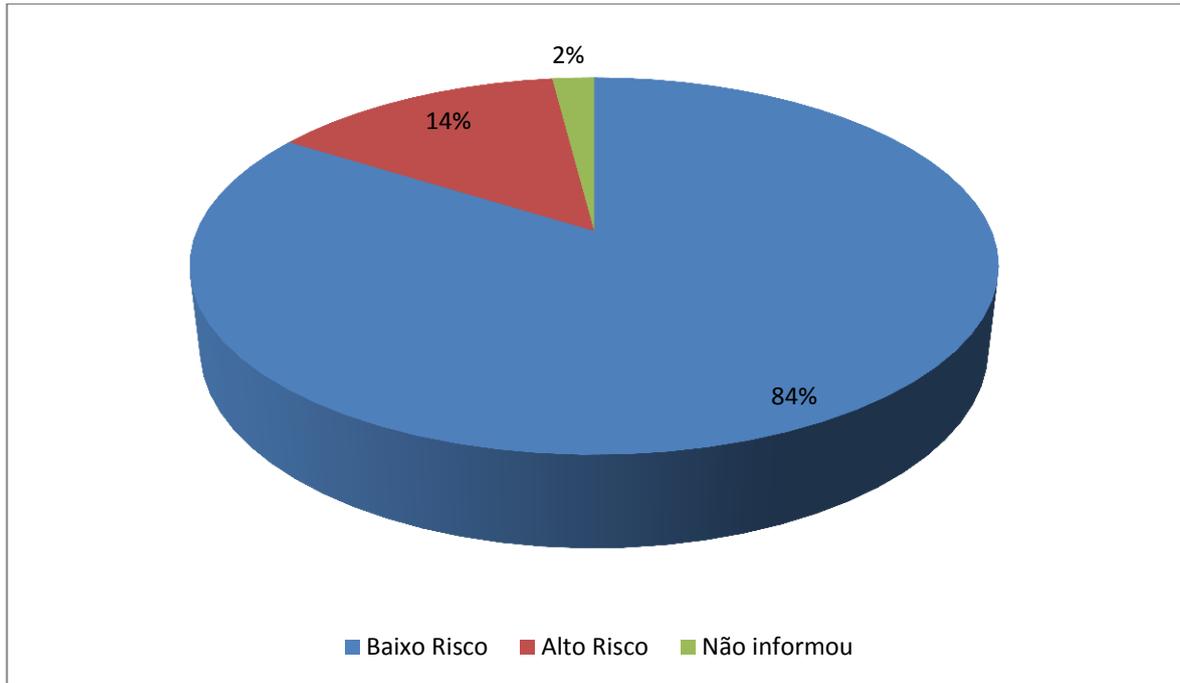


Figura 7: Risco da gravidez de mulheres em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016.

Na rede de atendimento pré-natal do SUS situada no município de Simplício Mendes, semiárido piauiense, houve a prevalência (84%) de gestantes de baixo risco (Figura 7).

Outro aspecto verificado nesta pesquisa foi a adequação do cartão da gestante às recomendações do Ministério da Saúde (2002), (2005) e (2013), considerando-se os seguintes critérios: adequado, quando realizado seis ou mais consultas compatível com a idade gestacional ao término da gestação e com início do pré-natal antes da 20ª sem de gestação, com três ou mais registros de Batimentos Cardíofetais e movimento fetal, Altura Uterina, Pressão Arterial (PA) e peso da gestante; inadequado, quando realizado duas a cinco consultas e com início do pré-natal após 20ª sem de gestação, com dois ou menos registros de BCF e movimento fetal, AU, PA e peso da gestante; não realizaram, quando realizado uma ou nenhuma consulta durante a gravidez. Os resultados estão contidos na Figura 8.

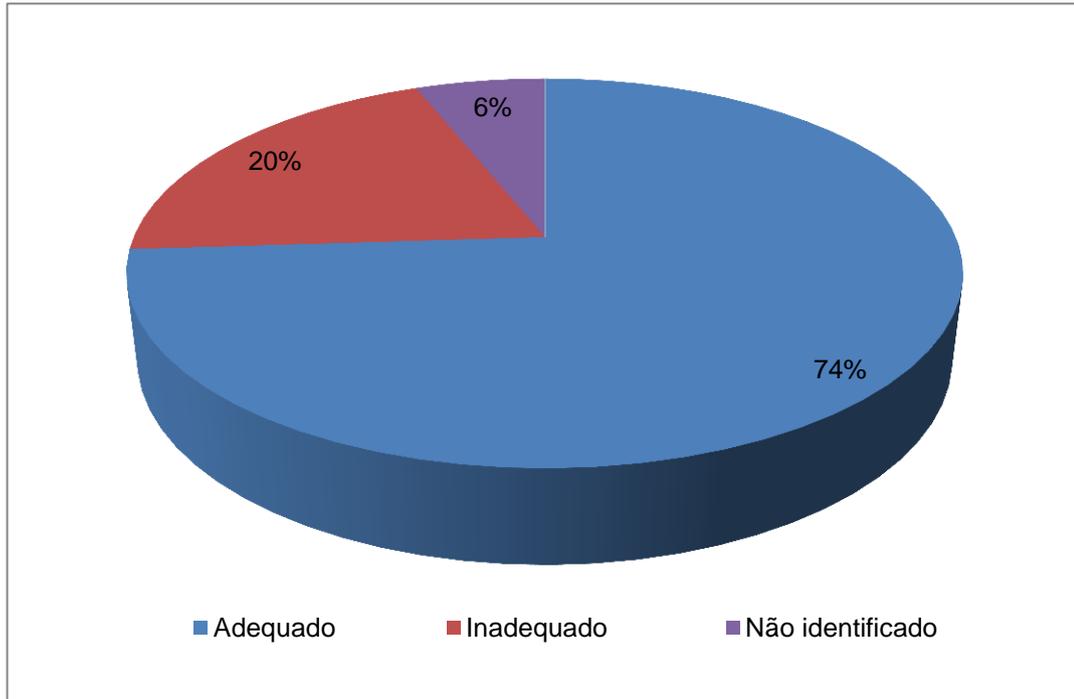


Figura 8: Avaliação dos cartões das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016.

Assim, a maioria das gestantes, o que corresponde a 74% do total, apresentou cartões adequados ao seu atual estágio de gravidez (Figura 8).

Questionou-se sobre o período de início das consultas do pré-natal, sendo que os resultados são apresentados na Figura 9.

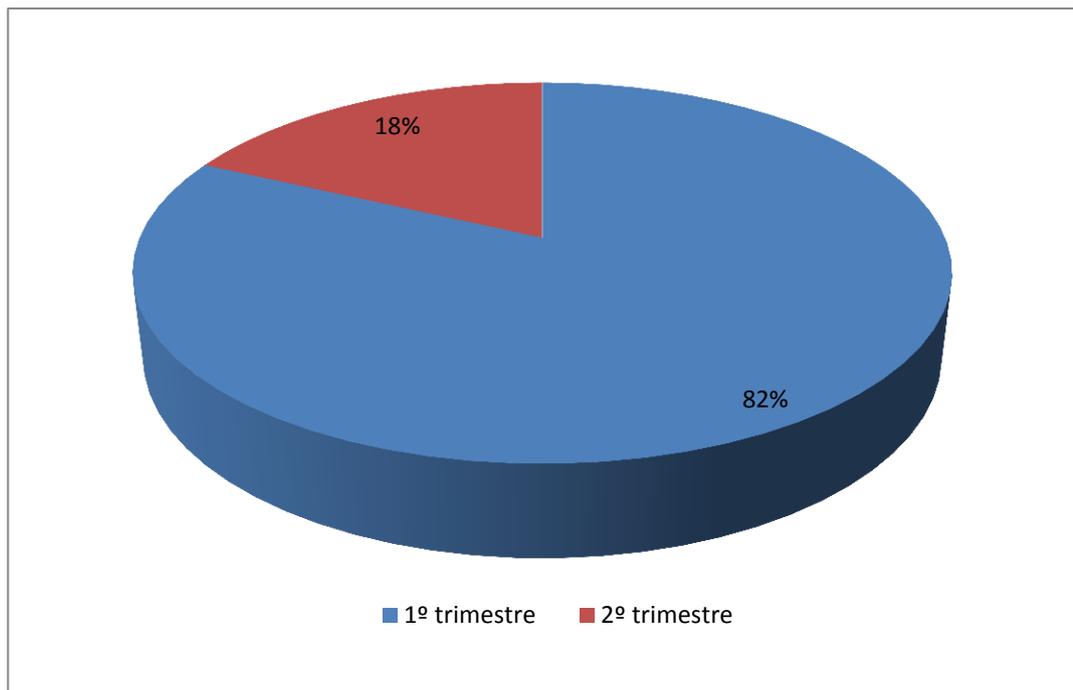


Figura 9: Início da Consulta do Pré-natal de gestantes em atendimento no município de Simplício Mendes-PI no período de janeiro a maio/2016.

Constatou-se que a grande maioria (82%) iniciou as consultas dentro do período recomendado pelo Ministério da Saúde (2005), ou seja, no primeiro trimestre de gestação (Figura 9).

5.9 Características da atuação profissional, satisfação e participação das gestantes

Verificou-se quais os profissionais que realizaram as consultas e a satisfação das gestantes com o atendimento pré-natal, além da participação em atividades educativas e sugestões, conforme Tabela 9.

Tabela 9 – Características da atuação profissional, satisfação com o atendimento e participação em atividades educativas das gestantes que realizam o pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=44)

Variáveis	n	Escolaridade		p*
		Até 7 anos	> 7 anos	
Profissional que realizou a consulta				
Médico e enfermeiro(a)	39	18 (40,91%)	21 (47,73%)	
Médico(a)	01	01 (2,27%)	-	0,4662
Enfermeiro	04	02 (4,54%)	02 (4,54%)	
Satisfação com as consultas do enfermeiro(a)				
Não	01	-	01 (2,27%)	0,2508
Sim	43	21 (47,73%)	22 (50%)	
Satisfação com as consultas do médico(a)				
Não	02	-	02 (4,54%)	0,1015
Sim	42	21 (47,73%)	21 (47,73%)	
Participação em atividade educativa				
Não	17	07 (15,91%)	10 (22,73%)	0,4900
Sim	27	14 (31,82%)	13 (29,54%)	
Sugestões				
Não	33	19 (43,19%)	14 (31,82%)	0,0235
Sim	11	02 (5,54%)	09 (20,45%)	
Sentiu falta de algum serviço				
Não	39	20 (45,45%)	19 (43,19%)	0,1724
Sim	05	01 (2,27%)	04 (9,09%)	

*Qui-quadrado ou teste G (quando n<20).

Ao questionar sobre o profissional que realizou as consultas, 78% das gestantes tiveram atendimento médico e com enfermeiro simultaneamente, sendo que 96% estavam satisfeitas com a consulta realizada pelo (a) enfermeiro (a) e 98%

estavam satisfeitas com as consultas realizadas pelo médico (a), afirmando que ambos os profissionais são atenciosos, esclarecem dúvidas, realizam um bom atendimento, sabem ouvir as pacientes, são competentes, adequados ao pré-natal e fazem tudo que podem dentro das suas possibilidades.

Além disso, uma gestante fez referência sobre o bom tratamento que recebem da enfermeira, que recebe ligações e incentivos da equipe para comparecer às consultas e informou que a profissional é divertida. Sobre o profissional médico foi acrescentado que o mesmo informa sobre os cuidados na gestação, as vitaminas e suplemento de ferro que devem tomar, sobre quais e qual a finalidade dos exames solicitados, fornece informações sobre os cuidados com a alimentação e uma gestante falou que o mesmo presta orientações sobre Sífilis, consulta e parto (Tabela 09).

No que se refere à participação em atividades educativas, 64% responderam afirmativamente. Prevalece na região como atividades educativas os cursos para gestantes, sobre cuidados com o recém-nascido, amamentação e alimentação adequada ao período de lactação, além de palestras sobre aleitamento materno, importância do parceiro nas consultas, além da ênfase nas palestras sobre a Zika, associada aos casos de microcefalia que foi uma das maiores recomendações do Ministério da Saúde durante o ano 2015 e início de 2016 (Tabela 09).

A maioria das gestantes (78%) não forneceu sugestões para a melhoria do atendimento pré-natal no município em estudo e 90% afirmaram não sentir falta de algum serviço relacionado ao referido atendimento. No tocante às poucas gestantes que se manifestaram sobre as sugestões, estas clamaram por mais profissionais: médicos e enfermeiros para diminuir a fila de espera e recepcionistas para organização dessa fila. Alertaram ainda para a necessidade de acesso ao especialista em obstetrícia, para maiores informações sobre alimentação e para o aumento do número de consultas no início da gestação. Outras sugestões foram: aula de pilates na UBS e melhorias na área física da unidade de saúde.

No que se referem aos serviços que sentiu falta, as poucas gestantes que se manifestaram sobre essa questão, ressaltaram a necessidade de melhoria dos serviços de recepção e orientação nutricional. Uma gestante acrescentou a falta de medicamentos prescritos pelo médico para distribuição gratuita às gestantes em atendimento no SUS (Tabela 09).

Conforme se observou na Tabela 9, o item sugestões foi o único em que a variável escolaridade foi determinante para sua ocorrência, considerando o índice de significância $p < 0,05$.

5.10 Características do atendimento multiprofissional

Além dos aspectos acima elencados, questionou-se por fim se as gestantes realizaram atendimento odontológico, psicológico, nutricional ou outro tipo de atendimento além das consultas com o médico(a) ou enfermeiro(a), obtendo-se as respostas da Tabela 10.

Tabela 10 – Dados descritivos de atendimentos odontológico, psicológico, nutricional e outros realizados pelas gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI durante os meses de janeiro a maio/2016 (n=44).

Variáveis	n	Escolaridade		p*
		Até 7 anos	> 7 anos	
Atendimento Odontológico				
Não	22	07 (15,91%)	15 (34,1%)	0,0346
Sim	22	14 (31,81%)	08 (18,18%)	
Atendimento Psicológico				
Não	34	16 (36,36%)	18 (40,91%)	0,6231
Sim	08	03 (6,82%)	05 (11,36%)	
Não respondeu	02	02 (4,54%)	-	
Atendimento Nutricional				
Não	25	12 (27,27%)	13 (29,55%)	0,8176
Sim	18	08 (18,18%)	10 (22,73%)	
Não respondeu	01	01 (2,27%)	-	
Outros atendimentos				
Não	43	20 (45,45%)	23 (52,27%)	0,2199
Sim	01	01 (2,27%)	-	

*Qui-quadrado ou teste G (quando $n < 20$).

Dessa forma, um pouco mais da metade (52%) das gestantes que faziam atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes, no semiárido piauiense, afirmaram que não realizaram atendimento odontológico; 78% não tiveram acesso a atendimento psicológico; 60% não tiveram orientação nutricional por profissional especializado; e 98% não realizaram outros atendimentos (Tabela 10).

Considerando a variável escolaridade e o índice de significância $p < 0,05$, verificou-se a influência da mesma apenas no que se refere ao atendimento odontológico.

6 DISCUSSÃO

Os problemas da área de saúde não comprometem a adesão das gestantes ao atendimento pré-natal do SUS, haja vista que a maioria tem gravidez de baixo risco, como demonstrou esta pesquisa realizada em um município do semiárido piauiense. Ao se caracterizar o atendimento pré-natal em Simplício Mendes, observou-se a grande adesão das mulheres às Unidades Básicas de Saúde, ao Hospital José de Moura Fé e às demais ações das redes de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido do SUS. A caracterização dos serviços oferecidos às gestantes no semiárido piauiense, predominantemente públicos, constatou a importância do SUS para as gestantes de baixo risco, sendo que apenas gestantes com complicações clínicas procuravam outras instituições em outros municípios e na maioria das vezes na capital Teresina, cidade que convive com o problema da centralidade urbana dos serviços de saúde de média e alta complexidade relatado por Bueno e Lima (2015).

No município em estudo as redes de atenção à gestante estão organizadas nos parâmetros do Ministério da Saúde (2005) e (2013), com foco na humanização e qualificação dos serviços de saúde durante todo o ciclo gravídico-puerperal, sendo essa organização indispensável à garantia do acesso universal e à integralidade do cuidado como propõe Brasil (1990) e destaca Aquino (2014).

Os resultados demonstram a importância do papel do Agente Comunitário de Saúde no estímulo ao pré-natal precoce e de forma regular, assim como, na redução da morbimortalidade materno-infantil como enfatizou Aquino (2014). Observou-se nas respostas de 68% das gestantes que o agendamento das consultas pré-natal se faziam através do ACS (Tabela 3). Esse resultado se contradiz ao estudo de Costa (2011) realizado com 110 mulheres de Goiânia-GO e que serviu de parâmetro para levantamento dos dados desta pesquisa, cuja maioria dos agendamentos das consultas ocorreram no próprio serviço de saúde e pelo tele agendamento, serviço não disponível no município do semiárido piauiense, devido às próprias características das políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, que oferecem ênfase à Estratégia Saúde da Família, através do atendimento presencial multiprofissional e visitas domiciliares.

Constatou-se em estudo de Jesus et al. (2014) o significativo papel do ACS como profissional integrador da comunidade com a equipe da ESF. Ressaltou-se

ainda a necessidade de se estabelecer ações estratégicas potencializadoras dos vínculos entre o agente comunitário, a enfermeira, os usuários do SUS e a visita domiciliar. Muitas vezes essa relação é fragilizada pelo desconhecimento e limitações das ações desse profissional. Nesta pesquisa, o grande número de consultas agendadas pelas gestantes do grupo em estudo, por intermédio do agente comunitário de saúde, demonstrou a relevância desse profissional no semiárido piauiense para a realização das consultas pré-natal no tempo e em quantidade recomendada pelo Ministério da Saúde (2005) e (2013).

O perfil sociodemográfico identificado nesta pesquisa (Tabela 4) condiz com o perfil de mulheres de outros municípios do semiárido piauiense, estabelecido em estudo de avaliação dos indicadores básicos de saúde materno-infantil, efetivado por Dias-da-costa et al. (2013), o qual envolveu 1.640 mulheres, cujo perfil sociodemográfico detectou grande maioria de cor parda, com até 8 anos de escolaridade e faixa etária de 20 a 29 anos.

Esse perfil também prevaleceu em estudo do centro-oeste do país, realizado no município de Goiânia por Costa (2011), o qual detectou também que a maioria das mulheres possuía parceiro estável e religião católica, seguida da evangélica. No que se refere a esse último critério, embora o Censo Demográfico de 2010 tenha mostrado o crescimento de outros grupos religiosos no Brasil, em especial, o evangélico, e a redução da proporção de católicos como se constatou nas duas décadas anteriores, a religião católica ainda prevalece em todo o Brasil, e é considerada a religião oficial do país (IBGE, 2010).

Os dados socioeconômicos (Tabela 5) comprovam que embora muitas desigualdades assemelhem o semiárido piauiense, metade das gestantes possuíam ajuda governamental para sobreviverem. Esse fato foi verificado em estudos locais. Nos municípios de Caracol e Anísio de Abreu, as mulheres pesquisadas tinham renda de menos de 2 salários mínimos e possuíam menos de 2 filhos. Além disso, 40% das mulheres de Caracol e 44,2% das mulheres de Anísio de Abreu recebiam Bolsa Família, demonstrando um quadro de grande adesão aos programas sociais direcionados às pessoas de baixa renda (DIAS-DA-COSTA et al., 2013).

Historicamente, enfatiza-se o cenário de pobreza e desigualdades sociais, que não é restrito apenas ao semiárido piauiense, envolvendo o semiárido nordestino de modo geral e se agravando na zona rural. O cerne da questão está em romper com o pensamento histórico de que tais agravamentos são causados

pela falta de chuva ou irregularidades das mesmas, pois os indicadores econômicos e sociais desfavoráveis demonstram que fatores como latifúndios, baixa oferta de alimentos, rede de serviços insuficiente, baixa oferta de emprego e renda e a falta de implementação de políticas públicas de acesso universal e integral condizentes com as necessidades da população local são co-responsáveis pelo atual perfil sociodemográfico (UNICEF, 2005).

Nesse contexto, um ponto constatado na pesquisa que merece reflexão é o fato da grande maioria das gestantes do semiárido piauiense não trabalhar fora de casa, elas se identificaram como “Do lar”. Esse ofício exercido pela maioria das gestantes do município em estudo não pode ser encarado como uma opção em não querer trabalhar, mas como uma questão cultural e de gênero. Segundo Rios e Bastos (2016) em muitos contextos as mulheres são impedidas de serem protagonistas da sua história, sendo atribuída a figura da pessoa frágil, dócil e submissa, cujo espaço de atuação se restringe à vida privada (casa, marido, filhos, etc.), tornando sua participação invisibilizada pela sociedade. Assim, desde o Brasil colonial até os dias atuais, a imagem retratada da mulher no semiárido brasileiro é de miserabilidade, exposta rodeada de filhos diante de um solo seco e castigado pela estiagem, prevalecendo o machismo e o patriarcalismo, que excluiu a mulher do processo político, social e econômico.

Conforme a literatura a queda na taxa de fecundidade se constitui em um fenômeno nacional ao longo dos anos (OLIVEIRA et al., 2014). Embora o estudo não tenha comprovado a redução dessa taxa, pois 28% das gestantes têm até 20 anos e 40% até 30 anos, os dados do perfil socioeconômico apontam que mais da metade das gestantes são primíparas e que o maior número de filhos se concentram na zona rural. Além disso, a gravidez em mulheres acima de 41 anos foi detectada apenas em um reduzido número de gestantes provenientes dessa área.

A baixa ocorrência de gestantes com mais de 41 anos é um ponto positivo nesta pesquisa, pois estudo de Almeida, Almeida e Pedreira (2015), envolvendo 8,5 milhões de registros de nascimentos únicos em hospitais brasileiros no período de 2004 a 2009, evidenciou que a idade avançada da gestante é fator de risco para desfechos perinatais adversos, o qual é influenciado pela escolaridade, idade gestacional e paridade. Nesta pesquisa, verificou-se a prevalência de gestantes com até 7 anos de estudo na zona rural, local onde se situavam as gestantes com mais

de 41 anos de idade, fator significativo para ocorrência de eventos adversos na gestação.

No perfil socioeconômico, relacionado à habitação, transporte e saneamento básico, das gestantes em atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes-PI (Tabela 6), um número considerável de casas cedidas (30%) por parentes e amigos foi registrado, principalmente, na zona rural, ao contrário do que ocorreu na pesquisa de Costa (2011), cujo número de casas cedidas foi bem menor, havendo maior número de gestantes atendidas pelo SUS vivendo em casas alugadas. No semiárido piauiense percebeu-se que era comum as pessoas de baixa renda morarem com vários familiares, como na casa de pai juntamente com irmãos, na casa de irmãos e cunhadas ou da sogra, onde vivem com uma família numerosa. Por isso, o índice da opção “outro tipo de moradia” foi alto. Essa aglomeração familiar, que também tem correlação com a baixa renda da gestante, foi identificada em estudo de Mano et al. (2011).

Esta pesquisa demonstrou precárias condições de saneamento básico, que também se constitui em fator influenciador das inadequações ao pré-natal. Estudos sobre o perfil de gestantes do município de Caracol, localizado na mesma região, contemplou maior percentual de pessoas provenientes da zona rural (61,4%) e prevalência de 20,3% de inadequações ao pré-natal em relação ao início e número de consultas, que pelas recomendações do Ministério da Saúde (2005) devem ser até 120º dia e mínimo de seis consultas, tendo como fatores associados a idade materna de 30 anos ou mais e o fato de não possuírem água dentro de casa ou no terreno. O mesmo estudo realizado em Anísio de Abreu, também no semiárido piauiense, envolveu uma maioria de pessoas da zona urbana (51,3%) com percentual de inadequações de 17,9%, sendo a escolaridade fator determinante dessas inadequações (DIAS-DA-COSTA et al., 2013).

Convém ressaltar a inexistência de linha de ônibus circulando dentro do município em estudo, havendo apenas ônibus com circulação intermunicipal. No entanto, uma das gestantes mencionou o uso do “carro linha”⁴. Poucas mulheres relataram acesso ao carro próprio, sendo mais comum o uso de motocicletas,

⁴ Transporte que antes da disseminação das motos era bastante utilizado nos deslocamentos da zona rural para a zona urbana no semiárido piauiense, normalmente, caminhões ou caminhonetes que não cumpriam as regras de seguranças determinadas pelo Departamento de Trânsito do Piauí (DETRAN). Atualmente, esses veículos vêm sendo trocados pelas vans mais confortáveis e seguras na condução de passageiros.

veículo que se popularizou bastante no semiárido piauiense em decorrência do baixo custo e da economia de combustível (UNICEF, 2005).

Em relação ao perfil gineco-obstétrico (Tabela 7), no município em estudo houve prevalência do parto vaginal, sendo parto operatório indicado somente nos casos em que haviam complicações clínico-obstétricas, atendendo ao recomendado pelo Ministério da Saúde (2005) e (2013). A baixa ocorrência de cesariana na rede de atenção básica do SUS no semiárido piauiense condiz com os estudos de Mano et al. (2011) e Andrade e Lima (2014), que quanto melhor é a situação econômico financeira, maior é a incidência de cesariana, mais predominante na zona urbana. Convém ressaltar, entretanto, que ainda havia um grande número de gestantes sem definição do tipo de parto.

Nesta pesquisa, a análise dos dados, cujos parâmetros encontram-se na metodologia, demonstrou influência da escolaridade em quatro quesitos: tipo de parto, aborto, sugestões e atendimento odontológico. Portanto, em relação ao perfil gineco-obstétrico (Tabela 7), a variável escolaridade foi significativa ($p < 0,05$) apenas no que se refere aos dois primeiros itens mencionados.

A opção pelo parto cesáreo, que cresceu constantemente em diversos países, ultrapassando o índice 15%, recomendado pela OMS, é multifatorial. O tipo de parto é influenciado por questões sociais, culturais, demográficas, socioeconômicas, modelo assistencial, preferências médicas, entre outros. Nesse contexto, os fatores sociodemográficos exercem influência quanto à decisão da gestante em optar pelo parto cesáreo. Embora a ocorrência do parto cesáreo em mulheres com 30 anos ou mais possa está relacionada aos riscos obstétricos, existem outras variáveis determinantes independentes dos dados clínicos. Por exemplo, a etnia. Pesquisas evidenciam que as taxas de cesarianas são maiores em mulheres da raça ou cor branca (MACEDO; GOES; MELO, 2012).

No tocante à influência da escolaridade na realização do parto vaginal, como se detectou nesta pesquisa, estudo realizado no Paraná comprova que ocorrência de parto cesáreo é inversamente proporcional à prevalência de mães com baixa escolaridade. Além disso, quanto maior é o porte do município, maior é a ocorrência de cirurgias cesarianas (MELO et al., 2013). Nesta pesquisa, verificou-se que o parto vaginal prevaleceu na zona menos desenvolvida, ou seja, no campo.

Para efeito desta pesquisa, deve ser considerada a influência multifatorial das práticas sociais e de saúde das gestantes identificadas neste estudo. Além dos

fatores sociodemográficos, socioeconômicos e os hábitos de vida, as questões relacionadas ao meio em que vive, ao seu contexto familiar e às questões culturais também interferem nas características da gestação no semiárido piauiense.

Estudo realizado em Juazeiro na Bahia sobre os fatores que influenciam as decisões quanto ao tipo de parto, evidenciou que o saber popular muitas vezes é usado nesta decisão, assim como, as experiências anteriores ou vivências de outras mulheres, sem considerar que cada gestação e cada parto é um evento único e com características particulares. Além disso, há uma intensa participação dos familiares, em especial, da mãe nesta escolha com base em dados empíricos, como: cicatrização e recuperação rápida, possibilitando retorno imediato às atividades diárias; parto natural anterior da gestante ou da sua mãe, que serve de referência para a escolha da nova via de parto; conversas com pessoas que já tiveram filhos afirmando que o parto vaginal é o melhor; e possíveis intercorrências advindas da cirurgia, como dores e desconfortos (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A pesquisa verificou avanço na cobertura vacinal no semiárido piauiense. No ano de 2008, em Esperantina, município situado ao norte do estado e região mais desenvolvida do que o semiárido, 39,4% das gestantes não foram imunizadas contra tétano, ou seja, a cobertura vacinal atingiu 60,6% das gestantes (VIANA et al., 2008). No âmbito nacional, se observa que em Goiânia 70% das mulheres realizaram o esquema vacinal recomendado (COSTA, 2011) e em Santos esse percentual foi de 75% (SIQUEIRA, 2011). Portanto, a ocorrência de apenas uma gestante sem imunização é um fator positivo, pois a imunização é uma das principais estratégias preventivas contra a ocorrência de eventos adversos na gestação.

As gestantes múltiplas com maior número de filhos, as quais se concentravam na zona rural, merecem atenção especial durante o pré-natal, uma vez que estudo no semiárido piauiense constatou que mulheres com mais de 30 anos e múltiplas apresentaram maior prevalência de pré-natal inadequado, fator agravado pela localização e acesso ao serviço (DIAS-DA-COSTA et al., 2013).

Convém ressaltar que as respostas de 100% de abortos serem espontâneos podem ter relação com fato do Código Penal Brasileiro (CPB) enquadrar o aborto como crime contra a vida humana, nos termos do art. 124 a 128, este último considerando como aborto necessário, que pode ser realizado por médico e sem autorização judicial, as hipóteses de risco de vida à mulher e estupro, nesses casos

podendo ser feito pelo SUS. No caso de feto anencefálico, há um entendimento no Supremo Tribunal Federal (STF) que o aborto deve ser autorizado, portanto, deve haver prévia autorização judicial (BRASIL, 1940).

Outro fator que pode interferir na ocorrência dos abortos espontâneos são as condições de vulnerabilidade, como desnutrição e a etnia negra, sendo que há número muito grande de hospitalizações no SUS decorrente de complicações nos abortos inseguros como visto na literatura (OLIVEIRA, et al., 2014; (ANDRADE; LIMA, 2014).

Quanto à influência da variável escolaridade na prática do aborto, embora se tenha constatado neste estudo que a ocorrência de abortos foi maior em mulheres com mais de sete anos de estudo, outras pesquisas da região nordeste identificaram o contrário. Estudo realizado no estado do Ceará com 279 mulheres das Regionais de Saúde dos municípios Maracanaú, Canindé, Quixadá e Sobral, detectou que enquanto 84,6% das mulheres com maior escolaridade nunca abortaram, 69,5% das mulheres com menor escolaridade já tiveram pelo menos um aborto. Houve, portanto, uma associação entre a menor escolaridade e o maior número de abortos (MOURA et al., 2010).

O atendimento pré-natal deve ter atenção especial com o número de gestante com hipertensão (12%), inclusive com uma gestante que apresentou quadro de pré-eclâmpsia, o que requer cuidados redobrados durante o pré-natal. Pois, essa patologia, quando não tratada adequadamente, pode evoluir levando a paciente, o bebê ou ambos à óbito (OLIVEIRA *et. al.*, 2014).

Além disso, pré-eclâmpsia, baixa escolaridade, não realização de atividade remunerada, parto cesário, oligrodâmnio e deslocamento prematuro da placenta são fatores independentes associados a prematuridade e/ou ao baixo peso ao nascer (GONZAGA et al., 2016). Estudo de Teixeira et al. (2016) sobre os fatores de riscos relacionados à gestação, coletados mediante Sistema de Informação do SUS no Rio Grande do Norte, constatou-se a escolaridade de 8 a 11 anos, como fator protetor contra os riscos de baixo peso e prematuridade. Alerta-se, portanto, para a importância do pré-natal no cuidado precoce com sintomas como hipertensão e redução dos fatores de riscos de morbimortalidade materna (ANDRADE; LIMA, 2014).

A variável escolaridade não teve nenhuma influência sobre os dados relacionados aos hábitos das gestantes em atendimento pré-natal no semiárido

piauiense (Tabela 8). Nesta pesquisa, atenta-se para a necessidade de se estimular a prática do exercício físico durante o pré-natal com hábito para uma gestação e uma vida mais saudável. A baixa prevalência da realização de exercícios físicos é comum entre gestantes do semiárido nordestino devido à fatores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis. Assim, pesquisa realizada em Campina Grande com grávidas de baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade e sem trabalho remunerado, também verificou baixo padrão de atividade física, oscilando entre o leve e o sedentário desde o primeiro trimestre de gestação com todas alcançando padrão sedentário na 32^a semana de gravidez (TEIXEIRA et al., 2009).

Chasan-Teber et al. (2004) afirmam que existem controvérsias sobre a prática de exercício físico durante a gravidez e seus efeitos sobre a saúde materna e do feto. Portanto, é importante a utilização de instrumentos de avaliação para verificar o tipo, a duração e a frequência física das atividades desempenhadas por mulheres grávidas. Esses autores desenvolveram o Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) que se constitui no primeiro questionário validado para ser utilizado com o objetivo de determinar os níveis superior e inferior de esforços, a frequência, a duração e a intensidade da atividade física durante a gravidez, determinando parâmetros específicos a serem observados, as respostas-efeitos para investigação de atividade física e os resultados maternos e fetais.

O uso de drogas lícitas e ilícitas não é comum entre as gestantes desta pesquisa. Estudo realizado com 135 puérperas no Rio Grande do Sul identificou que um número bem maior de mulheres do que no semiárido piauiense (64,6%) fizeram uso do álcool e do tabaco e sete usaram drogas ilícitas, mas em apenas 48,1% dos casos havia esse registro no Cartão da Gestante, com 13,2% dos recém-nascidos com Apgar abaixo de 7 (SILVA, 2014).

Em relação aos exames laboratoriais, os resultados desta pesquisa foram superiores aos obtidos em estudo de Costa (2011) que demonstram que apenas 60,9% estavam com o teste da mamãe e os exames laboratoriais adequados ao preconizado pela PHPN. Como afirma Ximenes Neto et al. (2008) a garantia dos exames básicos para detecção de agravos à saúde ou doenças são essenciais para uma satisfatória atenção pré-natal e redução da mortalidade materna e perinatal.

No que se refere à avaliação da adequação dos exames de ultrassonografia à idade gestacional das gestantes, os dados desta pesquisa são compatíveis aos resultados do estudo de Costa (2011) que também demonstram um grande número

de mulheres (58,2%) que não realizaram os exames ultrassonográficos como previsto no protocolo de atenção pré-natal.

Verificou-se que 84% das gestantes eram de baixo risco, devendo atender as recomendações do Ministério da Saúde (2013) para Atenção Pré-Natal de Baixo Risco até mesmo pelas próprias características do serviço, que é de baixa complexidade e focado em ações preventivas, acompanhamento e cuidados no pré-natal, destacando-se a relevância desta etapa para a ocorrência de um parto de qualidade e humanizado pautado na boa saúde da mãe e do bebê, da concepção ao puerpério.

As gestantes de alto risco são aquelas que apresentam patologias crônicas, destacando-se a hipertensão arterial, inclusive com um caso de pré-eclampsia, como informou Oliveira et al. (2014). Esse problema faz parte das três principais causas de eventos quase mortais de partos no Brasil. Outros problemas que levam ao risco detectados na pesquisa foram a anemia, problemas na tireóide, convulsões e obesidade.

Um ponto importante para avaliar as adequações e inadequações dos exames de ultrassonografias é o efetivo registro dos mesmos no cartão da gestante. No entanto, erros são percebidos nesse registro, uma vez que estudo nacional com gestantes atendidas tanto pela rede pública como privada de saúde constatou que de 98,2% de puérperas que afirmaram ter realizado o exame, apenas 62,8% dos cartões estavam como resultado do exame registrado (VIELLAS et al., 2014).

Na avaliação obstétrica realizada durante o pré-natal e demais atendimentos o cartão da gestante deve ser preenchido de forma correta e legível por se tratar de um documento que contém todos os aspectos relevantes à um adequado atendimento em caso de emergência ou antecipação do parto, do agendamento da consulta às intercorrências na gestação, como mencionou Pastoral da Criança (2016).

O correto preenchimento do cartão deve ser de interesse dos profissionais da saúde e das próprias gestantes por ser um registro e histórico da saúde da mulher e do feto/bebê. No entanto, há um interesse econômico por trás do atendimento pré-natal e preenchimento do cartão da gestante. Pois, para receberem os benefícios do Programa Bolsa Família, que atinge 50% das gestantes deste estudo, elas devem cumprir algumas condicionalidades de saúde, como vacinação e exames pré-natais. Nesse sentido, esse programa de transferência de renda

condicional, que se constitui em uma estratégia de redução da pobreza e desigualdades sociais, pode ser bastante significativo no semiárido piauiense de modo a contribuir para redução da morbimortalidade materno-infantil, principalmente, nos casos de desnutrição e diarreia, assim como, proporcionar o correto preenchimento de documentos formais, como o cartão da gestante, gerando informações importantes para os profissionais de saúde. Nesse contexto, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde tornam-se relevantes para efetivar programas como o Bolsa Família (RASELLA, 2013).

Constatou-se que em muitos casos de inadequação do cartão, apresentava-se também inadequação em ambos os tipos de exames laboratoriais e ultrassonográfico. Portanto, é preciso se atentar para essas irregularidades, procurando adequá-las de acordo com a idade gestacional e necessidades de avaliação pelos profissionais do SUS. Dois aspectos precisam ser considerados: a efetiva realização do exame pela gestante e o registro do mesmo no cartão da paciente. Pois, dados da pesquisa nacional Nascer de 2011 e 2012 comprova que as regiões norte e nordeste apresentaram a menor proporção de registro de todos os exames no cartão da gestante (VIELLAS et al., 2014).

Alguns casos em que houve inadequação na realização dos exames laboratoriais e USG são exatamente de gestantes que iniciaram tardiamente as consultas, devendo-se se atentar pra importância do estímulo ao início precoce das consultas. Esse índice foi compatível com estudo da região sudeste no município de Santos, o qual detectou que 81,7% das gestantes iniciaram a consulta do pré-natal até 120º dia de gestação (SIQUEIRA, 2011), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2005) e (2013). No entanto, se contradiz ao estudo de Costa (2011), no qual apenas 46,4% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. O resultado desta pesquisa demonstra avanços no estado do Piauí em relação ao início do pré-natal. Em estudo no município de Esperantina de 2008 encontrou-se um índice de 35% das gestantes iniciando o pré-natal somente no 2º trimestre (VIANA et al., 2008).

Convém destacar que não são apenas os fatores sociodemográficos, biológicos e hábitos de vida os responsáveis pelas intercorrências na gestação, estes respondem apenas por 30% dos nascimentos prematuros. Devem ser considerados os fatores psicossociais. Nesse sentido, torna-se relevante o apoio social, considerado como relações interpessoais com ênfase na disponibilidade de

ajuda em situações de necessidade, direcionado à gestante durante o pré-natal (MELO, 2011).

Nesta pesquisa, enfatizou-se como rede de apoio social, as relações entre enfermeiros, médicos e gestantes, com foco no índice de satisfação das mesmas com o atendimento desses profissionais (Tabela 9). Assim, os índices de satisfação com o serviço oferecido pelo profissional médico e enfermeiro foram superiores ao encontrado por Costa (2011), o qual foi de 79,8% e 84,3% respectivamente. Este é um aspecto positivo, uma vez que o apoio encontrado junto a esses profissionais traz efeitos benéficos às gestantes como adesão precoce ao pré-natal, adoção de hábitos de vida saudáveis e de atitudes preventivas em relação à gestação.

Segundo Lawrence et al. (1999) a satisfação nas organizações de saúde é um uma importante medida da qualidade do atendimento à gestante e ao recém-nascido, cujos instrumentos de avaliação podem contribuir na identificação de áreas onde a melhoria é necessária. Nesta pesquisa constatou-se que a satisfação com o atendimento dos profissionais está relacionada com as orientações prestadas pelos mesmos, à forma de atendimento e a disponibilidade em cessar dúvidas. Assim, a participação da ESF, em especial, do médico e enfermeira, é essencial para a consolidação de cuidados preventivos com a saúde em busca de uma gestação tranqüila e saudável.

Um dos principais pontos abordados é em relação à prevenção de doenças, inclusive as sexualmente transmissíveis. Embora não tenha sido detectado no município em questão a sífilis como uma das patologias mais frequentes, o alerta do médico direcionado a essa doença, como enfatizou uma das gestantes, é indispensável à saúde das mesmas. Pois, estudos nacionais apontam a interferência de fatores socioeconômicos e regionais na ocorrência da doença, sendo o nordeste uma das regiões com menor cobertura de testagem para Sífilis (MADEIRA et al., 2014).

Convém ressaltar, entretanto, que os relacionamentos interpessoais que estimulem as boas práticas e condutas durante a gravidez não se resumem aos profissionais de saúde, podendo ser advindos da família, amigos e colegas de estudo ou trabalho (MELO, 2011). Por isso, uma das participantes dessa pesquisa enfatizou que é orientado a elas incentivarem a presença dos companheiros durante o pré-natal e as atividades educativas.

Observou-se um número significativo de gestantes que não participaram dessas atividades alegando falta de tempo, preguiça de sair no sol (sic), que foi comunicada sobre a atividade, mas não quis comparecer, esquecimento, viagem e falta de transporte, um número menor informou não ter sido comunicada sobre a atividade. Portanto, observa que o maior problema não é falta de acesso à atividade, às vezes pode ocorrer problema de comunicação, mas a maioria não compareceu às atividades educativas por vontade própria. Essa pouca participação nas atividades educativas está relacionada ao processo de comunicação na educação em saúde, sendo relacionado à classe social. Estudo realizado por Freire, Lira e Nery (2010) em Petrolina-PE demonstrou que a fragilidade do diálogo entre usuários do SUS, atendidos pela Estratégia Saúde da Família, e os profissionais de saúde juntamente com as condições socioeconômicas desfavorecidas são fatores que impedem as mudanças de estilo de vida e a adesão a hábitos mais saudáveis. Portanto, deve-se haver um trabalho de informação, fortalecendo a educação e o processo comunicativo em saúde, por parte do serviço e profissionais junto às gestantes em atendimento pré-natal no semiárido piauiense, de modo a conscientizá-las sobre a importância das atividades educativas (Tabela 09).

Esses dados estão em consonância com o estudo Costa et al. (2013), o qual constatou que 66,4% das gestantes não participaram das atividades educativas, havendo baixa adesão às mesmas, sendo que os autores alertam que esse é um importante indicador no processo de atenção pré-natal, sendo que gestantes integradas a grupos no pré-natal tem melhores chances de cuidarem de si mesmas e dos bebês superando medos e ansiedades.

Quanto aos serviços que a gestantes sentiram falta, sugestões comuns foram elencadas no trabalho de Costa (2011), uma vez que 29,1% das gestantes se referiram à agilidade no atendimento, ou seja, a diminuição na fila de espera mencionada no semiárido piauiense ocorre através dessa agilidade e 74,5% mencionaram o agendamento da consulta, sendo que no semiárido as sugestões focam-se nas primeiras consultas.

No que se refere à solicitação de melhoria da área física concorda-se com Ximenes Neto (2008) ao afirmar que embora ainda existam inadequações na estrutura física ainda é possível um atendimento de qualidade, pautada no processo de atenção ao pré-natal e nos seus resultados, ou seja, embora a ambiência seja indispensável para a humanização, como as próprias gestantes informaram dentro

das condições estruturais existentes, cada profissional faz tudo que está ao alcance das suas possibilidades.

Costa et al. (2013) reforça que em contextos de situação econômica desfavorável nos municípios brasileiros, a má qualidade dos serviços leva à baixa qualidade do processo de atenção pré-natal, contribuindo para a elevação dos índices de mortalidade materna e perinatal. Portanto, prezar pela qualidade do serviço mesmo com condições de infraestrutura regulares é um desafio aos profissionais do semiárido piauiense.

A melhoria da qualidade desses serviços, assim como, das ações educacionais só é possível mediante a colaboração dos profissionais de saúde e das gestantes, através a adoção de uma abordagem participativa, comunicativa e coletiva na construção dos recursos educativos (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012). Por outro lado, a melhoria da qualidade do pré-natal no SUS depende também de ações governamentais e, ao longo da história, observou-se que a assistência pré-natal tem sido prioridade em Saúde Pública, destacando-se entre os programas e ações governamentais da atenção básica (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Estudo realizado em Teresina sobre a qualidade da assistência pré-natal na Unidade de Saúde Wall Ferraz, conhecida como CIAMCA, conclui que apenas o início precoce do pré-natal e o número de consultas não são suficientes para garantir essa qualidade, sendo necessário o acesso a número adequado de exames laboratoriais e obstétricos (FONSÊNCIA; PÁDUA; VALADARES NETO, 2011), aspecto enfatizado nesta pesquisa, sendo a maioria dos casos de adequações.

Nesse sentido, o pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades da população, uma vez que se configura como ação eficaz para detecção precoce de doenças e intercorrências na gestação (SENA, 2014). Por isso, é importante considerar as sugestões elencadas pelas gestantes, como destacou esta pesquisa. Entretanto, observou-se que no contexto do semiárido piauiense poucas emitiram sugestões, considerado que o atendimento está bom e que os profissionais fazem aquilo que está ao seu alcance, como as próprias mencionaram.

Observou-se que a variável escolaridade ($p < 0,05$) incidiu sobre o quesito sugestões (Tabela 9). Conforme Moura et al. (2010) quanto maior a escolaridade mais fácil torna-se o entendimento às orientações e à importância de uma vida saudável, mais efetivo e racional é o uso adequado dos recursos sociais e

financeiros, havendo uma maior conscientização sobre os valores relacionados à saúde e família, sendo essa variável determinante para o número de partos.

Portanto, quanto maior a escolaridade mais percepção teria a gestante em relação ao fornecimento de sugestões que contribuiriam para a melhoria da qualidade dos serviços prestados na atenção básica ao pré-natal. A prova disto decorreu da própria pesquisa, pois a maioria das gestantes que emitiram opinião sobre os serviços possuíam escolaridade > 7 anos.

Nesta pesquisa também se verificou que grande parte das gestantes não teve acesso aos atendimentos odontológico, psicológico, nutricional e outros (Tabela 10). Essa falta de atendimento multiprofissional foi verificada em pesquisa nacional envolvendo a rede de saúde pública e privada do Brasil, a qual observou que 74,6% das gestantes foram atendidas em unidades básicas públicas e 88,4% foram atendidas pelo mesmo profissional, em sua maioria ou 75,6% por médicos (VIELLAS et al., 2014). Portanto, deve ser incentivada por parte do médico e enfermeiro a procura por esses atendimentos não somente no caso de complicações específicas, mas de forma geral, haja vista a importância da atuação de uma equipe multiprofissional durante o pré-natal como ressaltou Andrade e Lima (2014).

Em relação a esses atendimentos detectou-se que a variável escolaridade ($p < 0,05$) foi significativa para o atendimento odontológico. Estudo de Campos et al. (2010) comprovou que mães da classe econômica D demonstraram baixo nível de conhecimento sobre saúde bucal em relação às classes A, B e C. Assim, mães de níveis econômicos menos favorecidos que, normalmente, possuem baixa escolaridade, tiveram menos acesso às informações sobre saúde bucal.

Embora alguns cuidados sejam necessário ao ministrar medicamento e realizar exames radiológicos durante o atendimento odontológico (VASCONSELOS et al., 2012), destaca-se a importância do profissional de odontologia em ações preventivas e curativos durante a gestação, de modo a promover a saúde bucal da mãe e, por conseguinte, do bebê (BASTOS et al., 2014). Por isso, é preciso incentivar junto aos médicos e enfermeiros a prática do encaminhamento da gestante tanto ao atendimento odontológico, quanto aos demais atendimentos de modo a intensificar os cuidados durante a gestação e possibilitar práticas mais saudáveis durante o ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com Kumar e Samelson (2009) nos Estados Unidos pesquisam comprovam segurança e efetividade na prestação de serviços de odontologia

durante a gravidez, sendo este um momento ideal inclusive para orientações de prevenção da cárie em crianças de pouca idade. Afirma ainda que diagnósticos utilizando raio-X dentais podem ser realizados inclusive no primeiro trimestre de gestação, sendo que o período ideal para o tratamento odontológico é entre a 14^a e a 20^a semana de gestação.

Conforme Cardoso (2010) embora os procedimentos odontológicos na gravidez sejam seguros, principalmente, no segundo e terceiro trimestre de gestação, a adesão das gestantes ao serviço de saúde bucal é influenciado por fatores psicológicos como emotividade, medos e crenças oriundas da realidade local e que se passam de geração a geração, por exemplo, de que a gestante não pode tomar anestésicos.

Nesse sentido, torna-se importante a interação multiprofissional para decidir sobre os tratamentos e medicamentos a serem utilizados, deve-se ouvir a gestantes e estabelecer rodas de discussões sobre seus anseios e preocupações em torno do tratamento de modo a conscientizá-las de que a boa saúde bucal pode influenciar positivamente na saúde geral da mãe e do bebê (CARDOSO, 2010).

Pesquisa de Hee e Young (2015), realizada na Coréia, identificou a necessidade do desenvolvimento e aplicação de intervenções de enfermagem com o objetivo de diminuir a ansiedade das mulheres com gravidez de alto risco e destacou a harmonia conjugal com meio de melhorar o vínculo materno-fetal. Portanto, observa-se que certas intercorrências clínicas estão relacionadas e/ou são influenciadas por fatores psicológicos na gravidez.

Assim, a atuação multiprofissional deve incentivar a adesão aos demais serviços, como odontologia, nutrição e psicologia, rompendo-se crenças e mitos em torno da gravidez e de forma que cada área contribua positivamente no bem-estar da mãe e do bebê, prevenindo doenças e intercorrências.

Esta discussão teve o propósito de verificar possíveis semelhanças ou discrepâncias entre os achados desta pesquisa e estudos a nível nacional e local. Os primeiros, porque o semiárido piauiense é uma das regiões menos desenvolvidas do país, tornando-se necessário identificar as disparidades entre os dados dos perfis sociodemográficos, socioeconômicos, gineco-obstétricos, hábitos sociais, doenças e outros fatores relacionados aos riscos na gravidez. Em relação aos estudos locais, para se constatar a frequência de uma dada situação na região. Entretanto, convém

destacar as dificuldades inerentes ao encontro de pesquisas sobre gestação e pré-natal na região em estudo.

Sugere-se, portanto, que esta pesquisa sirva de motivação para a realização de novas frentes de estudos desta natureza, pois somente com um olhar para a realidade local, considerando suas necessidades e características, é que se pode transformar as práticas de trabalho e melhorar o atendimento pré-natal na região, adequando-o aos perfis das gestantes e às suas relações sociais, culturais e de cuidados com a saúde.

Este estudo pode apresentar algumas limitações decorrentes do tamanho da amostragem do grupo de gestantes e por não incluir mulheres menores de idade. Além, disso o estudo contempla apenas usuárias da rede SUS. Algumas questões de ordem pessoal e sociocultural também podem ter limitado as respostas.

7 CONCLUSÕES

Em relação às características do atendimento pré-natal no município de Simplício Mendes, semiárido piauiense, verificou-se a relevância da rede de atenção básica do SUS ao atendimento às gestantes, devido à sua condição socioeconômica e à escassez de serviços de saúde até mesmo privados.

Constatou-se o baixo risco das gestações na pesquisa e, conseqüentemente, os corretos encaminhamentos, uma vez que deslocamentos para outros municípios ou à capital só devem ocorrer em casos de complicações clínicas e gravidez de alto risco, como é feito em Simplício Mendes.

Constatou-se, assim, a relevância dos serviços ambulatoriais e hospitalares para a população e a importância dos profissionais, destacando-se o papel do Agente Comunitário de Saúde para o correto encaminhamento e orientações durante a gestação.

O perfil sociodemográfico identificado foi: prevalência das faixas etárias de 21 a 30 anos, escolaridade com até 8 anos de estudo, cor parda, parceiro estável e religião católica.

O perfil socioeconômico foi caracterizado por maioria composta por mulheres do lar, sem trabalho remunerado, com renda familiar de 0 a 1 salário mínimo, grande adesão a programas de ajuda governamental, em especial, o Bolsa Família. Elas não têm filhos, ou seja, são primíparas, moram com o cônjuge e possuem casa própria, sendo que um considerável número vive em ambiente com aglomeração familiar, moram em casa cedida e a família não chega a receber sequer um salário mínimo completo.

Em relação aos aspectos do saneamento básico, o perfil socioeconômico aponta maioria de gestantes sem acesso à rede de esgoto, pavimentação, poucas moram próximas a praça e residências com arborização se concentram na zona rural. Um aspecto positivo do saneamento se sobressai: a maioria tinha acesso à água tratada, e esse fato é essencial à promoção da saúde da mãe e do bebê.

Quanto aos hábitos, observou-se a necessidade de estimular a prática de exercício físico, culturalmente, desprivilegiado na região, mesmo as gestantes tendo condições e tempo para realizá-lo. Positivamente, constatou-se a baixa ocorrência do uso de cigarro e o não consumo de álcool e outras drogas.

Os resultados da pesquisa demonstram que o pré-natal do município de Simplício Mendes segue as recomendações do Ministério da Saúde.

Verificou-se um bom nível de satisfação com o serviço ao tempo em que se evidenciou-se a prevalência do profissional médico e enfermeiro no pré-natal. Constatou-se, portanto, a necessidade de incentivar a adesão ao atendimento odontológico, psicológico e nutricional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município de Simplício Mendes, semiárido piauiense, as recomendações do Ministério da Saúde são seguidas do agendamento da consulta e encaminhamentos, à realização de exames até a adoção de medidas preventivas atuais em suas atividades educativas, comprovada pela ênfase em palestras sobre os cuidados para evitar o Zika Vírus e combater o *Aedes Aegypti*, temática que preocupou bastante as autoridades da área de Saúde em 2015 e início de 2016, devido a sua associação com os casos de microcefalia.

A pesquisa apontou um alto índice de satisfação com o atendimento e as orientações fornecidas pelos profissionais no período gravídico-puerperal, como cuidados com o recém nascido, aleitamento materno, alimentação, medicação, entre outros. Porém, constatou-se a necessidade de estimular a participação em atividades educativas, como curso para gestante e palestras, conscientizando-as sobre a importância de comparecer a essas atividades, uma vez que a maioria informou que é consentido o acesso a essas iniciativas, mas algumas deixam de participar alegando falta de tempo ou disposição.

Nesta pesquisa evidenciou-se a importância do profissional médico e enfermeiro no atendimento às gestantes do semiárido piauiense, sugerindo-se incentivar a adesão aos atendimentos odontológicos, psicológico e nutricional ofertados pelo município, de modo a vencer crenças, medos e mitos, principalmente, em relação às necessidades odontológicas.

Evidenciou-se também que, de modo a promover a saúde geral da mãe e do bebê, o atendimento multiprofissional é ponto chave da assistência pré-natal da rede de atenção básica do SUS no semiárido piauiense e pré-requisito para a melhoria dos indicadores de saúde da gestante na região.

As autoridades locais, estaduais e nacionais, os profissionais de saúde e toda a sociedade precisam ter um olhar focado para as gestantes do semiárido piauiense, devido à grande adesão ao atendimento do SUS, a falta de informação diante das vulnerabilidades que a acometem, observadas tanto na caracterização do atendimento pré-natal e na identificação do perfil sociodemográfico e econômico, como nos históricos problemas socioambientais decorrentes da falta de políticas públicas eficaz para atravessar um extenso período de irregularidades de chuvas e fortalecer a sustentabilidade na região.

REFERÊNCIAS

- AIDIL, Jesus da Silveira Barros; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- ALMEIDA, Núbia Karla O.; ALMEIDA, Renan M. V. R.; PEDREIRA, Carlos Eduardo. Resultados perinatais adversos em mulheres com idade materna avançada: estudo transversal com nascimentos brasileiros. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2015, v. 91, n. 5, p. 493-498.
- ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, João Batista Marinho de Castro. O modelo obstétrico que defendemos e com o qual trabalhamos. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno Humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014, 465 p. (Caderno HumanizaSUS, v. 4), bloco 1, p. 19-46.
- AQUINO, Marina Garcia Cardoso de. **O agente comunitário de saúde na atenção à gestante e à puérpera: repercussões de uma estratégia de educação permanente**. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Salvador, 2014, 70 p.
- AYRES, Manuel, et al. **BioEstat: aplicações estatísticas na área de ciências biomédicas**. 5. ed. Belém: ONG Mamiraua, 2007, 367 p.
- BASTOS, Reuja Diany Santos, et al. Desmitificando o atendimento odontológico à gestante. **Revista Bahiana de Odontologia [online]**, ago.2014, v. 5, n. 2, p. 104-116.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, subsecretaria de Edições Técnicas, 2009.
- BRASIL. **Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 nov. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466/12**: aprova as diretrizes e normas regulamentadora sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, n. 12, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59.
- BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 com alterações da Lei 7.809, de 11 de julho de 1984**. Código Penal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 04 jun. 2016.

BUENO, Paulo Henrique de Carvalho; LIMA, Antônia Jesuíta de. Centralidade dos serviços de saúde de Teresina (PI): constituição e dinâmica. **Revista Eletrônica Qualit@s**[online], 2015, v. 17, n. 1, p. 7-25.

CAMPOS, Luciane, et al. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). **Revista Sul-Brasileira de Odontologia** [online], jul/set. 2010, v. 7, n. 3, p. 287-295.

CARDOSO, Leonardo Moura. Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa saúde da família. Corinto: Universidade Federal de Minas Gerais. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Corinto, 2010, 22 p.

CARVALHO, Denise Siqueira de; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação da implantação do programa de pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coortes de primigestas. **Caderno de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, 2004, 20 Suplemento 2, p. S220-S230.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de.; ARAÚJO, Thália Velho Barro de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil** [online], 2007, v.7, n.3, p.309-317.

CHASAN-TABER, Lisa, et al. Development and Validation of a Pregnancy Physical Activity Questionnaire. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 2004, v. 36, n. 10, p.1750-1760.

COSTA, Christina Souto Cavalcante. **Características do atendimento pré-natal na rede de atenção básica de saúde de Goiânia, Goiás**. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde), Goiânia, 2011, 72 p.

COSTA, Christina Souto Cavalcante, et al. Característica do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], abr.-jun. 2013, v. 15, n. 2, p. 516-522.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares, et al. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**[online], 2013, v. 13, n. 2, p. 101-109.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira, et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil [online], **Revista de Saúde Pública**, 2014, v. 48, n. 5, p. 766-774.

FERREIRA, Haroldo da Silva; MOURA, Fabiana Andréa; CABRAL JUNIOR, Cyro Rego. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes da região semi-árida do Estado de Alagoas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online], 2008, v.30, n.9, p.445-451.

FREIRE, Monique Soares de Sá; LIRA, Margaret Olinda de Souza Carvalho e; Nery, Inez Sampaio. **Estratégia saúde da família enquanto campo de práticas educativas**. Publicado em 2010. Disponível em <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/viewFile/193/82>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

FONSÊCA, Lia Andréa Costa da; PÁDUA, Liceana Barbosa de; VALADARES NETO, João de Deus. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal às gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, 2011, v. 4, n. 2, p. 40-45.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA (UNICEF). **O seminário brasileiro e a segurança alimentar e nutricional de crianças e adolescentes**. Brasília: Unicef, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONZAGA, Isabel Clarice Albuquerque, et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [on line], 2016, v. 21, n. 6, p. 1965-1974.

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ. Caracterização do semiárido piauiense. Disponível em <http://www.semiarido.pi.gov.br/conheca_mais.php> . Acesso em: 20 jul. 2016.

HEE, Lee Sung; YOUNG, Lee Eun. Factors Influencing Maternal-Fetal attachment in High-Risk Pregnancy. **Advanced Science and Technology Letters**., 2015, v.104 (Healthcare and Nursing), pp.38-42.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. **Censo 2010**: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. Disponível em <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=3&idnoticia=2170&t=censo-2010-numero-catolicos-cai-aumenta-evangelicos-espíritas-sem-relig&view=noticia>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

JESUS, Andreia Souza de, et al. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, mar/abr. 2014, v. 22, n. 2, p. 239-244.

KUMAR, Jayanth D.D.S; SAMELSON, Renee M.D. Oral Health Care During Pregnancy Recommendations for Oral Health Professionals. **New York State Dental Journal**, 2009, v. 75, n. 6, p. 29-33.

LAWRENCE, Jean M., et al. Satisfaction with pregnancy and newborn care: Development and results of a survey in a health maintenance organization. **The American Journal of Managed Care**, 1999, v. 5, n. 11, p. 1407-1413.

MACEDO, Ana Maria Bufolo; GOES, Haustany Fernanda de; MELO, Willian Augusto de. Caracterização e análises dos partos ocorridos no município de Maringá-PR de 2000 a 2009. **VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica** (Anais Eletrônicos), Centro Universitário de Maringá, 23 a 26 de outubro de 2012, p. 1-9.

MANO, Patrícia S., et al. Iniquidade na assistência à gestação e ao parto em município no semiárido brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**[online], Recife, out.-dez. 2011, v. 11, n. 4, p. 381-388.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, Célia Paranhos, et al. Histórico do modelo de atenção ao parto e nascimento com que trabalhamos. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno Humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014, 465 p. (Caderno Humaniza SUS, v. 4), bloco 1, p. 10-18.

MELO, Emiliania Cristina, et al. Fatores relacionados ao parto cesáreo, baixa cobertura de pré-natal e baixo peso ao nascer. **Revista de enfermagem e atenção à saúde** [online], 2013, v. 2, n. 1, p. 47-59.

MELO, Ernites Caetano Prates. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, jan/mar; 2011, v. 15, n. 1, p. 54-61.

MENDOZA-SASSI, Raul A., et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da estratégia saúde da família e unidades tradicionais em um município da região sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, 2011, v. 27, n. 4, p. 787-796.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira, et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, jan/mar. 2010, v. 34, n. 1, p. 119-133.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002, 28 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**.

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

OLIVEIRA, Dora Lúcia L. C., et al. Atenção materna e infantil e marcadores socioculturais. **Caderno Humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014, 465 p. (Caderno HumanizaSUS, v. 4), bloco 1, p. 48-58.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Pra que serve o Cartão da Gestante?** Disponível em <<https://www.pastoraldacrianca.org.br/outrosassuntos/3081-para-que-serve-o-cartao-da-gestante>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

PIAUÍ. GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde: 2012-2015**. Teresina: Secretaria Estadual da Saúde/Diretoria da Unidade de Planejamento, 73 p., 2012.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC GOIÁS). **Biblioteca de teses e dissertações da Puc Goiás**. Disponível em <http://www.pucgoias.edu.br/ucg/prope/pesquisa/home/secao.asp?id_secao=1068&id_unidade=1>. Acesso em: 01 abr. 2016.

RASELLA, Davide. **Impacto do programa bolsa família e seu efeito conjunto com a estratégia saúde da família sobre mortalidade no Brasil**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2013. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública). Salvador, 2013, 92 p.

RASIA, Isabel Cristina Rosa Barros.; ALBERNAZ, Elaine. Atenção pré-natal na cidade de pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil [online]**, Recife, out.-dez. 2008, v. 8, n.4, p. 401-410.

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luíza Akiko Komura; GOMES, Ana Luísa Zaniboni. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, jan/fev. 2012, v. 20, n. 1.

RIOS, Pedro Paulo Souza; BASTOS, Adson dos Santos. **Mulheres e relações de gênero no semiárido brasileiro**. Disponível em <http://www.sbece.com.br/resources/anais/3/1428545115_ARQUIVO_6SeminariordeEstudosCulturaiseEducacaoCompleto.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

SENA, Izabella Vieira dos Anjos. **Qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família: revisão de literatura**. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais. Monografia (Curso de Especialização em atenção básica em saúde da família), Lagoa Santa, 2014, 36 p.

SILVA, Caroline André. **O consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação: repercussões sobre a saúde do recém-nascido**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Monografia (Graduação em Enfermagem), Porto Alegre, 2014, 94 p.

SILVA, Paula Cristina Alves da. **Políticas públicas de humanização no nascimento: percepção da parturiente quanto à assistência de enfermagem no pré-parto do hospital regional materno infantil de Imperatriz-MA.** Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde), Goiânia, 2013, 92 p.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO, Bruna Queiroz Armentano. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM** [online], jan/mar. 2014, v. 4, n. 1, p. 1-9.

SIQUEIRA, Cláudia Valéria Chagas de. **Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos.** São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Ciências), São Paulo, 2011, 120 p.

TEIXEIRA, Gracimary Alves, et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2016, v. 08, n. 1, p. 4036-4046.

TEIXEIRA, Jousilene de Sales, et al. Padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela estratégia saúde da família de Campina Grande – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, 2009, v. 12, n. 1, p. 10-19.

VASCONSELOS, Rodrigo Gadelha, et al. Atendimento odontológico à pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, jan/jun.2012, v. 69, n. 1, p. 120-124.

VIANA, Livia Maria Mello, et al. **Avaliação do pré-natal na atenção básica no município de Esperantina.** In: Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstetrícia e Neonatal e Congresso Internacional Enfermagem Obstetrícia e Neonatal, 7 e 1, 2008, Belo Horizonte: ABENFO, 2008 (Trabalho 596, categoria do artigo: Pesquisa).

VIELLAS, Elaine Fernandes, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014, 30 Suplemento, p. S85-S100.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães, et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2008, v. 61, n. 05, p. 595-602.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO⁵

Ficha nº: _____

Data da coleta de dados: ___/___/___ Hora: Início: _____ término: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ID# _____ Número do
prontuário: _____ Bairro: _____
Telefone: _____

Zona do Município que mora: (1) Urbana (2) Rural

Instituição em que realizará o parto:

(1) Hospital José de Moura Fé (2) Outra instituição

Já conhecia a instituição antes? (1) não (2) sim.

Por que você foi encaminhada para esta instituição? _____

Local em que realizou o pré-natal:

(1) Unidade Básica de Saúde da Família. Qual _____

(2) Outro. Qual _____

Por que você realizou o pré-natal neste local?

(1) Proximidade

(2) Encaminhamento

(3) Outros. Qual? _____

⁵Conforme Costa (2011) com adaptações.

Como você agendou a consulta:

- (1) telefone (2) agente comunitário (3) no serviço de saúde
 (4) outro, qual _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Data de nascimento: ___/___/___

Idade Idade: (1) até 20 anos (2) 21-30 anos (3) 31-40 anos (4) acima de 41 anos

ETNIA:

Quanto a etnia, como você se considera:

- (1) amarelo (2) branco (3) indígena (4) negro (5) pardo

ESCOLARIDADE MATERNA:

- (1) <1ano (2) 1-3 anos (3) 4-7 anos (4) 8-11 anos (5) ≥12 anos

SITUAÇÃO CONJUGAL:

- (1) solteira (2) casada/amasiada/união consensual
 (3) desquitada/divorciada/separada (4) viúva
 (5) outro. Qual _____

RELIGIÃO:

- (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) outro. Qual _____

OCUPAÇÃO: _____

Há quanto tempo? _____

SITUAÇÃO DE TRABALHO:

- (1) ativa (2) sem trabalho remunerado
 (3) licença médica (4) aposentada

RENDA MENSAL FAMILIAR: _____ reais.

- (1) 0 –| 1 SM (2) 1 –| 5 SM (3) 5 –| 10 SM (4) >10 SM

Quem participa do total da renda familiar?

- (1) você (2) marido (3) filho (4) outros, quem? _____.

Vocês recebem alguma ajuda governamental?

- (1) não (2) sim. Se sim: (1) bolsa família (2) salário escola (3) renda cidadã (4) outros _____.

NÚMERO DE FILHOS:

- (1) nenhum (2) um (3) dois (4) três (5) mais de três.

MORADIA:

- (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) da empresa (5) financiada
 (6) outro: _____

Com quem mora:

- (1) cônjuge (2) cônjuge e filho(s) (3) um ou mais filhos (4) irmãos (5) sozinha (6) com os pais
 (7) outro _____

SANEAMENTO BÁSICO:

- (1) rede de esgoto: (1) não (2) sim

- (2) asfalto: (1) não (2) sim
- (3) praças: (1) não (2) sim
- (4) água tratada: (1) não (2) sim
- (5) plantio de árvores (1) não (2) sim

ACESSO A MEIO DE TRANSPORTE:

- (1) transporte coletivo (1) não (2) sim
- (2) carro próprio (1) não (2) sim
- (3) outros meios (1) não (2) sim, qual? _____

DADOS GINECO- OBSTÉTRICOS DA GRAVIDEZ ATUAL:

DUM _____ **IG** _____ sem. DPP _____

Tipo de parto: (1) vaginal (2) operatório

Peso - inicio gravidez: _____ kg

Peso atual : (1) <50 kg (2) 50 a 60 kg (3) 61 a 70 kg (4) 71 a 80kg (5) 80 a 90 kg
(6) acima de 91 kg

VAT- Vacina Antitetânica: (1) uma dose (2) duas doses (3) três doses (4) reforço
(5) imunizada (6) outros, porque? _____

Intercorrências gestacionais e obstétricas na gestação atual? (1) não (2) sim. Se sim, quais? _____

Número de gestações: (1) primípara (2) múltipara (3) nulípara

Nº de Gestas _____ Nº de partos vaginal _____

Nº de parto operatório _____. Neste caso porque foi realizado? _____

Aborto: (1) não (2) sim. Se sim, (1) espontâneo (2) provocado (3) espontâneo e provocado (4) outros, qual? _____

Nº de Aborto _____

Filho nascido com baixo peso (menos de 2500 g): (1) não (2) sim. Se sim, (1) < 1000g (2) 1000 a 1500g (3) 1500 a 2000 (4) 2000 a 2500.

Filho nascido morto: (1) não (2) sim.

Quantos: _____

Hipertensão arterial: (1) não (2) sim. Se sim, (1) antes da gravidez (2) durante a gravidez

Diabetes: (1) não (2) sim. Se sim: (1) antes da gravidez (2) durante a gravidez

Outras patologias (1) não (2) sim.

Quais? _____

Exercício físico: (1) não (2) sim, qual e quantas vezes por semana? _____

Fez uso de algumas substâncias durante a gestação, como: Cigarro (1) não (2) sim. Há quanto tempo fuma _____ Quantos cig/dia _____ (3) já foi fumante? (1) não (2) sim, há quanto tempo parou? _____

Álcool: (1) não

(2) sim, há quanto tempo é etilista? _____. Quantos álcool/dia (doses) _____

(3) Já foi etilista. (1) não (2) sim, há quanto tempo parou? _____

Outras drogas: (1) não (2) sim.

Quais? _____

EXAMES LABORATORIAIS NA GESTAÇÃO:

(1) Adequado – realizado duas coletas do teste da mamãe – 1 no primeiro trimestre de gravidez e a 2ª no terceiro trimestre da gravidez.

(2) Inadequado – realizado 1 coleta do Teste da mamãe em qualquer idade gestacional.

(3) Não realizaram – quando não foi realizado nenhum exame laboratorial durante a gestação.

Exame	Trimestre			Observações
	1º	2º	3º	
Hemograma				
Hb/Ht				
Glicem. Jejum				
VDRL				
URINA 1				
Anti-HIV				
HBsAg				
Toxoplasmose				
Coombs indireto				
Urocultura				
Papanicolau				
TOTG 50g				
Outros				

Legenda: (1) Sim(2) Não

EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA (USG):

- (1) Adequado – quando realizado 1 USG durante cada trimestre da gestação.
 (2) Inadequado – quando realizado somente 1 USG durante o pré-natal.
 (3) Não realizaram – quando não foi realizado nenhuma USG na gravidez.

Exame	Trimestre			Observações
	1º	2º	3º	
USG				
USG				
USG				

Legenda: (1)Não (2) Sim

CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Classificação do risco da gestação: (1)baixo(2) alto. Porque? _____

AValiação OBSTETRICA REALIZADA DURANTE O PRÉ-NATAL

(cartão da gestante)

(1) Adequado – quando realizado seis ou mais consultas compatível com a idade gestacional ao término da gestação e com início do pré-natal antes da 20ª sem de gestação, com três ou mais registros de BCF e movim. fetal, AU, PA e peso da gestante .

(2)Inadequado – quando realizado duas a cinco consultas e com início do pré-natal após 20ª sem de gestação, com dois ou menos registros de BCF e movim. fetal, AU, PA e peso da gestante .

(3)Não realizaram – quando realizado uma ou nenhuma consulta durante a gravidez.

Avaliação conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde para a adequação ao pré-natal										
CONSULTAS Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
Altura Uterina - AU										
Verificação pressão arterial										
Batimento Córdio-Fetal – BCF										
Movimento Fetal										
Peso gestante										

Número de consultas realizadas no pré-natal:

- (1) uma ou nenhuma consultas
- (2) duas a cinco
- (3) seis consultas
- (4) sete ou mais consultas

Quando iniciou o pré-natal: (1) 1º trimestre(2) 2º trimestre (3) 3º trimestre

Quem fez suas consultas na unidade de saúde?

(1)médico(2)enfermeiro (3)médico e enfermeiro (4)não fez acompanhamento de pré-natal

Quais orientações recebeu do enfermeiro durante o pré-natal?

Ficou satisfeita com as consultas?

(1) não, Porque?_____

(2)sim, Porque?_____

Quais orientações recebeu do médico durante o pré-natal?

Ficou satisfeita com as consultas?

(1)não, Porque?_____

(2) sim, Porque?_____

Você participou de alguma atividade educativa:

(1) não, Porque?_____

(2)sim, Qual?_____

Que temas foram discutidos?

O que você sugere para melhorar o atendimento pré-natal?

(1) Mais profissional médico(a)

(2) Mais profissional enfermeiro(a)

(3) Mais profissionais médico e enfermeiro(a)

(4) Melhorar a área física da unidade de saúde

(5) Melhorar atendimento primário da gestante – início da gravidez.

(6) Outros. Quais? _____

Sentiu falta de algum serviço, orientação ou assistência?

(1) Não

(2) Sim. Qual(is)? _____

Realizou algum dos seguintes atendimentos durante o pré-natal como?

(1) atendimento odontológico (1) não (2) sim

(2) atendimento psicológico (1) não (2) sim

(3) atendimento nutricional (1) não (2) sim

(4) outros.

Quais? _____

Fonte: Questionário adaptado de Costa (2011).

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do Projeto de Pesquisa sob o título “**Análise da Assistência pré-natal na rede básica de saúde de um município do semiárido piauiense**”. Meu nome é Marle Araújo Luz de Carvalho, enfermeira COREN n. 170.130-PI, sou a pesquisadora responsável, mestranda em Ciências Ambientais e Saúde.

O objetivo desta pesquisa será analisar as características e perfis da assistência pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas pela rede de atenção básica de um município do semiárido do nordeste brasileiro, para que possamos obter informações relacionadas à sua condição socioeconômica (idade, sexo, número de filhos, renda mensal e outros), o ambiente em que você vive (condições de moradia, saneamento básico e outros), a história da sua gestação e parto (data da última menstruação, idade gestacional, número de partos outros) e o perfil do atendimento pré-natal que você realizou (nº de consultas, o mês de início do pré-natal, vacinas, exames realizados e outros).

Caso você concorde em participar, precisarei aplicar um questionário estruturado que deverá ser preenchido em aproximadamente 30 minutos. Também precisarei checar informações contidas no seu cartão de gestante. Asseguro que você não será identificado e que o seu nome não aparecerá, pois usaremos apenas um número de identificação para escrevermos sobre as pessoas que participarem dessa pesquisa.

Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, suas informações serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar como tem sido o acompanhamento de mulheres que vivenciam a assistência pré-natal na rede pública de Simplício Mendes - PI, possibilitando que os profissionais da saúde possam com isso repensar sua postura adequando melhorias necessárias para qualificar o atendimento as mulheres.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você está livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo do seu seguimento nesta instituição de saúde. Se você não estiver à vontade para discutir sobre um determinado assunto, você é livre para não responder questões ou interromper suas respostas durante sua entrevista. Você poderá se retirar do estudo a qualquer

momento, sem com isto, sofrer nenhum dano. Acredito que você não sentirá nenhum desconforto, não terá riscos ou, prejuízos ao participar do estudo.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecida, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Enf^a. Marle Araújo Luz de Carvalho, no telefone: (86) 9904-2100, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512.

Simplício Mendes – PI, ___/___/____.

Marle Araújo Luz de Carvalho

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Análise da Assistência pré-natal na rede básica de saúde de um município do semiárido piauiense: características do serviço e perfil das gestantes”**. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora, enfermeira Marle Araújo Luz de Carvalho, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência ou tratamento. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino.

Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa.

Assinatura do sujeito participante _____

Simplício Mendes - PI, ___/___/___



Assinatura Dactiloscópica

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para o(a) participante acima nomeado(a).

Assinatura do Investigador: _____.

Simplício Mendes - PI, ___ / ___ / ___.

ANEXOS

ANEXO A - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa **Características do Atendimento Pré-natal na Rede Básica de Saúde no Semiárido do Nordeste Brasileiro**, de responsabilidade do pesquisador **Marle Araújo Luz** e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Simplicio Mendes, 08 de junho 2015.

Maria do Ceo Damasceno Moura Fé

Maria do Ceo Damasceno Moura Fé

Secretária Municipal de Saúde de Simplicio Mendes -PI

Maria do Ceo Damasceno Moura Fé
Secretária Municipal de Saúde
CPF: 036.153.352-89

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA PUC GOIÁS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 1.183.685

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A resposta à pendência deve ser precisa.

Senhor (a) Pesquisador (a), destaque as alterações realizadas modificando a cor da fonte para vermelho. Em seguida copie as pendências que foram apontadas no Parecer em um documento no Word. Utilize a pendência do CEP como fosse uma pergunta e coloque as alterações realizadas como se fossem respostas. Salve o documento como RESPOSTAS ÀS PENDÊNCIAS e anexe como OUTROS na Plataforma Brasil. Lembre-se que quando solicitado alterações no PROJETO DETALHADO o pesquisador também deverá fazer alterações nas INFORMAÇÕES BÁSICAS DA PLATAFORMA BRASIL (Em nenhum documento poderá haver divergência de informações). Em caso de dúvida acesse o site do CEP PUC Goiás e obtenha mais instruções sobre como proceder para responder às pendências. Essa atitude simples contribui para que o relator identifique rapidamente e como consequência avalie e libere o novo parecer com agilidade.

GOIANIA, 13 de Agosto de 2015

Assinado por:

NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Prof. Dr. Nelson Jorge da Silva Júnior
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde
PUC Goiás - Coordenador - R.E. 331

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br