



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

ANA CLARA ALVES DE SOUZA PIRETTI

**ANÁLISE DO PERFIL DAS GESTANTES E ASSISTÊNCIA DO PRÉ – NATAL NO
CENTRO DE SAÚDE 04- CEILÂNDIA DF NO ANO DE 2012.**

Brasília-DF,

2014

ANA CLARA ALVES DE SOUZA PIRETTI

**ANÁLISE DO PERFIL DAS GESTANTES E ASSISTÊNCIA DO PRÉ – NATAL NO
CENTRO DE SAÚDE 04- CEILÂNDIA DF NO ANO DE 2012.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília/UnB
como parte dos requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

Brasília – DF,

2014

ANA CLARA ALVES DE SOUZA PIRETTI

**ANÁLISE DO PERFIL DAS GESTANTES E ASSISTÊNCIA DO PRÉ – NATAL NO
CENTRO DE SAÚDE 04- CEILÂNDIA DF NO ANO DE 2012.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília/UnB
como parte dos requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Profª. Mª. Antonia de Jesus Ângulo Testa

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Profª. Mª. Carla Pintas Marques

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais dedico esta,
bem como todas as minhas demais
conquistas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por seu amor infinito e por sempre iluminar meus caminhos.

Porque Dele, e por meio Dele e para Ele são todas as coisas.

Aos meus pais, Marco Túlio e Neide, por todo amor, carinho, dedicação e por nunca medirem esforços para me verem bem. Eu amo muito vocês!

A minha tia Ivanildes, e meu avô Waldemar Piretti, por serem para mim fontes de exemplos e inspiração.

A minha amada irmã Lorena, em que tenho a graça de compartilhar todos os momentos da minha vida.

A todos os amigos, que sempre estão dispostos a me apoiar, e que dividimos momentos de tristeza e de alegria. Muito obrigada, sem vocês tudo seria muito mais difícil.

A minha querida orientadora, Professora Dra. Vanessa Cruvinel, por todo o conhecimento, paciência e conselhos transmitidos de forma segura, e por acreditar na conclusão deste trabalho.

Aos examinadores da banca, por aceitarem fazer parte deste momento tão importante para mim. São sem dúvidas, profissionais que admiro.

Aos docentes do departamento de Saúde Coletiva, e demais funcionários da Universidade de Brasília, por fazerem a diferença na minha formação acadêmica e pessoal.

Aos colegas de graduação, pela amizade e trocas de experiências. Compartilhamos durante esses anos de jornada momentos de prazeres e dificuldades.

Agradeço a todos os funcionários do Centro de Saúde 04 de Ceilândia, por darem espaço e oportunidade para a realização deste trabalho.

Enfim, a todos vocês que somam e fazem a diferença, muito obrigada!

EPIGRAFE

“Dê-me, Senhor, agudeza para entender, capacidade para reter, método e faculdade para aprender, sutileza para interpretar, graça e abundância para falar. Dê-me, Senhor, acerto ao começar, direção ao progredir e perfeição ao concluir.”

São Tomás de Aquino

RESUMO

A atenção à saúde da mulher, focada principalmente no âmbito reprodutivo é uma das ações prioritárias de atenção à saúde no Brasil e no mundo. Leva em consideração o binômio mãe e filho, e tem como principal objetivo a redução dos indicadores da mortalidade materna e infantil. Sabe-se que a assistência ao componente do pré-natal de forma adequada, é um dos grandes potenciadores para redução da taxa de mortalidade maternal e neonatal, e de outros agravos e doenças evitáveis. Realizou-se um estudo quantitativo de abordagem descritiva do tipo documental retrospectivo, com amostra de 176 gestantes que identificou o perfil das gestantes cadastradas no pré-natal do Centro de Saúde 04 de Ceilândia no ano de 2012; de acordo com as características sócio-demográficas: faixa etária e escolaridade; os antecedentes obstétricos: planejamento gestacional e Índice de massa corporal (IMC). Para analisar a assistência do pré-natal na Unidade verificou-se os indicadores de início precoce do pré-natal, imunização antitetânica, realização de exames e números de consultas durante o pré-natal. Predominaram no estudo gestantes com idades entre 25 e 34 anos, ensino médio, peso ideal e que tiveram gestações não planejadas. Em relação à assistência ao pré-natal observou-se que 65,3% das gestantes iniciaram o pré-natal até a 12ª semana, 84% realizaram 06 ou mais consultas; 75% receberam a imunização contra o tétano, e 63% realizaram todos os exames preconizados para o pré-natal. Conclui-se que o perfil sócio-demográfico das gestantes influencia diretamente na maneira como buscam atendimento. Quanto à assistência, de modo geral, com exceção do planejamento gestacional, o Centro de Saúde em que foi realizado este estudo, cumpre o preconizado pelo Ministério da Saúde, e já mantém inseridos os componentes da Rede Cegonha, entretanto, seus resultados poderiam ser melhores em determinados indicadores.

Palavras - chave: mortalidade infantil, mortalidade materna, pré-natal, saúde materno-infantil.

ABSTRACT

The woman health care, focused mainly on reproductive perspective is one of the most important actions of healthcare in Brazil and in the world. It takes into consideration the mother and the child, and its main objective is the reduction of maternal and infant mortality indicators. It is known that the assistance to proper prenatal care is one of the best ways to reduce the maternal and infant mortality rates and other avoidable diseases. It was conducted a quantitative descriptive study, using a retrospective documentary type approach. The sample used was composed by 176 pregnant women and it was identified the profile of those who were registered in the pre-natal care program of the Health Center number 4, localized in Ceilândia, in the year of 2012. For this identification were chosen socio-demographic characteristics: age group and schooling; obstetric background: gestational planning; and the body mass index (BMI). For the prenatal care in the Health Center, were verified indicators of early beginning, anti-tetanic immunization, exams and number of prenatal care visits. In the study were predominant, pregnant women in the age group of 25 and 34 years old, high school level, ideal weight and no pregnancy planning. To prenatal care were observed that 65.3% of the pregnant women started it until the week 12; 84% of them had 6 or more visits; 75% received the anti-tetanic vaccine and 63% had all the necessary exams during the prenatal care. It is possible to conclude that the socio-demographic profile of pregnant women has a direct impact on how they seek for care. About the prenatal care, excluding the gestational planning, the Health Center number 4 is accomplishing what it is established by the Ministry of Health. This health unit also includes some Rede Cegonha components, however, its results could be better in some indicators.

Key Words: infant mortality, maternal mortality, prenatal care, maternal and infant care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS Agentes Comunitários de Saúde
DF Distrito Federal
DIR Direção Regional de Saúde
DST Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF Equipe de Saúde da Família
HIV Human Immunodeficiency Virus
HRC Hospital Regional de Ceilândia
IMC Índice de massa corporal
OMS Organização Mundial de Saúde
OPAS Organização Pan – Americana de Saúde
PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDAD Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PNDS Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNHP Programa Nacional de Humanização no Pré – Natal e Nascimento
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSE Programa Saúde na Escola
RA Regiões Administrativas
RAS Redes de Atenção à Saúde
RIDE Região Integrada para o Desenvolvimento do Entorno e do Distrito Federal
SISPRENATAL Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
UBS Unidade Básica de Saúde
UCI Unidade de Cuidados Intermediários
UTI Unidade de Tratamento Intensivo
VDRL Venereal Disease Research Laboratory
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSH Thyroid Stimulating Hormone

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Distribuição das gestantes acompanhadas no pré-natal segundo a área de abrangência no Centro de Saúde 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.....27
- Tabela 2. Distribuição das gestantes acompanhadas no pré-natal segundo as características sociodemográficas do Centro de Saúde 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.....29
- Tabela 3. Antecedentes obstétricos das gestantes acompanhadas no Centro de Saúde 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.....32
- Tabela 4. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal entre as gestantes acompanhadas no Centro de Saúde 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.....39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA NO BRASIL.....	15
2.2 FLUXO DO PRÉ- NATAL DE BAIXO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	19
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 GERAL.....	22
3.2 ESPECÍFICOS.....	22
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 LOCAL DE ESTUDO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	23
4.3 FONTES DE DADOS E PERÍODO.....	24
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	25
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	25
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5.1 PERFIL DAS GESTANTES.....	27
5.2 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.....	30
5.3 ASSISTÊNCIA AO PRÉ – NATAL.....	32
6. CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	45

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher, focada principalmente no âmbito reprodutivo, é uma das ações prioritárias de atenção à saúde no Brasil e no mundo. Diversas leis, programas e pactos visam alcançar o binômio mãe e filho, e tem como principais objetivos a redução dos indicadores da mortalidade materna e infantil.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10) definiu morte materna como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

A mortalidade materna é hoje um dos maiores problemas de Saúde Pública. O seu indicador é apontado como um dos melhores para a avaliação da saúde da mulher, e também da população em geral. Serve de subsídio para tomada de diversas ações na gestão pública, pois reflete a qualidade de vida, da assistência às mulheres e as desigualdades econômicas e sociais entre as regiões (VIANA et al., 2011).

O quinto objetivo do milênio é a redução da mortalidade materna até 2015 em três quartos. Segundo dados do 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio, África Subsaariana e o Sul da Ásia correspondem aos maiores índices de mortalidade no mundo, o que correspondeu em 2010 por 85% dos óbitos maternos em todo o mundo. (BRASIL, 2010a). No Brasil, houve uma diminuição de 52% da razão da mortalidade materna, que foi de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 68 no ano de 2010, girando hoje em torno de 56. No Distrito Federal essa taxa é menor, ficando em 2012 na faixa de 50,4 mortes por 100 mil nascidos vivos. Porém o número não é satisfatório, tendo em vista que a redução deveria atingir valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos para atingir o comprometido nos Objetivos do Milênio (SILVA et al., 2011)

Mais de 90% dos óbitos poderiam ter sido evitáveis. A principal causa de morte materna no Brasil continua sendo a hipertensão, mesmo com uma redução de 66% entre os anos de 1990 e 2000. Agravo este fácil de ser identificado e que deve ser tratado

adequadamente em um pré – natal de qualidade. Em seguida, ainda por causas diretas estão hemorragia, a infecção puerperal e o aborto. A quinta causa e essa indireta é a morte em decorrências de doenças do aparelho circulatório. As causas da mortalidade materna no Distrito Federal seguem a mesma ordem apresentada pelo Brasil (SILVA et al., 2011) .

A redução da mortalidade materna em todo mundo, principalmente entre 1990 e 2010 é fruto de amplo avanço na cobertura do pré – natal, na qualificação dos profissionais, no incremento dos investimentos financeiros, na elevação do nível educacional das mulheres, e em um sistema de saúde mais integralizado, e na melhoria da vigilância e investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). A comunicação e mobilização social estão mais forte do que em anos anteriores. Além disso, as pesquisas e produções vêm aumentando nessa área (SERRUYA, 2012; BRASIL, 2010).

Sabe-se que a assistência ao componente do pré – natal de forma adequada, é um dos grandes potenciadores para redução dos índices de mortalidade maternal e neonatal, e de outros agravos e doenças evitáveis, como o baixo peso ao nascer e o crescimento intra- uterino. O objetivo do pré – natal é oferecer uma gestação segura, e um nascimento saudável a partir da prevenção e detecção dos prováveis riscos à mãe e ao bebê, identificando o quanto antes as prováveis complicações que possam evoluir para uma gestação de risco. As ações ultrapassam o âmbito físico. Devem-se levar em conta os indicadores psicossociais e a realização de atividades educativas (BRASIL, 2012a; GONÇALVES et al., 2008; SPINDOLA , 2006).

No Centro de Saúde, no contexto da atenção básica, são desenvolvidas todas as atividades fundamentais na atenção à gestante, sendo a porta de entrada para a realização do acompanhamento de forma integral durante toda a gravidez, além de manter a responsabilidade pela população adstrita em sua área, e garantindo a referência e a contra-referência do cuidado (BRASIL, 2012a).

Quanto à mortalidade infantil, sua taxa expressa o número de óbitos de menores de um ano de idade, para cada 1000 nascidos vivos. De acordo com o quarto Objetivo do Milênio, essa taxa entre 1990 e 2015 deve ser reduzida a 17,9 óbitos por mil. No mundo houve redução significativa, principalmente nos óbitos até cinco anos de idade, quase 12 milhões, em 1990, para 6, 9 milhões, em 2011. No Brasil, em 2011, a cada 1000 crianças nascidas vivas, 16 morriam. Essa taxa já alcançou a média de 58 na década de 90. Entretanto, apesar da diminuição das disparidades regionais, Nordeste e Norte continuam registrando o maior número de óbitos infantis e, Sul, o menor (BRASIL, 2010a). No

Distrito Federal, de acordo com dados divulgados pela Secretária de saúde, o DF atingiu em 2011 uma taxa de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2012b).

Levando em conta os avanços já conquistados e os problemas que ainda persistem, em 2011 o governo atual implantou o Programa Rede Cegonha, em uma perspectiva de atenção mais humanizada e de qualidade, não focado no modelo tecnocrático. Além disso, visa à atenção integral da gestante, inserida no contexto das Redes de Atenção à Saúde. A Rede Cegonha “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável” (BRASIL, 2011a, art. 1º).

Reconhecendo a relevância do tema e a problemática levantada, essa pesquisa visa analisar o perfil das gestantes acompanhadas no Pré – natal do Centro de Saúde Nº 04 de Ceilândia, Distrito Federal, além de verificar a assistência prestada durante o Pré-natal de baixo risco durante o ano de 2012 nesta unidade, por meio do Livro de registro da gestante dessa Unidade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA NO BRASIL

As ações voltadas à saúde da mulher, em sua maioria, sempre foram voltadas ao âmbito reprodutivo e materno - infantil. Lançado em 1983 e implementado em 1985, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é considerado um marco na saúde feminina. Pela primeira vez, traz como sentido principal a importância de uma atenção integral e universal a este grupo, e aborda os principais problemas por ele enfrentado, da adolescência à terceira idade. Entretanto, apenas três dos oito objetivos programáticos não se concentravam diretamente na assistência ao pré-natal, parto e puerpério e, todos, de alguma forma, se referiam à saúde reprodutiva materna, que de acordo com a Nações Unidas (1995), citado por Brasil (2009c, p.13):

Saúde Reprodutiva é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos e não de mera ausência de doença ou enfermidade.

O PAISM é considerado revolucionário, desde a sua criação, por contar com outros profissionais, não só médicos, em seu desenvolvimento. A presença de mulheres, inclusive representantes de grupos feministas, na criação, aproxima mais a visão e a necessidade real dessa população. O Programa se constitui em uma época que os movimentos sociais estavam cada vez mais fortes, as mulheres ganhavam voz ao contestar seus direitos, dentre eles, os sexuais e reprodutivos, o que gerou grandes discussões em torno do tema. O Brasil vivia um momento no qual lutava pelo fim da ditadura, e anseio da democracia. (OSIS, 1998; BRASIL, 2004).

Dessa maneira, o programa abriu embasamento para outras políticas e avanços, principalmente na área da saúde, como a Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e, em especial, na criação do SUS, ao se embasar em princípios e diretrizes que posteriormente contribuiria para a criação do nosso sistema. Além da universalidade, integralidade, controle social, visava implementar suas ações de forma hierarquizada e regionalizada. A promoção, proteção e recuperação da saúde, que era o meio para se atingir uma atenção integral à saúde da mulher, aparecem em 1990 na Lei 8080, na qual institui o SUS. Mais uma vez, o programa inova ao tratar do planejamento familiar, e recebe críticas por confundirem com uma tentativa de controle de natalidade. Apesar de

todos os avanços, o programa nunca teve uma portaria que o regularizou, dificultando sua implementação em todo o Brasil (SILVA et al., 2011; BRASIL, 2004).

Ainda na década de 80, no mesmo ano que implementa o PAISM, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) reúnem-se em Fortaleza, Brasil, e discutem as práticas de atenção ao parto e nascimento que devem ser adotadas por todos os serviços que realizam parto. A adoção dessas práticas visava diminuir a negligência com as mães e bebês, evitando procedimentos desnecessários, sem evidências científicas, o que reduziria a morbi-mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011c).

Diante desse contexto de redução da mortalidade infantil e materna, o Brasil assumiu no ano de 2000, um dos compromissos internacionalmente mais importantes, comprometendo dentre os Oito Objetivos do Milênio, com a redução até 2015 da mortalidade materna para valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos e da mortalidade infantil para índice de 17,9 por mil nascidos vivos (ONU, 2000).

Impedir a morte materna e infantil permaneceu e ainda é o maior objetivo. Porém, mesmo com o avanço na cobertura do pré-natal, a qualidade dessa assistência se apresentava o principal desafio. Em 2000, discutia-se como conseguir resultados satisfatórios e seguros que priorizasse o bem- estar da mãe e do filho e a garantisse, sobretudo, os direitos desses atores envolvidos no contexto do parto e nascimento. Entendia-se que o problema da má assistência estava diretamente vinculado ao descumprimento dos direitos reprodutivos e a desumanização. Foi assim, que surge o Programa Nacional de Humanização no Pré – Natal e Nascimento, (PNHP) regulamentado pela Portaria Nº 569 de 1º de junho de 2000 (SERRUYA et al., 2004; SILVA et al., 2011; BRASIL, 2000). O Programa aborda a humanização em pelo menos duas perspectivas: o dever dos serviços de saúde em acolher com dignidade não apenas a mãe e o bebê, como também os familiares, rompendo com um sistema meramente tecnocrático; e outro ponto é evitar práticas intervencionistas que muitas vezes são desnecessárias, causando prejuízos para saúde materna e para o recém-nascido. Assim, o objetivo primordial desse Programa é: “Assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p.5).

O PNHP criou um sistema de informação, que serviria como acompanhamento do Programa, o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e

Nascimento (SISPRENATAL). Dentre outras funções, como a de ser útil para construção de indicadores e relatórios, sendo uma potencial ferramenta de gestão, esse sistema também deveria monitorar os repasses financeiros de Estados e municípios. Entretanto, muitos desses dados eram pouco alimentados, como no caso dos referentes ao pré-natal, que se limitavam apenas nos números absolutos de consultas (SERRUYA et al., 2004). Hoje, o SISPRENATAL, ainda é utilizado, e de acordo com o Ministério da Saúde:

O SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tem por objetivo o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neo-natal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em 2004, para complementar o PAISM, o Brasil investe em uma política para a população feminina, a Política Nacional de Atenção à Mulher, e diferencia principalmente, por trazer dentre seus objetivos a atenção à grupos com especificidades que necessitam de uma atenção especial, tais como: atenção a saúde da mulher na terceira idade, no climatério, negras, trabalhadoras do campo e da cidade, saúde da mulher indígena, e mulheres em situação de prisão (BRASIL, 2004).

Como visto até aqui, a preocupação com o Pré – natal é um dos meios mais eficazes e resolutivos para evitar uma série de problemas no parto e puerpério, e deve incluir ações de promoção, proteção da saúde materna, além de diagnóstico e tratamento adequado (SILVA et al., 2011). Com o propósito da humanização no atendimento, em 07 de abril de 2005 foi lançado a Lei Nº 11.108 e que visa, de acordo com a mesma: “garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.” Frequentemente este direito tem sido negligenciado (BRASIL, 2005). A gestante também tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, tanto na qual ela terá o bebê, como a de caso de

intercorrência no pré-natal. Esse direito é garantido mediante Lei. Nº 11.634 De 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007).

Frente a esses avanços e políticas, um problema ainda era crucial: as disparidades regionais, principalmente, no Nordeste e na chamada Amazônia Legal. A Amazônia Legal corresponde aos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins e parte dos estados do Mato Grosso e Maranhão Juntos, essas duas regiões respondiam por 50% dos óbitos em 207 municípios. Pensando nisso, o governo criou em 2009 o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal, dentre as metas, a redução da mortalidade infantil, em no mínimo 5%, priorizando a mortalidade neonatal. Alguma das atribuições do Governo Federal era garantir equipamentos e insumos para a qualificação da assistência ao parto e nascimento e para os estados: ampliar e qualificar as equipes neo-natais, bancos de leite e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). (BRASIL, 2010d).

Ainda neste mesmo ano uma das metas do Pacto pela vida, Portaria 2.699 de 03 de novembro de 2009 é a redução da mortalidade infantil em 2,4% e a neonatal em 3%. Como estratégia de redução da mortalidade materna o governo apostou na redução número de casos de sífilis congênita, identificadas e tratadas durante o pré-natal e no aumento da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e materna. No componente de fortalecimento da atenção básica a ampliação do número de consultas do pré-natal é um dos objetivos priorizados pelo Pacto (BRASIL, 2009a).

A Rede Cegonha, implantada em 2011, é o último Programa lançado no Brasil de assistência obstétrica e infantil. É resultado de uma longa discussão em relação ao modelo de atenção ao parto e nascimento, que vem sendo feito no Brasil, desde os anos 90, e de acordo com a Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a, art. 1º).

A Rede Cegonha apresenta uma série de ações de atenção à saúde, organizada em quatro componentes: pré – natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico: Transporte sanitário e regulação. Por sua vez, esses visam alcançar os três objetivos primordiais do programa que são: fomentar a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil que garanta

acesso, acolhimento e resolutividade e; reduzir a mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

A estratégia inovadora da Rede Cegonha conta com 05 diretrizes: Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia de atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso as ações de planejamento reprodutivo. Portanto, para adesão dessas diretrizes, é fundamental, que o Programa esteja inserido no contexto de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que visa a integração dos serviços de forma contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Dessa forma, deve se realizar referência e contra referência, estabelecer uma assistência de modo regional, com base nas especificidades populacionais adstritas por local, e centrada na comunicação a partir da Atenção Básica (ALVES, 2012; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2010b).

Um dos avanços do Programa foi o acréscimo de diversos exames na lista dos oferecidos no pré-natal. Além disso, é oferecido kits específicos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), gestantes e parteiras tradicionais. No componente de parto e nascimento, inova ao contemplar a suficiência de leitos obstétricos e neonatais, em UTI e o método Canguru. Um salto importante é a atenção destinada até 24 meses de vida, pois a maioria das propostas anteriores se propunha a tratar a criança, apenas recém-nascida. Na revisão de Silva et al. (2011), os autores levantam a real necessidade de implantação do Rede Cegonha, tendo em vista, que a maioria das ações propostas, poderia ser reformuladas ou readequadas, já que foram apresentados em programas sucessores, tais como o PAISM e PNHP ou existiam mas desconheciam as estratégias para executá-las

2.2 FLUXO DO PRÉ- NATAL DE BAIXO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA

A primeira porta de entrada das gestantes deve ser a Unidade Básica de Saúde (UBS), que deve assegurar um acompanhamento integral, longitudinal e articulado com os demais serviços de saúde, realizando referência e contra-referência da atenção (BRASIL, 2012a). Na atenção básica são atendidas as gestantes com gravidez de baixo risco. Entende-se como pré-natal de baixo risco, aquela gestação que evolui

normalmente em 90% dos casos de forma normal, sem intercorrências; sendo realizado nos serviços de Atenção Básica à Saúde (SPINDOLA et al., 2006).

As equipes de atenção básica se responsabilizam pela população adstrita de mulheres em idade fértil de sua área de abrangência, oferecendo ofertas de cuidado materno- infantil, antes mesmo de a gestante iniciar seu pré- natal na UBS. Para isso, a mulher em idade fértil, isso é, dos 10 aos 49 anos, deve receber acolhimento, afim de que tenha orientação e avaliação de suas necessidades. É preciso reconhecer o perfil dessas mulheres, e realizar atividades de planejamento reprodutivo, aumentando assim as oportunidades de detecção da gestação e início do pré- natal precoce, além da demanda espontânea ao serviço de saúde (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c)

Assim, se uma mulher procura o serviço de saúde com suspeita de gravidez, apresentando alguma situação típica como atraso menstrual, náusea, suspensão ou irregularidade do uso do contraceptivo, é realizada uma consulta de acolhimento a fim de detectar a possível gravidez. O Teste Rápido de Gravidez foi inserido nos exames de rotina do pré-natal por meio da Rede Cegonha, e acelera a confirmação da gravidez (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

Com a gravidez confirmada, inicia-se o pré- natal. O cadastro da gestante e o preenchimento de dados devem ser realizados no SISPRENATAL e o cartão da gestante também é fornecido e preenchido. Os exames laboratoriais são solicitados, assim como a imunização, se necessário. São passadas as orientações sobre as atividades educativas e sobre as consultas subseqüentes. Neste primeiro momento as gestantes também são submetidas aos testes rápidos de Human Immunodeficiency Virus (HIV) e sífilis. Caso seja positivo para HIV, a gestante recebe o aconselhamento pós-teste e é encaminhada ao pré-natal de uma unidade de referência de DST/AIDS. Se negativo, a sorologia é repetida no terceiro trimestre de gestação. Para o resultado do teste de sífilis, se positivo, é solicitado o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), e o teste no parceiro sexual. Quando negativo, a sorologia é repetida no terceiro trimestre, e também na hora do parto (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

A primeira consulta do pré-natal habitual deve ser feita em no máximo 10 dias depois da confirmação da gravidez e preferencialmente com médico. Os antecedentes obstétricos, ginecológicos e gerais devem ser avaliados, além de aspectos socioepidemiológicos e da gestação atual. A avaliação de risco deve ser feita o mais precocemente possível, para definir as necessidades de cuidado que devem ser oferecidas a cada gestante, além de evitar a morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

Quando afastado o pré-natal de alto risco, o acompanhamento da gestante deve ser realizado pela equipe da área de abrangência na Atenção Básica, e ter no mínimo 06 consultas intercaladas com médico e enfermeiro, sendo preferencialmente mensais até a 28ª semana, quinzenais até a 36ª e semanais até o parto. Se necessário, são feitas visitas domiciliares pela equipe de saúde da família ou pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

Em todas as consultas, as informações devem ser registradas no SISPRENATAL e no cartão da gestante. É importante que o companheiro esteja inserido nas consultas e que os retornos sejam monitorados. Além disso, a visita à referência de maternidade é um dos objetivos da Rede Cegonha, a fim de que a gestante mantenha o vínculo com o ambiente de parto, a integração entre os níveis de atenção e evite a peregrinação das mesmas em busca de atendimento. O acompanhamento da gestante só se encerra após a consulta de puerpério para a mãe e o recém-nascido, e de preferência na primeira semana após o parto (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

É importante ressaltar, que a avaliação do risco do pré-natal acontece em todas as consultas. As diversas alterações devem ser acompanhadas permanentemente. Porém, nem toda situação de risco necessariamente deve ser referenciada ao pré-natal de alto risco, apenas as mais relevantes e que demandam maior densidade tecnológica. Quando resolvidas, podem retornar ao pré-natal na atenção básica, sendo a unidade básica de saúde responsável pela referência e contra-referência do cuidado. (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o perfil das gestantes cadastradas e a assistência realizada no Pré – natal de baixo risco do Centro de Saúde Nº 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.

3.2 ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Identificar o perfil das gestantes, por meio das características sociodemográficas; com as variáveis de faixa etária e escolaridade.
- 3.2.2 Verificar os antecedentes obstétricos; como planejamento gestacional e Índice de Massa corporal;
- 3.2.3 Descrever a assistência do pré-natal, a partir da realização dos exames recomendados; o início precoce do pré – natal, a imunização antitetânica, e o número de consultas realizadas.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Essa pesquisa é quantitativa de abordagem descritiva do tipo documental retrospectiva que identifica o perfil das gestantes cadastradas no pré-natal do Centro de Saúde 04 de Ceilândia no ano de 2012; de acordo com as características sóciodemográficas: faixa etária e escolaridade; e os antecedentes obstétricos: planejamento gestacional e Índice de Massa Corporal (IMC). Para analisar a assistência do pré-natal na Unidade verificou-se os indicadores de início precoce do pré-natal, imunização antitetânica, realização de exames e números de consultas durante o pré-natal.

A pesquisa quantitativa gera resultados que podem ser quantificados, e são objetivos. Nesse tipo de pesquisa a realidade é entendida por meio da análise de dados puros e por instrumentos específicos, que não sofrem interferência do pesquisador. É um estudo estatístico que descreve numericamente determinado fenômeno e procura estabelecer relações, causas (FONSECA, 2002).

A abordagem descritiva, nas palavras de Cervo e Bervian (1996, p. 49):

“[...] procura descobrir, com o máximo de precisão, a freqüência como um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características, correlacionando fatos ou fenômenos sem manipulá-los”.

4.2 LOCAL DE ESTUDO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Fundada em março de 1971, Ceilândia é a região administrativa mais populosa do Distrito Federal. De acordo com a Pesquisa Distrital de Amostra por Domicílios (PDAD), para o ano de 2013, sua população estimada é de 449.592 habitantes, dividida nos bairros de: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção), Setor Privê, e condomínios Pôr do Sol e Sol Nascente, além da área rural denominada INCRA. (CODEPLAN, 2013)

Sob o ponto de vista assistencial, o Distrito Federal está dividido por Regiões de Saúde, conforme características culturais, sociais, econômicas, e outros aspectos de limites territoriais, comunicação e transporte. Por sua vez essas regiões de saúde são agrupadas segundo Coordenações Gerais de Saúde, que são constituídas por Regiões Administrativas. Ceilândia faz parte da Região de Saúde Oeste, que tem duas Coordenações Gerais de Saúde: Ceilândia e Brazlândia, constituídas pelas Regiões

Administrativas (RA) 9 e 4, respectivamente RA de Ceilândia e RA de Brazlândia (BRASIL, 2012c).

O Centro de saúde no qual foi feita essa pesquisa, localiza-se na QNN 16 Lote F na regional de Ceilândia, Distrito Federal. Responde pela seguinte área de abrangência: QNM 06, 08, 10, 22, 24, 26 e Áreas Especiais da QNN 16, 30, 32 e 34. A população estimável é de 27.644 habitantes. Atende às especialidades de Clínica médica, ginecologia/ obstetrícia, pediatria e odontologia e aos Programas especiais: Hipertensos, diabéticos, DST/ AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, fisiologia, cárie zero, desnutridos, assistência à mulher e à criança. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Até novembro de 2013, este Centro de Saúde contava com apenas o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo na equipe um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco Agentes comunitários de Saúde (ACS). A partir deste período foi incorporado um médico ingresso do Programa mais médicos o que consolidou a equipe como Equipe de Saúde da Família (ESF).

O serviço de pré-natal nessa unidade realiza em média 10 consultas com cada gestante. As consultas são realizadas intercaladas com médico e enfermeiro. Depois de 32 semanas de gestação passam a ser de 15 em 15 dias com médico. O Centro conta com 03 médicos ginecologistas e o atendimento ao pré – natal é realizado quase todos os dias. Os médicos atendem até 20 pacientes e os enfermeiros, 10. Quanto às ações educativas voltadas para este grupo; toda quinta- feira, às 9 horas, acontece na sala de reunião com o enfermeiro a palestra inicial com as gestantes do 1º trimestre. Para gestantes a partir de 28 semanas é oferecido na sala de reunião, palestra toda quinta-feira. Elas não estão sendo assistidas pelo Programa Cárie Zero. Vão ao atendimento odontológico, se solicitarem ou apresentarem queixas.

4.3 FONTES DE DADOS E PERÍODO

Os dados foram obtidos a partir do Livro de Registro das Gestantes de uso próprio do Centro de Saúde 04 de Ceilândia, e coletados também no local. Como critério de inclusão foram selecionados os registros de todas gestantes cadastradas no pré - natal de baixo risco da unidade no período de 2012. Esses registros são preenchidos manualmente na inscrição do pré – natal. Os critérios de exclusão foram: dados incompletos; ilegíveis; e duplicidade de registro.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis estudadas foram categorizadas da seguinte forma conforme os dados coletados no livro de registro da Unidade:

Área de abrangência: Se a gestante residia nos seguintes endereços: QNM 06, 08, 10, 22, 24, 26 e Áreas Especiais da QNN 16, 30, 32 e 34 que corresponde à área adstrita ao Centro de Saúde 04 da Ceilândia: sim ou não.

Escolaridade: Foi categorizada em 03 níveis: Sem nenhum grau de instrução (analfabeto), ensino Fundamental completo e incompleto (1º grau) Ensino Médio completo e incompleto (2º grau).

Faixa etária da gestante: Idade da gestante em anos completos: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 39 anos e 40 anos ou mais.

Início do pré - natal: Idade gestacional na primeira consulta em semanas completas calculadas a partir da data da última menstruação ou resultado da primeira ultrassonografia: Até 12 semanas, 13 a 15 semanas, 16 a 24 semanas, mais de 25 semanas.

Imunização: Gestante que se imunizou com vacina dupla do tipo adulto – DT (difteria e tétano). Classificadas em: encaminhamento, imunização e reforço.

Exames: Se foi realizado os exames solicitados na primeira consulta ou para primeiro trimestre. São eles: Sorologia para toxoplasmose, rubéola, citopatológico cérvico-vaginal, Sorologia para hepatite B, ultrassonográfica obstétrica, anti HIV 1 e 2, urocultura, Teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL, teste rápido diagnóstico anti-HIV, Hemoglobina, Hematócrito, Tipagem sanguínea e fator Rh, Coombs indireto (se for Rh negativo) e thyroid stimulating hormone (TSH): Sim ou não.

Planejamento: Se a gravidez foi planejada, ou seja, se foi desejada e preparada pelo casal: Sim ou não.

Índice de Massa Corporal: Consiste na divisão do peso expresso em kg pela altura em metro e elevada ao quadrado: Menor que 18,4 (abaixo do peso), entre 18,5 e 24,9 (peso ideal), entre 26 e 30 (acima do peso) e maior que 30 (obesa).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada uma seleção dos dados mais relevantes, certificando-se de que os mesmos estavam completos e coerentes, sendo eliminados aqueles que não estavam completos. Em seguida, os resultados foram agrupados de acordo com as variáveis a serem avaliadas. Os dados foram tabulados com o auxílio dos softwares EpiInfo 6.0 e

Excel como ferramenta para os procedimentos estatísticos descritivos simples, tais como média, desvio padrão e distribuição de frequência, para identificar padrões de comportamento e tendências.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa por utilizar dados secundários, comprometeu-se formalmente com a garantia da privacidade dessas informações, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - CEP/FS-UnB protocolado sob o número 263/13 e aprovado em 12/11/2013. Com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao total, 258 gestantes estavam cadastradas no ano de 2012, porém após a exclusão de dados faltantes, a amostra se constitui com dados completos e legíveis de 176 gestantes.

5.1 PERFIL DAS GESTANTES

Por meio da Tabela 1, observa-se, que 94% das gestantes que realizaram o pré-natal no Centro de Saúde 04 residiam na área adstrita do mesmo. Isso é, apenas 6% não moravam nos seguintes endereços de abrangência: QNM 06, 08, 10, 22, 24, 26 e Áreas Especiais da QNN 16, 30, 32 e 34. No estudo de Siqueira (2011), realizado com as gestantes cadastradas no pré-natal de 2009 em uma unidade básica de saúde, no município de Santos- SP, um índice bem menor foi encontrado, 74,3% das gestantes pertenciam à área de abrangência. Provavelmente esta diferença pode ser devida à algumas gestantes, que no ato da inscrição, não informam o endereço correto, ou passam o endereço de residência de parentes e amigos, por receio de não realizarem o pré-natal, se não estiverem dentro da área de abrangência da unidade.

Tabela 1. Distribuição das gestantes acompanhadas no pré-natal segundo a área de abrangência no Centro de Saúde 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.

Variável	N	%
Área de Abrangência		
Sim	165	94 %
Não	11	06 %
Total	176	100

A territorialização é importante para identificar e organizar a situação de saúde de determinada população, por meio dos determinantes de saúde e de outros indicadores socioeconômicos, ambientais e demográficos. Atende em quase toda sua totalidade a população da sua área de abrangência, ajuda a solucionar os problemas pertinentes à região, e avaliar os serviços de saúde no qual a população está sendo submetida (GONDIM et al., 2008).

O Centro de Saúde 04 de Ceilândia deve estar preparado para realizar um pré-natal adequado e referenciado, pois de acordo com o Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal, o Hospital Regional de Ceilândia (HRC) é o que mais realizou partos no Distrito Federal (DF) de gestantes oriundas do DF e também da Região Integrada para

o Desenvolvimento do Entorno e do Distrito Federal (RIDE) Foram 6.041 partos de um total de 39.339 no ano de 2011. Deve-se levar em conta que Ceilândia é a RA mais populosa do DF.

Ainda segundo o Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal, quanto ao parto realizado no Hospital Público da Região Administrativa segundo o local de residência da gestante, no ano de 2011, Ceilândia apresenta um excelente resultado. Dentre os 6041 partos realizados no HRC, 5.613 partos, ou seja, 92,9% eram de usuárias moradoras da própria RA. O que sugere a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. Esse percentual vai de acordo com o encontrado neste estudo, já que espera que 94% das gestantes cadastradas no pré-natal no ano de 2012 da área de abrangência do Centro de Saúde 04 tenham realizado o parto também no HRC. Infelizmente, este dado não pôde ser analisado pela falta de retorno dessa informação ao centro de saúde. (BRASIL, 2012c).

As características sociodemográficas de faixa etária e escolaridade das gestantes do estudo encontram-se na Tabela 2. A maioria delas, 65% tinha entre 20 a 34 anos, a mesma prevalência encontrada nos estudos de Salvador et al. (2008), Xavier et al. (2013) e Nascimento (2003). As adolescentes (10 a 19 anos) correspondiam a 16% das estudadas. A idade média materna foi de 29,3 anos, divergente da maioria dos estudos brasileiros no qual a idade média é de 24 anos, o mesmo resultado constatado em 2006 pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) e pelos estudos de Uchoa et al. (2010), Nochieri et al. (2008), Salvador et al. (2008) Trevisan et al. (2002), Nascimento (2003), Siqueira (2011).

É necessário o conhecimento da faixa etária da gestante para melhor compreender as necessidades das mesmas durante o pré-natal (UCHOA et al., 2010). Gestações de baixo risco raramente se dão com idade materna elevada. Mulheres com mais anos de idade, apresentam maior prevalência de inadequação de pré-natal (NASCIMENTO, 2003; DIAS-DA-COSTA et al., 2013).

Com relação à escolaridade, assim como no estudo de Siqueira (2011), o Livro de Pré-natal das gestantes do Centro de Saúde 04 disponibiliza apenas o grau de instrução das mesmas em 1º e 2º grau; não discrimina os anos de estudo nem separa em grau completo ou incompleto, o que dificulta a comparação com outros estudos. Entretanto, 98,3% das gestantes são alfabetizadas, apenas 1,7% da amostra não tinham nenhum grau de instrução. Resultado ainda superior do que o encontrado na pesquisa de Siqueira (2011), no qual 96% eram alfabetizadas. Porém, esta pequena diferença não foi estaticamente significativa.

A maioria das gestantes, 80,7% possuía 2º grau completo ou incompleto. E 17,6% ensino fundamental completo ou incompleto, similar ao 17,8% da pesquisa de Xavier et al. (2013) Resultados superiores, aos encontrados por Nochiere et al. (2008) em seu estudo em uma instituição filantrópica de São Paulo, no qual 62,1% da amostra possuía ensino médio e 32,9%, ensino fundamental.

O nível de escolaridade é um fator que reflete a realidade socioeconômica e melhor qualidade de vida. A baixa escolaridade influencia em razões de mortalidade materna elevadas, e indicativos de déficit de crescimento e nutrição infantil, além de ser considerado pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico (PARADA, 2008; SALVADOR et al., 2008; NOCHIERI et al., 2008; XAVIER et al., 2013; BRASIL, 2012a). Trevisan et al. (2002) em seu estudo conclui que quanto maior a escolaridade, melhor a qualidade da atenção pré-natal, pois as gestantes que realizaram um número maior de consultas e buscavam precocemente o acompanhamento pré-natal, possuíam escolaridade superior ao restante. Coimbra et al. (2003) também conclui que a inadequação ao pré-natal está associado à baixa escolaridade materna.

Tabela 2. Distribuição das gestantes acompanhadas no pré-natal segundo as características sociodemográficas do Centro de Saúde 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
10 a 14	0	0
15 a 19	29	16,5 %
20 a 24	44	25%
25 a 34	70	39,8%
35 a 39	27	15,3%
40 anos ou mais	06	3,4%
Total	176	100
Escolaridade		
Analfabeto	03	1,7%
1º grau	31	17,6%
2º grau	142	80,7%
Total	176	100

5.2 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

No que diz respeito aos antecedentes obstétricos foram analisados o IMC e o planejamento gestacional. Os resultados se encontram na Tabela 3. Para avaliar o estado nutricional inicial das gestantes o IMC foi calculado na primeira consulta de pré-natal. Através deste indicador é possível acompanhar o ganho de peso, além de prevenir e controlar agravos à saúde, favorecendo a promoção da saúde da mãe e um desenvolvimento fetal adequado. O monitoramento do peso durante toda a gestação e as orientações nutricionais vai até a amamentação (NOCHIERI, 2008; BRASIL, 2012a).

No presente estudo 53% das gestantes, estavam com IMC entre 18,5 e 24,9, isto é, com o peso considerado ideal. No estudo de Nochiere et al. (2008) este índice é ainda superior, 61,7% das gestantes iniciaram o pré – natal com peso adequado. Porém, é relevante a porcentagem de gestantes acima do peso com IMC superior a 25, e obesas, com IMC superior a 30. Juntas elas, somam 44,3% das gestantes estudadas. O excesso de peso na gestação pode ser considerado um fator de risco ao associar-se com a diabetes gestacional e a síndrome hipertensiva da gravidez (NOCHIERI et al., 2008). Quanto ao baixo peso, apenas 3% das gestantes se encontrava neste estado nutricional, resultado satisfatório, pois segundo a OMS, populações saudáveis e bem alimentadas apresentam frequência de baixo peso entre 3% e 5%.

Das 176 gestantes estudadas, 43 delas, ou seja, 24% apenas planejaram a gravidez. No estudo de Siqueira (2011), esse índice é ainda menor, 19,7% das mulheres planejaram a gestação. Gravidezes não planejadas são aquelas que ocorrem sem que o casal ou a mulher tenha tomado a decisão de engravidar, ou que mesmo fazendo uso de métodos contraceptivos, engravidaram. Porém, nem todas as gravidezes não planejadas são indesejadas. De acordo com a PNDS, esse tipo de gravidez ocorre principalmente em mulheres de baixa escolaridade ou renda, o que contraria o encontrado no presente estudo, já que as gestantes não apresentam baixa escolaridade. (BRASIL, 2009b).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco, pelo menos mais da metade das gestações não são inicialmente planejadas, mesmo que desejadas. Uma gravidez planejada contribui para diminuição de abortamentos provocados, aumenta o intervalo entre as gestações, o que contribui para que os bebês nasçam com peso adequado e recebam uma correta amamentação. Entre os fatores que acometem as mulheres com depressão pós – parto, também está a gravidez não planejada. Planejar a gravidez é essencial principalmente para mulheres adolescentes e para portadoras de doenças tais como diabetes, hipertensão, cardiopatias, HIV, entre outras complicações (BRASIL, 2012a; SPINDOLA et al., 2006).

Para uma gravidez planejada faz-se necessário um bom planejamento familiar no centro de saúde ou no serviço que a gestante é assistida. O planejamento familiar no Brasil é regulamentado pela lei 9.263/96 e de acordo com o artigo 2º:

O planejamento familiar é entendido como conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996, art. 2º).

No Centro de Saúde 04 de Ceilândia, o Planejamento familiar é abordado durante a consulta e por meio de palestra que acontece toda segunda às 14h e é aberta para todo o tipo de público. No cartão do planejamento familiar e no cartão da mulher é descrito o método anticoncepcional que a paciente usa. É necessário o carimbo nesses cartões e a receita para pegar o anticoncepcional na farmácia do CS, exceto preservativos masculinos e femininos. Percebe-se que os participantes não vão com intenção de aprimorar suas informações, mas sim com “caráter obrigatório”, com a necessidade de ter assistido a palestra para, por exemplo, começar um tratamento anticoncepcional, realizar a consulta de revisão de parto ou realizar procedimentos de laqueadura e vasectomia. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, no Caderno de atenção ao pré – natal de baixo risco do ano de 2012, o planejamento deve acontecer em um contexto de escolha livre e informada, com prevenção da gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Essas orientações devem ser passadas em consultas com médico, enfermeiro, em visitas domiciliares, atividades de vacinação, atividades educativas, entre outros.

Sugere-se que para a melhoria desse resultado, as orientações ao planejamento devem ser realizadas em uma abordagem mais sistêmica, que identifique as necessidades da família e não foque apenas no método contraceptivo. Além disso, a formação de grupos distribuídos em faixas etárias favorece melhor o diálogo e entendimento das necessidades e especificidades de cada grupo.

Tabela 3. Antecedentes obstétricos das gestantes acompanhadas no Centro de Saúde 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.

	Variáveis	N	%
Planejamento			

	Sim	43	24,4%
	Não	133	75,6%
Total		176	100
IMC			
Menor que 18,4	Abaixo do peso	05	2,8%
Entre 18,5 e 24,9	Peso ideal	93	52,8%
IMC entre 26 e 30	Acima do peso	52	29,5%
IMC maior que 30	Obesidade	26	14,8%
Total		176	100

5.3 ASSISTÊNCIA AO PRÉ – NATAL

Na tabela 4 verifica-se a idade gestacional do início do pré – natal no Centro de Saúde 04 de Ceilândia, 2012. De acordo com o PHNP, deve-se iniciar o acompanhamento da gestante o mais precocemente que se confirmar a gravidez e dar seguimento até a consulta do puerpério ser realizada, isto é, até o 42º dia após o parto. A realização da primeira consulta de pré-natal é recomendada até o 4º mês de gestação (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2002). A rede cegonha prioriza que esses cuidados pré-natais devem ser iniciados o quanto antes até a 12ª semana de gestação. É a chamada captação precoce da gestante, e está entre um dos principais indicadores do componente pré-natal do programa (BRASIL, 2011c). No presente estudo, 115 gestantes (65%) iniciaram o pré-natal em até 12 semanas, semelhante ao percentual de 66,7% encontrado no estudo de Siqueira (2011), e igual aos 65% encontrados por Carvalho e Novaes (2004).

Estudos apontam que a captação precoce das gestantes ainda é uma grande dificuldade em diversos municípios brasileiros. No estudo de Alves (2012), no município de Paudalho, na região Nordeste, apenas 47,7% das gestantes foram captadas até a 12ª semana de gestação. Resultado semelhante ao estudo de Silveira (2001), em que 46% das gestantes ingressaram no programa no primeiro trimestre gestacional. Em um estudo realizado com gestantes de baixa renda de 02 municípios do Rio de Janeiro, somente 27,5% das gestantes realizaram pré- natal precocemente, o que sugere que mães com renda mais elevada favorecem mais oportunidade de acesso aos cuidados reprodutivos e ginecológicos (XAVIER et al., 2013). Também foi tardio o início do pré- natal no estudo de Uchoa et al. (2010), em que apenas 36,8% iniciaram até a 14ª semana.

Parada (2008) encontrou em seu estudo na cidade de Botucatu – SP, valor bem superior. 85,2% das gestantes realizaram primeira consulta do pré-natal até 120 dias de gestação. Resultado semelhante, 82% é apresentado no estudo de Gonçalves et al. (2008) e de SIQUEIRA (2011), em que é atribuída ao acompanhamento dos ACS, a alta taxa de 81,7% de captação precoce das gestantes. No Centro de Saúde 04, os ACS apresentam uma baixa cobertura populacional com total apenas de 05 micros áreas coberta.

Esse indicador é de extrema relevância para a saúde da mãe e seu filho. Cria uma possibilidade maior dos riscos e complicações que podem ocorrer no período gestacional serem detectados, tratados ou controlados precocemente, favorecendo proteção à gestante. O início tardio do pré-natal muitas vezes possibilita a identificação do problema, mas não garante sua resolução ou as intervenções necessárias. Além disso, dificulta o desenvolvimento da promoção da saúde durante esse período, e garante menor adesão ao acompanhamento. Portanto, sua importância reflete em resultados positivos sobre a mortalidade materna, perinatal e infantil. (GRANGEIRO et al., 2008; CIARI-JUNIOR et al., 1972; NOCHIERI et al., 2008; TREVISAN et al., 2002; BRASIL, 2000).

As equipes de atenção básica desempenham papel fundamental na captação precoce das gestantes. Para melhoria deste indicador na unidade, propõe-se a realização de busca ativa das mulheres em idade fértil, para auxiliá-las no reconhecimento da gravidez e no planejamento reprodutivo; possibilitando de forma mais rápida a confirmação da gravidez na Unidade Básica de Saúde por meio do teste rápido de gravidez, e garantindo por consequência, um início de pré-natal não tardio. As adolescentes e jovens carecem de uma atenção especial e essa abordagem pode se dar diretamente nas escolas por meio de uma parceria com o Centro de Saúde. Atualmente existe o Programa Saúde na escola (PSE) que também contempla esta abordagem (BRASIL, 2011c; PARADA, 2008)

O início do pré-natal tardio pode caracterizar um serviço de saúde que não está preparado para captar precocemente essas gestantes, assim como sugere uma dificuldade de acesso desse grupo no serviço, ou quantidade de vagas limitadas (NOCHIERI et al., 2008; BRASIL, 2000). Para garantir que isso não ocorra, também é necessário o agendamento da consulta de início de pré-natal, tão logo quando se confirma a gravidez (BRASIL, 2011b; PARADA, 2008). Outra ação proposta é a manutenção de agendas semiabertas para o pré-natal, facilitando a resolução das necessidades das gestantes.

Sendo assim, alguns estudos destacam a importância da conscientização e sensibilização da população para o início precoce do pré-natal. Muitas vezes o início tardio ou a baixa demanda, reflete a falta confiança na qualidade e no atendimento prestado pelo serviço de saúde, como também a busca espontânea da gestante por outros serviços (NOCHIERI et al., 2008; UCHOA et al., 2010; COUTINHO et al., 2003, KOFMANN e BONADIO, 2005)

Em relação aos exames, dentre os princípios da Rede Cegonha estão a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2012a). Sabe-se que os exames laboratoriais devem ser realizados em todas as gestações, visando a prevenção de doenças e agravos, tanto para mãe, como para o filho, e favorece a adoção de condutas após o diagnóstico. Estes são indispensáveis para um bom acompanhamento do pré-natal e complementam os resultados clínicos e obstétricos (GRANGEIRO et al., 2008; SALVADOR et al., 2008).

A maioria dos estudos encontrados analisou se os exames básicos preconizados pelo PHPN para o início da gravidez foram realizados. São eles: hemograma ou hemoglobina/hematócrito, tipagem sanguínea ABO e Rh, VDRL, urina simples, glicemia de jejum e anti-HIV. Em nosso estudo, foram inseridos novos exames recomendados pela Rede Cegonha, inclusive os testes rápidos. No entanto, nos registros do Livro de Pré-natal da unidade, não há descrição de cada exame realizado separadamente, nem a divisão por trimestre de gestação, somente há o registro se foram feitos ou não, o que não é tão interessante, pois o ideal seria conhecer a frequência de cada um.

Verificou-se de acordo com a tabela 4 que apenas 63% das gestantes realizaram os exames solicitados para primeira consulta. Valor inferior ao estudo de Parada (2008) no qual a cobertura de todos os exames básicos do início da gravidez foi de 75,9%. No estudo de Grangeiro et al. (2008), no município de Quixadá- CE, das 1.544 gestantes cadastradas no período de 2001 a 2004, apenas metade tiveram acesso a todos os exames. Ainda menor, foi o resultado encontrado no artigo de Trevisan et al (2002), em que apenas 44,3% das pacientes realizaram todos os exames.

Ao total, 37% das gestantes não realizaram todos os exames preconizados para o pré-natal, o que aproxima com o valor achado de 34,7% que iniciaram o pré-natal após 12 semanas. Esse resultado confirma as explicações encontradas também por outros autores, de que o início tardio do pré-natal, e por consequência um menor número de consultas, desfavorece a realização de todos os exames (TREVISAN et al., 2002; UCHOA et al., 2010; KOFMANN e BONADIO, 2005).

Esta cobertura dos exames não tão favorável pode ter como possíveis causas a demora na entrega dos resultados e a descontinuidade de oferta dos exames diagnósticos de gravidez, além do sub-registro durante as consultas de pré-natal, principalmente na primeira consulta, em que é solicitado a maioria dos exames. Deve-se atentar que no ano de 2012, em que se dá essa amostra, ainda estavam sendo inseridos os testes rápidos preconizados pela Rede Cegonha.

Outro indicador usado para se avaliar a assistência ao pré-natal é a imunização contra o tétano. De acordo com o PHPN deve-se realizar a vacina antitetânica, dose imunizante, a segunda dose do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. A Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano) deve ser iniciada o mais precocemente possível. Sua função é de prevenção contra o tétano neonatal e também de proteção contra o tétano acidental durante a gestação (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2002). Este indicador de avaliação da qualidade de assistência ao pré-natal evidencia tanto problemas estruturais como técnicos dos serviços de saúde.

A literatura aponta a importância dos programas de imunização para prevenir diversas doenças e promover a saúde materna. Quanto ao tétano do recém-nascido, que o acomete na primeira semana de vida ou nos primeiros vinte e oito dias, a prevenção a partir da imunização é uma intervenção que se mostra efetiva (CALDERON, 2006; SIQUEIRA, 2011). Em países em desenvolvimento, o tétano ainda é um problema de saúde pública responsável por grande parte das mortes neonatais e infantis. A doença apresenta alta letalidade, cerca de 50% a 80%, e em decorrência disso, faz-se necessário o contínuo aprimoramento da cobertura vacinal, mesmo que os casos de incidência de tétano neonatal no Brasil tenham declinado ao longo dos anos devido à melhor cobertura vacinal e da qualidade hospitalar no parto (GRANGEIRO et al., 2008; PACHECO, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Neste presente estudo, somando as gestantes que receberam todas as doses da vacina antitetânica e também as que tomaram reforço, encontramos uma cobertura vacinal de 75%. A PNDS de 2006, que tem como um dos objetivos revelar o perfil da população feminina em idade fértil evidenciou que apesar do declínio dos casos de tétano neonatal no Brasil, a sua cobertura não teve ao longo dos anos o avanço esperado. Assim, 31% das gestantes não tomaram nenhuma dose da vacina em 2006, somente 5% menos do que as 36,5% gestantes que não se imunizaram em 1996. O estudo também nos mostra uma cobertura vacinal heterogênea quando analisado por regiões do país, sendo respectivamente: Norte 85%, Nordeste 87,8%, Sudeste 67,6%, Sul 77,5%, Centro Oeste 79% e no Brasil 76,9. Nosso estudo evidenciou um resultado melhor apenas

quando comparado ao Sudeste. A pesquisa também surpreende quando mostra resultados inferiores no Sul e Sudeste, quando comparado às outras regiões. Acredita-se que nessas regiões, o profissional de saúde vê como total o parto hospitalar, e descrê que ainda haja práticas populares nos cuidados com o coto umbilical (BRASIL, 2009b; SIQUEIRA, 2011).

Siqueira (2011) em seu estudo que buscou analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes inscritas no Pré-natal na Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube (UBS-RC) do município de Santos, São Paulo, encontrou o resultado de 75% de imunização, assim como o neste presente estudo. Por outro lado, esse resultado foi inferior no estudo de Alves (2012), em que 63,99% das gestantes inscritas no pré-natal do município de Paudalho- PE receberam a vacina antitetânica. Na pesquisa de Halpern et al. (1998), a imunização foi inadequada em 50% dos casos, e 34% das gestantes não receberam nenhuma dose. Em Juiz de Fora, Minas Gerais, uma pesquisa avaliou a adequação do processo da assistência pré-natal oferecida às usuárias do SUS nesse município, e encontraram 42,4% de registro de vacinação antitetânica no primeiro semestre de 2002. Por fim, o menor resultado encontrado foi o de apenas 31,4% de gestantes imunizadas na Direção Regional de Saúde (DIR) XI - Botucatu, São Paulo no ano de 2005 (PARADA, 2008).

Entretanto, resultados bem superiores foram encontrados na literatura. A vacina antitetânica foi relatada por 91,0% das entrevistadas em um estudo que abrangeu uma coorte de 660 primigestas no município de Curitiba, Paraná (CARVALHO e NOVAES, 2004). Em uma Unidade Básica de Saúde da Família de um distrito do município de Pacatuba-CE, o pré-natal entre janeiro e dezembro de 2007, realizou uma cobertura vacinal de 94,7% (UCHOA et al., 2010). O estudo de Grangeiro et al. (2008), também encontrou 90,09% de gestantes cobertas pela vacina antitetânica.

Alguns fatores que contribuem para inadequada imunização antitetânica ou para uma cobertura não tão favorável estão os sub-registros de algumas doses aplicadas, às vezes pela falta de reconhecimento da importância da prevenção do tétano neonatal e do seu registro, assim como a crença do profissional de que práticas populares do cuidado com o coito umbilical não ocorram mais. Outro ponto é a própria gestante que não tem conhecimento acerca da vacina, principalmente na quantidade de doses que devem receber. Assim, faz-se necessário melhor organização da assistência e informação às gestantes (PARADA, 2008; COUTINHO et al., 2003; SIQUEIRA, 2011; UCHOA et al., 2010).

Ainda sobre os indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal, está o número de consultas realizadas por gestante. Este número ideal já foi muito discutido e por vezes controverso. Por muito tempo media-se a qualidade da atenção ao pré-natal apenas por esse indicador. A OMS recomenda um número mínimo de 06 consultas assim como o Brasil na Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e no Manual de Atenção ao Pré-Natal de baixo risco. Anteriormente a implantação do PHPN, o PAISM recomendava um número mínimo de 04 consultas. Deve-se assegurar um acompanhamento contínuo das gestantes até o parto. É importante garantir que todas as ações durante as consultas sejam devidamente registradas no cartão da gestante e na ficha de pré-natal. As consultas também podem ser realizadas em domicílio. Recomenda-se até a 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente. No Plano de ação da Rede Cegonha do Distrito Federal, para o ano de 2013, foi programada uma média de 08 consultas, distribuídas da seguinte maneira: 03 consultas com a equipe médica, 03 com a consulta de enfermagem, uma consulta no puerpério, e uma consulta odontológica. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012a; CIARI-JUNIOR et al., 1972; BRASIL, 2000; PARADA, 2008; TREVISAN et al., 2002; BRASIL, 2012c)

De acordo com a tabela 4, 84% das gestantes realizaram 06 consultas ou mais; 14% entre 01 a 05 consultas, e apenas 3% das gestantes se cadastraram no pré-natal e não realizaram nenhuma consulta. Este resultado foi satisfatório, quando comparado ao Distrito Federal, que em 2010 conseguiu atingir um percentual de 68,6% das gestantes com 06 ou mais consultas. A menor cobertura foi da Regional de Saúde de Taguatinga 84,19% e a pior cobertura com 50,67% foi da Regional de Saúde de Brazlândia. (BRASIL, 2012c.) Estudos mostram que a cobertura de consultas tem tido uma perspectiva crescente em todo o Brasil, que nos anos de 2001 e 2002 ficaram com índice de cobertura de apenas 20% (BRASIL, 2010c). Esse crescimento também é evidenciado em um estudo retrospectivo no município de Quixadá – Ceará, em que a cobertura de 06 ou mais consultas foi de 39,84%; 45,97% e 64,98%, nos respectivos anos de 2002, 2003, 2004 (GRANGEIRO et al., 2008).

Resultado semelhante ao nosso foi encontrado no estudo de Halpern et al. (1998), no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, em que 82,2% das gestantes realizaram mais de 06 consultas e o número médio de consultas foi de 7,6. Em um estudo que avaliou a assistência pré-natal e puerperal em uma Direção Regional de Saúde de Botucatu, São Paulo, Brasil, revelou que 75,9% das gestantes realizaram 06 ou mais consultas durante a gestação, e algumas das atribuições decorrentes deste resultado

nesta unidade, foram a busca ativa de gestantes, bem como a captação precoce das mesmas (PARADA, 2008). Resultado superior foi encontrado em um estudo de corte transversal de 702 gestações no Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul no período de março de 2000 a março de 2001, em que 90,3% das gestantes foram submetidas a mais de 06 consultas no pré-natal (TREVISAN et al., 2002).

Entretanto, apesar do incremento na cobertura de consultas realizadas, na literatura ainda encontramos resultados baixos, o que caracteriza que a realização de 06 consultas ou mais ainda não é uma realidade em todo território brasileiro e apresenta para muitos municípios um desafio na qualidade da assistência ao pré-natal (BRASIL, 2010c). Este cenário foi encontrado no município de Viçosa-MG, em que somente 45,7% das gestantes assistidas pelo SUS no ano de 2003, tiveram acesso a mais de 06 consultas durante o pré-natal (SALVADOR et al., 2008).

A realização de no mínimo 06 consultas é necessária para garantir a evolução gestacional, prevenir agravos e riscos que podem surgir, além de manter um vínculo importante entre gestante, família e profissionais, a fim de proporcionar maior segurança durante este período (GRANGEIRO et al., 2008). Poucas consultas dificultam a promoção da saúde para este grupo, e diminui as chances de diagnóstico e tratamento precoce de determinadas condições, ou até mesmo a possibilidade de ter eventuais complicações controladas (CIARI-JUNIOR et al., 1972; NOCHIERE et al., 2008). Este indicador está, portanto, diretamente ligado à saúde materna, perinatal e infantil, como maior incidência de baixo peso ao nascer naquelas gestantes que realizam mais consultas, assim como coeficiente de mortalidade perinatal cerca de três vezes maior naquelas que realizam poucas consultas (HALPERN et al., 1998; BRASIL, 2012a). Estudos ainda revelam que o número de consultas está correlacionado com a escolaridade da gestante, que quanto maior, mais consultas realizam e mais procuram o serviço de pré-natal (TREVISAN et al., 2002).

O resultado deste presente estudo, de cobertura de 06 ou mais consultas de 84% entretanto, pode ser maior, devido ao incremento da Rede Cegonha na unidade, e também ao sub - registro de informações desse, como de outros indicadores, o que sugere a resistência do profissional de saúde incorporar em sua rotina de atendimento, o preenchimento de formulários. Cabe destacar que quanto maior for o aprimoramento da organização e estrutura do serviço, maior será a oferta do número de consultas.

Tabela 4. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal entre as gestantes acompanhadas no Centro de Saúde 04 de Ceilândia, DF no ano de 2012.

Indicadores	N	%
Início do Pré-natal		
Até 12 semanas	115	65,3 %
13 a 15 semanas	19	10,8%
16 a 24 semanas	30	17,5 %
+ 25 semanas	12	6,8 %
Total	176	100
Vacina		
Encaminhamento	44	25 %
Imunizada	76	43,2 %
Reforço	56	31,8 %
Total	176	100
Exame		
Sim	111	63 %
Não	65	37 %
Total	176	100
Número de consultas		
06 ou mais consultas	147	84%
Mais que 01 e menos que 05	26	14%
0	03	2%
Total	176	100

6. CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se que o perfil sóciodemográfico das gestantes influencia diretamente na maneira como buscam atendimento. Quanto à assistência, de modo geral, com exceção do planejamento gestacional, o Centro de Saúde em que foi realizado este estudo, cumpre o preconizado pelo Ministério da Saúde, e já mantém inseridos os componentes da Rede Cegonha, entretanto, seus resultados poderiam ser melhores em determinados indicadores.

Desse modo, espera-se que esta pesquisa sirva de auxílio para os profissionais de saúde que realizam atendimento a essas usuárias e estímulo para busca de investigações e avaliações desse serviço de saúde, a fim de que identifiquem fortalezas e fragilidades em busca de uma assistência de excelência e de melhorias nos indicadores de saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. L. P. Adequação da atenção à Saúde da Mulher e da Criança no município do Paudalho segundo olhar da rede cegonha. 2012. 25p. Dissertação (Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa: Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Portaria nº 2.699, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento. Objetivos de desenvolvimento do milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2011: Breve análise da mortalidade no período 2000-2011. Rio de Janeiro, RJ, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Estado de Saúde. Plano de ação da rede cegonha do Distrito Federal. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010. Brasília, DF, 2010d.

CALDERON, I. M. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006.

CARVALHO, D. S. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Caderno de Saúde Pública*. v. 20, p. 220-230, 2004. Suplemento 2.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Caderno de Saúde Pública*. v. 20, p. 220-230, 2004. Suplemento.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. São Paulo: Makron Books, 1996. 164p.

CIARI-JUNIOR, C. et al. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. *Revista de Saúde Pública*. v. 6, p. 361-170, 1972.

CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Diretoria de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Ceilandia - PDAD - 2013. Brasília, 2013.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*. v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.

COUTINHO, T. et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 25, n. 10, p.717-724, 2003.

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

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. 127p.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 6, n. 3, p. 349-353, 2008.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.

GRANGEIRO, G. R et al. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*. v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Caderno de Saúde Pública*. v. 14, n. 3, p. 487-492, 1998.

KOFMANN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v. 5, p. 23-32, 2005. Suplemento.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenadoria de doenças e agravos transmissíveis. Informe Epidemiológico. Avaliação epidemiológica ano de 2013. n. 2, janeiro, 2014a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. Regional de Saúde de Ceilândia. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>> Acesso em: 12 mar. 2014b

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DataSUS. O SISPréNatal: Sistema de Pré Natal. 2008. Disponível em: < <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>> Acesso em: 04 jun. 2014

NASCIMENTO, L. F. C. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v. 3, n. 2, p. 187-194, 2003.

NOCHIERI, A. C. M. et al. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. *O Mundo da Saúde São Paulo*. v. 32, n. 4, p. 443-451. 2008.

ONU. Oito jeitos de mudar o mundo. O voluntariado e os objetivos do milênio da ONU. 2000. Disponível em: < <http://www.objetivosdomilenio.org.br/index.asp>> Acesso em: 14 mai. 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão. CBCD, São Paulo, 1995.

OSIS, M. J. D. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 14, p. 25-32. 1998. Suplemento.

PACHECO, A. J. Vacinação da gestante no pré natal. 2011. 56p. Dissertação (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais, 2011.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v.8, n. 1, p. 113-124. 2008.

SALVADOR, B. C. et al. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*. v. 18, n. 3, p. 167-174. 2008.

SERRUYA, S. J. A morte materna no Brasil: Razão e sensibilidade. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*. v. 34, n.12, p. 531-535, 2012.

SILVA, L. C. F. P. et al. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. *Revista Âmbito Jurídico*. v. 16, n. 93, 2011.

SILVEIRA, D. S. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*. v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.

SIQUEIRA, C. V. C. Assistência pré natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos. 2011. 119p. Dissertação (Mestrado em Ciências - Cuidado da Saúde) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SPINDOLA, T. et al. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Revista da escola de enfermagem*. v. 40, n. 3, p. 381-388, 2006.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

UCHOA, J. L. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em unidade de saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE*. v. 4, n. 1, p. 212-220, 2010.

VIANA, R. C. et al. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. *Comunicação em ciências da saúde*. v. 22, p. 141-152, 2011. Suplemento.

XAVIER, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 18, n. 4, p.1161-1171, 2013.

ANEXOS**ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO**

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **266/13**

Título do Projeto: “Análise do perfil das gestantes e assistência do pré-natal no Centro de Saúde 04- Ceilândia-DF no ano de 2012”

Pesquisador Responsável: Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

Data de Entrada: 25/09/2013

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **266/13** com o título: “Análise do perfil das gestantes e assistência do pré-natal no Centro de Saúde 04- Ceilândia-DF no ano de 2012”, analisado na 12ª Reunião Ordinária, realizada no dia 12 de Novembro de 2013.

O (a) pesquisador (a) responsável fica, desde já, notificado(a) da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente.

Brasília, 03 de Dezembro de 2013.

Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP-FS-UnB

Prof. Natália Monsorez
Coordenador do CEP-FS/UnB