

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS

Criteria for choosing primary health care facilities for prenatal care, Brazil

Iná S Santos, Roberto Carlos Baroni*, Ivanete Minotto* e Ana Guerda Klumb**

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS

Criteria for choosing primary health care facilities for prenatal care, Brazil

Iná S Santos, Roberto Carlos Baroni*, Ivanete Minotto* e Ana Guerda Klumb**

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Centros de saúde, utilização#. Cuidados primários de saúde#. Cuidado pré-natal#. Acesso aos serviços de saúde#. Qualidade dos cuidados de saúde. Educação continuada. Mecanismos de avaliação da assistência à saúde.

Keywords

Health centers, utilization#. Primary health care#. Prenatal care#. Health services accessibility#. Health care evaluation mechanisms. Quality of health care. Education, continuing.

Resumo

Objetivo

Caracterizar o cuidado pré-natal em uma amostra representativa de mães, identificando o serviço de saúde onde estas realizaram o acompanhamento da gestação e os motivos que as levaram a escolher este local.

Métodos

Estudo transversal, realizado nos meses de março e abril de 1997, nas quatro principais maternidades de Pelotas, RS, através de entrevista a 401 mães no pós-parto imediato.

Resultados

Fizeram acompanhamento pré-natal, em um posto de saúde 51% das mães, sendo a proximidade geográfica o critério mais freqüentemente referido para tal escolha (46,8%). Para 85% das mães, o serviço de saúde mais próximo de casa era um posto de saúde. No entanto, 52,2% dessas não utilizaram esse local para as consultas pré-natais alegando a má qualidade do atendimento (37,4%). Conforme referido pelas mães, entre os procedimentos de rotina do pré-natal recomendados pelo programa de saúde da rede pública, incluindo a promoção do aleitamento materno, apenas a imunização anti-tetânica foi realizada mais freqüentemente nos postos do que nos demais locais.

Conclusões

Tendo em vista a expressiva utilização da rede pública para o acompanhamento pré-natal, necessitam ser implementados investimentos em educação continuada dos profissionais, com ênfase no cumprimento de normas técnicas pré-estabelecidas.

Abstract

Objective

To describe the prenatal care delivered to a representative sample of mothers, identifying the health care facility they attended and to explore the reasons that led them to choose that specific health facility.

Method

A cross-sectional study was conducted at four maternity hospitals in Pelotas, in Southern Brazil, from March to April 1997. A total of 401 mothers were interviewed at the hospital, immediately after delivery.

Correspondência para/Correspondence to:

Iná S. Santos
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Caixa Postal 464
96030-002 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: inasantos@uol.com.br

*Bolsistas de Iniciação Científica – CNPq (Processo nº 524/009618).

**Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da UFPel.

Recebido em 22/11/1999. Reapresentado em 15/6/2000. Aprovado em 1/8/2000.

Results

The majority of mothers (51%) were followed up at a primary health care facility (PHCF). The main reported reason for choosing a PHCF was its geographic accessibility (46.8%). For 85% of the mothers, the nearest health service was a PHCF. However, 52.2% of them did not attend the consultations at this setting mainly because of a supposed low quality care (37.4%). Except for immunization with tetanus toxoids, all other usual prenatal care procedures recommended by the local health ministry, including promotion of breastfeeding, were performed less frequently at the PHCF than in other health care settings.

Conclusion

Given the high coverage of the public prenatal care program, efforts should be made to improve the quality of care delivered to pregnant women, mainly by encouraging health professionals, especially doctors, to follow the established guidelines.

INTRODUÇÃO

Os serviços de assistência à saúde têm se expandido marcadamente no País nos últimos anos.¹¹ Em muitas cidades brasileiras, como Pelotas, RS, quase todos os partos ocorrem em hospitais. Ampliaram-se também as coberturas dos serviços de medicina preventiva para a população materno-infantil, os quais incluem o atendimento pré-natal, as imunizações e a monitorização do crescimento e do desenvolvimento da criança.

Em todo o mundo, as taxas de mortalidade e de morbidade materno-infantil têm diminuído drasticamente nos últimos trinta anos, o que tem sido atribuído aos cuidados durante o pré-natal e no primeiro ano de vida.^{8,12} Estudos epidemiológicos têm demonstrado que mulheres que fazem pré-natal têm taxa de mortalidade materna e perinatal menores.^{8,14} Esse efeito está diretamente relacionado ao número de consultas e à idade gestacional do início do pré-natal.¹⁵ O cuidado pré-natal possibilita identificar fatores de risco, para posterior controle ao longo de toda a gestação, bem como diagnosticar precocemente complicações da gravidez.

Uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para a obtenção de bons resultados da gestação. A cidade de Pelotas conta com uma rede abrangente de postos de saúde,⁵ localizados principalmente na periferia urbana, objetivando melhor cobertura em atenção primária, inclusive às gestantes. Dados da coorte de recém-nascidos de 1993, no entanto, mostraram que 4,9% das mulheres passaram pelo período de gestação sem uma única consulta.⁹ A avaliação do programa de pré-natal em um dos postos de saúde do município mostrou que

a cobertura nesse local era de apenas 50%. Entre as possíveis hipóteses para explicar este comportamento, foram levantados: o preconceito dos usuários contra a qualidade do cuidado oferecido em postos de saúde;⁷ a prevalência da lei dos cuidados inversos;¹⁰ e a influência da distância do serviço de saúde.¹

O presente estudo foi planejado com o objetivo de caracterizar o cuidado pré-natal em uma amostra representativa de mães e investigar as razões maternas vinculadas à escolha do local de acompanhamento pré-natal.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal que incluiu as parturientes que deram à luz nas maternidades dos principais hospitais de Pelotas, no período de 27/3/1997 a 22/4/1997. O município dispõe de cinco hospitais com atendimento ao parto. Desses, apenas um não permitiu que suas parturientes fossem entrevistadas. De acordo com dados obtidos pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) de Pelotas, o número de partos ocorridos nesse hospital representou não mais do que 0,9% de todos os partos ocorridos na cidade em 1997.

Ao todo foram entrevistadas 401 mães, com um poder de 80% para detectar um risco relativo maior ou igual a 1,5, significativo ao nível de 5%, considerando de 30% a prevalência dos fatores de risco e de 40% a prevalência do desfecho (não fazer pré-natal em posto de saúde) entre os não expostos. As entrevistas foram realizadas durante a permanência da mãe no hospital, por um grupo de 11 estudantes de medicina, previamente treinados. O treinamento constou de entrevistas simuladas e de um estudo-piloto, envolvendo 40 mães

no pós-parto imediato. O instrumento de pesquisa foi um questionário especificamente elaborado para o estudo, compreendendo perguntas abertas e fechadas.

Das características socioeconômicas maternas, a escolaridade foi medida em anos completos de escola e, posteriormente, agrupada de acordo com os graus completos ou incompletos. A presença de marido ou companheiro referia-se à situação da mulher por ocasião do parto. A cor da mãe era classificada pelos entrevistadores com base em sua observação em brancas e não brancas. A idade foi obtida diretamente da ficha de atendimento da maternidade e confirmada na entrevista com a mãe.

Foram coletadas diretamente na entrevista as informações sobre trabalho remunerado durante a gestação e renda familiar, sendo esta classificada posteriormente em salários mínimos vigentes. A renda familiar incluía a remuneração de todos os membros da família, inclusive proventos de outras fontes como aluguéis, pensões e ajudas externas (mesmo que não fossem sistemáticas), no mês anterior à entrevista.

Nas variáveis de história reprodutiva, considerou-se o número de gestações anteriores, de abortos, de natimortos, de nascidos com peso inferior a 2.500 g e o tipo de parto (normal ou cesariana). Quanto às características do parto atual e do recém-nascido, todos os dados foram fornecidos pela mãe.

Entre as perguntas referentes ao serviço de saúde utilizado para a realização do pré-natal, a maioria era de questões fechadas, que investigavam procedimentos de rotina previstos pelo programa de pré-natal do município. Perguntas abertas questionavam a razão da escolha do local e, quando era o caso, o motivo por não consultar o posto de saúde próximo de sua residência. No caso de a mãe haver consultado mais de um serviço, os entrevistadores eram instruídos a considerar o local onde foi realizado o maior número de consultas como o "local de realização do pré-natal".

Após a codificação das respostas às perguntas abertas, os dados foram digitados, limpos e editados. A associação entre as variáveis foi estudada através do teste qui-quadrado. As razões de chances brutas (RC_b) e ajustadas (RC_a) para testar a força das associações foram calculadas por regressão logística. Por tratar-se de estudo transversal com desfecho freqüente, a interpretação das razões de chances deverá ser feita com cautela, tendo em vista seu poder potencial de superestimar as medidas de efeito.

O ajuste para variáveis de confusão utilizou um modelo hierárquico embasado em modelo teórico de

causalidade elaborado antes da coleta dos dados. Nesse modelo, as variáveis socioeconômicas (renda familiar e escolaridade materna) estavam em primeiro plano. Seguiam-se num segundo nível as variáveis demográficas (idade, cor e presença de companheiro), as reprodutivas (número de gestações anteriores, abortos, recém-nascidos prévios com baixo peso, prematuridade e natimortos) e as comportamentais (trabalho materno remunerado durante a gestação e tabagismo). Mais próximo ao desfecho (local onde realizou o pré-natal), as variáveis da gestação atual (idade de início do acompanhamento pré-natal, intercorrências da gestação atual e critérios de escolha do local de acompanhamento). As variáveis foram ajustadas para as de nível hierárquico superior e para as de mesmo nível, usando como critério de significância associações com valores de $p \leq 0,20$.

RESULTADOS

Ocorreram apenas duas perdas e nenhuma recusa. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas das mulheres estudadas. A média de idade observada foi de 26 anos (DP=7 anos). Mais da metade das mães estava na faixa etária de 20 a 29 anos. Cerca de 17% das mães eram adolescentes e 14% tinham mais de 34 anos de idade. A grande maioria das mulheres (76,9%) era de cor branca e vivia com companheiro (88,5%). Apenas 2,5% das mães não tiveram escolaridade formal. Mais de 40% das famílias tinham renda mensal de 1,1 a 3 salários-mínimos. Cerca de 12% das mães relataram uma renda familiar igual ou inferior a um salário-mínimo e apenas 6,8% uma renda mensal superior a 10 salários-mínimos. Mais da metade das mães relatou não ter atividade profissional. Entre as demais, a maior proporção era de domésticas.

Quanto às características reprodutivas, 38,5% das mães estavam em sua primeira gestação. Entre as demais, 26,3% tinham uma história positiva de aborto prévio; 12,1% de recém-nascido com baixo peso (peso ao nascer <2.500 gramas); 4,9% de natimorto prévio; e 4,0% de recém-nascido pré-termo. O parto atual foi por cesárea para 36% das mães. A média de peso ao nascer foi de 3.238,4 g (DP= 553,6 g). A prevalência de baixo peso ao nascer foi de 8,0%.

A Tabela 2 mostra que 95% das mulheres fizeram acompanhamento pré-natal. A maioria (53,7%) realizou entre 6 e 10 consultas (média de 8,2), sendo que 71,9% relataram ter iniciado no decorrer do primeiro trimestre da gestação. Quanto às intercorrências da gravidez, 40,5% das mães relataram ter apresentado infecção urinária e cerca de um quarto era fumante no último trimestre de gestação.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo características socioeconômicas e demográficas, Pelotas, RS, 1997.

Característica	Frequência	Percentual
Idade (anos)		
<20	68	17,2
20-24	106	26,8
25-29	103	26,0
30-34	62	15,7
> de 34	57	14,4
Cor		
Branca	307	76,9
Não branca	92	23,1
Estado civil		
Com companheiro	355	88,5
Sem companheiro	46	11,5
Escolaridade		
Sem escolaridade	10	2,5
1º grau incompleto	232	57,9
1º grau completo	58	14,5
2º grau incompleto	43	10,7
2º grau completo	37	9,2
3º grau inc./comp.	21	5,2
Profissão		
Dona-de-casa/do lar	210	52,3
Doméstica	67	16,7
Outros	124	30,9
Trabalho durante a gravidez		
Sim	174	48,6
Renda familiar (SM*)		
≤1	45	11,7
1,1 a 3	167	43,6
3,1 a 6	94	24,5
6,1 a 10	51	13,3
> de 10	26	6,8

*SM = salários-mínimos

Tabela 2 - Distribuição da amostra conforme características do cuidado pré-natal, Pelotas, RS, 1997.

Característica	Frequência	Percentual
Fez pré-natal		
Sim	381	95,0
Nº de consultas		
≤ a 5	91	24,2
6 a 10	202	53,7
≥ a 11	83	22,1
Início do pré-natal		
1º trimestre	274	71,9
2º trimestre	107	28,1
Intercorrências durante a gestação		
Infeção urinária	160	40,5
Fumo no 3º trimestre	100	24,9
Pressão alta	75	19,1
Sangramento vaginal	52	13,0
Hiperglicemia	19	4,8

Sobre o local de escolha para o acompanhamento pré-natal, conforme a Tabela 3, 50,7% referiram o posto de saúde. A proximidade foi o principal critério atribuído para a escolha do local onde fazer o tratamento pré-natal (46,8%). Outros critérios foram a qualidade do serviço oferecido (31,2%) e ter algum convênio (10,1%). Mais de 85% das mães referiram ter como serviço mais próximo de casa um posto de saúde. Dessas, 52,2% não utilizaram este serviço para realizar o pré-natal, alegando como razão principal a má qualidade do atendimento (37,4%). Outras razões, como disponibilidade de convênio ou de atendimento particular, representaram 21,8% do total.

A Tabela 4 mostra a razão de "odds" bruta e ajustada do efeito das variáveis independentes sobre a escolha do posto de saúde para acompanhamento pré-natal. A idade materna, a cor, a escolaridade, o trabalho remunerado durante a gestação, a renda familiar, a proximidade do serviço e a qualidade da atenção apresentaram associação bruta com o desfecho estatisticamente significativa. Na análise bruta, a idade materna associou-se inversamente à probabilidade de decidir por consultar posto de saúde. Das mulheres com 20 anos ou menos de idade, 60% consultaram o posto de saúde. Essa proporção diminuiu à medida em que aumentou a idade, sendo de 48,3% entre mulheres com mais de 30 anos. As razões de "odds" brutas não foram significativas, tendo incluído a unidade, exceto na categoria de 21 a 25 anos, cuja probabilidade de haver consultado em posto de saúde foi 77% maior do que a das mulheres com mais de 30 anos. Tal resultado não se alterou com a análise ajustada para renda familiar, escolaridade materna e cor.

As mães com menor escolaridade optaram mais freqüentemente pelo acompanhamento em postos de saúde. A proporção de mães sem escolaridade ou com o primeiro grau incompleto que consultou o posto de saúde foi cerca de duas vezes maior do que a observada entre aquelas com o primeiro grau completo ou mais anos de escolaridade. Ajustado para renda familiar, as mães, sem escolaridade formal ou que não completaram o primeiro grau, apresentaram uma chance cerca de três vezes maior de consulta ao posto de saúde ($RC_a = 2,86$; IC 95% 1,80 – 4,53; $p < 0,001$).

Tabela 3 - Distribuição da amostra conforme características do serviço de saúde, Pelotas, RS, 1997.

Característica	Frequência	Percentual
Local onde fez o pré-natal		
Posto de saúde	193	50,7
Ambulatório da Fac. de Medicina	23	6,0
Ambulatório hospitalar	68	17,8
Consultório particular	55	14,7
Outro	42	11,0
Por que escolheu este local		
Proximidade	177	46,8
Qualidade do serviço	118	31,2
Convênio	38	10,1
Outro	45	11,9
Serviço de saúde mais próximo de casa		
Posto	335	85,5
Hospital	29	7,4
Outro	28	7,1
Fez pré-natal no posto próximo de casa		
Sim	164	47,8
Por que não utilizou o posto próximo de casa		
Má qualidade	65	37,4
Particular/Convênio	38	21,8
Sem interesse	7	4,0
Outro	64	36,8

Tabela 4 - Escolha do posto de saúde como local para o acompanhamento pré-natal de acordo com as características maternas. Pelotas, RS, 1997.

Característica	Percentual que consultou em posto de saúde	RC _b	RC _a	P*
Idade (anos)				0,13
≤20	60,3	1,33 (0,93-1,88)	1,50 (0,79-2,85)	
21-25	58,4	1,77 (1,02-3,07)	1,76 (0,96-3,21)	
26-30	42,4	0,98 (0,55-1,72)	0,99 (0,53-1,83)	
>30	48,3	1,00	1,00	
Cor				
Branca	47,8	1,00	0,59	
Não branca	60,5	1,67 (1,03-2,73)	1,17 (0,77-2,05)	
Estado marital				0,26
Com companheiro	50,6	1,03 (0,54-1,96)	0,65 (0,30-1,39)	
Sem companheiro		51,2	1,00	1,00
Escolaridade				<0,001
Sem escolaridade/ 1º grau incompleto	63,1	3,52 (2,29-5,42)	2,86 (1,80-4,53)	
1º grau completo ou mais	32,7	1,00	1,00	
Trabalho durante a gravidez				0,40
Sim	44,2	1,00	1,00	
Não	56,3	1,63 (1,06-2,50)	1,30 (0,80-2,11)	
Renda familiar (SM)				<0,001
≤3	61,0	2,71 (1,77-4,15)	2,71 (1,77-4,15)	
>3	36,6	1,00	1,00	
Número de gestações anteriores				0,05
0	56,3	1,00	1,00	
1	55,4	1,79 (1,05-3,05)	2,06 (1,09-3,88)	
2	51,4	1,72 (0,96-3,10)	2,50 (1,20-5,23)	
3 ou +	60,9	1,82 (1,05-3,15)	2,27 (1,09-4,75)	
Desfechos desfavoráveis em gestações anteriores				0,86
Não	55,3	1,00	1,00	
Sim	58,2	0,89 (0,52-1,51)	0,95 (0,50-1,78)	
Critério de escolha - Qualidade				0,86
Sim	22,0	0,09 (0,05-0,16)	1,24 (0,49-3,13)	
Não	86,5	1,00	1,00	
Critério de escolha - Proximidade				<0,001
Sim	88,1	25,30 (14,10-45,39)	26,14 (12,78-53,46)	
Não	19,2	1,00	1,00	

*Nível de significância da análise ajustada

SM = salários-mínimos

RC_a = razões de chances ajustadas

RC_b = razões de chances brutas

Igual tendência foi verificada quanto à renda familiar: mães com renda igual ou inferior a 3 salários-mínimos apresentaram um risco bruto estimado de consultar o posto de saúde 2,7 vezes maior do que o observado entre as mulheres com renda familiar superior a 3 salários-mínimos. Tal efeito se manteve após controle para escolaridade materna (RC_a = 2,71; IC 95% 1,77 - 4,15; p<0,001).

Mais de 60% das mães multíparas (três ou mais gestações anteriores) consultaram o posto de saúde. Após ajuste para as variáveis hierarquicamente superiores e de mesmo nível, as mães com três ou mais gestações apresentaram uma chance 2,27 vezes maior de utilizar o posto de saúde para o acompanhamento pré-natal (RC_a = 2,27; IC 95% 1,09 - 4,75; p=0,05).

Entre as mulheres que referiam a qualidade do cuidado dispensado como critério de escolha do local de consulta, apenas 22% optaram pelo posto de saúde. O contrário se verificou entre as que optaram pela proximidade geográfica do serviço, tendo 88,1% des-

sas selecionado o posto de saúde. Na análise bruta, ambos os critérios associaram-se fortemente com o desfecho (consulta em posto de saúde), o primeiro prevenindo sua ocorrência (RC_b = 0,09; IC 95% 0,05 - 0,16) e o segundo aumentando a probabilidade de ocorrência (RC_b = 25,30; IC 95% 14,10 - 45,39). A análise multivariada mostrou que apenas a proximidade geográfica se manteve significativamente associada à maior probabilidade de consultar o posto de saúde (RC_a = 26,14; IC 95% 12,78 - 53,46; p<0,001).

Embora a qualidade do cuidado não tenha conservado a significância estatística após ajuste para as variáveis de confusão, observou-se (Tabela 5) que, de acordo com o relato das mães, a atenção pré-natal dispensada apresentou diferenças conforme o local onde a mesma ocorreu. A prescrição de ferro terapêutico ou profilático, por exemplo, foi realizada mais frequentemente em consultas de convênios, hospitais e particulares do que em postos de saúde. O exame ginecológico, incluindo o exame de mamas e a orientação para a amamentação, foi também realizado em menor frequência em postos de saúde.

Tabela 5 - Procedimentos realizados durante o acompanhamento pré-natal. Pelotas, RS, Brasil, 1997.

Procedimento	Local		p
	Posto	Outro	
Médico questionou a DUM	94,3%	99,5%	<0,01
Aferiu a pressão arterial	99,5%	99,5%	0,98
Mediu altura uterina	99,0%	98,9%	0,97
Fez exame ginecológico	65,3%	81,4%	<0,01
Examinou as mamas	56,3%	66,5%	0,04
Fez exame de sangue/urina	99,5%	99,5%	0,98
Ultrassonografia	63,0%	85,1%	<0,01
Orientou sobre amamentação	68,4%	65,8%	0,58
Fez vacina anti-tetânica	80,1%	60,6%	<0,01
Usou ferro e/ou vitamina	54,4%	70,2%	<0,01

DUM = data da última menstruação.

DISCUSSÃO

Como já observado em estudos anteriores^{14,9} no mesmo município, a taxa de adesão das gestantes ao cuidado pré-natal verificada foi de 95%. O número médio de consultas relatado foi de 8, e 71,9% iniciou o acompanhamento durante o primeiro trimestre da gestação.

As características sociodemográficas observadas são consistentes com as relatadas em outros estudos com a mesma população-alvo.^{5,9,14} A maioria das mulheres que deu à luz eram jovens (menores de 30 anos), brancas, viviam com companheiro, não haviam concluído o primeiro grau, não tinham trabalho remunerado durante a gestação e pertenciam a famílias com renda mensal de até três salários-mínimos. Da mesma forma, os dados relativos à história reprodutiva dessa amostra de mulheres foram muito semelhantes aos observados no mesmo local, em estudos anteriores.⁹

Embora 30% da população geral utilize a ampla rede de postos de saúde disponível no município,¹¹ observou-se que, no caso das gestantes, a cobertura do setor público foi ainda maior (51%). Tal como no atual estudo, a escolaridade foi também um forte determinante da utilização de postos de saúde pela população em geral.⁶

A proximidade foi o elemento mais fortemente associado à decisão de consultar o posto de saúde. Entre as que consultaram outros locais, a principal razão atribuída para a não-utilização do posto de saúde próximo da residência foi a qualidade do serviço (37%). Das mães entrevistadas, 86% relataram a existência de um posto de saúde na proximidade de sua residência; no entanto, somente 48% dessas utilizaram esse serviço para o acompanhamento pré-natal.

Especificamente na área de cuidados pré-natais, não foi possível encontrar bibliografias sobre estudos re-

alizados no País que pudessem ser comparados a este achado. Embora o conceito de qualidade do cuidado seja bastante amplo, o presente estudo utilizou a frequência de alguns procedimentos como critério marcador de qualidade.

Observou-se que a maioria dos procedimentos foram mais provavelmente realizados quando o acompanhamento pré-natal ocorreu em outros locais que não o posto de saúde. A única exceção foi a imunização anti-tetânica, muito mais provável de ser realizada nos postos de saúde do que nos demais locais. Uma das possíveis razões para essa desigualdade é a de que os recursos de área física e tecnológicos possam ser mais escassos nos postos de saúde. No entanto, procedimentos muito simples, que só dependem do próprio profissional, como a orientação para a amamentação, poderiam ter sido realizados com vantagem nos postos de saúde. Considerando-se que as usuárias dos postos de saúde são, em geral, mulheres com menor escolaridade, toda forma de educação para a saúde, incluindo o incentivo à amamentação, deveria ser efetuada com prioridade. A menor frequência com que as mães referiram o exame das mamas pode estar assinalando a menor probabilidade de orientação para a amamentação verificada. O uso terapêutico ou profilático do ferro, da mesma forma, foi recomendado muito mais frequentemente em outros locais de consulta. Um outro aspecto observado foi que a ultrassonografia, cuja utilização de rotina é pelo menos questionável,³ foi solicitada para 63% das gestantes que fizeram pré-natal nos postos, indicando claramente o consumo de recursos que poderiam ser destinados à aquisição de produtos básicos, como por exemplo, a suplementação de ferro. Informação obtida com a Secretaria de Saúde do município revelou que 70% dos profissionais que atendem ao programa de pré-natal tiveram sua formação em ginecologia e obstetrícia (sendo os restantes 30%, clínicos gerais), sugerindo uma possível inadequação entre o treinamento profissional e a atenção primária à saúde.

Do ponto de vista técnico, os médicos com formação em ginecologia e obstetrícia teriam vantagens sobre os médicos clínicos gerais para o adequado manejo da gestação. No entanto, tendo em vista as limitações de recursos e sociais, impostas pela realidade, é possível que a capacidade técnica não seja suficiente para o adequado manejo de pacientes no nível primário do cuidado. Estudos realizados com a população do mesmo município enfocando qualidade do manejo de asma na infância⁴ e de pacientes diabéticos,² além do programa de pré-natal desenvolvido pela rede pública,¹³ apontam para uma consistente deficiência na qualidade do cuidado oferecido. Dados desses estudos mostram também que os mesmos

profissionais que atendem na rede pública apresentam melhor desempenho no cuidado de pacientes de outras camadas sociais em outros tipos de serviços de saúde (consultórios particulares e convênios).⁴ Tal comportamento sugere que um fenômeno, que se pode chamar de “fenômeno camaleão”, possa desempenhar algum papel no comportamento médico (clientela diferente, comportamento diferente). Seria desejável que estudos de natureza antropológica pudessem aprofundar esse achado.

Tendo em vista que os usuários dos postos de saúde são oriundos dos estratos mais pobres da população, e, portanto, apresentam maiores problemas de saúde e necessitam de uma atenção de boa qualidade, as ações de saúde deveriam ser reavaliadas para tentar reverter essa situação. Equipes de saúde, por exemplo, adequadamente treinadas para o

manejo de problemas prevalentes no nível primário e ideologicamente comprometidas com o cuidado dos mais necessitados, são altamente necessárias para que o cuidado primário à saúde possa ser realizado com efetividade. Além disso, também deve ser enfatizada a educação médica continuada, com ênfase no cumprimento de normas técnicas pré-estabelecidas e factíveis com os recursos disponíveis. É importante que outros estudos explorando, não apenas o ponto de vista do usuário, mas também, a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes, sejam realizados em outras áreas para que possam confirmar ou refutar os achados da presente pesquisa. Como a finalidade da avaliação é a qualificação do objeto avaliado, esses resultados serão encaminhados e discutidos com a coordenação municipal do programa de pré-natal da cidade de Pelotas

REFERÊNCIAS

1. Al-Nasser ANMRCGP, Bamgboye EA, Abdullah FAMBBS. Providing antenatal services in a primary health care system. *J Community Health* 1994;19:115-23.
2. Assunção MCF. *Diabetes mellitus no nível de atenção primária à saúde em Pelotas, RS: estrutura, processo e resultado* [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
3. Chalmers I, Eukin M, Keirse MJNC. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
4. Chatkin M. *Prevalência e fatores de risco para asma nas crianças da coorte de 1993, Pelotas, RS* [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
5. Costa JSD, Victora CG, Barros FC, Halpern R, Horta BL, Manzolli P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública* 1996;12:59-66.
6. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997;31:360-9.
7. Gattinara BC, Ibacache J, Puente CT, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. *Cad Saúde Pública* 1995;11:425-38.
8. Hakala TH, Ylikorkala O. Effective prenatal care decreases the incidence of low birthweight. *Am J Perinatol* 1989;6:222-5.
9. Halpern R, Barros F, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, RS, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998;14:487-92.
10. Hart J. The inverse care law. *Lancet* 1971;1:405-12.
11. Monteiro CA. *Ecopediatria, a força do ambiente sobre a saúde da criança*. São Paulo: Sarvier; 1981.
12. Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. *Caring for our future: the content of prenatal care*. Washington (DC); 1989.
13. Silveira DS. *Qualidade do cuidado pré-natal oferecido por unidades de atenção primária à saúde no município de Pelotas, RS, Brasil* [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
14. Victora CG, Barros F, Vaughan JP. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo: Hucitec; 1989.
15. Villar J, Garcia P, Walquer G. *Routine antenatal care. Current opinion in obstetrics and gynecology*. Bethesda, MD: NLM Collection Access Section; 1995.