

Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde

Characteristics of prenatal care in the Basic Health Care Network

Características de la atención prenatal en la Red Básica de Salud

Christina Souto Cavalcante Costa¹, Vanessa da Silva Carvalho Vila², Flávia Melo Rodrigues³,
Cleusa Alves Martins⁴, Lícia Maria Oliveira Pinho⁵

¹ Enfermeira, Mestre em Ciências Ambientais. Docente da Faculdade Estácio de Sá. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: costasouto@uol.com.br.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta I da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Goiânia, GO, Brasil. E-mail: yscvila@uol.com.br.

³ Biomédica, Doutora em Ciências Ambientais. Professora Titular da Universidade Estadual de Goiás. Anápolis, GO, Brasil. E-mail: rfamelom@gmail.com.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associada I da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: cleusa.alves@gmail.com.

⁵ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da PUC Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: licia@ucg.br.

RESUMO

O objetivo deste *survey* descritivo-exploratório foi analisar as características do atendimento pré-natal na rede de atenção básica à saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada e submetidos à análise estatística descritiva. Os resultados evidenciaram inadequações relacionadas ao início tardio do pré-natal, à realização da ultrassonografia e à baixa participação em atividades educativas. O índice de Kessner modificado por Takeda indicou baixo nível de adequação do pré-natal (35%). Identificou-se a necessidade de promover intervenções em saúde para melhorar o acesso precoce das gestantes ao pré-natal e monitorar o cumprimento dos protocolos assistenciais preconizados para garantir uma prática segura de cuidados à saúde durante a gestação, parto e puerpério.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Enfermagem Obstétrica; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The objective of this descriptive-exploratory survey was to analyze the prenatal care in the basic health care network. Data collection was performed by means of structured interviews and then submitted to descriptive analysis. Results revealed inadequacies related to a late onset of prenatal care, few ultrasounds performed and poor participation in educational activities. The Takeda-modified Kessner index indicated the prenatal care had a low adequacy level (35%). There is a need to promote health interventions to improve the rates pregnant women who make an early start in prenatal care and monitor the compliance to the recommended health care protocols to ensure safe health care practice during pregnancy, delivery and puerperium.

Descriptors: Prenatal Care; Obstetrical Nursing; Women's Health.

RESUMEN

El objetivo de este *survey* descriptivo y exploratorio fue analizar las características de la atención prenatal en la red de atención básica a la salud. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas estructuradas y sometidos a análisis estadístico descriptivo. Los resultados expresaron inadecuaciones relativas al inicio tardío del prenatal, la realización de la ecografía y la baja participación en actividades educativas. El índice de Kessner modificado por Takeda indicó bajo nivel de adecuación del prenatal (35%). Se identificó la necesidad de promover intervenciones en salud para mejorar el acceso precoz de las gestantes al prenatal y monitorear el cumplimiento de los protocolos de atención recomendados para garantizar una práctica segura de cuidados a la salud durante la gestación, el parto y el puerperio.

Descritores: Atención Prenatal; Enfermería Obstétrica; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma experiência social, individual e única para a mulher. É um momento especial e transitório, com intensas transformações psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas⁽¹⁾. Nessa etapa, a mulher requer uma série de cuidados para a promoção da saúde e qualidade de vida. Nesse aspecto, a atenção pré-natal é reconhecida como etapa fundamental que tem como objetivo monitorar e acompanhar a gestação para identificar e intervir nas situações de risco à saúde materna e fetal⁽²⁻³⁾.

O período pré-natal é considerado o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados, o qual requer dos profissionais envolvidos, o estabelecimento de uma efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares, para contribuir efetivamente nas ações de educação em saúde, favorecendo o autocuidado e o exercício da autonomia⁽⁴⁾.

Em 2000, foi implantado no Brasil, o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) que criou um protocolo mínimo de ações recomendadas para diminuir a mortalidade materna e perinatal. A meta com a instituição desse programa era melhorar as condições da atenção pré-natal, promovendo um atendimento humanizado à gestante em um modelo de atenção integral à saúde. Desde então, os municípios brasileiros têm como desafio atender as recomendações mínimas, entre elas, favorecer e promover o início precoce do cuidado pré-natal, estabelecer a cobertura universal, garantir a periodicidade das consultas, implementar ações preventivas e curativas por meio de uma rede de saúde integrada e efetuar, no mínimo, seis consultas, além da realização de procedimentos clínico-laboratoriais e a promoção de atividades educativas⁽²⁾.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher" (PNAISM) que reafirmou a necessidade de ações de atenção à saúde a qual contribui para a redução da morbimortalidade feminina em todas as fases da vida⁽⁵⁾. Essa política estimulou a participação da enfermagem nas ações de saúde da mulher, especialmente no pré-natal, preconizando ações educativas que incorporem a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde⁽⁵⁾.

Pesquisadores apontam que, embora haja evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal no Brasil⁽⁶⁻⁷⁾, ainda persistem questões relacionadas à

dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, aos déficits para garantir o vínculo entre pré-natal e parto, às inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como à carência de orientações às gestantes, principalmente, quanto aos aspectos relacionados ao parto, à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido⁽⁸⁾.

Somados a esses aspectos, outros indicadores da inadequação da assistência pré-natal tais como, o início tardio da assistência pré-natal e o baixo número de consultas, podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de possíveis complicações⁽⁵⁾. Os estudos descrevem que a falta de recursos humanos (profissionais aptos e treinados para o bom atendimento da mulher) e a falta de infra-estrutura adequados (planta física adequada, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos e outros) comprometem a qualidade da assistência durante o pré-natal e expõe a gestação, o parto e puerpério a riscos e consequências adversas^(2-3,6-7,9).

Nesse sentido, atualmente, tem sido recomendados estudos que tenham como objetivo avaliar o processo da atenção pré-natal, nos diferentes contextos brasileiros, considerando a necessidade de identificar as lacunas assistenciais, as quais demandam intervenção para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher^(2-3,6-7,9). Assim, o presente estudo foi desenvolvido com objetivo de analisar as características do atendimento pré-natal da rede de atenção básica em saúde.

Acredita-se que os resultados contribuirão para identificar os avanços e as lacunas assistenciais, gerenciais e políticas, que demandam atenção da rede de saúde municipal e estadual com intuito de cumprir os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Outro aspecto relevante será a produção de evidências científicas que fornecerá aos profissionais de saúde e gestores informações e subsídios relevantes, para implementação de intervenções que garanta a qualidade da gestação, parto e puerpério.

MÉTODO

O presente *survey* descritivo-exploratório foi desenvolvido com mulheres que realizaram o pré-natal na rede de atenção básica do município de Goiânia, Goiás, internadas para o parto em uma maternidade estadual.

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada no período de outubro a dezembro de 2010.

O procedimento de amostragem se definiu mediante o cálculo de amostragem representativa que estimou o quantitativo de aproximadamente 98 mulheres. Nesse sentido, adotou-se a técnica de amostragem por conveniência e foram incluídas mulheres com idade gestacional maior ou igual a 35 semanas, parturientes ou puérperas, com idade superior a 18 anos que realizaram o pré-natal na rede básica de saúde de Goiânia e portavam o cartão de pré-natal

Os dados foram coletados por meio de entrevista para a qual se utilizou um formulário estruturado com variáveis sociodemográficas, econômicas e dados obstétricos.

O perfil do atendimento pré-natal foi avaliado a partir das variáveis: local de acesso ao pré-natal e os indicadores de qualidade da assistência, tais como, início do pré-natal, número de consultas realizadas, exames laboratoriais, vacinação antitetânica, realização de ultrassonografia e participação em atividades educativas.

Os dados foram registrados em um banco de dados do Programa Excel, versão do Office 2007 da Microsoft e, a seguir, transportados para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 14.0. Para a análise descritiva das variáveis, foram utilizadas medidas de posição (média, mediana) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis contínuas e de frequência simples para as variáveis categóricas.

Os dados estão apresentados de modo descritivo e analítico. A avaliação da adequação da assistência pré-natal foi realizada mediante os critérios de qualidade do pré-natal previstos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde⁽²⁾ e o índice de Kessner modificado por Takeda⁽¹⁰⁾. O índice de Kessner modificado por Takeda avalia a adequação do acompanhamento pré-natal em relação às variáveis: números consultas e período de início do pré-natal. A partir da análise destas variáveis, o pré-natal poderá ser classificado em *adequado* quando realizado seis ou mais consultas e início do pré-natal antes de cinco meses de gestação; *inadequado* quando menos de três consultas ou início do pré-natal após o sétimo mês de gestação e *intermediário*, nas demais situações⁽¹⁰⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil, sob o protocolo

número 030/10 e houve anuência dos participantes por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 110 mulheres com idade média de 26,09 ($\pm 7,8$) anos, variando entre 18,1 e 40,2 anos. Prevaleceu a faixa etária de 21 a 30 anos (58,2%). Houve predominância da raça parda (60,9%). A maioria das mulheres (77,3%) mencionou um parceiro estável. O grupo apresentou baixo nível de escolaridade, sendo que 49,1% referiram terem estudado de quatro a sete anos. Identificou-se que 45,5% residiam em casa alugada, com cônjuge e filhos (62,7%).

Entre as participantes, 56,4% exerciam atividades no lar, sendo o marido responsável pela renda (48,2%). O serviço doméstico, com ou sem carteira assinada, prevaleceu como trabalho remunerado. A renda mensal familiar foi em média R\$ 800,00 ($\pm 673,10$). Constatou-se que 68,2% recebiam de um a cinco salários mínimos.

Quanto ao perfil obstétrico, identificou-se que 74,5% das gestações foram de baixo risco; a idade gestacional foi em média 37,2 ($\pm 1,84$) semanas. A maioria (90,0%) das gestantes era múltipara e realizou o parto vaginal (57,0%).

No que se refere ao local do atendimento, identificou-se que 42,7% das mulheres realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), sendo que 70% escolheram o local pela proximidade da residência. O agendamento das consultas ocorreu, principalmente, no próprio serviço (39,1%) e por tele agendamento (31,8%).

Ao serem questionadas quanto à qualidade do atendimento, as puérperas relataram a satisfação tanto com a consulta médica (79,8%) quanto a de enfermagem (84,3%). Entre as participantes 53,6% foram atendidas, apenas, pelo médico e 45,4%, por médicos e enfermeiros.

O índice de Kessner modificado por Takeda⁽¹⁰⁾ indicou apenas 35% de adequação da atenção pré-natal. A avaliação, dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal estabelecidos pelo PHPN, evidenciou a inadequação dos indicadores início do pré-natal, número de ultrassonografias e participação em atividades educativas (Tabela 1).

Tabela 1: Indicadores de qualidade da assistência pré-natal das mulheres entrevistadas (n=110). Goiânia, GO, 2010.

Indicadores de qualidade da assistência pré-natal	Sim	Não
	N (%)	N(%)
Início do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez	51 (46,4)	59 (53,6)
Seis ou mais consultas	58 (52,7)	52 (42,3)
Teste da mamãe	67 (60,9)	43 (39,1)
Todos exames laboratoriais	67 (60,9)	43 (39,1)
Ultrassonografia (1 em cada trimestre da gestação)	46 (41,8)	64 (58,2)
Vacina antitetânica (2 doses ou reforço)	77 (70,0)	33 (30,0)
Participação em atividades educativas	37 (33,6)	73 (66,4)

Entre os aspectos sugeridos para a melhoria da qualidade do atendimento pré-natal, foram mencionadas as necessidades de agilizar o agendamento de consultas, promover atenção individualizada à gestante (51,8%), melhorar a área física da unidade (7,3%) e aumentar o número de médicos com especialização em obstetria (19,1%).

DISCUSSÃO

A qualidade da atenção pré-natal representa uma das prerrogativas governamentais na atenção à saúde materna e perinatal. Nesse sentido, os estudos descrevem que conhecer as características do processo de atenção pré-natal, contribui para identificação das prioridades assistenciais, para o estabelecimento de ações adequadas, para prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de possíveis problemas obstétricos⁽¹¹⁾.

As características sociodemográficas e econômicas identificadas no grupo pesquisado são semelhantes ao evidenciado nos estudos brasileiros^(3,6,9,12-13). As mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal na rede de atenção básica, no período investigado, eram jovens com baixo nível de escolaridade e condição socioeconômica desfavorecida.

Entre os aspectos sociodemográficos que poderão interferir no processo de assistência pré-natal, pesquisadores apontam que, principalmente, a baixa escolaridade materna poderá trazer prejuízos para a qualidade da assistência pré-natal e merece atenção especial dos gestores e profissionais de saúde^(6,9,12). A baixa escolaridade aumenta o risco obstétrico e dificulta a adesão de mulheres ao pré-natal, o que contribui para inadequação do processo de cuidados no pré-natal^(3,12-13).

A saúde é uma resultante da interação de múltiplos fatores e não está relacionada, apenas, à disponibilidade de serviços de saúde, mas também à capacidade de

autonomia da população, o que por vez é influenciada diretamente pelo nível de escolaridade⁽¹⁴⁾.

É consenso entre os pesquisadores que a existência de iniquidades sociais expõe as brasileiras que necessitam de cuidados pré-natais nos diferentes municípios brasileiros a situações de risco, principalmente em função da baixa qualidade dos serviços oferecidos em contextos socioeconômicos desfavorecidos. Isso leva à baixa qualidade do processo de atenção pré-natal e, conseqüentemente, contribui para elevação dos índices de mortalidade materna e perinatal^(3,12).

A avaliação do Índice de Kesner modificado por Takeda⁽¹⁰⁾ revelou a adequação da atenção pré-natal para apenas 35% das participantes, denotando a importância de atentar para a necessidade de promover intervenções direcionadas para a adesão precoce das mulheres ao pré-natal. O início tardio do acompanhamento pré-natal evidenciado, também foi descrito em outros estudos^(6,15-16). A persistência dessa problemática afeta diretamente o monitoramento e acompanhamento da gestação⁽¹³⁾. O início precoce do pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para a prevenção das possíveis complicações gestacionais. Além disso, permite o monitoramento do crescimento fetal e fundamenta a tomada de decisão clínica relacionada ao desfecho da gestação⁽⁶⁾.

A assistência pré-natal deve ser iniciada no primeiro trimestre de gestação, com consultas agendadas mensalmente para proporcionar cobertura universal, de modo planejado, permitindo o acompanhamento efetivo. O Ministério da Saúde preconiza a realização de uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro⁽⁷⁾.

Identificou-se que a adequação do número de consultas foi superior à adequação do início precoce o que também foi evidenciado em outros estudos^(6,9). Os

pesquisadores discutem a necessidade de se repensar a qualidade das consultas e a capacitação técnica, científica e humana dos profissionais para promover o cuidado integral das mulheres nessa importante etapa de suas vidas^(6,9) e descrevem que o maior número de consultas de pré-natal está fortemente associado a desfechos mais favoráveis⁽⁶⁾.

Entre as justificativas apontadas por pesquisadores para o início tardio da assistência pré-natal, estão o desencanto e a falta de confiança na qualidade dos serviços oferecidos por Unidades Básicas de Saúde^(7-8,17). Entre as intervenções recomendadas para favorecer o início precoce da assistência pré-natal estão, incentivar o pré-natal por meio de campanhas coletivas, estimular a busca ativa domiciliar por meio dos agentes comunitários, ampliar a cobertura de áreas com o programa Saúde da Família, disponibilizar atendimentos de qualidade e o estabelecimento de vínculo entre profissionais da saúde e gestantes^(13,15).

Em termos da estrutura organizacional das unidades da rede básica de saúde, identificou-se que as mulheres sentiram-se satisfeitas com atendimento dos profissionais de saúde. No entanto sugeriram melhorar a área física da unidade, aumentar o número de médicos com especialização em obstetrícia, melhorar e tornar mais ágil o agendamento das consultas e demonstrar mais atenção às queixas das gestantes durante as consultas.

A estrutura organizacional para atenção pré-natal é reconhecida pelo Ministério da Saúde como ponto fundamental para garantir uma prática segura. Nesse sentido, é recomendada a preservação de um ambiente facilitador para as ações integradas de saúde que considerem aspectos relacionados à planta física, aos recursos humanos e materiais, ao apoio laboratorial, ao acesso ao medicamento, aos instrumentos de registro e ao sistema de referência e contra referência⁽¹⁵⁾.

Embora essas dimensões não tenham sido investigadas no presente estudo, acredita-se na necessidade de estudos futuros que tenham como objetivo aprofundar a descrição desses indicadores para os municípios brasileiros, de modo a contribuir com a qualidade da atenção pré-natal. Estudos mostram a necessidade de adequações relacionadas à qualificação de recursos humanos para o atendimento, bem como a

construção de áreas físicas adequadas para as ações necessárias ao cuidado das gestantes^(6,18).

Os indicadores de qualidade do PHPN avaliados denotaram que mesmo para as variáveis identificadas como adequadas (número de consultas, teste da mamãe, exames laboratoriais, vacinação antitetânica), os índices foram considerados inferiores ao esperado para uma atenção pré-natal segura para o binômio mãe-filho. Os estudos que avaliam a qualidade da atenção pré-natal têm apontado para a necessidade de considerar os indicadores em um contexto ampliado e de modo conjunto, pois expressam ações interdependentes para que o protocolo de cuidados à saúde seja cumprido. Nesse aspecto, a inadequação de uma variável compromete a assistência e expõe a gestação, o parto e o puerpério, determinando a ocorrência de eventos adversos relacionados a práticas inseguras^(2,12).

Em relação ao exame de ultrassonografia, embora seja um procedimento frequente durante a gravidez, o seu uso como rotina permanece controverso. Não existe ainda demonstração científica de que esse procedimento, rotineiramente realizado seja efetivo no sentido de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal⁽¹⁹⁾. Entretanto, outros trabalhos demonstram a priorização da ultrassonografia obstétrica em detrimento do exame clínico e dos exames laboratoriais básicos^(2,9,15,19).

A participação em atividades educativas é um importante indicador no processo de atenção pré-natal, mas nesse estudo mostrou-se inadequado. Pesquisadores evidenciam a importância das atividades educativas e afirmam que as gestantes integradas em algum grupo no pré-natal têm maior chance de cuidar de si próprias e do bebê, sem ansiedade e medo⁽⁷⁻⁸⁾.

Os estudos descrevem que, para favorecer a implementação das práticas educativas, é necessário efetivar o vínculo e o acolhimento das gestantes nos serviços de saúde, aumentando o número e a qualidade das consultas realizadas pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, o conhecimento do nível de escolaridade e econômico poderá favorecer que as ações tenham um impacto relevante para a prática de educação em saúde. Os pesquisadores enfatizam que as ações de educação em saúde devem fortalecer as capacidades individuais e coletivas e encorajar os indivíduos a

buscarem novas estratégias para compreender seus problemas^(2,6,20).

A realização de ações educativas, no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, é importante porque, particularmente, no pré-natal, a mulher deverá ser orientada para vivenciar o momento do parto de forma positiva, com menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no cuidado com o bebê⁽⁴⁾. A educação em saúde é fundamental e deve ser atividade prioritária a todas as gestantes. Nesse sentido o enfermeiro tem um papel fundamental^(2,12,20). A educação em saúde é um espaço privilegiado de encontro de subjetividades em que ocorre a possibilidade de construção de conhecimentos que se efetiva em transformações da realidade da gestante que se traduz em qualidade de vida para si e seu conceito.

Os profissionais de saúde devem adotar uma postura de educadores que compartilham saberes, promovendo ações de educação em saúde não apenas como estratégia para intervenção na doença, mas principalmente, para a manutenção ou recuperação do estado de saúde, no qual estão envolvidos aspectos socioeconômicos, culturais, emocionais e espirituais⁽²⁰⁾. Isso requer a capacitação dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, para desenvolver a habilidade de avaliar criticamente as necessidades da clientela e estabelecer uma comunicação eficaz e sensibilizadora, para que as mulheres compreendam a importância dessa intervenção para promoção da saúde^(4,20).

Nesse sentido, torna-se imprescindível sensibilizar e conscientizar as equipes de saúde sobre a necessidade de aprimorar o processo de comunicação, para que a educação em saúde se efetive na prática do cuidado pré-natal. As evidências científicas apontam a necessidade de melhorar a capacidade técnica e humana das equipes de saúde para trabalhar temas importantes tais como, o parto, a amamentação e o planejamento familiar^(2-4,6-7,9,15). Para isso é necessário um amplo investimento na política de recursos humanos para a qualificação de profissionais que adotem modelos assistenciais integralizadores, que compreendam a importância da educação em saúde para a promoção do autocuidado.

Acreditamos que a promoção de ações em saúde que tenha como meta o acolhimento e o estabelecimento do vínculo da gestante com os profissionais que cuidarão dela ao longo desse processo e a conscientização da

mulher sobre a necessidade de assumir a autogestão da saúde nesse processo, poderão contribuir para a melhor adesão ao pré-natal. Essas metas representam os desafios atuais para efetivação da integralidade do cuidar e requerem o empenho dos profissionais de saúde para as mudanças necessárias no processo de formação profissional e na produção de práticas de cuidado pré-natal eficazes e seguras para saúde materno-fetal.

CONCLUSÃO

Ao analisar as características do atendimento pré-natal da rede de atenção básica em saúde tendo como parâmetros o preconizado pelo Programa de Humanização do Parto e do Nascimento e o índice de Kessner modificado por Takeda, observaram-se inadequações na atenção pré-natal que podem comprometer a qualidade de vida do binômio mãe-filho.

Essas inadequações estão relacionadas, principalmente, ao início tardio da atenção pré-natal e à pouca participação em atividades educativas. Isso denota a responsabilidade de toda a equipe de saúde, em especial da enfermagem, em adotar uma postura mais acolherada e utilizar de tecnologias leves que tenham como objetivo a promoção do acolhimento da mulher na rede de atenção à saúde.

A rede básica de saúde do município de Goiânia-GO, tem atendido parcialmente aos requisitos organizacionais e assistenciais para o acompanhamento pré-natal. Considerando que a atenção básica deve ser a porta de entrada das mulheres na assistência pré-natal, tornam-se imprescindíveis a adoção de protocolos de monitoramento e a avaliação da qualidade da atenção pré-natal pelos gestores municipais, de modo que tenham os indicadores da realidade assistencial, vivenciada pela população local. Esses são importantes instrumentos que contribuem para regulação da qualidade da assistência e garantia de práticas de saúde seguras que promovam a saúde e qualidade de vida das pessoas.

Nesse sentido, cabe aos gestores avançar, tendo como meta propor soluções definitivas como o melhoramento da infraestrutura das unidades de saúde, investir em capacitação técnica continuada das equipes de saúde, para a realização dos procedimentos mínimos exigidos pelo PHPN. Além disso, a implementação de

uma gestão participativa e o controle social, poderão contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva

das mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal.

REFERÊNCIAS

- Merighi MAB, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2007 [cited 2013 jan 31];20(4):434-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400008>.
- Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000.
- Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. 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. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 [cited 2013 jan 31];27(4):787-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400018>.
- Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007 [cited 2013 jan 31];12(2):477-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>.
- Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília (Brasil): Editora do Ministério da Saúde, 2009 [cited 2013 jan 31]. 82 p. Available from: http://www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude-e-participacao-politica/acoes-de-saude/portal_factory/2-politica-nacional-mulher-principios-diretrizes.pdf.
- Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [cited 2013 jan 31];28(3):425-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.
- Andreucci CB, Cecati JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 [cited 2013 jan 31];27(6):1053-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>.
- Gonçalves R, Urasaki MBM, Merigui MAB, D'ávila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2013 jan 31];61(3):349-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300012>.
- Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [cited 2013 jan 31];6132(11):563-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>.
- Takeda S. Avaliação da qualidade do pré-natal: programa para gestantes em unidade de atenção à saúde [dissertation]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
- Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2010 [cited 2013 jan 31];10(3):359-67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>.
- Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2008 [cited 2013 jan 31];8(4):401-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000400005>.
- Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 [cited 2013 jan 31];27(5):985-94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500016>.
- Carvalho VCP, Araújo TVB. 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. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2007 [cited 2013 jan 31];7(3):309-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>.
- Rocha RS, Silva MGC. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. *Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)*. [Internet]. 2012 [cited 2013 jan 31];25(3):344-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2012.p344>.
- Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2008 [cited 2013 jan 31];16(6):986-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600008>.
- Correa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2013 jan 31];45(6):1293-300. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a03.pdf>.
- Anversa ET, Bastos GA, Nunes LN, Dal Pizzol Tda S. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [cited 2013 jan 31];28(4):789-800. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.
- Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2009 [cited 2013 jan 31];55(3):290-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300021>.
- Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 [cited 2013 jan 31];13(2):199-210. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>.

Artigo recebido em 14/09/2011.

Aprovado para publicação em 04/12/2012.

Artigo publicado em 30/06/2013.