

## CONHECIMENTO DA ROTINA LABORATORIAL POR PROFISSIONAIS PRÉ-NATALISTAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL.

**Carla Vitola Gonçalves<sup>1</sup>, Nalú Pereira da Costa Kerber<sup>2</sup>, Ana Paula Backes<sup>3</sup>, Carolinne Borges Alves<sup>4</sup>, Vanessa Andréia Wachholz<sup>5</sup>, Flávia Seles Oliveira<sup>6</sup>**

1 Professora Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

2 Professora Adjunto da Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

3 Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

4 Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

5 Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

6 Professora do Curso Técnico de Enfermagem do SENAC. Mestre em Enfermagem.

### Resumo

**Objetivo:** avaliar o conhecimento e interpretação da rotina laboratorial pelos pré-natalistas da rede básica de saúde de Município do Sul do Brasil. **Método:** Apresenta-se como um estudo avaliativo desenvolvido por meio de entrevista com 15 médicos e 14 enfermeiras, realizadas entre setembro de 2010 e fevereiro de 2011. **Resultado:** Efetuada uma análise descritiva, em que despontou 100% dos profissionais com conhecimento sobre quais exames laboratoriais devem ser solicitados. Em contrapartida, a interpretação desses exames não foi satisfatória, pois foram referidos: valores errados de glicemia de jejum e hemoglobina para diagnóstico; interpretação e condutas errôneas frente VDRL positivo, Anti-HIV reagente, HBsAg reagente, Toxoplasmose IgG e IgM e gestante Rh negativo. **Conclusão:** Apesar dos profissionais entrevistados terem conhecimento de quais exames laboratoriais devem ser pedidos no pré-natal, falta conhecimento técnico para a interpretação destes exames, prejudicando assim a qualidade da assistência prestada.

**Descritores:** Cuidado pré-natal; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação em saúde.

### Abstract

The aim of this study was to evaluate the knowledge of the routine laboratory by pre-natal health of the basic network of city in southern Brazil. It presents itself as an evaluative study developed through interviews with 15 doctors and 14 nurses, conducted between September 2010 and February 2011. Performed a descriptive analysis, which emerged 100% of professionals with knowledge about which laboratory tests should be requested. In contrast, the interpretation of these tests was not satisfactory, because these were: wrong values of fasting glucose and hemoglobin for diagnosis; erroneous interpretation and conduct forward VDRL positive, anti-HIV reagent HBsAg reagent, Toxoplasmosis IgG and IgM and Rh negative pregnant women. Despite the professionals interviewed were aware of which lab tests should be ordered in pre-natal, lack of technical knowledge to the interpretation of these tests, thus impairing the quality of care.

**Descriptors:** prenatal care; Quality of Health Care; Health Evaluation

## **Introdução**

A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal<sup>(1-5)</sup>. São fatores indispensáveis nesta assistência: a organização do serviço, capacitação dos profissionais e a utilização de recursos adequados e disponíveis, garantindo-se, no entanto, o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção e prevenção das principais afecções<sup>(6)</sup>.

Para organizar e definir essa assistência pré-natal, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)<sup>(1)</sup>, onde é orientado que na 1ª consulta sejam solicitados os seguintes exames: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; exame sumário de urina (Tipo I); sorologia anti-HIV; e sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM, quando houver disponibilidade para realização). Estes exames devem ser repetidos próximo à 30ª semana e deve ser incluída a sorologia para hepatite B (HBsAg). Além disso, este manual apresenta as condutas preconizadas frente aos resultados dos exames citados.

Segundo o MS, essa qualidade do atendimento pré-natal está comprometida, pois ainda existe uma alta incidência de sífilis congênita no país com estimativa de 12 casos/1000 nascidos vivos no SUS (PN-DST/Aids, 2002)<sup>(7)</sup>, mesmo que se diagnosticada cedo é uma doença facilmente tratável sem deixar seqüelas. Isso indica a grande falta de alicerce teórico-prático pelos profissionais responsáveis e sua deficiente capacitação, pois frente aos avanços da Medicina contemporânea, parece anacrônico o fato de uma doença, que apresenta agente etiológico bem definido, formas conhecidas de transmissão, longo período de incubação e tratamentos que possibilitam excelentes índices de cura, continuar registrando novos casos e escapando às medidas que visam o seu controle<sup>(1,8)</sup>.

Optou-se, portanto, pelo estudo dos exames laboratoriais, visto que não se questiona a importância desses procedimentos para que se consiga realizar uma assistência pré-natal efetiva. A realização de intervenções oportunas em todo período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas, visa assegurar a assistência à gestante em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde<sup>(1,9)</sup>. Além disso, vários estudos ressaltam a importância do conhecimento acerca dos exames laboratoriais e sua interpretação como reflexo da qualidade pré-natal prestada às gestantes<sup>(1,2,6,9,10-12)</sup>.

Há escassez de estudos abordando a avaliação da qualidade dos serviços, sendo que na sua maioria limitam-se a descrever indicadores como cobertura, número de consultas pré-natais e número de partos. Em vista dessa marginalização significativa acerca da avaliação do conhecimento mínimo necessário por parte dos profissionais envolvidos e, por conseguinte, dos resultados efetivos alcançados em virtude das atitudes tomadas frente à rotina pré-natalista, tem-se por objetivo investigar, dentre as condutas preconizadas pelo PHPN, a interpretação dos exames laboratoriais que estão sendo feitas por esses profissionais na rede básica de saúde de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

## **Metodologia**

Este estudo foi realizado no município do Rio Grande, localizado na planície costeira sul do Estado do Rio Grande do Sul, cujo sistema de saúde é constituído por 32 unidades básicas (UBS) e dois hospitais gerais. A cobertura pré-natal no ano de 2010 foi de 95,5% sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) responsável por 60% destes atendimentos.

O presente estudo apresenta abordagem quantitativa, que é adequada para a realização de avaliação de serviços. A população alvo foi composta por profissionais de saúde (médicos e

enfermeiras) que realizam atendimentos pré-natais nas unidades básicas de saúde da rede pública do município do Rio Grande. Das 32 UBS do município, apenas 18 oferecem atendimento pré-natal. O atendimento é realizado por 22 médicos e 16 enfermeiras, totalizando 38 profissionais. No entanto, em três UBS ocorreu a recusa de nove profissionais em participarem do estudo totalizando 29 entrevistas, destas 15 com médicos e 14 com enfermeiros.

Neste estudo optou-se pela entrevista dos médicos e das enfermeiras responsáveis pelo atendimento de pré-natal nas UBS do Município, porque este usa como referência o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério, do Ministério da Saúde<sup>(1)</sup>, onde as competências de cada um destes profissionais estão estabelecidas. Como competência da enfermeira e do médico, o referido manual aponta que esses devem intercalar as consultas de pré-natal; solicitar exames e orientar o tratamento conforme as normas técnicas e operacionais; orientar as gestantes quanto aos fatores de risco; identificar as gestantes de risco e as encaminhar para a unidade de referência; realizar coleta de citopatológico; fornecimento do cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta. Quanto às competências da gestante, a mesma deve portar o Cartão da Gestante devidamente atualizado a cada consulta. Portanto, tanto o médico como a enfermeira podem solicitar exames da conduta pré-natal, bem como devem ter domínio sobre as condutas a serem tomadas frente aos resultados destes exames.

As informações foram coletadas através de um amplo instrumento padronizado e pré-codificado que continha questões sobre o conhecimento da rotina básica preconizada pelo manual técnico do Ministério da Saúde – Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada em relação à solicitação e interpretação dos exames laboratoriais e às condutas diante dos resultados destes. As entrevistas foram realizadas entre setembro de 2010 e fevereiro de 2011 por duas acadêmicas de enfermagem e duas acadêmicas de medicina que demonstraram interesse em participar do estudo. As respostas aos questionamentos eram possibilitadas nas opções: espontânea ou induzidas. A forma espontânea de resposta era quando o entrevistador lia apenas a pergunta sem informar alternativas possíveis. No caso da resposta induzida, esta opção era marcada após o indivíduo ter dado como encerrada a sua resposta espontânea e o entrevistador ler as alternativas que este não tinha citado.

O treinamento consistiu da leitura do questionário e do manual de instruções, aplicação do questionário em duplas e perante o grupo. Em seguida, foi realizado estudo piloto. O controle de qualidade foi realizado através de repetição de 10% de parte das entrevistas pelo coordenador da coleta de dados. A digitação dos questionários foi realizada utilizando-se o programa Epi-Info 6.04. Todos os questionários foram duplamente digitados por diferentes digitadores com posterior comparação e correção destas digitações. A análise descritiva dos dados foi feita com os programas do *software* SPSS.

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande 63/2010. Além disso, garantiu-se a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

## **Resultados**

Entre os 29 profissionais entrevistados, 86,2% eram do sexo feminino, a idade média era de 43 anos (desvio padrão de 7,8). Quanto à formação profissional, 51,7% eram médicos e 48,3% enfermeiros, tinham em média 17 anos de formados e realizavam consultas de pré-natal há 7 anos em média.

Na tabela 1, observa-se que o conhecimento por parte dos profissionais pré-natalistas sobre quais os exames laboratoriais devem ser solicitados na consulta pré-natal mostra-se estar de acordo com as normas estabelecidas pelo PHPN. Dos 29 profissionais entrevistados, 100%

responderam corretamente de forma espontânea à necessidade de solicitar Hemograma, Glicemia de Jejum, Anti-HIV, VDRL (sorologia de sífilis) e exame comum de urina. Em relação à tipagem sanguínea, fator Rh e HbsAg, 96,6% responderam espontaneamente; sobre os exames de urocultura, toxoplasmose IgG e IgM, 93,1% também relataram de forma espontânea pedi-los em sua rotina pré-natal. Ao ser questionado se o exame parasitológico de fezes deveria ser solicitado, este teve apenas 24,1% de respostas afirmativas contra 75,9% de negativas, sendo uma conduta correta, visto que no PHPN não consta como obrigatório a solicitação deste exame. E a ultra-sonografia obstétrica foi referida como conduta obrigatória do pré-natal espontaneamente por 69% dos entrevistados.

Na tabela 2 é analisada a conduta desses profissionais frente à interpretação dos exames da rotina pré-natal. Dos 29 profissionais entrevistados, 82,8% responderam que o valor de hemoglobina menor que 11 é diagnóstico de anemia; 93,1% solicitariam Coombs indireto quando a gestante fosse Rh negativo; 72,4% responderam que valores menores de 90mg/dl indicam glicemia de jejum dentro dos valores da normalidade.

Quanto à rotina da sífilis, apenas 13,8% referiram a conduta correta frente ao exame de VDRL reagente (solicitar teste confirmatório (FTA-Abs) ou tratar gestante e parceiro), em contrapartida, 93,1% relataram fazer uso de penicilina para o tratamento de sífilis e 93,2% responderam positivamente sobre realizar o tratamento conjunto do parceiro sexual.

Em relação a outras sorologias, 93,1% encaminham ao serviço de referência quando o anti-HIV é reagente e 65,6% quando o HBsAg é reagente; 65,6% desses profissionais relataram nenhuma conduta com o exame da Toxoplasmose for IgG reagente e IgM não reagente. No entanto, na presença de IgM reagente para toxoplasmose apenas uma pequena parcela (6,9%) respondeu tratar a gestante com espiromicina, sendo que 27,5% ou não sabem qual conduta tomar ou simplesmente não tomam nenhuma. Além disso, quando o exame de toxoplasmose IgG e IgM apresenta-se como não reagente, apenas 58,7% dos entrevistados respondeu orientar a paciente e repetir os exames. Em relação ao período em que os exames devem ser repetidos, 86,2% afirmaram ser entre 24 e 30 semanas de gestação.

Tabela 1. Conhecimento da rotina laboratorial por profissionais pré-natalistas das unidades básicas de saúde no sul do Brasil.

| Variável                                        | %     |
|-------------------------------------------------|-------|
| <b>Hemograma<sup>a</sup></b>                    |       |
| Sim, espontâneo                                 | 100,0 |
| Sim, induzido                                   | 0,0   |
| Não                                             | 0,0   |
| <b>Tipagem sanguínea e fator Rh<sup>a</sup></b> |       |
| Sim, espontâneo                                 | 96,6  |
| Sim, induzido                                   | 3,4   |
| Não                                             | 0,0   |
| <b>Glicemia de Jejum<sup>a</sup></b>            |       |
| Sim, espontâneo                                 | 100,0 |
| Sim, induzido                                   | 0,0   |
| Não                                             | 0,0   |
| <b>Anti-HIV<sup>a</sup></b>                     |       |
| Sim, espontâneo                                 | 100,0 |
| Sim, induzido                                   | 0,0   |
| Não                                             | 0,0   |
| <b>VDRL (sorologia de sífilis)<sup>a</sup></b>  |       |
| Sim, espontâneo                                 | 100,0 |
| Sim, induzido                                   | 0,0   |
| Não                                             | 0,0   |
| <b>HBsAg<sup>a</sup></b>                        |       |
| Sim, espontâneo                                 | 96,6  |
| Sim, induzido                                   | 3,4   |
| Não                                             | 0,0   |

<sup>a</sup>Obrigatórios segundo o manual técnico do Ministério da Saúde – Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada, 2005.

(continuação) Tabela 1. Conhecimento da rotina laboratorial por profissionais pré-natalistas das unidades básicas de saúde no sul do Brasil.

| Variável                                       | %     |
|------------------------------------------------|-------|
| <b>Exame comum de Urina<sup>a</sup></b>        |       |
| Sim, espontâneo                                | 100,0 |
| Sim, induzido                                  | 0,0   |
| Não                                            | 0,0   |
| <b>Urocultura<sup>b</sup></b>                  |       |
| Sim, espontâneo                                | 93,1  |
| Sim, induzido                                  | 3,9   |
| Não                                            | 0,0   |
| <b>Toxoplasmose IgG<sup>b</sup></b>            |       |
| Sim, espontâneo                                | 93,1  |
| Sim, induzido                                  | 3,9   |
| Não                                            | 0,0   |
| <b>Toxoplasmose IgM<sup>b</sup></b>            |       |
| Sim, espontâneo                                | 93,1  |
| Sim, induzido                                  | 3,9   |
| Não                                            | 0,0   |
| <b>Parasitológico de fezes<sup>b</sup></b>     |       |
| Sim, espontâneo                                | 24,1  |
| Sim, induzido                                  | 0,0   |
| Não                                            | 75,9  |
| <b>Ultra-sonografia obstétrica<sup>b</sup></b> |       |
| Sim, espontâneo                                | 69,0  |
| Sim, induzido                                  | 31,0  |
| Não                                            | 0,0   |

<sup>a</sup>Obrigatórios segundo o manual técnico do Ministério da Saúde – Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada, 2005.

<sup>b</sup> Sugerido realização se disponível pelo manual técnico do Ministério da Saúde – Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada, 2005.

Tabela 2. Conhecimento da rotina laboratorial por profissionais pré-natalistas das unidades básicas de saúde no sul do Brasil.

| Variável                                             | %    |
|------------------------------------------------------|------|
| <b>Diagnóstico de anemia</b>                         |      |
| Hemoglobina <11                                      | 82,8 |
| Outros valores                                       | 17,2 |
| <b>Gestante Rh negativo</b>                          |      |
| Solicitar Coombs indireto                            | 93,1 |
| Não solicitar exame                                  | 6,9  |
| <b>Glicemia de Jejum normal</b>                      |      |
| < 90mg/dl                                            | 72,4 |
| Outros valores                                       | 27,6 |
| <b>Sífilis (VDRL positivo)</b>                       |      |
| Conduta correta <sup>a</sup>                         | 13,8 |
| Conduta errada                                       | 79,3 |
| Não sabe                                             | 6,9  |
| <b>Com que tratar à sífilis</b>                      |      |
| Penicilina                                           | 93,1 |
| Não sabe                                             | 6,9  |
| <b>Na sífilis precisa tratar o parceiro sexual</b>   |      |
| Sim                                                  | 93,2 |
| Não                                                  | 3,4  |
| Não sabe                                             | 3,4  |
| <b>Conduta com Anti-HIV reagente</b>                 |      |
| Encaminhar ao serviço de referência                  | 93,1 |
| Não sabe                                             | 6,9  |
| <b>Conduta com HBsAg reagente</b>                    |      |
| Encaminhar ao serviço de referência                  | 65,6 |
| Administrar vacina e imunoglobulina no recém-nascido | 10,3 |
| Não sabe                                             | 24,1 |

.

(continuação) Tabela 2. Conhecimento dos exames pré-natais entre profissionais das unidades básicas de saúde em município do Rio Grande do Sul, Brasil.

| Variável                                                        | %    |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| <b>Conduta com Toxoplasmose IgG reagente e IgM não reagente</b> |      |
| Nenhuma                                                         | 65,6 |
| Encaminhar ao serviço de referência                             | 20,7 |
| Não sabe                                                        | 13,7 |
| <b>Conduta com Toxoplasmose IgM reagente</b>                    |      |
| Tratada com espiramicina                                        | 6,9  |
| Encaminhar ao serviço de referência                             | 65,6 |
| Nenhuma                                                         | 10,3 |
| Não sabe                                                        | 17,2 |
| <b>Conduta com Toxoplasmose IgG e IgM não reagente</b>          |      |
| Orientações e repetir exames                                    | 58,7 |
| Encaminhar ao serviço de referência                             | 10,3 |
| Nenhuma                                                         | 20,7 |
| Não sabe                                                        | 10,3 |
| <b>Quando os exames devem ser repetidos</b>                     |      |
| De 24 a 30 semanas                                              | 86,2 |
| Mais de 31 semanas                                              | 13,8 |

<sup>a</sup>Foi considerado conduta correta: Solicitar teste confirmatório (FTA-Abs); ou tratar gestante e parceiro. Todas as rotinas acima citadas fazem parte do manual técnico do Ministério da Saúde – Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada, 2005.

## Discussão

Utilizou-se como referência para discussão em vários momentos o PHPN (2005)<sup>(1)</sup> e o Manual de Pré-natal: Gestação de alto risco (2010)<sup>(9)</sup>. Uma limitação deste estudo foi a recusa por parte de alguns profissionais (médicos e enfermeiros) em participar da pesquisa, totalizando ao final 76,3% de entrevistas com os profissionais envolvidos na atenção pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio Grande.

Na presente pesquisa, os profissionais entrevistados apresentaram um conhecimento de 100% sobre a rotina laboratorial a ser solicitada. Porém, o conhecimento sobre a interpretação dos exames pré-natais e a conduta a ser seguida frente aos seus resultados demonstrou a falta de preparo dos profissionais para realização do atendimento de forma adequada. Quando avaliamos a interpretação de exames como valor de hemoglobina, glicemia de jejum e solicitação do coombs indireto para as gestantes Rh negativo, podemos observar que nem mesmo estes exames alcançaram a totalidade de rotinas corretas.

A anemia por deficiência de ferro é a deficiência nutricional mais prevalente na gestação. Os limites de referências para hemoglobina são menores nas pacientes grávidas devido à hemodiluição fisiológica da gestação, sendo considerada anemia níveis de hemoglobina abaixo de 11 g/dL. A deficiência de ferro é correlacionada com aumento da mortalidade e morbidade materna, parto prematuro e baixo peso ao nascer<sup>(13)</sup>. A alta prevalência de anemia gestacional em países em desenvolvimento, dieta pobre em alimentos contendo ferro e o baixo custo do ferro medicamentoso, em comparação com os testes necessários para o rastreamento laboratorial da anemia, constituem alguns fatores apontados para justificar a implantação de programas de suplementação a todas as gestantes, com cobertura populacional. Deve-se levar em conta também os riscos postulados da anemia ferropriva em gestantes como fadiga aumentada, redução do desempenho laboral, estresse cardiovascular, resistência reduzida à infecção e baixa tolerância à perda de sangue no parto<sup>(14)</sup>. No presente estudo, 17,2% dos participantes informaram valores diferentes do acima citado para diagnóstico de anemia. Este fato pode estar relacionado tanto ao uso excessivo de ferro, que está relacionado a possível efeito deletério, como ao uso insuficiente, que está relacionado à maior morbimortalidade materno-fetal<sup>(13)</sup>.

Em relação ao rastreio do diabetes gestacional, este aparece como sendo um exame solicitado pelos entrevistados, denotando sua importância. No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6%, 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída a glicose e 6% apresenta diabetes<sup>(9)</sup>. A hiperglicemia materna está relacionada a cetoacidose, maior risco de infecções, a malformações e macrosomia fetal, parto cirúrgico e a síndrome da angústia respiratória no recém-nascido<sup>(15)</sup>. Segundo o Ministério da Saúde, todas as gestantes, independentemente de apresentarem fator de risco, devem realizar uma dosagem de glicemia no início da gravidez. O rastreio é considerado positivo nas gestantes com nível de glicose plasmática de jejum igual ou superior a 85mg/dL e/ou na presença de qualquer fator de risco para o diabetes gestacional. Na ausência de fatores de risco e glicemia de jejum  $\leq$  85mg/dL, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas de gestação<sup>(12)</sup>. Nesta pesquisa foi usado como ponto de corte para rastreio negativo o valor de 90mg/dl, mesmo assim, 27,6% dos participantes referiram valores superiores a este como normalidade glicêmica. Isto implica em uma menor solicitação de testes de tolerância a glicose durante o período diabetogênico, em consequência um menor número de diagnósticos de tolerância diminuída a glicose.

Entre as rotinas investigadas nesta pesquisa, os exames referentes às infecções de possível transmissão vertical foram as que apresentaram maior índice de interpretação e conduta incorretas pelos pré-natalistas. Por exemplo, a sífilis, uma doença de fácil e acessível diagnóstico e tratamento, com alto índice de morbimortalidade materno-fetal, apresentou 86,2% de respostas incorretas dos participantes frente a um VDRL positivo. Além disso,

alguns profissionais (6,8%) relatam não saber se deviam ou não tratar o parceiro. Fato semelhante foi encontrado em estudo o qual observou que apenas 21,1% dos obstetras apresentavam conhecimento básico adequado em relação a interpretação dos resultados dos exames de sífilis<sup>(8)</sup>. No Brasil, a prevalência de sífilis em parturientes encontra-se em 1,6%, sendo 4 vezes maior que a infecção pelo HIV, representando cerca de 50 mil gestantes infectadas no ano de 2005, com estimativa de 12 mil casos de sífilis congênita. Em 2009, no país, a maior proporção dos casos de sífilis congênita ocorreu em crianças cujas mães tinham realizado pré-natal (75,5%). Dentre as gestantes que fizeram o pré-natal, 55,4% foram diagnosticadas com sífilis durante a gravidez e, destas, 53,7% não tiveram seus parceiros tratados. Esse agravamento é considerado um claro marcador da qualidade da assistência à saúde no pré-natal<sup>(7)</sup>.

No Brasil estima-se que 0,4% das gestantes sejam soropositivas para o HIV, o que se traduz em aproximadamente 12.635 gestantes/parturientes portadoras do HIV/crianças expostas ao ano<sup>(7)</sup>. A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o parto, e os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno. A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. No entanto, diversos estudos demonstram redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre 0 e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: o uso de antirretrovirais combinados; o parto por cirurgia cesariana eletiva para pacientes com carga viral desconhecida ou superior a 1000 cópias; o uso de AZT na parturiente e no recém-nascido; e a não amamentação<sup>(16)</sup>. Em nossa pesquisa foi verificado que ainda há profissionais (6,9%) que, diante de um resultado positivo para HIV, relatam não saber a conduta. No município do Rio Grande existe serviço de referência para o pré-natal de gestante HIV, sendo que até o momento desta pesquisa acreditava-se ser de conhecimento de todos os profissionais da saúde. Por isso, é preocupante o fato de passar despercebido pelos gestores de saúde que alguns profissionais não saibam como proceder frente a uma gestante com o resultado do anti-HIV positivo, visto a magnitude e a importância de tal infecção.

Em relação ao teste de hepatite B, 24,1% dos profissionais entrevistados não sabiam o que fazer com o resultado do teste de HBsAg reagente, apesar do município do Rio Grande disponibilizar, através da Secretaria de Saúde, a aplicação da vacina e da imunoglobulina nas primeiras 12 horas do nascimento. O Programa Nacional de Imunizações indica a vacina contra hepatite B, após o primeiro trimestre de gestação, para as grávidas que apresentam sorologia negativa. Sendo assim, fica clara a obrigatoriedade da triagem da hepatite B no pré-natal. Essa estratégia visa contribuir para a redução da transmissão vertical da hepatite B e da tendência de cronificação (70% a 90%) que ocorre na contaminação em idade precoce<sup>(17)</sup>. Outra medida importante para prevenção da transmissão vertical da hepatite B é o uso de vacina e da imunoglobulina nos recém-nascidos de mãe com HBsAg positivo, esta medida pode reduzir a transmissão em 90 a 95% dos casos<sup>(1,9)</sup>. Concebendo que os trabalhadores então inseridos na rotina pré-natal do município, o dado encontrado é surpreendente, pois reflete a falta de conhecimento e de comunicação entre os profissionais pré-natalistas e os gestores de saúde e indica falha no processo de capacitação desses profissionais.

Outra infecção investigada no nosso estudo foi a toxoplasmose que, apesar de não fazer parte da rotina obrigatória do pré-natal<sup>(1)</sup>, encontra-se inserida na rotina do município, pois o Rio Grande do Sul apresenta alta prevalência desta doença. Estudos realizados em Porto Alegre mostram uma prevalência de 38 a 40% de grávidas com IgG e IgM negativos, portanto com risco de contágio e transmissão vertical. Nestes estudos, a taxa de infecção aguda na gestação foi de 2,4 e 2,6%<sup>(18,19)</sup>. Uma vez que a toxoplasmose, durante a gravidez, pode causar abortamento, crescimento intra-uterino retardado, morte fetal, prematuridade e malformações torna-se fundamental a sua prevenção<sup>(1,9)</sup>.

A prevenção da toxoplasmose deve ser feita através da orientação das gestantes com IgG e IgM negativas sobre as formas de contato da doença, são elas: não ingestão de carne crua (principalmente porco e embutidos), não contato com gatos (principalmente filhotes) e sempre que mexer na terra usar luvas<sup>(1,9)</sup>. De acordo com os dados da nossa pesquisa, apenas 58,7% dos participantes do estudo referiram orientar as gestantes com exame de toxoplasmose IgG e IgM negativos sobre as formas de contágio da doença. Além disso, 27,5% dos entrevistados não sabiam qual conduta tomar frente ao um exame de toxoplasmose IgM reagente. Salientamos que os pré-natalistas do município, além de não efetuarem a prevenção da toxoplasmose de forma efetiva, visto que a orientação é a única forma de prevenção, não sabem como tratá-la quando esta já foi contraída.

Os achados deste estudo são preocupantes, uma vez que a excelência da assistência pré-natal depende tanto de atender a critérios quantitativos de solicitação de exames, por exemplo, quanto da qualidade do conteúdo das consultas, de modo a possibilitar intervenções oportunas, para que os desfechos maternos e neonatais sejam adequados<sup>(20)</sup>.

## **Conclusão**

Concluimos que a realização dos exames básicos e a sua interpretação constituem um importante ponto de fragilidade da assistência pré-natal no município do Rio Grande. O fato de a gestante ir a todas as consultas propostas, apontar disponibilidade em realizar todos os exames solicitados, não significa que os mesmos estejam sendo efetivamente avaliados, uma vez que isso depende invariavelmente da conduta do profissional. Para garantir um atendimento e um acompanhamento adequado à gestante é preciso avaliar o conhecimento dos profissionais e, sobretudo, como esse está sendo aplicado na prática.

O maior desafio em avaliar a qualidade do pré-natal enfocando os profissionais e seus possíveis equívocos, e não os prontuários ou as carteiras da gestante, é responsabilizá-los como principal fator influente na relação saúde-doença para a mulher e a criança, independente das condições econômicas ou culturais dessa grávida. Por isso a importância em capacitar todos os profissionais envolvidos, médicos e enfermeiras, em tempo hábil e, principalmente, fazer com que a informação técnica sobre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde seja parte de suas condutas.

Os dados obtidos nesse estudo podem subsidiar o planejamento de intervenções e tomada de decisões ligadas à melhoria da qualidade da atenção pré-natal na rede de serviços municipais, o que, por sua vez, poderá contribuir, também, para a redução da mortalidade materna e perinatal, considerada um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido.

## **Referências**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada - manual técnico. Brasília; 2005.
2. Gonçalves CV, Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(11):2507-16.
3. Carniel EF, Zanolli ML, Reis de Góes Monteiro Antônio MA, Morcillo AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(1): 169-79

4. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi RA. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011; 11(3):257-63.
5. Hostim Corrêa CR, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6):1293-1300.
6. Barros M, Lima L, Oliveira E. Assistência pré-natal no município de quixadá: um estudo descritivo. *Online Braz J Nurs* [periodic in the Internet]. 2012 September 29; [acessado em 20 de setembro de 2012];11(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3782>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 e Ano VII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Brasília; 2010.
8. Duarte G. Sífilis e gravidez e a história continua! *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(2):49-51.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal: Gestação de alto risco – manual técnico. Brasília; 2010.
10. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Corrêa da Silva T. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(4):787-96.
11. Uchoa JL, Sales AAR, Joventino ES, Ximenes LB. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em unidade de saúde da família. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2010;4(1):209-17.
12. Rizzetti Anversa ET, Nader Bastos GA, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(4):789-800.
13. Brandão AHF, Cabral MA, Cabral ACV. A suplementação de ferro na gravidez: orientações atuais. *FEMINA.* 2011; 39(5):285-89.
14. Dal Pizzol TS, Justo Giugliani ER, Mengue SS. Associação entre o uso de sais de ferro durante a gestação e nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(1):160-168.
15. Persson M, Pasupathy D, Hanson U, Westgren M, Norman M. Pre-pregnancy body mass index and the risk of adverse outcome in type 1 diabetic pregnancies: a population-based cohort study. *BMJ Open.* 2012;2(1):e000601.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes - manual técnico. Brasília; 2010.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica referente à vacinação de gestantes contra hepatite B na rede do SUS. Nota Técnica 39/09 de 08/09/2009.
18. Varella IS, Wagner MB, Darela AC, Nunes LM, Müller RW. Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes. *J.de Ped.* 2003;79(1):243-48.
19. Reis MM, Tessaro MM, D'Azevedo PA. Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes de um hospital público de Porto Alegre. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(3): 158-64
20. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2011;45(6):1293-1300.

