

Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família

EVALUATION OF PRENATAL CARE IN UNIT WITH FAMILY HEALTH STRATEGY

EVALUACIÓN DEL CUIDADO PRENATAL EN UNIDAD CON ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Marianne Dias Corrêa¹, Maria Alice Tsunehiro², Marlise de Oliveira Pimentel Lima³, Isabel Cristina Bonadio⁴

RESUMO

Analisou-se a assistência pré-natal (PN) de uma unidade com Estratégia Saúde da Família do Município de São Paulo, conforme os indicadores do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), e comparou-se adequação do PN com variáveis sociodemográficas, procedimentos, exames e desfechos maternos e perinatais. Estudo transversal com dados de registros de 308 gestantes inscritas em 2011. Observou-se início precoce do PN (82,1%), realização do mínimo de seis consultas (84,1%), consulta puerperal (89,0%) e, à medida que há um somatório das ações, há uma queda importante na proporção de adequação. O PN foi adequado para 67,9%, com diferença significativa entre os grupos de adequação em relação à idade gestacional e peso ao nascer. No PN existem deficiências, especialmente no registro de procedimentos, exames e imunização. A diferença nos grupos de adequação com relação aos desfechos perinatais reforça a importância de um PN, conforme os parâmetros do PHPN.

DESCRIPTORES

Assistência pré-natal
Indicadores de qualidade em assistência à saúde
Enfermagem obstétrica

ABSTRACT

We analyzed prenatal care (PN) provided at a unit of the Family Health Strategy Service in São Paulo, according to the indicators of the Program for the Humanization of Prenatal and Birth (PHPB). We compared adequacy of PN in terms of sociodemographic variables, procedures, examinations and maternal and perinatal outcomes. Cross-sectional study with data from records of 308 pregnant women enrolled in 2011. We observed early initiation of PN (82.1%), conducting of a minimum of six consultations (84.1%), puerperal consultation (89.0%); to the extent that there is a sum of the actions, there is a significant drop in the proportion of adequacy. Prenatal care was adequate for 67.9%, with a significant difference between adequacy groups in relation to gestational age and birth weight. Prenatal care deficiencies exist, especially in regards to registration of procedures, exams and immunization. The difference between adequacy groups with respect to perinatal outcomes reinforces the importance of prenatal care that adheres to the parameters of the PHPB.

DESCRIPTORS

Prenatal care
Indicators of quality in health care
Obstetric Nursing

RESUMEN

Se evaluó el prenatal (PN) de un servicio de salud que cuenta con Estrategia Salud de la Familia, de la ciudad de São Paulo, conforme indicadores del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento (PHPN) y se comparó la adecuación del PN con variables sociodemográficas, procedimientos, exámenes y los resultados maternos y perinatales. Estudio transversal con datos de los registros de 308 embarazadas inscritas en 2011. Se observó el inicio precoz de PN (82,1%), realización del mínimo de seis consultas (84,1%) y la consulta puerperal (89%) y, en la medida en que hay una suma de las acciones, hay una caída significativa en coeficiente de adecuación. El PN fue adecuado para el 67,9%, con una diferencia significativa entre los grupos de adecuación en relación a la edad gestacional y el peso al nacer. Hay deficiencias en el PN, especialmente en los registros de procedimientos, exámenes y vacunas. La diferencia entre los grupos en adecuación con respecto a los resultados perinatales refuerza la importancia de un PN conforme parámetros del PHPN.

DESCRIPTORES

Cuidado prenatal
Indicadores de calidad en la atención de salud
Enfermería obstétrica

¹ Enfermeira obstétrica. Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. marianne.correa@usp.br. ² Enfermeira obstétrica. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. tamnami@usp.br. ³ Enfermeira obstétrica. Professora Doutora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. moplma@usp.br. ⁴ Enfermeira obstétrica. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. ibonadio@usp.br

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal (PN) pode contribuir para desfechos maternos e perinatais mais favoráveis ao permitir a detecção precoce e o tratamento oportuno de diversas doenças, além do controle de alguns fatores de risco que causam complicações à saúde da mulher e do recém-nascido⁽¹⁾.

No Brasil, embora as taxas de mortalidade infantil tenham decrescido nas últimas décadas, essa queda vem sendo desigual entre os estados e municípios, bem como entre áreas de um mesmo município^(2,3). Para melhorar os índices nacionais e sanar essas diferenças regionais, o governo brasileiro tomou várias medidas para ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, para qualificar as ações nele desenvolvidas e para modificar o modelo de atenção ao parto.

Para a gestante de risco habitual, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituiu as normas básicas para uma assistência qualificada e humanizada, recomendando a primeira consulta PN antes do quarto mês de gestação, mínimo de seis consultas pré-natais (uma no primeiro trimestre da gestação, duas no segundo e três no terceiro) e a consulta puerperal até 42 dias após o parto⁽⁴⁾.

Além disso, na cidade de São Paulo, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência materno-infantil, foi criada em 2006 a Rede de Proteção à Mãe Paulistana⁽⁵⁾, que funciona mediante articulação, integração e monitoramento dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares municipais e estaduais. Esse Programa visa garantir: o cadastro e a vinculação das gestantes nas unidades básicas de saúde (UBS) próximas de suas residências; a inserção da gestante exclusivamente pela rede básica, regularizando a porta de entrada no sistema de saúde; a vinculação da gestante ao hospital de referência de sua região e meios de transporte.

Apesar da expansão das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) no sistema municipal de saúde de São Paulo, o último estudo que avaliou a qualidade da assistência PN na rede ocorreu em meados da década de 2000⁽⁶⁾, sem focar especificamente a atenção primária. Portanto, há uma lacuna de conhecimento, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade do município de São Paulo. Estudos recentes indicam que a atenção PN oferecida por equipes da ESF apresenta maior adequação às normatizações do PHPN que a UBS de organização tradicional^(7,8).

Assim, constituíram objetivos deste estudo: analisar o processo da assistência PN de uma unidade com ESF, conforme os indicadores do PHPN, e comparar a adequação do PN com variáveis sociodemográficas, procedimentos clínicos e obstétricos, exames e desfechos maternos e perinatais.

MÉTODO

Este estudo integra o projeto *Avaliação Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo* financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico

e Tecnológico – CNPq (Processo no 485.264/2011-0), aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição proponente e da coparticipante – Parecer nº 145.651 CEP-EEUSP e Parecer nº 156.805 CEP-SMS. Trata-se de estudo transversal sobre a assistência PN ofertada no âmbito da ESF em uma UBS do distrito de Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo.

Em 2011, o distrito de Capão Redondo abrangia uma população de cerca de 270.000 habitantes, apresentava taxa de mortalidade infantil de 12,4/mil nascidos vivos e 10,0% de nascidos vivos com peso abaixo de 2.500g⁽⁹⁾. O relatório de mortalidade materna referente ao biênio 2009/2010 mostrou que a razão de mortalidade materna (RMM) era de 41,4 mulheres por 100 mil nascidos vivos, duas vezes maior que o índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde⁽¹⁰⁾. Para atender a essa população, o distrito conta com 12 UBS organizadas em 75 equipes de ESF e administradas por parceiro civil sem fins lucrativos.

A UBS estudada compõe-se de nove equipes de ESF e, na ocasião da coleta de dados, tinha em seu quadro de funcionários um gerente – enfermeiro –, um auxiliar técnico administrativo, quatro médicos da família, nove enfermeiros assistenciais, 18 auxiliares de enfermagem, 54 agentes comunitários de saúde (ACS) e dois dentistas. Somados a esses profissionais, a unidade conta também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por assistente social, nutricionista, psicólogo, educador físico e fisioterapeuta. Apesar de contar com recursos físicos adequados, materiais, equipamentos e medicamentos essenciais, apresentava deficiência em recursos humanos, com a falta de cinco médicos.

A população deste estudo compôs-se de 392 mulheres inscritas no SISPRENATAL em 2011, cujos prontuários foram localizados. A amostra final foi de 308 mulheres, pois foram excluídas 84 (2 por gravidez não confirmada; 35 por abortamento; e 47 que interromperam o PN na UBS em idade gestacional < 30 semanas).

Os dados foram obtidos da ficha de pré-natal, ficha de cadastro do SISPRENATAL e folha de evolução utilizada na UBS. A coleta dos dados foi realizada entre dezembro de 2012 e março de 2013, com formulário específico. A forma de extração e registro dos dados foi padronizada por meio de um instrutivo, para diminuir viés de aferição e obter homogeneidade na coleta.

Os dados foram armazenados no programa *Excel 2010 (Microsoft Corporation)*, com digitação por dupla entrada, para avaliação da concordância e verificação de erros.

Os critérios utilizados na análise do processo da assistência PN e puerperal, conforme indicadores do PHPN⁽⁴⁾ foram: 1) início até 16 semanas; 2) número mínimo de seis consultas; 3) consulta puerperal; 4) início até 16 semanas e mínimo de seis consultas; 5) início até 16 semanas, mínimo de seis consultas e consulta puerperal; 6) início até 16 semanas, mínimo de seis consultas e exames básicos – tipagem

sanguínea (ABO/Rh) na primeira consulta, sífilis (VDRL) na primeira consulta e 30ª semana, e anti-HIV na primeira consulta, Hb/Ht na primeira consulta, glicemia na primeira consulta e 30ª semana, exame de urina (EAS – Elementos Anormais do Sedimento) na primeira consulta e 30ª semana; 7) início até 16 semanas, mínimo de seis consultas, exames básicos e consulta puerperal; 8) início até 16 semanas, mínimo de seis consultas, exames básicos, consulta puerperal e dose imunizante da vacina antitetânica; 9) dose imunizante da vacina antitetânica; 10) pelo menos uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro.

Para classificar o PN (adequado e inadequado) e comparar os grupos, foi considerado o atendimento a três indicadores do PHPN: início até 16 semanas, mínimo de seis consultas no PN e realização de consulta puerperal.

As variáveis analisadas na comparação entre os grupos de adequação foram as sociodemográficas: idade, raça/cor da pele, escolaridade, situação familiar e trabalho remunerado; os procedimentos clínicos e obstétricos: cálculo da idade gestacional, pesagem, verificação da pressão arterial (PA), medida da altura uterina (AU), gráfico altura uterina segundo idade gestacional, ausculta dos batimentos cardíacos (BCF) e avaliação de risco gestacional. Os procedimentos clínicos e obstétricos foram considerados realizados quando havia registro em todas as consultas e parciais quando não atenderam a esse critério. Para o primeiro registro da altura uterina e dos batimentos cardíacos, foram consideradas as idades gestacionais a partir das 13ª e 14ª semanas, respectivamente.

Adicionalmente, na análise entre os grupos de PN adequado e inadequado, além dos exames observados nos critérios do PHPN, foram utilizados os registros dos exames:

anti-HIV na 30ª semana, sorologias para hepatite B (HBsAg) e toxoplasmose (IgG e IgM), Hb/Ht na 30ª semana, urocultura na primeira consulta e na 30ª semana, e para os desfechos materno e perinatais as variáveis: tipo de parto, idade gestacional ao nascimento, peso ao nascer e amamentação.

A análise descritiva das variáveis foi realizada e os dados foram agrupados em frequências absolutas e relativas, e medida de tendência central. Para comparar os grupos de adequação do PN, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado pelo programa Statistical Package for , e os valores do $p < 0,05$ foram considerados como estatisticamente significativos.

RESULTADOS

A idade gestacional média no início do PN foi de 10,8^(7,3) semanas, com média de 8,4^(2,8) consultas. Constata-se na Tabela 1 que a grande maioria (82,1%) das mulheres iniciou o acompanhamento PN até a 16ª semana da gestação, 84,1% realizaram, pelo menos, o mínimo de seis consultas e 89,0% tiveram consulta de puerpério. No total, 209 (67,9%) mulheres foram classificadas com PN adequado e, portanto, 99 (32,1%) com PN inadequado, conforme o critério adotado – início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal e consulta de puerpério. Observa-se também na Tabela 1 que, à medida que se somam as ações recomendadas pelo PHPN, há uma queda importante na proporção do registro, especialmente dos exames básicos.

Não se constatou diferença entre os grupos de adequação do PN segundo características sociodemográficas (Tabela 2).

Tabela 1 - Avaliação do processo da assistência pré-natal e puerperal, conforme indicadores do PHPN, São Paulo, 2013.

Assistência Pré-natal e Puerperal	N	%
Início até 16 semanas de gestação	253	82,1
Número mínimo de seis consultas de pré-natal	259	84,1
Consulta puerperal	274	89
Início até 16 semanas de gestação e mínimo de seis consultas de pré-natal	234	76
Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal e consulta de puerpério	209	67,9
Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal e registro de todos os exames básicos	50	16,2
Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal, registro de todos os exames básicos e consulta puerperal	41	13,3
Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal, registro de todos os exames básicos, consulta puerperal e dose imunizante da vacina antitetânica	30	9,7
Dose imunizante da vacina antitetânica	208	67,5
Pelo menos, uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º *	196	63,6

*1º trimestre = até 13 semanas, 2º trimestre = 14 a 27 semanas, 3º trimestre \geq 28 semanas⁽¹¹⁾.

Tabela 2 - Características sociodemográficas das gestantes, segundo grupos de adequação do pré-natal, São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	N	%	N	%	N	%	
Idade							
< 20	52	24,9	17	17,3	69	22,5	0,16
20 a 34	135	64,6	74	75,6	209	68,1	
> 35	22	10,5	7	7,1	29	9,4	

Continua...

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	N	%	N	%	N	%	
Raça/Cor da pele							
Branca	71	34,6	36	37,1	107	35,4	0,582
Negra/Parda	132	64,4	61	62,9	193	63,9	
Amarela	2	1	0	0	2	0,7	
Escolaridade							
0 a 7 anos	65	33,5	38	40,9	103	35,9	0,224
≥ 8 anos	129	66,5	55	59,1	184	64,1	
Situação familiar							
Companheiro/filhos	146	75,6	68	72,3	214	74,6	0,546
Sem companheiro	47	24,4	26	27,7	73	25,4	
Trabalho remunerado							
Sim	100	49,8	43	44,8	143	48,1	0,424
Não	101	50,2	53	55,2	154	51,9	

*Teste Qui-quadrado

Os dados da Tabela 3 mostram que, apesar do maior percentual de registro de procedimentos nas consultas (realizado) das mulheres com PN adequado, não houve diferença estatís-

tica significativa entre os grupos. Além disso, é possível verificar que, independentemente da adequação do PN, não houve 100% de registro para nenhum procedimento analisado.

Tabela 3 - Procedimentos registrados no prontuário (considerado realizado quando havia registro em todas as consultas), segundo grupos de adequação do pré-natal, São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	N	%	N	%	N	%	
Idade gestacional							
Realizado	206	98,6	95	96	301	97,7	0,152
Parcial	3	1,4	4	4	7	2,3	
Pesagem							
Realizado	205	98,1	93	93,9	298	96,8	0,055
Parcial	4	1,9	6	6,1	10	3,2	
Pressão arterial							
Realizado	207	99	95	97	302	98,4	0,174
Parcial	2	1	3	3	5	1,6	
Altura uterina							
Realizado	170	81,7	86	86,9	256	83,4	0,258
Parcial	38	18,3	13	13,1	51	16,6	
Gráfico altura uterina							
Realizado	1	0,8	0	0	1	0,6	0,54
Parcial	117	99,2	44	100	161	99,4	
Batimentos cardíofetais							
Realizado	179	86,1	90	91	269	87,6	0,228
Parcial	29	13,9	9	9	38	12,4	
Avaliação de risco gestacional							
Realizado	150	71,8	72	72,7	222	72,1	0,861
Parcial	59	28,2	27	27,3	86	27,9	

*Teste Qui-quadrado

Nos dados da Tabela 4, constata-se que há diferença significativa entre os grupos de adequação do PN no registro de exames, com exceção de Hb/Ht e de EAS, ambos da 30ª semana.

A Tabela 5 mostra que o grupo de PN adequado obteve melhores desfechos em relação à idade gestacional e peso ao nascer.

Tabela 4 - Exames registrados no prontuário, segundo grupos de adequação do pré-natal, São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	N	%	N	%	N	%	
ABO/Rh							
Registrado	205	98,1	88	88,9	293	95,1	0
Não	4	1,9	11	11,1	15	4,9	
VDRL							
Registrado	205	98,1	80	80,8	285	92,5	0
Não	4	1,9	19	19,2	23	7,5	
VDRL 30ª semana							
Registrado	150	71,8	49	49,5	199	64,6	0
Não	59	28,2	50	50,5	109	35,4	
HIV							
Registrado	200	95,7	79	79,8	279	90,6	0
Não	9	4,3	20	20,2	29	9,4	
HIV 30ª semana							
Registrado	146	69,9	46	46,5	192	62,3	0
Não	63	30,1	53	53,5	116	37,7	
HBsAg							
Registrado	201	96,2	84	84,8	285	92,5	0
Não	8	3,8	15	15,2	23	7,5	
Sorologia toxoplasmódica							
Registrado	198	94,7	83	83,8	281	91,2	0,002
Não	11	5,3	16	16,2	27	8,8	
Hb/Ht							
Registrado	208	99,5	76	76,8	284	92,2	0
Não	1	0,5	23	23,2	24	7,8	
Hb/Ht na 30ª semana							
Registrado	65	31,1	29	29,3	94	30,5	0,748
Não	144	68,9	70	70,7	214	69,5	
Exame de urina (EAS)							
Registrado	206	98,6	81	81,8	287	93,2	0
Não	3	1,4	18	18,2	21	6,8	
EAS 30ª semana							
Registrado	61	29,2	22	22,2	83	27	0,198
Não	148	70,8	77	77,8	225	73	
Urocultura							
Registrado	197	94,3	76	76,8	273	88,6	0
Não	12	5,7	23	23,2	35	11,4	
Urocultura 30ª semana							
Registrado	157	75,1	50	50,5	207	67,2	0
Não	52	24,9	49	49,5	101	32,8	
Glicemia							
Registrado	206	98,6	81	81,8	287	93,2	0
Não	3	1,4	18	18,2	21	6,8	
Glicemia 30ª semana							
Registrado	160	76,6	49	49,5	209	67,9	0
Não	49	23,4	50	50,5	99	32,1	

*Teste Qui-quadrado

Tabela 5 - Desfechos maternos e perinatais, conforme a adequação ao pré-natal, São Paulo, 2013.

Desfecho	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de parto							
Normal e fórcipe	133	64,6	44	66,7	177	65,1	0,755
Cesariana	73	35,4	22	33,3	95	34,9	
Idade gestacional ao nascer							
≥ 37 semanas	179	93,7	49	84,5	218	91,2	0,037
< 37 semanas	12	6,3	9	15,5	21	8,8	
Peso ao nascer							
≥ 2.500g a 4.000g	185	91,1	57	81,4	242	88,6	0,027
< 2.500g	18	8,9	13	18,6	31	11,4	
Amamentação							
Sim	189	94	63	98,4	252	95,1	0,155
Não	12	6	1	1,6	13	4,9	

*Teste Qui-quadrado

DISCUSSÃO

No Brasil, a melhoria da qualidade da assistência pré-natal poderia prevenir os óbitos maternos e infantis que são considerados evitáveis. Assim, a avaliação dos serviços de saúde é importante para a qualificação da assistência.

Como ação essencial, o PHPN prevê a captação precoce da gestante para a primeira consulta PN, definida como 16ª semana de gestação. Neste estudo, constatou-se que a proporção de gestantes inscritas no SISPRENATAL que atenderam essa recomendação foi superior à encontrada em estudo no Rio de Janeiro (RJ) e semelhante à de João Pessoa (PB) – 74,4%, a 83,6%(1,12). No entanto, inferior à de Botucatu (SP), que variou entre 86,0% e 93,0%,⁽¹³⁾ e Araguaari (MG), 91,7%⁽¹⁴⁾. O número de seis ou mais consultas durante o PN foi superior ao de vários estudos recentes, que encontraram 79,2%⁽¹⁾, 80,0-74,0%⁽¹⁵⁾, 80,0%⁽¹³⁾ e 80,4%⁽¹⁶⁾, porém, inferior ao de João Pessoa (PB), com 89,9%,⁽¹²⁾ e de Botucatu (SP), com 94,0% na ESF e 97,0% na UBS tradicional⁽¹³⁾. Igualmente, a combinação início precoce do PN e realização de seis consultas foi superior às encontradas em dois estudos, um no Município de São Paulo (SP) (63,1%)⁽¹⁷⁾ e outro no Recife (PE) (38,0%)⁽¹⁸⁾.

Os resultados sugerem que as ações da UBS para captação e adesão das gestantes ao acompanhamento da gestação são satisfatórias, mas precisam ser aprimoradas visando aumentar a proporção de PN de início precoce, combinada ao mínimo de consultas preconizadas pelo PHPN. A UBS em questão atende pela ESF, que reorienta o modelo assistencial na atenção básica, operacionalizada por meio da atuação de equipes multiprofissionais responsáveis por um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. A responsabilidade da ESF e a interação com cada pessoa e suas famílias têm o propósito de gerar mudanças no processo saúde-doença, contribuindo para melhores resultados em saúde⁽⁷⁾.

A consulta puerperal está entre os indicadores de qualidade do PN pelo PHPN. Todavia, poucos estudos analisam o retorno puerperal, ocasião para avaliar a recuperação da

mulher no pós-parto, instituir o uso de métodos de planejamento familiar e acompanhar a amamentação. Assim, a assistência à mulher na gestação só deve ser considerada como concluída após a consulta puerperal⁽¹⁹⁾. A PNDS (2006)⁽²⁰⁾ mostrou que em apenas 39% dos nascimentos a mulher realizou a consulta pós-parto, evidenciando que essa importante etapa da assistência vem sendo negligenciada no País.

Apesar do percentual maior ou similar de consulta puerperal, comparado aos encontrados em outros estudos^(7,13,21), destaca-se a necessidade de atenção da equipe para aumentar o número de mulheres com consultas no puerpério, dada a importância que a assistência nesse período representa na melhora dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

A obtenção dos dados a partir dos registros nos prontuários das gestantes constitui uma limitação do presente estudo, pois algumas ações podem ter sido realizadas e não registradas, e esse aspecto deve ser considerado na interpretação dos resultados.

Considera-se, pois, que falhas no registro em prontuário quanto aos exames e imunização antitetânica podem ter interferido no resultado final da adequação do PN. Também, existe a possibilidade de falhas na execução dos exames, por insuficiência de insumos específicos, equipamentos danificados, demora no retorno do resultado e extravio das amostras, entre outros. Em estudo realizado em município da região metropolitana de São Paulo, entre as hipóteses formuladas para explicar a baixa cobertura de exames no terceiro trimestre, destaca-se que os profissionais não solicitam por falta de hábito e que algumas gestantes deixam de fazê-los, apesar de terem sido solicitados⁽²²⁾.

A proporção de registros de exames encontrada no presente estudo foi superior ou semelhante à de outros estudos^(1,7,8), com declínio entre os de primeira consulta e os da 30ª semana. Esse resultado é preocupante, pois os exames fornecem informações sobre o estado de saúde da gestante; são importantes no rastreamento de doenças que podem ter consequências negativas para a gestante e o conceito, por exemplo, as doenças sexualmente

transmissíveis, como sífilis, hepatite B e Aids, além de anemia, diabetes gestacional, incompatibilidade sanguínea materno-fetal, bacteriúria assintomática da gravidez e toxoplasmose. A repetição de alguns exames está indicada para controle de remissão da doença ou verificação de sua ocorrência mais adiante na gestação.

No Brasil, em 2011, foram notificados 9.374 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, observando-se taxa de sífilis congênita de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos⁽²³⁾. Esse agravo é um claro marcador da qualidade da atenção pré-natal, considerando-se que o diagnóstico e tratamento podem ser efetivamente realizados durante a gestação em serviços de atenção básica. Visto que, no terceiro trimestre, mais de um terço das gestantes não foram testadas para sífilis, pode-se questionar a qualidade da assistência pré-natal oferecida na unidade com ESF estudada.

Houve diferença significativa no registro de exames entre os grupos; no grupo de PN adequado, os exames solicitados na primeira consulta foram mais registrados. O resultado reitera a importância de uma equipe de saúde atenta ao cumprimento dos parâmetros do PHPN e que busque estratégias para amenizar dificuldades inerentes às condições de trabalho que comprometem a qualidade da assistência PN.

A vacinação antitetânica, considerada uma medida eficaz na prevenção do tétano neonatal⁽²⁴⁾, tem apresentado baixa cobertura no Brasil (31%)⁽²⁰⁾, em Salvador, BA (33,5%),⁽²⁵⁾ e Botucatu, SP (31,4%)⁽²⁶⁾. No entanto, em Curitiba (PR) observou-se registro de 87,2% de aplicação da vacina antitetânica⁽²⁷⁾. No presente estudo, em pouco mais de dois terços (67,5%) dos prontuários havia o registro de que a gestante estava imune ou vacinada contra o tétano. No entanto, esforços são necessários para a efetivação da cobertura da imunização antitetânica, não só para erradicar o tétano neonatal no País, mas também como uma medida preventiva contra o tétano na mulher adulta. Não se deve perder a oportunidade para atualizar o esquema vacinal, visto que, na gestação, a mulher procura o serviço de saúde para o controle PN.

Considerando-se o início precoce, mínimo de seis consultas e a consulta puerperal, a adequação do PN atingiu dois terços das mulheres (67,9%). Entretanto, ao se ampliar a análise com a inclusão de todos os exames básicos preconizados no PHPN e imunização antitetânica, esse número caiu drasticamente para 9,7%. No Brasil, avaliação dos primeiros anos de PHPN mostrou que, ao se adicionar toda a rotina de exames laboratoriais que devem ser solicitados no início do PN, incluindo a realização do anti-HIV, a adequação era inferior a 5% em 2002⁽¹⁹⁾. Dessa forma, os resultados encontrados no presente estudo evidenciam uma evolução, porém muito aquém da proporção de 21% alcançada em Quixadá (CE) em 2004⁽²⁸⁾.

A não constatação de diferença significativa entre os grupos de PN adequado e inadequado no que se refere às variá-

veis sociodemográficas evidencia que não foram essas características das gestantes que influenciaram a adequação do PN.

Embora não tenha havido diferença entre os grupos de PN adequado ou inadequado no registro dos procedimentos, ressalta-se que sua realização e registro são imprescindíveis para avaliação da pertinência e adequação de cada um deles ao longo da gestação e para a correlação entre eles a cada consulta. Os resultados deste estudo mostraram que apenas uma gestante teve o gráfico de altura uterina segundo idade gestacional preenchido. Destaca-se que esse instrumento, se corretamente preenchido, permite avaliação precisa e direciona a tomada de conduta, sobretudo nos desvios de normalidade. A avaliação do risco gestacional em toda consulta situa-se entre as condições básicas para uma assistência PN efetiva, o que não ocorreu para aproximadamente um terço das gestantes, tanto no grupo de PN adequado como no inadequado.

O resultado que evidenciou diferença significativa entre os grupos de PN adequado e inadequado, nos desfechos perinatais relativos à idade gestacional e peso ao nascer, confirma a importância da adequação do PN. Os melhores desfechos perinatais no grupo com PN adequado mostraram que, apesar de os grupos não diferirem quanto às características sociodemográficas, os resultados perinatais foram influenciados pela adequação ou não do PN.

Outros estudos sobre a qualidade do PN e os desfechos perinatais favoráveis corroboram esses resultados, apesar de os parâmetros de qualidade adotados não terem sido os mesmos^(29,30).

CONCLUSÃO

O importante resultado obtido em relação aos desfechos perinatais segundo adequação do PN reforça a importância de se contemplarem as normas básicas recomendadas pelo PHPN para a realização de uma assistência qualificada e humanizada.

A assistência PN na ESF analisada mostrou resultados satisfatórios em relação aos indicadores do PHPN, como início precoce, número de consultas pré-natal, realização de exames na primeira consulta e a consulta puerperal. Considerando que a realização dos procedimentos clínicos e obstétricos é o fundamento do cuidado pré-natal, nenhum deles atingiu 100%, embora tenha alcançado proporções elevadas, exceto o gráfico de altura uterina. Além disso, evidenciaram-se deficiências na assistência, como falhas no registro de procedimentos, exames e imunização antitetânica, que comprometem a qualidade do PN oferecido.

Considerando que os dados foram obtidos de prontuários, outros estudos devem ser realizados para que se possa entender como as condições de trabalho e a responsabilidade individual dos profissionais de saúde influenciam o registro do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

1. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3):425-437.
2. IBGE. Brasil em síntese. 2013. Acesso em 20/11/2013. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>.
3. Prefeitura do Município de São Paulo. Tabela de mortalidade infantil. Acesso em 20/11/2013. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/minf/mortinf.def>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: *Diário Oficial da União (DOU)*, 8 de junho de 2000, seção 1, p.4-6. Brasília;2000.
5. São Paulo. Decreto n.946.966 de 02 de fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, 3 de fevereiro de 2006, Seção 1, p. 1. São Paulo; 2006.
6. Succì RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(6):986-92.
7. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, et al. 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.
8. Cesar JA, Sutil AT, Gabriela BS, et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(11):2106-2114.
9. Observatório Cidadão Nossa São Paulo. Acesso em 20/11/2013. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/regioes.php?regiao=12&distrito=19>
10. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde – Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica da Saúde da Mulher. Comitê Central de Mortalidade Materna. Relatório de Mortalidade Materna biênio 2009/2010. São Paulo; 2010. Acesso em 05/03/2013. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Rel-MortMaterna0910.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
12. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013;13(1)29-37.
13. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]* 2013. [acesso em 23 nov 2013]; 21(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200546&script=sci_abstract&lng=pt
14. Miranda FJS, Fernandes RAQ. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. *Rev. enferm UERJ*. 2010;18(2):179-84.
15. Zanchi M, Gonçalves CV, Cesar JÁ, et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(5):1019-1028.
16. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern. Infant*. 2013;13(2):89-100.
17. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Normative prenatal evaluation at a philanthropic maternity hospital in São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1293-1300.
18. 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 Matern. Infant*. 2007;7(3):309-317.
19. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-1289.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança PNDS 2006 – relatório final. Brasília; 2008.
21. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um município da Grande São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(3):349-53.
22. Barbosa MA, Fernandes RAQ. Avaliação da Assistência Pré-Natal de Baixo Risco no Município de Francisco Morato-SP. *Online Braz J Nurs*. 2008;7(3).

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [ISSN: 1517-1159]
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012.
25. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues PQ. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Município de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Bras Saúde Matern. Infant. 2007;7(2):191-7.
26. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. Rev Bras Saúde Matern. Infant. 2008;8(1):113-24.
27. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de coorte de primigestas. Cad. Saúde Pública. 2004;20(Sup2):S220-S230.
28. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Prenatal care in Quixadá-CE according to SISPRENATAL process indicators. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):105-11.
29. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. 2004;20(5):1160-1168.
30. Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, et al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. Health Policy Plan. 2009;24:175-88..

Agradecimento

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento do Projeto de Pesquisa (Processo nº 485.264/2011-0), do qual foram extraídos os dados deste estudo.