

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE PUÉRPERAS ASSISTIDAS NO MUNICÍPIO DE IGUATU - CE

Sociodemographic and obstetric profile from pregnant women assisted in Iguatu - CE

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil sociodemográfico e obstétrico de puéperas assistidas no município de Iguatu-CE, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, cuja amostra contemplou 178 puéperas residentes no município em estudo. Realizou-se a coleta de dados em uma maternidade de atendimento público, no período de agosto a setembro de 2008, por meio de entrevista. As variáveis foram submetidas à análise univariada dos dados pelo programa estatístico SPSS 11.0. **Resultados:** As puéperas apresentaram média de idade de 23,8 anos; 100 (56,2%) eram da zona urbana; 36 (20,27%) eram solteiras; 109 (61,2%) realizavam atividades do lar sem remuneração; 110 (62,3%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 20 (11,2%) fumaram e 6 (3,4%) ingeriram bebidas alcoólicas durante a gestação. Quarenta e nove (28,2) participaram de alguma atividade educativa, 166 (96,6%) realizaram o exame VDRL e 108 (62,1%) realizaram o anti-HIV no pré-natal. **Conclusão:** O perfil sociodemográfico da população avaliada pode ser caracterizado por puéperas jovens, com alguma escolaridade, casadas ou em união estável e com renda familiar entre um e dois salários mínimos, que realizaram quantidade satisfatória de consultas pré-natais, tiveram acesso a exames complementares e a garantia da assistência ao parto em hospital municipal de referência.

Descritores: Período Pós-Parto; Assistência Pré-Natal; Saúde da Mulher; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the sociodemographic and obstetric profile of puerperae assisted in Iguatu-CE, Brazil. **Methods:** This is a descriptive study with quantitative approach. The sample consisted of 178 postpartum women living in the city under study. Data collection was conducted in a public maternity care in the city, from August to September 2008, through interviews. The data were analyzed by SPSS 11.0. The variables were subjected to univariate analysis. **Results:** The mean age was 23.8 years, 100 (56.2%) were from urban areas, 36 (20.2%) were single, 109 (61.2%) of the household activities performed without pay, 110 (62.3%) began prenatal care in first quarter, 20 (11.2%) smoked and 6 (3.4%) drank alcohol during pregnancy, 49 (28.2%) participated in some educational activity, 166 (96.6%) were VDRL the first and 108 (62.1%) had anti-HIV during prenatal. **Conclusion:** The sociodemographic profile of the studied population can be characterized by young puerperae with some schooling, married or in stable relationships and family income between one and two minimum salaries, which made satisfactory amount of prenatal visits, had access to exams and had guarantee of delivery care in the public hospital of reference.

Descriptors: Postpartum Period; Prenatal Care; Women's Health; Epidemiology.

**Marcelo Luiz Carvalho
Gonçalves⁽¹⁾
Helder Oliveira e Silva⁽²⁾
Tatiana Alves de Oliveira⁽³⁾
Leila Vieira Rodrigues⁽⁴⁾
Ana Luiza de Araújo Campos⁽⁵⁾**

1) Universidade Gama Filho - UGF/RJ - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

2) Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO - Fortaleza (CE) - Brasil

3) Universidade Regional do Cariri - URCA - Crato (CE) - Brasil

4) Universidade Estadual do Ceará - UECE - Fortaleza (CE) - Brasil

5) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 11/02/2011

Revisado em: 17/08/2011

Aceito em: 06/09/2011

INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal engloba atividades relacionadas à promoção da saúde e identificação de riscos para a gestante e o feto, podendo prevenir inúmeras complicações, reduzindo, ou até mesmo eliminando, fatores e comportamentos de risco^(1,2). O Ministério da Saúde preconiza assistência pré-natal com início no primeiro trimestre de gestação e com, no mínimo, seis consultas, sendo pelo menos duas realizadas pelo médico⁽³⁾.

No Brasil, quase 90% das gestantes realizam pré-natal com profissionais qualificados. Entretanto, apesar da alta cobertura, os resultados ainda são insuficientes para controle de várias patologias relacionadas à gestação, não havendo redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna ou perinatal^(3,4).

No mundo, a cada ano, ocorrem cerca de 120 milhões de gestações, com a ocorrência de mais de meio milhão de óbitos de gestantes e puérperas relacionados a complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, e mais de 50 milhões de enfermidades ou incapacidades graves relacionadas à gravidez. Aproximadamente 95% destas complicações ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento⁽⁵⁾.

No Ceará, em 2009, a razão de mortalidade materna foi de 78,9 por 100 mil nascidos vivos, com a ocorrência de 68 óbitos obstétricos, dos quais 37 por doenças hipertensivas específicas da gravidez. No mesmo ano, foram notificados no estado, 2.037 óbitos de menores de um ano, dos quais 69,9% neonatais. A taxa de mortalidade neonatal foi de 10,9 por mil nascidos vivos⁽⁶⁾. É notória a necessidade de se ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da assistência pré-natal prestada, a fim de se reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, refletidas por esses indicadores.

Estudos demonstram que a qualidade da assistência pré-natal oferecida pela rede pública não tem respondido satisfatoriamente às necessidades das gestantes. Dentre os problemas encontrados destacam-se: o não cumprimento de normas e rotinas pelos profissionais; o não preenchimento de registros, inclusive do cartão da gestante; a falta de capacidade dos serviços em fazer a captação precoce da gestante e de promover sua adesão ao pré-natal⁽⁷⁻⁹⁾.

As gestantes com menor escolaridade e menor renda representam as parcelas mais vulneráveis a complicações obstétricas, além de serem consideradas categoria de risco para concepto com baixo peso ao nascer⁽¹⁰⁻¹²⁾. Observa-se também que, quanto maior a paridade, menor a adesão da mulher ao pré-natal. Isto pode ser explicado pela possibilidade da mulher se achar mais experiente depois de passar por outras gestações, prescindindo de atenção pré-natal⁽¹³⁾.

Estudos apontam que apesar da elevação das taxas de cobertura de pré-natal em todo o país, a qualidade do atendimento ainda encontra-se muito aquém das necessidades da gestante^(8,12). Um número grande de consultas não garante necessariamente um atendimento adequado e bons resultados⁽⁸⁾.

Visando melhorar a assistência oferecida às gestantes, o Ministério da Saúde instituiu, no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, onde a humanização do atendimento é o foco principal. Dentro desta estratégia, o objetivo é diminuir a insatisfação das mulheres relacionada ao pré-natal e ao parto, através do seu melhor acolhimento. Este programa preconiza ações educativas voltadas para as gestantes, pois a falta de informações pode acarretar insegurança, influenciando-a de forma negativa em todo o seu acompanhamento pré-natal^(4,14).

Para ser adequada, a assistência pré-natal deve ser organizada a partir das necessidades e do contexto social e ambiental da gestante, e não estar focada somente nos fatores biológicos. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para ouvir as queixas das gestantes e esclarecerem suas dúvidas, valorizando a educação em saúde e fazendo com que a mulher participe ativamente de seu pré-natal⁽¹⁵⁾.

A análise de indicadores de saúde que proporcionem uma avaliação da realização e do acompanhamento do pré-natal poderá estimular medidas de ações gerenciais e consequentes melhorias na qualidade do atendimento à população-alvo, através de uma melhor identificação e caracterização da clientela assistida e dos serviços oferecidos⁽¹⁶⁾. Nesta perspectiva, este estudo teve por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas assistidas no município de Iguatu – CE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade pública do município de Iguatu – CE, localizado na região centro-sul do estado do Ceará, a 380 km da capital, Fortaleza, contando com uma população de 92.260 habitantes⁽¹⁷⁾. Em 2007, foram realizados 1.387 partos no município em estudo⁽¹⁸⁾.

Todas as puérperas admitidas na referida maternidade para a realização do parto nos meses de agosto e setembro de 2008, que fossem residentes do município de Iguatu durante o período gestacional, foram convidadas a participar do estudo. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado às participantes um questionário com perguntas estruturadas, referentes às variáveis sociodemográficas (procedência, escolaridade, estado civil e renda familiar), antecedentes obstétricos (número de gestações, partos e abortos) e uso de álcool ou tabaco durante a gestação. As informações referentes

ao início do pré-natal, número de consultas realizadas e realização de exames complementares, foram coletadas diretamente do cartão da gestante.

A amostra de conveniência contou com 178 puérperas entrevistadas. Os dados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 11.0. As variáveis foram submetidas à análise univariada.

A pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro, com o parecer de número 115 FR 202928/2008, de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assegurou-se o sigilo das informações em todas as etapas do estudo.

RESULTADOS

No período de dois meses da coleta de dados entrevistaram-se 178 puérperas no pós-parto imediato. A média da idade encontrada, de 23,8 anos (DP ± 6,2), variou de 13 a 41 anos.

Entre as participantes do estudo, quatro (2,3%) puérperas não realizaram nenhuma consulta pré-natal, enquanto as demais foram acompanhadas exclusivamente na atenção básica do município.

A Tabela I mostra a distribuição das puérperas de acordo com as variáveis sociodemográficas.

Tabela I - Distribuição das puérperas que realizaram parto na maternidade pública do município, de acordo com variáveis sociodemográficas. Iguatu-CE, 2008.

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Procedência		
Zona urbana	100	56,2
Zona rural	78	43,8
Escolaridade (em anos)		
0	03	1,7
1-3	09	5,0
4-6	21	11,8
7-9	69	38,8
10-12	73	41,0
> 12	03	1,7
Estado civil		
Casada/União estável	142	79,8
Solteira	36	20,2
Renda familiar (em salários mínimos)		
< 1	49	27,5
1-2	107	60,1
3-4	16	9,0
4-5	05	2,8
> 5	01	0,6

Quanto às principais ocupações, 109 (61,2%) realizavam atividades do lar sem remuneração, 19 (10,7%) eram agricultoras e 17 (9,6%) eram estudantes. Com relação ao histórico obstétrico, o número de gestações variou de uma a oito, com média de duas gestações. Entre as entrevistadas, 55 (30,9%) eram primíparas e 30 (16,9%) relataram ocorrência de aborto em gestações anteriores.

A Tabela II apresenta a distribuição das puérperas de acordo com as variáveis relacionadas ao pré-natal e quanto ao tabagismo e ingestão de álcool durante a gestação.

Tabela II - Distribuição das puérperas que realizaram parto na maternidade pública do município, de acordo com as variáveis relacionadas à assistência pré-natal, ao tabagismo e à ingestão de álcool durante a gestação. Iguatu-CE, 2008.

Assistência Pré-Natal	n	%
Realização de Pré-Natal		
Sim	174	97,8
Não	04	2,2
Início do pré-natal *		
1o trimestre gestacional	110	63,2
2o trimestre gestacional	63	36,2
3o trimestre gestacional	01	0,6
Participação em atividades educativas*		
Sim	49	28,2
Não	125	71,8
Tabagismo		
Sim	20	11,2
Não	158	88,8
Ingestão de álcool		
Sim	06	3,4
Não	172	96,6

* Consideradas apenas as puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal.

O número de consultas variou entre zero e dez. Em média, as puérperas realizaram 7,5 consultas durante o pré-natal, sendo uma média de três consultas médicas e 4,5 consultas de enfermagem. Entre as 174 entrevistadas que realizaram pré-natal, 17 (9,8%) não realizaram nenhuma consulta de enfermagem e 20 (11,5%) não realizaram nenhuma consulta médica. Entre as 49 (27,5%) puérperas que relataram ter participado de atividades educativas durante a assistência pré-natal, 30 (61,2%) eram provenientes da zona urbana e 19 (38,8%) da zona rural do município.

Entre as 20 (11,2%) puérperas que referiram tabagismo durante a gestação, três (20,0%) relataram ter feito uso de 10 cigarros, em média, por dia; e quatro (15,0%) referiram uma média de 20 cigarros por dia. (Tabela II).

A Tabela III revela a distribuição de realização de exames laboratoriais básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, para serem realizados durante a assistência pré-natal. Apenas 50 (28,8%) das entrevistadas tiveram acesso ao segundo exame de VDRL, enquanto 149 (85,6%) puérperas realizaram o exame de HIV no momento do parto.

Nesta pesquisa, entre as puérperas que tiveram acompanhamento pré-natal, nove (5,2%) não realizaram ultrassonografia obstétrica; entre as que foram submetidas a este exame, 72 (41,4%) o realizaram uma vez, 65 (37,5%) submeteram-se a dois exames e 28 (6,0%) a três exames.

Tabela III - Distribuição das puérperas que realizaram parto na maternidade pública do município, de acordo a realização de exames complementares durante a assistência pré-natal. Iguatu-CE, 2008.

Exames Complementares*	n	%
Hemograma completo		
Sim	169	97,1
Não	05	2,9
Glicemia de jejum		
Sim	169	97,1
Não	05	2,9
Tipagem sanguínea		
Sim	167	96,0
Não	07	4,0
Sumário de urina		
Sim	166	96,6
Não	08	3,4
VDRL (em qualquer momento da gestação)		
Sim	166	96,6
Não	08	3,4
Anti-HIV		
Sim	108	62,1
Não	66	37,9

* Consideradas apenas as puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da população avaliada pode ser caracterizado por puérperas jovens, com alguma escolaridade, casadas ou em união estável e com renda familiar entre um e dois salários mínimos. O percentual de gestantes menores de 20 anos foi de 39,0%, superior aos 23,4% encontrados em uma investigação epidemiológica realizada na microrregional de saúde de Baturité – CE⁽¹⁹⁾.

A grávida adolescente inicia mais tardiamente o acompanhamento pré-natal e termina por fazer um menor número de consultas, quando comparada às mulheres com

vinte anos ou mais. Esse fato é coerente com o momento de vida peculiar da adolescente, que geralmente não reconhece a importância de planejar o futuro⁽²⁰⁾. Dados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância apontaram uma maior mortalidade neonatal em filhos de mulheres com menos de 20 anos e acima dos 35 anos de idade, o que comprova um maior risco gestacional nestas faixas etárias⁽²¹⁾.

O grau de escolaridade das mulheres é considerado um fator de risco obstétrico pelo Ministério da Saúde⁽³⁾ e tem relação direta com a adesão as consultas de pré-natal⁽²²⁾. No presente estudo, 73 (41,0%) puérperas tinham entre 10 e 12 anos de estudo, 69 (38,8%) entre sete e nove anos e apenas três (1,7%) não tinham nenhuma escolaridade, frequência equivalente às que alcançaram o ensino universitário. Em um estudo realizado em São Paulo, com gestantes atendidas no pré-natal, 27,1% tinham o ensino médio, 29,6% tinham o ensino fundamental e 4,9% atingiram o ensino universitário⁽²³⁾.

Observou-se, na presente investigação, que a maioria das mulheres não exercia atividade remunerada, o que pode ser justificado pela responsabilidade com a guarda, cuidado e educação dos filhos na família, além das poucas oportunidades no mercado de trabalho, ausência de creches e baixos rendimentos oferecidos, que acabam por não compensar financeiramente os gastos de sua saída de casa⁽²³⁾.

Entre as entrevistadas no atual estudo, verificou-se uma excelente frequência quanto à realização do pré-natal. Entre as quatro puérperas que não realizaram nenhuma consulta, três eram da zona urbana e uma da zona rural do município. O número médio de consultas por puérpera foi de 7,5. Este quantitativo é superior às seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde⁽³⁾ e às 6,4 consultas encontradas em uma investigação realizada na cidade de Juiz de Fora, MG⁽²⁴⁾. A investigação em tela revelou a realização de uma média de 3,0 consultas médicas e 4,5 consultas de enfermagem, dados próximos aos encontrados em uma microrregião de saúde do Ceará, que também evidenciou um número maior de consultas realizadas por profissionais de enfermagem⁽¹⁹⁾.

Quanto ao início do pré-natal, os resultados do atual estudo mostram que 110 (63,2%) puérperas iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre, 63 (36,2%) no segundo trimestre e apenas uma (0,6%) no terceiro trimestre. Comparando estes dados com outros estudos que investigaram o início da assistência pré-natal, verifica-se que estes resultados são inferiores aos de um estudo realizado em um município da Grande São Paulo, onde 82% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 18% no segundo trimestre⁽²⁵⁾. Contudo, superam os de uma pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte, MG, onde 34,7% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro

trimestre da gestação, 55,4% no segundo trimestre e 9,9% no terceiro⁽²⁶⁾.

No presente estudo, apenas seis (3,4%) puérperas afirmaram ter ingerido bebida alcoólica durante a gestação, percentual inferior aos 33,7% encontrados em uma pesquisa realizada com gestantes no estado de São Paulo⁽²⁷⁾. O uso do álcool durante a gravidez deve ser motivo de grande preocupação e acurada investigação por parte dos profissionais de saúde que assistem às mulheres no pré-natal. O abuso do álcool está associado, de maneira dose-dependente, à restrição do crescimento fetal, às deficiências cognitivas, ao aumento da morbimortalidade e a outros distúrbios mais leves, chamados de efeitos do álcool sobre o feto, uma forma incompleta da síndrome alcoólica fetal⁽²⁷⁾.

No que diz respeito ao tabagismo, 20 (11,2%) entrevistadas da atual pesquisa relataram que fumaram durante a gravidez. Em um estudo realizado em Guaratinguetá, SP, verificou-se que 22,9% das gestantes assistidas pelo serviço público e 10,1% das assistidas pelo serviço privado relataram uso de cigarro durante a gestação⁽²⁸⁾. Estimativas comprovam que o tabagismo durante a gravidez é responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais⁽²⁹⁾. O fumo pode contribuir para a síndrome da morte súbita do bebê, além de causar importantes alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal. Análises econômicas estimam que os custos com as complicações perinatais sejam 66% maiores nas mulheres que fumaram durante a gestação. Embora os maiores benefícios para o desenvolvimento fetal ocorram se a cessação do tabagismo se fizer ainda no início da gestação, a interrupção em qualquer momento da gravidez, ou mesmo no pós-natal, tem significativo impacto na saúde da família⁽²⁹⁾.

O Ministério da Saúde salienta que ações educativas, vinculadas ao pré-natal, são fundamentais para que a gestante possa adquirir conhecimentos que visem uma melhor compreensão do processo gestacional. E, embora a gestante seja o foco principal destas ações educativas, os parceiros e familiares também devem ser incluídos⁽³⁰⁾. Apenas 49 (27,5%) das entrevistadas na presente investigação afirmaram ter participado de alguma atividade educativa durante o pré-natal. Essa frequência é inferior à encontrada em um estudo realizado com gestantes na cidade de Recife – PE, onde 36,9% das entrevistadas referiram ter participado de alguma atividade educativa e 44,8% disseram ter recebido algum tipo de orientação individual, tendo sido o aleitamento materno o tema mais frequentemente abordado em ambas as situações⁽³¹⁾.

Em relação aos exames laboratoriais, os resultados encontrados no presente estudo, excetuando a sorologia anti-HIV, apresentam frequência de realização superior a um

estudo desenvolvido em Juiz de Fora, MG, onde 93% das gestantes realizaram tipagem sanguínea; 78,4% realizaram hemograma completo; 70% realizaram sumário de urina; 68,9% realizaram uma dosagem de glicemia de jejum e 65,9% realizaram a testagem sorológica para o HIV⁽²⁴⁾. Por outro lado, a frequência de solicitação do HIV durante o pré-natal em Iguatu, CE, ficou abaixo da encontrada em um estudo realizado no noroeste do estado do Paraná, que detectou que em 89,6% dos casos a sorologia anti-HIV foi realizada neste período⁽³²⁾.

Entre as 66 entrevistadas da pesquisa em tela que não realizaram a testagem sorológica para o HIV durante o pré-natal, 54 (81,8%) realizaram teste rápido anti-HIV na maternidade durante o trabalho de parto. Em nenhuma das ocasiões houve resultado positivo. Contudo, o sucesso da prevenção da transmissão vertical depende da identificação precoce de todas as gestantes infectadas. Assim, o Ministério da Saúde recomenda a realização do teste anti-HIV em todas as gestantes, acompanhadas do pré e pós-aconselhamento, independentemente de referirem ou não comportamento de risco⁽³⁰⁾.

No Brasil, a taxa de prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6%. Em três milhões de partos realizados a cada ano calculam-se cerca de 48.000 gestantes com sífilis e a ocorrência de 12.000 casos de sífilis congênita. Apesar de ser um agravo de notificação compulsória, menos de 30% desses são notificados por ano no Brasil⁽³⁾. Em 2005, foram notificados e investigados 5.710 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no país. A meta do Ministério da Saúde é, até 2012, ter uma prevalência de menos de um caso/1000 nascidos vivos ao ano⁽³⁾. No presente estudo, oito (4,6%) gestantes não realizaram VDRL e a prevalência de sífilis gestacional encontrada foi de 0,6%, com apenas uma gestante com testagem sorológica positiva. Essa prevalência é inferior aos 1,9% encontrados em um estudo realizado no município de Caxias do Sul, RS⁽³³⁾.

Neste contexto, diante da magnitude da sífilis congênita e da especificidade do acompanhamento da gestante com VDRL positivo, torna-se necessário treinamento continuado dos profissionais para tratar corretamente os casos, realizar a notificação e padronizar os registros, definindo-se informações mínimas a constarem nos prontuários. A qualidade das informações reflete a assistência pré-natal dispensada e esforços precisam ser desenvolvidos para que os profissionais compreendam, valorizem e efetivamente registrem as informações de forma correta, concisa e completa⁽³⁴⁾.

Embora o Ministério de Saúde não preconize rotineiramente a realização de exame de ultrassonografia durante o pré-natal, este exame é importante para observar a vitalidade embrionária e fetal, determinar o

tempo de gestação com maior precisão, fazer a medida da translucência nucal fetal para avaliar o risco de determinadas aneuploidias, medir o volume de líquido amniótico, acompanhar o desenvolvimento morfológico e a implantação e maturação da placenta⁽³⁾. No atual estudo, apenas 5,2% das puérperas não realizaram ultrassonografia obstétrica, frequência bem inferior aos 26,6% encontrados em um estudo realizado em dois hospitais de referência no acompanhamento de gestantes de alto risco na cidade de Recife, PE⁽³¹⁾.

CONCLUSÃO

Ao avaliar os indicadores epidemiológicos do presente estudo, pode-se considerar satisfatória a assistência pré-natal oferecida na rede pública do município investigado, apesar de algumas não conformidades com o proposto pelo Ministério da Saúde. Observou-se que a captação das gestantes e a realização da primeira consulta ocorrem, em sua maioria, no primeiro trimestre, dentro do que está estabelecido pelo Ministério da Saúde. De acordo com os resultados encontrados, as puérperas realizaram uma quantidade satisfatória de consultas, intercalando a assistência entre os profissionais (médico e enfermeiro), tiveram acesso a exames complementares e foi garantida a assistência ao parto em hospital municipal de referência.

Evidenciou-se, na investigação em tela, uma baixa frequência de realização de atividades educativas durante o acompanhamento do pré-natal e a necessidade de melhorar as taxas de cobertura da sorologia HIV, bem como manter efetivada a testagem sorológica rápida no hospital durante o pré-parto. Cabe aos gestores garantirem, de forma contínua, os insumos para a realização desse exame, reduzindo, assim, os riscos de transmissão vertical durante o parto e puerpério.

No que diz respeito à rotina de exames, observou-se, na presente investigação, a necessidade da solicitação do segundo exame de glicemia, VDRL e sumário de urina no terceiro trimestre de gestação, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde. Esses exames são importantes na detecção de complicações comuns neste período gestacional.

Sugere-se a criação de um protocolo de assistência pré-natal, elaborado pelos profissionais de saúde do município, levando em consideração as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e a realidade local. Ao comparar os resultados dessa pesquisa com outros estudos realizados em diversas cidades brasileiras, observa-se que o Município de Iguatu, CE, apresenta indicadores de assistência pré-natal razoáveis no que diz respeito ao cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(3): 303-10.
2. Puccini RF, Pedrosa GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto na área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):35-45.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1281-9.
5. McDonald M, Starrs A. *La atención calificada durante el parto: recomendaciones para política*. New York: Family Care Internacional; 2003.
6. Secretaria de Saúde (CE). *Situação de Saúde no Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2011.
7. Farias AA, Abreu RNDC, Brito EM, Moreira TMM, Silva LMS, Vasconcelos SMM. Análise da qualidade dos registros durante assistência pré-natal. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2009; 22(3):137-42.
8. Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Atenção pré-natal na atenção básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(1):131-9.
9. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, César JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6(4):307-18.
10. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(5):1303-11.
11. Moraes MS, Kujumjian FG, Chiaravalloti Neto F, Lopes JCC. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004; 4(4): 375-84.
12. Coimbra C, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4):456-62.

13. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(5):293-9.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Implantação do programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
15. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cienc Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):477-86.
16. Carvalho IA, Santos VEP, Teixeira DS, Carvalho JA. Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes atendidas em consulta de enfermagem. *R. Pesqui Cuid Fundam.* 2011; 3(2):1973-82.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Contagem da população 2007 [acesso em 2009 Mar 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
18. DATASUS. Informações de Saúde [acesso em 2009 Mar 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvce.def>
19. Moura ERF, Holanda Junior F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(6): 1791-9.
20. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 Suppl 1:101-11.
21. Scochi MJ. Uma proposta para avaliação de qualidade do atendimento pré-natal. *Acta Scientiarum.* 2002; 24(3):803-9.
22. Silva RM, Bezerra ED, Rodrigues DP, Araújo MAL. Consulta pré-natal na perspectiva de gestantes de uma regional de saúde de Fortaleza-CE. *Cad Saúde Coletiva.* 2009; 17(4): 1001-15.
23. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(3):381-8.
24. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(10):717-24.
25. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. *REBEn.* 2008; 61(3): 349-53.
26. Carelos RWM, Andrade GMQ, Andrade RALP. Avaliação da aplicação do protocolo de triagem pré-natal para toxoplasmose em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: estudo transversal em puérperas de duas maternidades. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(2):391-401.
27. Kaup ZOL, Merighi MAB, Tsunechiro MA. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001; 23(9):575-80.
28. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas no período pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003; 13(2):187-94.
29. Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Jornal Bras Pneumol.* 2004; 30(2):176-85.
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria da Vigilância em Saúde. Plano Estratégico: Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
31. 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 Saúde Mater Infant.* 2007; 7(3):309-17.
32. Misuta NM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Andrade SM. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2008; 8(2):197-205.
33. De Lorenzi DRS, Araújo BF, Grazziotim L, Basso E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul no período de 1998/2002. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2005; 17(1):5-9.
34. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade de registro nos prontuários de gestantes com VDRL reagente. *Rev APS.* 2008; 11(1):4-9.

Endereço para Correspondência:

Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves
 Av. Brasil, 4365
 Bairro: Manguinhos
 CEP: 21040-360 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
 E-mail: mlcg@ig.com.br