



ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do processo de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Chapecó, Brasil

Evaluation of the process of prenatal care in a basic health unity in the district of Chapecó, Brazil

Patrícia Pereira de Oliveira¹, Alcimara Benedett¹, Daniele de Paula², Janaina Rossoni², Juliana Karina Grellmann³, Luciana Suárez Grzybowski¹, Lucimare Ferraz¹, Marinez Amabile Antonioli¹

Resumo

A assistência pré-natal (APN) é uma importante estratégia de redução da morbimortalidade materna e perinatal. Mas para cumprir seus objetivos necessita estar bem estruturada. Para avaliar o processo de APN prestada às usuárias do sistema público no município de Chapecó-SC, realizou-se estudo transversal com análise de prontuário de gestantes de baixo risco que realizaram o atendimento entre 1º julho de 2009 a 31 de julho de 2010. Foram coletados dados referentes à história médica, vacinação, hábitos de vida, e estrutura das consultas. A avaliação da adequação da APN foi feita com base nos critérios propostos pelo Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e foi classificado em três níveis de complexidade, sendo por fim classificada em três categorias: adequado, intermediário e inadequado. A população-alvo foi de 160 mulheres, sendo que 80 entraram no estudo. Destas, 85% realizaram no mínimo seis consultas, e 70% realizaram a primeira consulta antes de 14 semanas de gestação. A taxa de realização dos exames laboratoriais foi alta, e o número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos foi adequado para a maioria. Cerca de 70% das gestantes tinham imunização para tétano. A partir disso, observamos que no nível de maior complexidade, 25% das gestantes receberam atendimento adequado, 46,3%, intermediário e 28,8%, inadequado. Conclui-se que o processo de assistência prestada às usuárias foi considerado satisfatório em relação à utilização do

pré-natal, porém houve uma falha da adequação quando adicionados procedimentos laboratoriais e clínico-obstétricos, demonstrando necessidade de ajustes do processo de APN para que seus reais objetivos sejam alcançados.

Descritores: Cuidado pré-natal. Gestantes. Assistência ambulatorial. Gravidez.

Abstract

The prenatal care (PNC) is an important strategy of reducing the maternal and perinatal morbimortality. However, in order to fulfill its objectives, it needs to be very well organized. To evaluate the PNC process given to public healthcare users in the district of Chapecó-SC, it was done a transversal study analyzing low-risk expectant mothers' medical records who have received attendance between July 1st, 2009 and July 31st, 2010. It was collected data regarding medical history, vaccination, lifestyle and consultation methods. The PNC adequation evaluation was done based on criteria proposed by the National Program for the Humanization of Labor and Birth and was classified in three levels of complexity, therefore denominated three categories: adequate, intermediary and inadequate. The target population was 160 women, 80 of whom participated in the study. From these, 85% attended at least six medical appointments and 70% attended the first consultation before 14 weeks of gestation. The realization of laboratory tests was high and the minimum number of clinical and obstetrical procedures was adequate to the majority of them. Around 70% of the expectant mothers showed immunization to tetanus. From that, it was observed that within the biggest complexity level, 25%

1. Professoras pesquisadoras do núcleo de pesquisa "Qualidade de vida e ciclo evolutivo da família chapecoense" da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-UNOCHAPECÓ, Chapecó (SC), Brasil.

2. Acadêmicas de iniciação científica núcleo de pesquisa "Qualidade de vida e ciclo evolutivo da família chapecoense" da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-UNOCHAPECÓ, Chapecó (SC), Brasil.

3. Médica. Ex-bolsista de iniciação científica núcleo de pesquisa "Qualidade de vida e ciclo evolutivo da família chapecoense" da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-UNOCHAPECÓ, Chapecó (SC), Brasil.

of the expectants received adequate medical attendance, 46.3%, intermediary and 28.8%, inadequate. It is concluded that the assistance process to the users was satisfactory regarding the prenatal care utilization. There was a flaw in the adequation, however, when adding the clinical and obstetrical laboratory procedures to the process, showing the need of improvement in the PNC process in order for it to reach its real goals.

Keywords: Prenatal care. Expectant mothers. Ambulatory assistance. Pregnancy.

Introdução

A assistência pré-natal (APN) tem como objetivo o acolhimento da mulher desde o início de sua gravidez garantindo a integridade das condições de saúde materno-fetal e o nascimento de uma criança saudável⁽¹⁻³⁾, influenciando assim as taxas de mortalidade materna e infantil⁽⁴⁾. Logo, para uma APN de qualidade pressupõe-se um equilíbrio entre atenção humanizada, acesso a exames e existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atenção^(1,5).

No Brasil, a maioria dos estudos acerca da APN restringe-se a uma avaliação quantitativa, analisando dados referentes à cobertura, número de consultas e tipo de parto⁽⁶⁾. Nos últimos anos, tem-se agregado a qualidade da atenção à esta avaliação, ou seja, avaliando-se o que é realizado em cada consulta⁽⁷⁻⁹⁾. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar o processo de assistência pré-natal prestada às usuárias do sistema público de saúde em uma unidade básica de saúde (UBS) no município de Chapecó, Santa Catarina, verificando a adequação dos seus registros clínicos e laboratoriais.

Metodologia

Realizado estudo transversal com população composta por gestantes de baixo risco atendidas em pelo sistema de saúde público no município de Chapecó-SC no período de 1º de julho de 2009 a 31 de julho de 2010. As informações foram coletadas dos registros de prontuário. Consideramos população alvo todas gestantes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) no período.

Foram incluídas todas gestantes que iniciaram atendimento de pré-natal na UBS no período estabelecido, e excluídas aquelas que: iniciaram pré-natal na UBS, mas optaram por continuar em outro local; mudaram seu lo-

cal de residência; sofreram aborto no primeiro trimestre.

O pré-natal adequado preconizado pelo PHPN⁽¹⁰⁾ é aquele iniciado antes de 14 semanas, com seis ou mais consultas, pelo menos dois registros de glicemia de jejum, VDRL e urina tipo I; um registro de hemoglobina/hematócrito (Hb/Ht), tipagem sanguínea e anti-HIV; e imunização anti-tetânica completa. Consideramos imunizadas as gestantes com registro de esquema vacinal completo há menos de cinco anos ou reforço recente. Sendo assim, para a avaliação da adequação da APN segundo os critérios propostos acima foi utilizado o índice de Kessner, que é um algoritmo dividido em níveis. O nível 1 baseia-se no trimestre de início da APN e no número de consultas ajustado para a idade gestacional (IG). No nível 2, a avaliação abrange o nível 1 e os exames laboratoriais (EL) sugeridos pelo PHPN. No nível 3, adiciona-se ao nível 2 os procedimentos clínico-obstétricos (PCO): altura uterina (AU), idade gestacional (IG), pressão arterial (PA) e peso materno (PM) e quatro ou mais registros de batimentos cardíacos (BCF). Com base nesses critérios a avaliação é classificada em três categorias: pré-natal adequado, intermediário e inadequado^(7,11).

A APN foi classificada como adequada quando todos os critérios preconizados foram atendidos (níveis 1 e 2). A inadequação foi definida pela ocorrência de pelo menos uma das seguintes condições: início após a 27ª semana, duas ou menos consultas pré-natal e nenhum registro EL. As demais associações foram definidas como intermediária. Para avaliação da adequação em nível 3, utilizamos o nível 2 acrescidos de cinco ou mais registros de PCO. Da mesma forma, inadequação em nível 3 resulta da inadequação em nível 2 adicionadas menos de duas anotações de PCO. As demais foram classificadas como intermediária. Estes critérios foram adotados porque o número de consultas mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde é de cinco, todas com registros de PCL, exceto o BCF que é audível a partir de 20 semanas; logo o número mínimo de registros aceitável seria quatro⁽⁷⁾.

Foram consideradas: adolescentes as mulheres com idade inferior a 20 anos⁽¹²⁾; anemia se nível de hemoglobina < 11 g/dL; e aborto a interrupção antes de 20 semanas gestacionais⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Os dados foram analisados pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 19.0. Foram realizadas análises descritivas e para a classificação geral dos níveis de adequação da APN foi usado o Teste Qui-Quadrado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (UNOCHAPECÓ), não apresentando conflito de interesses. Fontes de Financiamento: bolsas de iniciação científica PIBIC/FAPE e FUNDESTE

Resultados

O número total de gestantes na área de abrangência da UBS no período do estudo foi de 160. Destas, 42 (26,25%) optaram pelo atendimento em consultório particular; 5 (3,12%) o iniciaram na UBS mas tiveram seguimento particular; 5 (3,12%) interromperam-no por motivo de aborto; 22 (13,75%) mudaram o endereço de residência; 1 (0,62%) foi encaminhada para clínica de gestação de alto risco; e 5 (3,12%) não tiveram o prontuário encontrado. Logo, 80 pacientes foram incluídas.

A idade das gestantes variou entre 16 e 36 anos (média=25,9 ± 5,21 anos), sendo 11,4% adolescentes. A maioria (86,3%) possuía companheiro fixo e tinha ensino médio completo (55,8%). Cerca de 30% estava acima do peso (IMC ≥ 25 kg/m²). O número de gestações/mulher foi em média 1,79 ± 0,94, variando entre uma e quatro gestações. Quanto às intercorrências registradas, a mais prevalente foi anemia (27,6%), e 5% (n=4) não tinham registro de intercorrências na ficha perinatal; 3,75% (n=3) tinham história hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus prévias a gestação.

A média do número consultas/paciente foi de 8,3 ± 2,5 (variando entre 2 e 13 consultas), sendo que 85% (n=68) realizaram no mínimo seis consultas. Do total, 70% (n=56) realizaram a primeira consulta antes de 14 semanas, e 5% (n=4) apenas no 3º trimestre. Na Tabela 1 podemos observar o resumo dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal na amostra avaliada. Logo, houve 68,8% de adequação em nível 1.

Com relação aos EL, a glicemia e o VDRL alcançaram as maiores porcentagens de coleta da 1ª amostra com 97,5% (n=78), entretanto todos apresentaram redução no percentual de coleta da 2ª amostra, sendo que a do VDRL foi superior a 20% (tabela 2). Uma paciente apresentou anti-HIV reagente. Segundo os critérios de avaliação para nível 2, observou-se que 28,8% das gestantes recebeu atendimento adequado, 17,5%, inadequado e o restante recebeu atendimento intermediário.

Dados referentes aos PCL estão expostos na tabela 3, sendo que o número mínimo foi realizado adequadamente pela maioria. Porém, 4% das gestantes (n=3) não tiveram registros de PA, AU e BCF sequer uma vez, enquanto 2,5% (n=2) não tiveram IG e PM aferidos. Sendo assim, apenas 25% das gestantes recebeu atendimento adequado em nível 3.

Na figura 1, pode-se observar a adequação da assistência pré-natal segundo níveis de classificação propostos. Houve uma redução de 58,2% da adequação do nível 1 para o nível 2, e aumento da inadequação de 64,3% do nível 2 para o nível 3.

Discussão

Observamos que a maioria das gestantes iniciou pré-natal antes das 14 semanas de gestação, realizou mais do que seis consultas e a maioria dos exames mínimos conforme preconizado pelo PHPN. Quanto à classificação da avaliação do processo de APN, percebeu-se que 25% das gestantes receberam atendimento adequado e aproximadamente 30%, inadequado (nível 3).

Estudos semelhantes a este realizados no sul do país obtiveram índices de adequação superiores a outras regiões^(5,7). Entretanto, há uma heterogeneidade entre os diferentes municípios do Sul. Em Caxias do Sul-RS a adequação do pré-natal foi de 35,2%, em Rio Grande-RS de 26,8% e no oeste catarinense de 25%⁽⁸⁻⁹⁾. A adesão ao pré-natal representada pela média de consultas/paciente foi superior em nosso estudo do que em outros estudos brasileiros^(5-9,15).

Em contrapartida, a adequação encontrada em Chapecó-SC foi superior a Recife-PE e Juiz de Fora-MG (17,8% e 1,1%, respectivamente). Em Minas Gerais, quando avaliada a utilização do pré-natal (nível 1), encontrou-se uma adequação de 27,6% dos pré-natais, enquanto em Chapecó-SC a APN foi adequada em 68,8%. Uma possível explicação para essa discrepância é a idade da população estudada. O maior desafio na APN de adolescentes é a procura tardia do pré-natal por negligência ou não aceitação da gravidez, o que faz com que as adolescentes só iniciem o atendimento no segundo trimestre⁽¹⁶⁾. Em nosso estudo, a taxa de gestantes adolescentes foi inferior a dos estudos supracitados, apesar de termos uma média de idade demonstrando uma população jovem.

Outra explicação seria a escolaridade das populações. Em estudo realizado no Sul no país, os autores constataram a relação entre escolaridade materna e adequação à APN por entenderem que o cuidado com a saúde seria diretamente influenciável pelo nível de educação e instrução⁽⁹⁾. Entretanto, a escolaridade pode ter influenciado positivamente a adesão em nosso estudo, mas não foi suficiente para que a adequação também fosse superior ao descrito na literatura. Talvez pelo fato da avaliação do processo da APN levar em conta a realização e o registro das informações, o desempenho em fazê-lo depende em grande parte da equipe de saúde envolvida.

Embora as taxas dos registros dos EL em nosso estudo terem sido altas em relação aos outros já citados, a segunda amostra do VDRL apresentou baixos índices de registro. Desta forma, muitas mulheres podem não ter sido diagnosticadas por estarem na janela imunológica. Há relatos de aumento nos casos de lues congê-

nita nos últimos anos tanto em países desenvolvidos quanto em países subdesenvolvidos. Os autores acreditam que isso se deva ao relaxamento das medidas de prevenção por parte das equipes de saúde, à precocidade e promiscuidade sexual, ao aumento do número de mães solteiras e adolescentes, à automedicação, ao desconhecimento sobre a gravidade da doença, ao HIV, ao uso de drogas e à falta ou inadequação da assistência pré-natal⁽¹⁷⁾. Um estudo recente realizado no Rio de Janeiro apresentou que a maioria das gestantes só descobriu que estavam infectadas no momento do parto⁽¹⁸⁾. Nos Estados Unidos, observou-se que 29% das mulheres não receberam APN tendo a infecção sido identificada no parto⁽¹⁹⁾. Sendo assim, atenção especial na solicitação e registro dos EL deve ser exigida das equipes de saúde que realizam APN.

Havia registro de anemia em 27,6% das fichas obstétricas. No entanto, de acordo com a definição de anemia para gestantes, apenas 12 gestantes preenchem os critérios, o que significa uma taxa real de 15% de anemia. Isso pode indicar a relevância dos EL para o diagnóstico real dessa condição, ou o despreparo da equipe de saúde para a atenção à gestante, já que os parâmetros laboratoriais destas são diferentes dos preconizados para as não-gestantes. Logo, o profissional que presta este atendimento deveria ter um mínimo de treinamento com relação as suas peculiaridades.

Apesar de 85% das mulheres terem realizado seis ou mais consultas, apenas a metade dessas realizou todos os EL preconizados pelo PHPN. Isso pode estar relacionado ao fato de que os profissionais envolvidos com a APN não valorizam a realização ou o registro dos exames e procedimentos realizados. As ações que fazem parte da APN não exigem uma estrutura elaborada, mas dependem quase que exclusivamente do desempenho dos recursos humanos⁽¹⁵⁾. Da mesma forma, quando acrescidos os procedimentos clínico-obstétricos à avaliação, houve redução na adequação do pré-natal, provavelmente pelos mesmos motivos citados anteriormente.

Percebeu-se que a adição dos EL básicos à utilização do pré-natal (nível 2) resultou em expressiva queda das taxas de adequação do pré-natal. Acredita-se que isso ocorra principalmente devido: a) à ausência do registro dos procedimentos, o que pode acontecer pela não solicitação do exame ou pela falta de registro mesmo o exame tendo sido realizado; b) a não realização dos exames pela paciente, ou seu não comparecimento à consulta para verificação do resultado. Nesse sentido, mesmo uma pequena porcentagem de não registro pode ter um alto custo para o binômio materno-fetal. Como exemplo pode-se citar todas as consequências da pré-eclâmpsia, que podem ser prevenidas a partir da aferição da PA ao

longo do pré-natal. Dessa forma, reforça-se novamente a importância da realização e do registro de todos procedimentos básicos preconizados⁽²⁰⁾.

Observou-se que 3,75% (n=3) gestantes tinham história médica pregressa de hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus. O presente estudo avaliou a APN de baixo risco, ou seja, daquelas que não necessitam ser encaminhadas para serviço especializado por não apresentarem situações de maior risco⁽¹⁰⁾. Sendo assim, essas gestantes deveriam ter sido encaminhadas para o atendimento de alto risco, e idealmente, não deveriam ter entrado neste estudo. Dessa forma, percebe-se falha do pré-natal oferecido, influenciando diretamente a saúde materno-fetal.

Mesmo esse estudo tendo apresentado porcentagens relativamente baixas APN inadequada, as gestantes dessa classificação podem estar em risco pela não realização dos procedimentos laboratoriais e clínico-obstétricos, pelo início tardio do pré-natal ou porque tiveram duas ou menos consultas, ocasionando assim maior probabilidade de morbimortalidade materno-fetal.

Dentre as limitações metodológicas pode ser citada a qualidade de informação colhida, já que as fichas obstétricas dependem do correto preenchimento pelos diversos profissionais de saúde atuantes. Sendo assim, o registro inadequado pode ter sido um viés para os resultados. Acredita-se que o correto preenchimento alteraria diretamente os valores da classificação da adequação da APN.

Concluimos que o processo de APN de baixo risco prestado foi considerado satisfatório quando avaliado o número mínimo de consulta/paciente preconizado pelo PHPN e o trimestre de início do atendimento. Porém percebemos queda na adequação quando passamos a considerar os registros dos EL e dos PCO, fato este que reforça a idéia de que a adequação da assistência tem relação direta com o desempenho e registro das ações pela equipe de saúde. De maneira geral, por terem sido avaliados critérios mínimos para um atendimento de baixa complexidade, os resultados se mostraram abaixo do ideal, uma vez que procedimentos básicos, simples, de baixo custo e importantes para a saúde materno-fetal deixam de ser realizados ou registrados. Atenção especial deve ser dada a solicitação e registro do rastreamento de lues que deve atender às normas de duas coletas durante o acompanhamento, a fim de se evitar a janela imunológica e garantir tratamento adequado para a mãe e evitar danos ao bebê.

Demonstra-se a partir desse estudo a importância de se realizar discussões que envolvam gestores, profissionais de saúde e comunidade. Estas devem abordar a

implantação de avaliações periódicas e ações imediatas para melhoria do pré-natal no município, como capacitações obrigatórias às equipes de saúde, conscientizando principalmente sobre a necessidade de realização e registro dos procedimentos básicos preconizados, a fim de aumentar a adesão às normas e reduzir os riscos.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Tedesco JJA. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu; 1999.
4. Coimbra LC, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública 2003; 37(4):456-62.
5. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev Bras Saúde Mater Infant 2007; 7(3):309-17.
6. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública 2001; 17(1):131-9.
7. Coutinho T, et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Rev Bras Ginecol Obstet 2003; 25(10):717-24.
8. Gonçalves CV, Cesar JÁ, Mendonza-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.
9. Trevisan MR, et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24(5):293-9.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n. 569. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
11. Alexander GR, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. Public Health Reports 1996; 111(5):408-18.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Freitas F, et al. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
14. Xavier RM, et al. Laboratório na prática clínica: consulta. Porto Alegre: Artmed; 2010.
15. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Mater Infant 2005; (5):23-32.
16. Monteiro DLM, Cunha AA, Fagim IG. Gestaçao na adolescência e assistência multidisciplinar. JAMA-GO 1995; 3(3):58-68.
17. Peeling RW, YE H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bull World Health Organ 2004; 82(6):439-46.
18. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. RBGO 2012; 34(2):56-62.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis - Unites States, 2003-2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010; 59(14):413-7.
20. Oliveira SMV, Arcuri EAM. Medida da pressão arterial em gestante. Rev Latino-am Enfermagem 1997; 5(3):49-55.

Tabelas / Figura

Tabela 1- Indicadores da qualidade de assistência pré-natal, segundo PHPN, as gestantes atendidas em uma UBS de baixo risco no município de Chapecó-SC entre 1º julho de 2009 a 31 de julho de 2010 (n=80).

Indicadores	n (%)
1ª consulta até 14 semanas	56 (70)
Mínimo de 6 consultas durante pré-natal	68 (85)
Mínimo uma dosagem de:	
Hb/Ht [§]	77 (96,3)
Anti-HIV	72 (90)
Tipagem sanguínea	74 (92,5)
Mínimo 2 dosagens de:	
VDRL**	59 (73,8)
Urina tipo I	63 (78,8)
Glicemia de jejum	69 (86,3)
Vacinação anti-tetânica completa	57 (71,3)

[§] Hemoglobina/hematócrito.

** Venereal disease research laboratory.

Tabela 2- Exames complementares solicitados durante a assistência pré-natal de baixo risco das gestantes atendidas em uma UBS no município de Chapecó-SC entre 1º julho de 2009 a 31 de julho de 2010 (n=80).

Exame	1ª amostra n (%)	2ª amostra n (%)
Glicemia	78 (97,5)	69 (86,3)
Urina tipo I	77 (96,3)	63 (78,7)
VDRL*	78 (97,5)	59 (73,8)
Hb/Ht†	77 (96,3)	-
Anti-HIV	72 (90)	-
Tipagem sanguínea	74 (92,5)	-

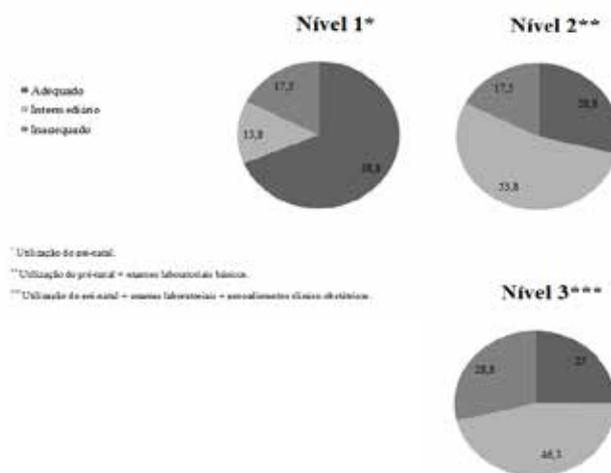
* Venereal disease research laboratory.

† Hemoglobina/hematócrito.

Tabela 3- Procedimentos clínico-obstétricos realizados na assistência pré-natal de baixo risco das gestantes atendidas em uma UBS no município de Chapecó-SC entre 1º julho de 2009 a 31 de julho de 2010 (n=80).

Registros	Sim n (%)	Não n (%)	≥5 registros n (%)
Idade gestacional	78 (97,5)	2 (2,5)	70 (89,8)
Peso materno	78 (97,5)	2 (2,5)	68 (87,1)
Pressão arterial	77 (96,3)	3 (3,8)	68 (89,8)
Altura uterina	77 (96,3)	3 (3,8)	59 (76,6)
Batimento cardio-fetal	(86,4%)		

Figura 1 - Avaliação dos processos de assistência pré-natal de baixo risco das gestantes atendidas em uma UBS no município de Chapecó-SC entre 1º julho de 2009 a 31 de julho de 2010 (n=80).



Endereço para correspondência

Patrícia Pereira de Oliveira
 Av. Senador Atílio Francisco Xavier Fontana, 591-E
 Engenho Braun - Chapecó/ SC - 89809-000