

Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil

Evaluation of knowledge on prenatal care and pregnancy risk among women living in a peripheral area of Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil

Raúl A. Mendoza-Sassi ¹
 Juraci A. Cesar ^{2,3}
 Eduardo F. Ulmi ⁴
 Patrícia S. Mano ⁴
 Marinel M. Dall'Agnol ^{2,3}
 Nelson A. Neumann ⁵

Abstract

The aim of this study was to assess knowledge on prenatal care and pregnancy risk among women in poor neighborhoods in the city of Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil. Data were collected using a cross-sectional design. A standard questionnaire was applied to all pregnant women from poor neighborhoods. Trained interviewers visited these women at home, covering demographic, socioeconomic, and reproductive data and knowledge concerning prenatal care and pregnancy risk factors. A total of 367 pregnant women were interviewed using non-random sampling. Except for urine tests and HIV testing, spontaneously reported as necessary, other procedures were reported by no more than 30% of the women. Digital vaginal examination, clinical breast examination, and Pap smear were reported by a maximum of 7% of the women. Only two-thirds felt that vaginal bleeding and abdominal pain were serious signs during gestation. Other signs and symptoms were reported by a maximum of one-third of the women. In conclusion, knowledge of prenatal tests and situations indicating serious risk fell far short of the desired levels. Improving this level of information in pregnant women could help reduce maternal and child morbidity and mortality.

Prenatal Care; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Maternal and Child Health; Poverty

Introdução

Apesar de diversos programas e ações terem sido implementados no Brasil nas últimas décadas, a redução dos riscos à gravidez com conseqüente melhoria nos indicadores de saúde materna está longe de ser realidade ¹. Entre essas implementações, destacam-se programas de aconselhamento à gravidez, com destaque para nutrição adequada, melhora da auto-estima, apoio social e redução de potenciais fatores de risco, como tabagismo, alcoolismo e drogas ^{2,3,4,5,6,7}.

As ações têm sido, em geral, originadas de organismos governamentais. Por exemplo, por entender que, no cerne da assistência inadequada à gravidez, está a falta de conhecimento da mulher quanto aos seus direitos reprodutivos, o Ministério da Saúde implantou no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) ^{8,9,10}. Com o PHPN e a progressiva difusão dos conhecimentos em saúde e educação nessa área, espera-se que a gestante, durante as consultas de pré-natal, rejeite a atitude passiva de aceitar somente o que lhe é oferecido em detrimento daquilo a que tem direito, resultando em um atendimento de melhor qualidade ^{8,11}. Até o presente momento, a ênfase deste programa se dá nos procedimentos clínicos e laboratoriais que a gestante deve receber durante o pré-natal, enfocando também a identificação de situações de risco, que requerem a busca imediata de cuidados médicos ¹⁰. No entanto, pouco se sabe a

¹ Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

² Departamento Materno-Infantil, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

³ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

⁵ Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, Curitiba, Brasil.

Correspondência

R. A. Mendoza-Sassi
 Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal do Rio Grande.
 Rua Dr. Pedro Armando Gatti
 99, Rio Grande, RS
 96216-080, Brasil.
 dmiraul@furg.br

respeito do conhecimento que a gestante tem sobre esse processo em si, ou seja, quanto conhece dos procedimentos necessários, ou a que tem direito, desde o início da gravidez até o pós-parto imediato. Tal conhecimento está intimamente ligado à essência do PHPN, uma vez que é base para, além de garantir parâmetros mínimos assistenciais para a gestante, educar e tornar, assim, a mulher mais partícipe, reduzindo, consequentemente, os índices de morbi-mortalidade materna.

Este artigo tem por objetivo avaliar o nível de conhecimento que gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, têm sobre o pré-natal e sobre a identificação de situações de risco à gravidez. Pretende também comparar os resultados obtidos entre as respostas espontâneas e as respostas obtidas por estímulo para as diversas questões relacionadas ao tema.

Metodologia

O Município de Rio Grande tem em torno de 200 mil habitantes e dista cerca de 250km da fronteira com o Uruguai. A base da sua economia é a atividade portuária, destinada à exportação, ao comércio e à atividade pesqueira. O sistema público de saúde no município é constituído por dois hospitais com 600 leitos destinados ao SUS, três grandes ambulatorios de especialidades médicas e 32 postos de saúde onde atuam 17 equipes do Programa Saúde da Família. Em 2004, os coeficientes de mortalidade infantil e materna no município foram, respectivamente, de 19/mil e de 67/100 mil nascidos vivos.

Os dados aqui apresentados são provenientes de um estudo transversal realizado entre mulheres com até 16 semanas de gravidez residentes na periferia da cidade, as quais foram identificadas mediante visita a todos os domicílios de todos os bairros da área selecionada, entre os meses de agosto de 2004 e março de 2005. Terminado um bairro, passava-se a outro, e assim sucessivamente, até que todos tivessem sido visitados. Para fins de cálculo da amostra, foi estabelecido que seria necessário entrevistar um total de 385 gestantes, já incluindo 5% para perdas, caso se desejasse obter uma prevalência de 40% ($\pm 5p.p.$) para o desfecho desconhecimento de aspectos básicos dos cuidados de pré-natal, como, por exemplo, número mínimo de consultas a serem realizadas durante toda a gestação, doses de vacina antitetânica a serem recebidas e exames clínicos e laboratoriais a serem realizados.

Ao se chegar ao domicílio, perguntava-se se havia alguma mulher grávida. Em caso afirmati-

vo, verificava-se se ela estava com, no máximo, 16 semanas de gestação; em seguida, solicitava-se à gestante permissão para aplicar o questionário.

Essa idade gestacional foi definida a fim de que essas mulheres fossem alocadas, posteriormente, para um estudo de intervenção sobre pré-natal na cidade. Havendo dúvida, o próprio entrevistador realizava teste na urina para confirmar ou não a gravidez. Caso desse positivo, o questionário era aplicado; sendo negativo, ele não era aplicado e solicitava-se que a mulher procurasse o serviço de saúde para ser avaliada pela equipe local. Posteriormente, o entrevistado retornava ao mesmo domicílio para saber se ela estava grávida ou não. Em caso positivo, aplicava-se o questionário.

Nesse questionário, foram investigados os seguintes dados a respeito da gestante: características demográficas (idade, cor da pele, estado civil), vida reprodutiva (total de gravidezes, número de filhos tidos vivos e mortos), conhecimento sobre pré-natal (número de consultas e doses de vacina antitetânica que uma gestante deveria realizar, tipos de exames laboratoriais e clínicos a que deveria ser submetida neste período e situações que indicam gravidez durante a gestação), nível sócio-econômico (renda familiar, escolaridade) e condições de habitação e saneamento (tipo de construção da moradia, número de compartimentos usados para dormir, tipo de sanitário, posse de eletrodomésticos, abastecimento de água tratada, conexão do domicílio à rede de esgoto). Em adição, elas foram pesadas e medidas para altura. As questões sobre conhecimento do pré-natal e situações que indicavam gravidez eram formuladas de forma tal, que pudesse ser avaliado o conhecimento espontâneo, sem mencionar as opções existentes. Assim, primeiro era formulada a pergunta e se aguardava a resposta da entrevistada, marcando as opções mencionadas. Em um segundo momento, aquelas opções não mencionadas na primeira vez eram então lidas pelo entrevistador.

Foram recrutados 12 entrevistadores com, pelo menos, o ensino médio completo e, se possível, com alguma experiência nesse tipo de trabalho. Eles foram treinados durante 40 horas visando à aplicação do questionário. Esse treinamento constou de leitura dos questionários e dos manuais de instruções, além de simulação de entrevistas. Em seguida, realizou-se estudo-piloto em três postos de saúde de área não incluída no estudo, com o objetivo de determinar a logística do estudo, treinar a abordagem da mulher durante a visita domiciliar e testar a aplicação do questionário. Após essa etapa, sete dos candidatos a entrevistador foram selecionados, sendo

a mais experiente, graduada em serviço social, designada como supervisora da coleta de dados. Os demais foram recrutados para a coleta de dados, enquanto os não selecionados ficaram como suplentes para alguma substituição eventual.

De posse das áreas da cidade a serem visitadas, bem como da seqüência em que as visitas deveriam ocorrer, deu-se início ao trabalho de campo em tempo integral. Ao final de cada dia de trabalho, o entrevistador codificava os questionários que havia aplicado e, durante reunião semanal com os coordenadores do estudo, ocasião em que era avaliado o trabalho realizado, eram dirimidas todas as dúvidas e estabelecido o cronograma de coleta de dados da semana seguinte. A seguir, o entrevistador repassava os questionários à revisão e codificação de questões abertas, os quais eram, posteriormente, duplamente digitados através do programa Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

A análise estatística consistiu basicamente da categorização de variáveis e obtenção de listagem de freqüências, procedimentos realizados através do programa Stata 7.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). O controle de qualidade foi realizado através da revisão dos questionários por parte de um componente da equipe central e da repetição parcial de 10% das entrevistas pelas supervisoras do trabalho de campo. Verificou-se, mediante a utilização do índice kappa de concordância, que não houve diferenças importantes entre as informações obtidas pelos entrevistadores e pelas supervisoras ou coordenador do estudo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Resultados

Foram identificadas 369 gestantes com até 16 semanas de gestação, dentre as quais 367 foram entrevistadas. Dados referentes a características demográficas e sócio-econômicas são apresentados na Tabela 1. Cerca de um quarto das gestantes era constituído de adolescentes (menos de 20 anos de idade) e pouco mais de 20% tinham 30 anos ou mais de idade; a idade média foi de 24,6 anos (desvio padrão = 6,9); 28% delas eram de cor da pele parda ou preta; 20% viviam sem companheiro; 3% não sabiam ler nem escrever e, para 20% delas, a escolaridade era de, no máximo, quatro anos; uma em cada quatro tinha renda familiar inferior a um salário mínimo mensal; cerca de um quarto vivia em casas construídas com outros materiais que não tijolos, 5% e 12%

não tinham, em seus domicílios, água encanada e sanitário com descarga, respectivamente.

A Tabela 2 diz respeito à vida reprodutiva pré-via e alguns aspectos relativos ao conhecimento das gestantes entrevistadas em relação ao pré-natal. Pouco mais de um terço não tinha filho; dentre as que tiveram, 8% já tiveram ao menos um filho morto, cerca de dois terços das gravidezes ocorreram na adolescência; 36% delas já tiveram pelo menos um aborto, sendo 31% espontâneos e 5% provocados. Em relação ao conhecimento sobre pré-natal, a grande maioria (95%) disse saber da sua utilidade, mas somente 41% delas afirmaram que uma mulher deveria ir ao médico no primeiro mês de gravidez. A quase totalidade (96%) disse que toda gestante deveria realizar pelo menos seis consultas durante todo o pré-natal. Ainda nesta mesma tabela, verifica-se que somente 28% sabiam quantas doses de vacina antitetânica deveriam receber.

A Tabela 3 mostra o conhecimento na forma espontânea e induzida das gestantes sobre exames laboratoriais no período gestacional. Considerando apenas respostas espontâneas, 81% delas afirmaram que toda gestante deveria realizar exame de sangue; dois terços, exames de urina e HIV; um terço, ultra-sonografia; entre 15% e 17%, exames para detecção de diabetes, sífilis, e hepatite. Somente 6% afirmaram que, durante o pré-natal, a gestante deveria realizar citopatológico de colo uterino. Ao se induzirem as respostas, ou seja, perguntar sobre a necessidade de realização de cada um dos exames acima mencionados, os percentuais aumentaram substancialmente. No entanto, algumas delas disseram que muitos desses exames não deveriam ser realizados durante o pré-natal.

Em relação ao exame clínico durante a gravidez (Tabela 4), observou-se padrão semelhante de respostas. Por exemplo, de forma espontânea, somente 33% das gestantes afirmaram que durante a gravidez a gestante deveria ter sua pressão verificada; para 28% o peso deveria ser medido e para 36% o coração do bebê deveria ser auscultado. Somente 7% das entrevistadas referiram a necessidade de realizar toque vaginal ou exame das mamas durante as consultas de pré-natal. Ao se induzir, o percentual de respostas positivas aumentou drasticamente, exceto para toque vaginal, caso em que quase metade delas disse que o mesmo não deveria ser realizado durante a gravidez; além disso, 12% afirmaram não ser necessária a realização de exame de mamas.

A Tabela 5 refere-se a sinais e sintomas que indicam gravidade no período gestacional. Na forma espontânea, cerca de dois terços delas afirmaram que sangramento vaginal, dores abdominais intensas ou contrações fortes eram

Tabela 1

Características demográficas e sócio-econômicas de gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 (n = 367).

Característica	%
Idade em anos completos	
13-19	27,8
20-29	48,5
30 ou +	23,7
Cor da pele	
Branca	71,9
Preta/Parda/Morena	28,1
Viviam com companheiro	80,1
Escolaridade em anos completos	
0	2,7
1-4	16,6
5-8	48,0
9 ou +	32,7
Renda familiar em salários mínimos mensais	
Menos de 1	28,1
1-1,9	32,1
2 ou +	39,8
Residem em casa construída de tijolos	72,8
Recebiam água encanada dentro do domicílio	95,1
Domicílios que possuíam sanitário com descarga	88,7

motivos para busca imediata de cuidados médicos; menos da metade (46%) afirmou que a ruptura da bolsa indicava situação de gravidade; entre 21% e 26% mencionaram que perda de líquido amniótico ou do tampão mucoso e hipertensão arterial sistêmica requeriam a necessidade imediata de cuidados médicos. Por fim, somente uma em cada dez afirmou que a parada dos movimentos fetais indicariam gravidade no período gestacional. Ao induzir as perguntas, o padrão de respostas positivas aumentou substancialmente, no entanto percentual expressivo de todas as gestantes continuou não reconhecendo algumas destas situações como indicativas de risco gestacional.

Discussão

O conhecimento que as gestantes incluídas neste estudo têm sobre pré-natal e risco gestacional mostrou-se pobre e desigual em termos de seus componentes. A maioria das mulheres tem conhecimento do número mínimo de consultas que uma gestante deveria realizar durante todo o pré-natal, no entanto poucas afirmaram categoricamente que essas consultas deveriam iniciar

no primeiro mês de gravidez. Ao serem questionadas sobre os exames laboratoriais e procedimentos clínicos a que deveriam ser submetidas no período gestacional, as respostas corretas na forma espontânea foram escassas. A situação se corrigiu quando a entrevistada era estimulada a responder mediante a menção de cada um dos exames laboratoriais ou procedimentos clínicos.

Por ser um estudo que abordou o tema somente entre mulheres que tinham uma condição sócio-econômica precária, seus resultados não representam a totalidade das gestantes da cidade ou município. Mas justamente por esse motivo é relevante, visto que destaca o conhecimento existente sobre o assunto entre aquelas que apresentam os maiores riscos de complicação durante a gravidez e de terem filhos nascidos com baixo peso ou prematuros. Como consequência, essas crianças apresentam riscos substancialmente maiores de adoecer e morrer no primeiro ano de vida¹².

É importante ressaltar que o conhecimento adquirido pela gestante está relacionado à sua satisfação com os cuidados recebidos durante pré-natal anterior¹³. Portanto, isso pode afetar os resultados aqui apresentados de forma positiva, se a experiência prévia foi boa, ou negativa-

Tabela 2

Características reprodutivas e conhecimento sobre pré-natal entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 (n = 367).

Característica	%
Número de filhos nascidos vivos (n = 235)	
0	10,2
1	45,5
2	44,3
Já tiveram algum filho morto (n = 235)	7,6
Tiveram filho na adolescência (até os 19 anos) (n = 213)	63,4
Ocorrência de aborto em algum momento no passado (n = 235)	
Espontâneo	30,6
Provocado	5,5
Sabe a utilidade do pré-natal	95,3
Mês de gravidez que a gestante deveria iniciar o pré-natal (n = 348)	
Primeiro	40,8
Outros meses	14,4
Quando descobrir-se grávida	44,8
Número de consultas que devem ser feitas durante todo o pré-natal (n = 340)	
Até 5	4,0
6	5,3
7 ou 8	9,7
9 ou +	81,0
Número de doses de vacina antitetânica que uma gestante deveria receber (n = 357)	
Apenas reforço se já foi imunizada	6,2
Três doses se nunca foi imunizada ou vacinação vencida	22,4
Não sabe ou outra resposta	71,4

mente, se os cuidados recebidos ficaram aquém do desejado.

Os resultados deste estudo são inquietantes, uma vez que as gestantes que mais precisariam de informação e educação em saúde apresentam conhecimento pobre quanto ao pré-natal e a situações de risco no período gestacional.

O PHPN tem por objetivo reduzir a morbimortalidade materno-infantil, além de facilitar o acesso ao pré-natal e à assistência ao parto e ao puerpério, aumentar a cobertura e melhorar a qualidade destes. Um estudo que avaliou recentemente os resultados do PHPN no Brasil mostrou uma cobertura muito baixa e indicadores de processo entre as mulheres por ele assistidas muito aquém do esperado¹⁴.

Os resultados obtidos no presente estudo, se consideradas apenas as respostas espontâneas, mostram uma realidade comprometedor, consistente com os resultados da avaliação antes mencionada, pois uma pequena proporção das gestantes entrevistadas conhecia os procedimentos a serem realizados durante o pré-natal. O esclarecimento que a mulher tem a respeito

dos seus direitos reprodutivos é um dos pilares do PHPN, e é justamente esse conhecimento que deve garantir uma participação ativa da mulher durante todo processo de atenção no pré-natal. Este estudo mostra a clara necessidade de o PHPN interagir mais com a mulher, produzindo um processo real de educação.

Quem pode, então, trabalhar a educação da gestante? O Ministério da Saúde preconiza, corretamente, que isso deva ser realizado nas unidades básicas de saúde (UBS) onde ela se consulta. Por esta razão, os serviços de saúde devem, além de prestar assistência a ela, atuar como promotores da educação em saúde. Mas é sabido que nem sempre isso ocorre. Um estudo que avaliou a qualidade do pré-natal nas UBS mostrou que apenas uma pequena proporção de mulheres realiza todos os procedimentos necessários nesses locais¹⁵. Logo, fica claro que a educação não é adequadamente realizada dentro das UBS, o que leva, por exemplo, o agente comunitário de saúde ou o líder da Pastoral a prestar esclarecimentos durante suas visitas domiciliares. Dessa forma, tanto o serviço de saúde

Tabela 3

Conhecimento sobre exames laboratoriais entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 (n = 367).

Tipo de exame laboratorial	%
Exame de sangue	
Sim, espontânea	81,2
Sim, estimulada	18,8
Não	0,0
Exame de urina	
Sim, espontânea	67,0
Sim, estimulada	32,2
Não	0,8
Exame para HIV	
Sim, espontânea	67,6
Sim, estimulada	31,9
Não	0,5
Exame de ultra-sonografia	
Sim, espontânea	33,8
Sim, estimulada	64,9
Não	1,3
Exame para diabetes (n = 363)	
Sim, espontânea	17,4
Sim, estimulada	78,2
Não	4,4
Exame para sífilis (n = 338)	
Sim, espontânea	16,3
Sim, estimulada	80,5
Não	3,2
Exame para rubéola (n = 341)	
Sim, espontânea	3,8
Sim, estimulada	89,2
Não	7,0
Exame para hepatite (n = 357)	
Sim, espontânea	14,9
Sim, estimulada	80,1
Não	5,0
Exame preventivo para câncer de colo uterino (n = 336)	
Sim, espontânea	6,0
Sim, estimulada	74,1
Não	19,9

quanto as mães ganham mais uma oportunidade de intervenção.

Essas ações devem ser inseridas dentro da Estratégia de Saúde da Família, já que é a proposta que considera o ser humano, e a gestante em particular, como sujeito ativo da promoção e prevenção da sua própria saúde, aspectos-chave para obter algum impacto em educação em saúde.

Ao se realizar uma análise mais detalhada da situação encontrada, alguns pontos relacionados

ao conhecimento das gestantes merecem particular atenção. O Ministério da Saúde preconiza que seja realizada ao menos uma consulta a cada quatro semanas até a 36ª semana de gestação e, após este período, uma consulta semanalmente até o momento do parto¹⁰. Isso representa um mínimo de nove consultas no período gestacional. No caso da Organização Mundial da Saúde, a meta estipulada é de quatro consultas¹⁶.

No grupo estudado, 81% afirmaram que durante todo o pré-natal deveriam ser realizadas ao

Tabela 4

Conhecimento sobre exames clínicos entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 (n = 367).

Tipo de exame clínico	%
Verificação da pressão arterial	
Sim, espontânea	33,0
Sim, estimulada	66,2
Não	0,8
Verificação do peso	
Sim, espontânea	27,8
Sim, estimulada	71,9
Não	0,3
Ausculda de batimento cardíaco-fetal	
Sim, espontânea	35,7
Sim, estimulada	63,8
Não	0,5
Medição de altura uterina (n = 362)	
Sim, espontânea	26,5
Sim, estimulada	71,6
Não	1,9
Toque vaginal (n = 343)	
Sim, espontânea	7,3
Sim, estimulada	45,2
Não	47,5
Exame de mamas (n = 356)	
Sim, espontânea	7,3
Sim, estimulada	80,9
Não	11,8

menos nove consultas; 85% opinaram que dever-se-iam iniciar tais consultas no primeiro mês ou tão logo soubessem da gravidez. Neste aspecto, os resultados encontrados são alentadores.

Todavia, o conhecimento sobre os procedimentos a serem realizados gera preocupação. Enquanto apenas 7% das entrevistadas responderam espontaneamente que o toque vaginal deveria ser realizado durante o pré-natal, 47% responderam que não. Apesar de eficaz, este foi pouco valorizado pelas gestantes. Outro procedimento que também deveria ser de rotina, mas foi mencionado espontaneamente em apenas 7% dos casos, é o exame de mamas, fácil de executar e que deve fazer parte da rotina de qualquer exame físico da mulher, independentemente do tipo de consulta. Com respeito ao exame citopatológico do colo uterino, este não é um procedimento de rotina no pré-natal, porém, por sua importância para a saúde da mulher, deveria ser realizado em virtude da oportunidade criada pela sua visita ao serviço de saúde¹⁰. Neste estudo, apenas 6% das gestantes afirmaram espontaneamente que é necessário realizá-lo durante o pré-natal.

O escasso conhecimento que as gestantes pobres têm sobre determinados exames e procedimentos do pré-natal, aqui encontrado, adquire expressão quando se analisa a equidade existente nos cuidados ao pré-natal oferecidos pelos serviços de saúde. É o que mostram alguns estudos que avaliaram este aspecto e que encontraram, de forma consistente, uma menor proporção de gestantes com exames ginecológico e de mamas, entre outros, realizados nos grupos mais pobres^{17,18}.

Contrastando com esses dados, praticamente todas as gestantes disseram que o ultra-som é um exame necessário, considerando tanto as respostas espontâneas, quanto as induzidas. Trata-se, portanto, de um exame altamente desejado entre as gestantes estudadas, tendo sido expresso por elas.

A ultra-sonografia obstétrica é indicada quando há suspeita de alguma patologia e na determinação da idade gestacional, sobretudo entre a 20^a e a 30^a semana de gestação. A partir desta idade, em virtude de o bebê ganhar peso muito rapidamente, os erros no cálculo da idade gestacional

Tabela 5

Conhecimento sobre sinais e sintomas de gravidade entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 (n = 367).

Sinal ou sintoma	%
Sangramento vaginal	
Sim, espontânea	64,8
Sim, estimulada	34,9
Não	0,3
Dores abdominais intensas (n = 366)	
Sim, espontânea	63,4
Sim, estimulada	35,2
Não	1,4
Contrações fortes (n = 364)	
Sim, espontânea	69,5
Sim, estimulada	26,9
Não	3,6
Ruptura de bolsa (n = 363)	
Sim, espontânea	46,0
Sim, estimulada	52,6
Não	1,4
Perda de líquido amniótico (n = 360)	
Sim, espontânea	25,3
Sim, estimulada	71,9
Não	2,8
Perda do tampão mucoso (n = 325)	
Sim, espontânea	24,7
Sim, estimulada	57,6
Não	17,6
Hipertensão (n = 364)	
Sim, espontânea	20,9
Sim, estimulada	75,8
Não	3,3
Parada de movimentos fetais (n = 359)	
Sim, espontânea	10,6
Sim, estimulada	81,3
Não	8,1

são freqüentes, em geral superestimando a idade do bebê, o que leva o médico, sobretudo os menos experientes, a induzir o parto ou a realizar cesariana. O resultado dessa intervenção desnecessária é o nascimento de bebês prematuros, com conseqüente aumento da morbi-mortalidade infantil, conforme identificado em estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas, município vizinho¹⁹.

Os achados deste estudo evidenciam, então, a necessidade de intensificar o processo educativo entre as gestantes, permitindo, assim, que o conhecimento sobre a atenção no pré-natal seja mais adequado e difundido. Essa ação diminuiria a assimetria na relação gestante-serviço de saúde e melhoraria a qualidade da atenção com conseqüente impacto sobre a morbi-mortalidade materno-infantil, sobretudo no período perinatal.

Resumo

O objetivo deste artigo foi avaliar o conhecimento que gestantes têm sobre pré-natal e situações de risco à gravidez, todas residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Foi realizado estudo transversal com aplicação domiciliar de questionário-padrão a todas as gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, por entrevistadores previamente treinados. Investigaram-se características demográficas, condições sócio-econômicas e reprodutivas, bem como conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez. Foram entrevistadas 367 gestantes, oriundas de uma amostra não aleatória. Com exceção do exame de urina e teste para HIV referidos espontaneamente como necessários, os demais procedimentos foram referidos por não mais do que 30% delas. Toque vaginal, exames de mamas e citopatológico de colo uterino foram referidos em, no máximo, 7%. Somente dois terços mencionaram sangramento vaginal e dores abdominais como sinais de gravidez. Os demais sinais e sintomas foram referidos por, no máximo, um terço delas. Conclui-se que o conhecimento de exames durante o pré-natal, bem como de situações que indicam gravidez, esteve muito aquém do desejado. A melhoria desse nível de esclarecimento pode contribuir para a redução da morbi-mortalidade materno-infantil.

Cuidado Pré-natal; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Saúde Materno-Infantil; Pobreza

Colaboradores

R. A. Mendoza-Sassi e J. A. Cesar foram responsáveis pelo planejamento do estudo, pela análise dos dados e pela redação do artigo. E. F. Ulmi e P. S. Mano colaboraram na coleta dos dados e nas análises. M. M. Dall'Agnol e N. A. Neumann participaram da definição do delineamento do estudo e da redação do artigo.

Agradecimentos

Estudo financiado pela Pastoral da Criança, pelo Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (UNICEF) e pelo Programa Criança Esperança da Rede Globo de Televisão.

Referências

1. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365:847-54.
2. Hodnett ED, Fredericks S. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
3. Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
4. Cuervo LG, Mahomed K. Treatments for iron deficiency anaemia in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
5. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
6. Say L, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Maternal nutrient supplementation for suspected impaired fetal growth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
7. Mahomed K, Gulmezoglu AM. Vitamin D supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
8. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

9. Abouzahr C, Wardlaw T. La mortalidad materna al término de una década: ¿hay indicios de progreso? *Bull World Health Organ* 2001; 79:561-8.
10. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
11. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4:269-79.
12. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1988.
13. Valadez-Figueroa I, Alfaro-Alfaro N, Celis-De la Rosa A. Predictores de utilización de la atención prenatal. *Aten Primaria* 2005; 35:185-91.
14. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TDG. O Programa de Humanização no Pré-natal e do Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1281-9.
15. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:131-9.
16. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2003.
17. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6:307-18.
18. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:603-9.
19. Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *Lancet* 2006; 367:1796-7.

Recebido em 12/Set/2006

Versão final reapresentada em 23/Mar/2007

Aprovado em 04/Abr/2007